

# Krankenhaus-Report 2011

## „Qualität durch Wettbewerb“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 61-79



<b>5</b>	<b>Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz.....</b>	<b>61</b>
	<i>Matthias Mohrmann und Volker Koch</i>	
5.1	Einleitung .....	62
5.2	Der generelle Blick: Das deutsche Gesundheitswesen .....	62
5.3	Der Krankenhausesektor in Deutschland .....	64
5.4	Qualitätsunterschiede in der Krankenhausversorgung .....	68
5.5	Möglichkeiten zur Qualitäts- und Effizienzverbesserung in der deutschen Krankenhausversorgung im Rahmen des geltenden Rechts .....	72
5.6	Selektivverträge im Krankenhausbereich .....	73
5.7	Fazit .....	78
5.8	Literatur .....	78

# 5 **Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz**

Matthias Mohrmann und Volker Koch

5

## Abstract

Für das deutsche Gesundheitswesen insgesamt wie für den Krankenhausbereich im Besonderen gilt: Die Kosten sind gemessen am Bruttoinlandsprodukt hoch, die Qualität ist aber nur durchschnittlich. Dabei sind bezüglich der Qualität signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern festzustellen. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten des AOK-Systems ist aufgrund des über den primären Krankenhausaufenthalt hinausgehenden Betrachtungszeitraums ein entscheidender Fortschritt und eine wichtige Ergänzung bestehender Qualitätssicherungssysteme. Dies wird am Beispiel der elektiven Endoprothetik deutlich.

Die rechtlichen Möglichkeiten für die Krankenkassen, aus der Kenntnis von Qualitätsunterschieden Konsequenzen zu ziehen, sind heute noch eng begrenzt. Eine Erweiterung des rechtlichen Rahmens um selektivvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten stellt einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Qualität und Effizienz im Krankenhausbereich Deutschlands dar. Bedenken gegen selektivvertragliche Elemente sind ernst zu nehmen, lassen sich bei intensivem Befassen mit den ihnen zugrunde liegenden Befürchtungen aber meist ausräumen. Wichtig ist ein konstruktiver Dialog der Beteiligten mit dem Ziel einer Optimierung der stationären Versorgung.

It is a fact that in the German health care system as a whole and the hospital sector in particular costs in terms of GDP are high, but quality is only average. Nevertheless, there are significant discrepancies in quality among individual hospitals. Because of the longer period of observation beyond the original hospital stay, quality assurance (QA) based on AOK routine data is a major step forward. It is also an important addition to existing QA systems as clearly shown by the example of elective endoprosthetics.

The legal options for health funds to benefit from the knowledge about discrepancies in quality are still very limited. The expansion of the legal framework to allow selective contracting is an important contribution to improving quality and efficiency in the German hospital sector. Objections against selective contracting have to be taken serious, but can be eliminated in many cases by intensively addressing the underlying concerns. Therefore, it is important that the parties involved conduct a constructive dialogue with the aim of optimizing patient care.

## 5.1 Einleitung

Trotz vieler Ankündigungen ist eine strukturelle Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems insgesamt und des Krankenhaussektors im Besonderen bisher nicht erfolgt. Auch das KHRG hat hier nichts wesentlich Neues gebracht. Dass sowohl Effizienz als auch Qualität einer Verbesserung bedürfen und dass diese Verbesserung nur durch eine Fortentwicklung des rechtlichen Rahmens bewirkt werden kann, soll dieser Beitrag zeigen.

Um die Notwendigkeit von Verbesserungen im Sektor Krankenhaus zu begründen, ist eingangs ein Blick auf das deutsche Gesundheitssystem insgesamt erforderlich. Fokussiert man die Betrachtung dann auf den größten Ausgabenbereich des Gesundheitssystems – eben den Sektor Krankenhaus –, wird deutlich, dass wir uns neben den aktuellen Diskussionen über die Preise von Krankenhausleistungen auch mit Fragen von Über- und Fehlversorgung – und wie diesen begegnet werden soll – auseinandersetzen müssen. Diese Fragen sind bislang weder hinreichend diskutiert geschweige denn beantwortet worden. Ein Schlüssel ist das Herstellen von Qualitätstransparenz und in der Folge die Möglichkeit für die Krankenkassen, aus Qualitätsunterschieden Konsequenzen für die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten zu ziehen.

Letztlich handelt es sich bei diesem Beitrag um ein Plädoyer für den Auftakt zu einer auf dem Qualitätsgedanken beruhenden wettbewerblichen Neuordnung der Krankenhausversorgung, in deren Folge auch mehr Wirtschaftlichkeit erwartet werden kann.

## 5.2 Der generelle Blick: Das deutsche Gesundheitswesen

Rund 263 Mrd. Euro wurden im Jahr 2008 in Deutschland für den Gesundheitsbereich aufgewandt, der Anteil der Krankenhausversorgung hieran beträgt mehr als 25%. Für die gesetzliche Krankenversicherung stellt dieser Sektor den mit Abstand größten Ausgabenblock dar.

Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Kaufkraft<sup>1</sup> belegt Deutschland mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 3 737 US Dollar je Kopf der Bevölkerung im Vergleich mit einer Gruppe von 19 europäischen Nationen<sup>2</sup> den siebten Platz. In den Jahren 2000 bis 2008 sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland zwar mit real 1,6% pro Jahr nach Angaben der OECD (2010) deutlich geringer gestiegen als im Durchschnitt der OECD-Länder. Dennoch stellen sich Fragen nach den Gründen für das im internationalen Vergleich relativ hohe Ausgabenniveau und nach der Effizienz des Gesundheitssystems.

Preis und Menge sind dabei differenziert zu betrachten. Ist das Preisniveau bezogen auf die Preisniveauintizes der Vergleichsgruppe in Deutschland nicht auffäl-

1 OECD-Eurostat Purchasing Power Parity: Damit werden die Kosten eines gegebenen Waren- und Dienstleistungskorbs auf das gleiche Niveau gebracht.

2 EU-15 (Alt-Mitglieder mit Beitritt vor 2004), die verbleibenden Anrainer Polen und Tschechien sowie die Nicht-Mitgliedsländer Norwegen und Schweiz.

lig, so zeigt sich bezüglich der Volumenindizes – also der „Mengenverbräuche“ von Gesundheitsleistungen – ein anderes Bild. Hier liegt Deutschland hinter der Schweiz, Norwegen und Luxemburg bereits an vierter Stelle, 11 % oberhalb des Durchschnittswerts der EU 15<sup>3</sup>. Deutschland hat einen hohen Realverbrauch für Gesundheit.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist mit 10,5 % hoch – nur Frankreich und die Schweiz geben prozentual mehr aus. Dieser Anteilswert ist zwar bereits seit einiger Zeit relativ stabil; allerdings ist damit noch nicht gesagt, dass dies künftig so bleiben wird. Die volkswirtschaftlichen Rahmendaten Deutschlands, so z. B. der mit 46,3 % im unteren Drittel der OECD-Länder liegende geringe Anteil von Erwerbspersonen, der hohe Altenquotient und geringe Geburtenzahlen, lassen eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in den nächsten Jahren erwarten.

Dies ist im Übrigen kein ganz neuer Trend: Nahm Deutschland im Jahre 1990 hinsichtlich des Bruttoinlandsprodukts pro Kopf der Bevölkerung in der EU noch den vierten Platz ein, ist es inzwischen auf Platz 13 abgerutscht. Vor allem die deutsche Einigung hat ihren Tribut gefordert.

Ein hoher Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt eines Landes ist nicht per se negativ zu bewerten. Im Vergleich zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Landes hohe Ausgaben für diesen Bereich sind sicherlich dann zu rechtfertigen, wenn daraus eine überdurchschnittliche Versorgungsqualität zum Nutzen der Bevölkerung resultiert.

Vieles deutet allerdings darauf hin, dass dies in Deutschland trotz der hohen Leistungsanspruchnahme nicht der Fall ist. Nur zwei Beispiele: Bei der Lebenserwartung in der definierten Vergleichsgruppe europäischer Nationen liegt Deutschland mit 80 Jahren auf Platz 9, bei der Säuglingssterblichkeit auf Platz 14, weit hinter Ländern wie Portugal.

Dieses Land hat im Übrigen im Rahmen eines schon im Jahre 1989 begonnenen Strukturprogramms Geburtskliniken mit weniger als 1 500 Geburten pro Jahr geschlossen sowie die peri- und neonatologische Versorgung deutlich verbessert (Hanssler 2007). In Deutschland hingegen sind diese Strukturen in den letzten 30 Jahren nicht wesentlich angepasst worden. So existieren immer noch Kliniken mit weniger als 200 Geburten im Jahr und Kaiserschnitttraten von 50 % – aus Qualitätsgesichtspunkten eine Katastrophe, aber eine mit Billigung der Planungsbehörden. Was muss passieren, damit derartig überholte Strukturen auch in Deutschland angegangen werden? Die Stimmen der Fachgesellschaften werden hier leider nicht immer gehört.

Das eher mäßige Qualitätsniveau des Deutschen Gesundheitswesens wird in internationalen Untersuchungen bestätigt. Zu erwähnen sind hier die Untersuchungen des Commonwealth-Fund (2010).

Im Vergleich von sieben Nationen belegt Deutschland lediglich Rang vier. Nur 34 % bewerten in Deutschland das Gesundheitssystem als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“, während dies in anderen Ländern bis zu 66 % sind. Zwar ergab sich in der das Jahr 2008 betreffenden Untersuchung eine kleine Verbesserung gegenüber

3 Vgl. OECD-Eurostat, Methodical manual on purchasing power parities.

der des Jahres 2005. Beklagt werden aber weiterhin vor allem die mangelhafte Koordination zwischen den Versorgungssektoren sowie Wartezeiten bei der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen.

47 % der befragten Deutschen waren bei mindestens vier Ärzten gleichzeitig in Behandlung, ein negativer Spitzenwert (Koch et al. 2010). Die hinlänglich bekannten Schnittstellenprobleme nicht nur an den Grenzen der Versorgungssektoren, sondern auch innerhalb dieser werden hier noch einmal vor Augen geführt. Sie sind ein wesentlicher Grund für die Ineffizienzen, aber auch die Qualitätsmängel des deutschen Gesundheitssystems.

Der beschriebene hohe Mittelverbrauch bei gleichzeitig mäßiger Qualität bedingt zwei möglicherweise trivial erscheinende Konsequenzen: Die Qualität und gleichzeitig die Effizienz des deutschen Gesundheitswesens zu verbessern. In dem Anstreben beider Ziele liegt kein Widerspruch, wie im Folgenden am Beispiel des Krankenhausbereichs gezeigt werden soll. Eine Steigerung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit schließen sich nicht aus, sondern bedingen einander sogar. Folge einer Verbesserung der Versorgungsqualität ist eine höhere Effizienz. Dafür müssen aber existierende, nicht mehr zeitgemäße Strukturen verändert werden. Im Gegensatz zu einigen anderen Ländern scheint dafür in Deutschland bisher der erforderliche politische Mut gefehlt zu haben – die neonatologische Versorgung sei nur als kleines Beispiel in Erinnerung gerufen.

### 5.3 Der Krankensektor in Deutschland

Nahezu 35 % der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen auf den Krankenhausbereich. Bei allen Problemen um die Definition der Messziffer „Krankenhausbett“ im OECD-Vergleich (Geissler et al. 2010) ist doch zu konstatieren, dass Deutschland einen Spitzenplatz einnimmt. Laut OECD (2009) bedeutet dies Platz zwei hinter Japan, ca. 50 % oberhalb des OECD-Durchschnitts. Augurzky schätzt das Anwachsen der festgestellten Überkapazitäten bis zum Jahre 2020 auf knapp 30 % ein (Augurzky et al. 2009).

Immer wieder beschworen, aber trotzdem nicht zutreffend ist der Rückschluss von rückläufigen Krankenhausanzahlen auf eine signifikante Zahl von Krankenhausschließungen. Dass wirklich ein Krankenhaus seinen Betrieb endgültig einstellt oder einen Standort aufgibt, ist die absolute Ausnahme. Der seit 2003 zu verzeichnende nominelle Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern ist zu 90 % durch Fusionen und nicht durch Schließungen bedingt (Augurzky et al. 2009).

Die Kombination aus bestehenden Überkapazitäten und einem Vergütungssystem, das Mehrmengen lukrativ vergütet, kann nicht ohne Wirkung bleiben. Es spricht vieles dafür, dass die deutlichen Überkapazitäten im stationären Sektor für die im internationalen Vergleich stark überproportionalen Mengensteigerungen bei stationären Leistungen zumindest eine Teilverantwortung tragen.

Während im Durchschnitt der OECD-Länder in den Jahren 1997 bis 2007 eine Stagnation stationärer Fallzahlen zu verzeichnen war, ergab sich für Deutschland eine Steigerung um 20 % – und das auf einem ohnehin schon hohen Ausgangsniveau.

Die zwischen den einzelnen deutschen Bundesländern bestehenden erheblichen Unterschiede bezüglich der alters- und geschlechtsstandardisierten einwohnerbezogenen Fallhäufigkeiten deuten in Verbindung mit dem unterschiedlichen Umfang vorgehaltener stationärer Kapazitäten auf eine zumindest auch angebotsinduzierte Nachfrage hin. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen verfügt über eine verglichen mit dem Bundesdurchschnitt um zehn Prozent höhere Krankenhauskapazität, Baden-Württemberg über eine um zehn Prozent niedrigere. Im Jahr 2007 lag die Anzahl der stationären Fälle in Nordrhein-Westfalen um 6,3 % oberhalb und in Baden-Württemberg um 15,3 % unterhalb des Bundesdurchschnitts (Augurzky et al. 2010).

Um Missverständnisse zu vermeiden: Es soll hier nicht unterstellt werden, dass Patienten beispielsweise vollkommen unnötiger Operationen unterzogen werden. Aber häufig gibt es kein „schwarz“ oder „weiß“, kein klares „Operieren“ oder „Nicht operieren“. Bei vielen Indikationen, gerade im unten vertieft dargestellten orthopädischen Bereich, muss und sollte aus medizinischer Sicht nicht bei jedem Auftreten von Beschwerden sofort operiert werden. Oft helfen schon Heilmittelverordnungen, manchmal auch schlicht Abwarten. Welche Wirkung eine mangelhafte Kapazitätsauslastung der Krankenhäuser bei gleichzeitig bestehenden hohen Anreizen des Vergütungssystems zur Erbringung von Mehrleistungen hat, ist unschwer zu erraten.

Die im internationalen Vergleich vergleichsweise geringen durchschnittlichen Fallkosten in Deutschland belegen zudem, dass eine medizinisch mögliche Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Sektor im Gegensatz zu anderen Ländern allenfalls rudimentär gelungen ist (Geissler et al. 2010).

Der Ausbau ambulanter Behandlungsmöglichkeiten hat die stationären Kapazitäten in den Jahren 1997 bis 2007 im OECD-Durchschnitt um 20 % sinken lassen, in Deutschland allerdings nur um unterproportionale 14 %. Und nach Jahren steigender Leistungszahlen für ambulante Operationen sind die Leistungsausgaben der AOK Rheinland/Hamburg im ersten Halbjahr 2010 im Vorjahresvergleich erstmals rückläufig – bei gleichzeitig starkem Ausgabenanstieg im stationären Bereich.

Erwarten unabhängige Institute wie das RWI (Augurzky et al. 2010) unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts und des Verlagerungspotenzials in die ambulante Versorgung einen jährlichen Fallzahlenanstieg im stationären Sektor von 0,5 % über die nächsten 20 Jahre, so werden im Rahmen der Verhandlung der Landesbasisfallwerte auf Landesebene zum Teil jährliche Mengensteigerungsraten von mehr als drei oder vier Prozent ausgewiesen.

Ein geeignetes Beispiel, das die inzwischen eingetretene problematische Entwicklung veranschaulicht, ist die Endoprothetik. Das Marktvolumen im Bereich Hüft- bzw. Knieendoprothetik liegt in Deutschland bei knapp 4 Mrd. Euro im Jahr. 400.000 Deutsche unterziehen sich jährlich einer entsprechenden Operation. Einwohnerbezogen liegt Deutschland damit an der Spitze aller Länder weltweit (Pearson 2009) (Abbildung 5–1 und 5–2).

Allein im Bundesland Nordrhein-Westfalen verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2005 bis 2009 einen Anstieg knieendoprothetischer Leistungen um 21,7 %. Besonders hoch war dieser im Jahre 2006, als für die Knieendoprothetik eine Mindestmenge von 50 Leistungen je Krankenhaus eingeführt wurde, sowie im Jahre 2007, in dem mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtes

Abbildung 5-1

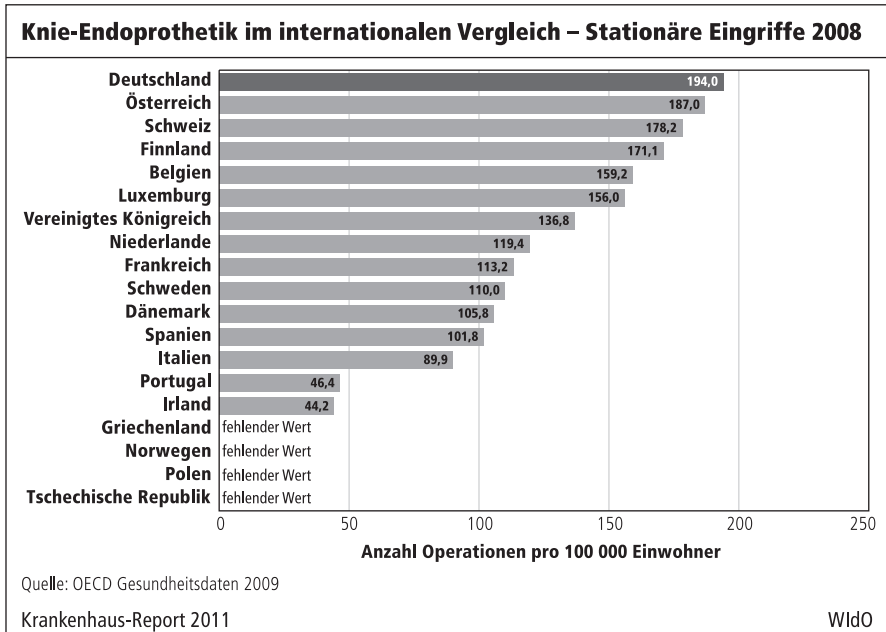
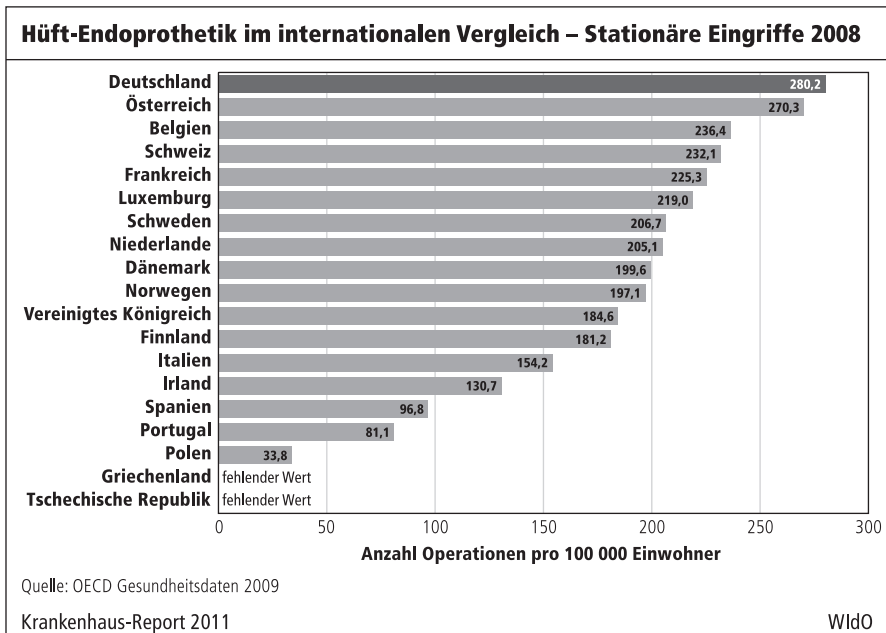


Abbildung 5-2



derungsgesetz die Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern erleichtert wurde. Heute erbringen im Rheinland mehr Krankenhäuser endoprothetische Leistungen als noch vor fünf Jahren – zum Teil in rechtlich fragwürdigen Konstellationen (Schwarz 2010), indem die Hürde der Mindestmenge durch den Einsatz von bis zu fünf als Honorarkräfte tätige niedergelassene Ärzte genommen werden soll. Nicht gerade ein gelungenes Beispiel für die Konzentration spezifischen Know Hows und sicher kein Qualitätsgewinn für den Patienten.

Aus Abrechnungsdaten ist zudem ein Trend zu immer jüngeren Patienten mit entsprechenden Endoprothesen zu erkennen. Der „Peak“ der Versorgung mit Endoprothesen liegt in Deutschland in der Altersgruppe der 70 bis 74-Jährigen, während die meisten Länder diesen erst in der Gruppe der 75 bis 79-Jährigen erreichen (OECD 2009). So erleben auch mehr Deutsche einen Wechsel der Endoprothese als Bürger anderer Länder.

Die Endoprothetik steht hierbei nur stellvertretend für andere Felder. Seit Mitte der neunziger Jahre bekannt sind medizinisch nicht plausible Häufigkeiten in der diagnostischen Kardiologie (Linksherzkatheteruntersuchungen), inzwischen gilt Gleiches für die PTCA und die Stent-Implantation. Im Jahre 2008 (OECD 2009) wurden in Deutschland 550 entsprechende Eingriffe je 100 000 Einwohner durchgeführt. Auf Platz 2 folgt Belgien mit 435; Frankreich liegt bei 192, die Niederlande bei 140. In der definierten europäischen Vergleichsgruppe liegt Deutschland hinsichtlich der altersstandardisierten Krankenhaushäufigkeit insgesamt<sup>4</sup> hinter Österreich auf Platz 2 mit 21 866 Fällen je 100 000 Einwohner (Abbildung 5–3).

In einem funktionierenden Markt geraten Marginalanbieter bei einem zu hohen Angebot an die Grenzen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Hieraus resultiert üblicherweise eine Strukturbereinigung, die das Marktgleichgewicht, also das zumindest ungefähre Übereinstimmen von Angebot und Nachfrage, wiederherstellt. Ein solcher Prozess wurde allerdings in den vergangenen Jahren für den Krankenhaussektor nicht zugelassen. Vielmehr hat der Gesetzgeber, zuletzt durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), die Kliniken im Jahr 2009 mit mehr als 3,5 Mrd. Euro zusätzlich versorgt. Den Krankenhäusern insgesamt ist es so gelungen, ihr Rating deutlich zu verbessern (Augurzky 2010), ohne dass sich die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt haben. Es dürfte wohl kaum ein anderer Wirtschaftszweig existieren, in dem die Ausfallwahrscheinlichkeit geringer ist als im Krankenhausbereich.

Mit den Maßnahmen aus dem KHRG sind aber die Ursachen des Problems nicht beseitigt: Bestehen die stationären Überkapazitäten in den nächsten Jahren fort, so werden wiederum einzelne Anbieter an die Grenzen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit gelangen. Spätestens dann ist wiederum die Entscheidung zu treffen: Entweder erneut eine Stabilisierung überholter Strukturen durch ein zusätzliches Finanzierungspaket, oder ein wirksames Angehen des Abbaus von Überkapazitäten und der Konzentration von Leistungen auf spezialisierte Zentren. Letztere Option ist auf mittlere Sicht alternativlos, eine Milliardenbeträge verschlingende Subventionierung überholter Strukturen wird sich die deutsche Volkswirtschaft schlicht nicht mehr leisten können.

4 Betrachtet wurden ICD-10 A00-Z99 ohne V00-Y98 und Z38.



Abbildung 5-3



Viel wichtiger ist aber die Beantwortung der Frage, ob eine solche Investition überhaupt dem Primärziel, nämlich der Qualität der Krankenhausversorgung und damit letztlich dem Wohl der Bürger, dienen kann. Die Annahme, dass die größere Quantität von Krankenhäusern automatisch die Versorgungsqualität verbessert, bewahrheitet sich nicht.

## 5.4 Qualitätsunterschiede in der Krankenhausversorgung

Der Commonwealth-Fund (2010) attestiert dem deutschen Gesundheitswesen im internationalen Vergleich nur eine durchschnittliche Qualität. Zwar ist der Zugang einfach, bemängelt werden aber Aspekte der Leistungskoordination und der Effizienz.

Was für das Gesundheitssystem insgesamt gilt, muss nicht zwangsläufig für alle seine Teilgebiete zutreffen. Wie ist also die Qualität der Krankenhausversorgung zu bewerten?

Eine pauschale Antwort ist sicherlich unzulässig. Allerdings widerspräche es jeglicher Lebenserfahrung anzunehmen, dass Krankenhausleistungen überall in gleicher Qualität angeboten werden. Dies trifft auf keinen bekannten Dienstleistungssektor zu. Das ärztliche und pflegerische Können, die apparative Ausstattung und ähnliches unterscheiden sich erheblich. Auch wenn das Faktum bestehender Qualitätsunterschiede potenziellen Patienten wie Einweisern bekannt sein dürfte, fehlt beiden eine klare Orientierung, wo in welcher Qualität Leistungen erbracht werden.

Eigene Analysen der Patientenwanderungen zwischen den Versorgungsgebieten der nordrheinischen Krankenhäuser zeigen, dass es einigen Kliniken gelungen ist, sich einen überregionalen Ruf zu erarbeiten. Um in renommierten Spezialkliniken behandelt zu werden, nehmen Patienten in Einzelfällen sogar Hunderte von Kilometern Wegstrecke auf sich. Dies in der Erwartung, in der ausgewählten Klinik eine besonders gute Versorgung zu erhalten. Für die Patienten ist keinesfalls nur die Ortsnähe das die Krankenhauswahl bestimmende Motiv (Leister und Stausberg 2007). Die Gründe dafür, dass bestimmte Kliniken einen guten Ruf genießen, sind vielfältig: Herausragende Ärzte, wissenschaftliche Veröffentlichungen, zum Teil wohl auch ein geschicktes Marketing.

Es ist nicht zu verkennen, dass das Thema Qualität in den vergangenen Jahren an Relevanz gewonnen hat. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang die von den Krankenhäusern seit 2004 regelmäßig zu erstellenden Qualitätsberichte. Allerdings ist die Nutzbarkeit eingeschränkt. Die Dokumentation erfolgt durch die Krankenhäuser selbst, die Überprüfung der ausgewiesenen BQS-Ergebnisse ist unter Anerkennung der Tätigkeit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung nur sehr eingeschränkt möglich. Zudem sind die veröffentlichten Qualitätsberichte für die potenziellen Nutzer nur schwer handhabbar. Eine unabhängige, für den Patienten nachvollziehbare Qualitätsmessung existierte von rudimentären Ansätzen abgesehen bisher nicht. „Hitlisten“ von Publikumsmagazinen mit teilweise fragwürdigen Kriterien helfen wenig weiter, zeigen aber, dass in der Öffentlichkeit ein großes Interesse an einer nachvollziehbaren Qualitätsmessung besteht.

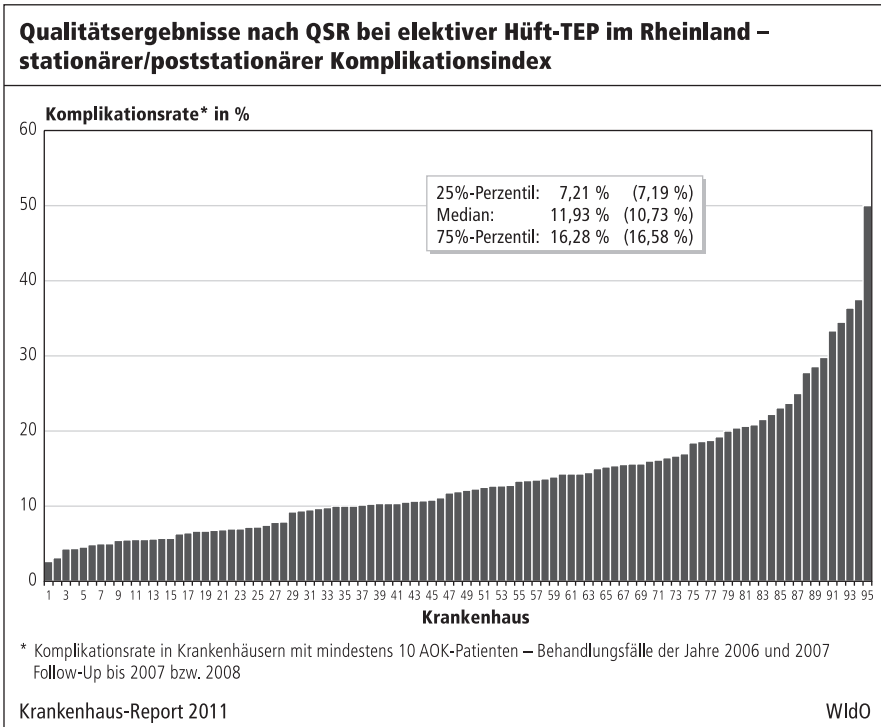
Wichtig ist aber noch etwas anderes: Der Behandlungserfolg bemisst sich nicht nur daran, dass der Patient nach einigen Tagen das Krankenhaus einigermaßen gesund verlässt, sondern auch am Ausbleiben von Komplikationen bzw. Reoperationen im Anschluss. Hier endet allerdings die Beobachtung der Behandlungsqualität der BQS. Zwei Erweiterungen der Perspektive sind erforderlich. Zum einen die längerfristige Beobachtung des Patienten, um Komplikationen zu erkennen, die zwar im inhaltlichen Zusammenhang mit der primären Krankenhausbehandlung stehen, aber nach Abschluss derselben auftreten. Zum anderen eine Ergänzung um Qualitätsanalysen unabhängiger Institutionen.

Die Krankenkassen können hier ihren Beitrag leisten. So beschäftigt sich die AOK mit diesem Thema seit einigen Jahren sehr intensiv. Die vom Wissenschaftlichen Institut der AOK entwickelten Ansätze, zusammengefasst unter der Abkürzung „QSR“ (Qualitätssicherung mit Routinedaten), werden regelmäßig publiziert (u. a. Heller 2008; 2010). Der Dialog mit Fachgesellschaften, Krankenhäusern und der Politik ist ein wichtiges Element für die weitere Entwicklung dieses Instruments.

Zur Berechnung der verwendeten Qualitätsindikatoren und -indizes werden Abrechnungs- bzw. Routinedaten der AOK verwendet. Diese werden den Krankenkassen per Datenträgeraustausch vom Krankenhaus übermittelt, um die Behandlung eines Patienten in Rechnung zu stellen oder liegen der Krankenkasse bereits in den Versichertenstammdaten vor.

Das Vorgehen lässt sich am Beispiel der Endoprothetik darstellen. In die aktuell vorliegenden Auswertungen wurden die Daten von AOK-Patienten einbezogen, die sich in den Jahren 2005 bis 2008 einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Gelenks an Hüfte bzw. Knie unterzogen haben. Die Krankheitsgeschichte des Pati-

Abbildung 5–4



enten wird bis zu einem Jahr nach der Erstoperation nachverfolgt, um auch die längerfristige Qualität der Behandlung einschätzen zu können. Eine Wiederaufnahme des Patienten im Zusammenhang mit der Erstoperation wird unabhängig davon, in welcher Klinik die Wiederaufnahme erfolgt, dem die ursprüngliche Behandlung durchführenden Krankenhaus als Komplikation zugerechnet. Zusätzlich berücksichtigt werden bestimmte Komplikationen wie eine Luxation des Gelenks, Wundinfektionen etc.

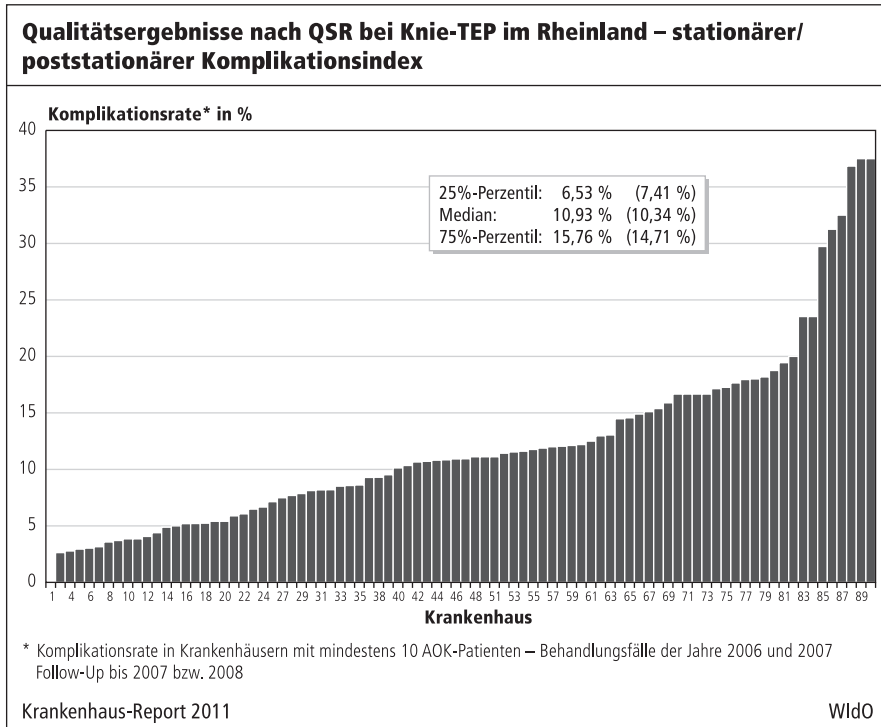
Wichtig zu erwähnen ist, dass die Qualitätsindikatoren auf Qualitätsmängel zwar hinweisen, diese aber nicht beweisen, da z. B. auch im Verhalten des Patienten liegende Gründe eine erneute Behandlung erforderlich machen können. Ein differenzierter Umgang mit den Ergebnissen ist daher erforderlich.

Die QSR-Ergebnisse werden sukzessive von der AOK im Internet veröffentlicht, beginnend in vier Pilotregionen bezüglich endoprothetischer Eingriffe (Presseinformation AOK-Bundesverband 29.04.2010). Das Rheinland ist seit Anfang September 2010 vertreten (Abbildung 5–4 und 5–5).

Die Grafiken stellen die Komplikationsraten endoprothetisch tätiger Kliniken im Rheinland in den Bereichen Knie und Hüfte für die Jahre 2006 und 2007 mit Follow-up<sup>5</sup> bis Ende 2008 dar. Jede Ziffer entspricht einer Klinik. Hier wird erst-

5 Einjährige Nachbetrachtung, ob nach der Entlassung aus dem die primäre Operation durchführenden Krankenhaus Komplikationen auftreten.

Abbildung 5–5



mals transparent, wie groß die Qualitätsunterschiede zwischen den Kliniken sind<sup>6</sup>. Seitens der AOK Rheinland/Hamburg werden diese objektiven Qualitätsdaten ergänzt um die Ergebnisse einer kontinuierlich durchgeführten Patientenbefragung. Jedem Krankenhaus werden seine individuellen Ergebnisse in bilateralen Gesprächen mit der AOK vorgestellt. Dieser Dialog ist für die Weiterentwicklung des Instruments essenziell.

Seitens der Kliniken besteht ein ausgeprägtes Interesse an diesen Daten, da erstmals der weitere Verlauf nach Verlassen der Krankenhaustür transparent wird. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Zusammenspiel mit nachgelagerten Versorgungsangeboten zu, sei es mit dem niedergelassenen Arzt, sei es mit der Rehabilitationseinrichtung.

Die Erkenntnisse aus den vorgestellten Qualitätsanalysen können helfen, die Krankenhausversorgung in Deutschland qualitativ zu verbessern, indem Patienten künftig gezielt dort behandelt werden, wo die Komplikationsraten gering sind. Am Rande: Ob die Qualitätsparameter eines Krankenhauses nur infolge einer Patientenselektion und Konzentration auf „leichte Fälle“ gut ausfallen, ist bei Analyse der

<sup>6</sup> Aus Gründen der statistischen Validität werden Aussagen nur zu Kliniken gemacht, die mindestens 35 Leistungen für Versicherte der AOK erbracht haben – in den anonymisierten Grafiken sind auch kleinere Kliniken enthalten.

Daten zu erkennen und muss bei der Interpretation der Ergebnisse selbstverständlich berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der Verbesserung der Effizienz besteht kein Zielkonflikt: Gelungene Ersteingriffe reduzieren nachweislich die Folgekosten in den nachgelagerten Versorgungssektoren – schon hier gewinnt das Gesundheitssystem. Vor allem aber gewinnt der Patient.

## 5

## 5.5 Möglichkeiten zur Qualitäts- und Effizienzverbesserung in der deutschen Krankenhausversorgung im Rahmen des geltenden Rechts

Wie lassen sich nun die Erkenntnisse bezüglich der Qualitätsunterschiede innerhalb des gegenwärtig für Krankenhäuser geltenden Rechts berücksichtigen? Kurz beleuchtet werden die Krankenhausplanung, die Budgetverhandlungen sowie das Instrument der Integrierten Versorgung.

Die Krankenhausplanung ist nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz im Wesentlichen Sache der Bundesländer. Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen, so besteht Kontrahierungszwang zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem betreffenden Krankenhaus. Unabhängig von der Qualität der Leistungserbringung sind die Kostenträger verpflichtet, die aus der Budgetvereinbarung des Hauses resultierenden Fallpauschalen und Pflegesätze zu vergüten.

Die Krankenhausplanung hinkt der aktuellen medizinisch-technischen Entwicklung hinterher (Neubauer 2010). Die bereits aufgezeigten erheblichen Überkapazitäten im stationären Sektor Deutschlands sind auch ein Ergebnis dieser Krankenhausplanung. Umso wichtiger ist es, Erkenntnisse über die unterschiedliche Qualität von Krankenhausleistungen in den Planungsprozess zu integrieren. Dabei liegen den Planungsbehörden seit Jahren die detaillierten und fallbezogenen Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz für alle Patienten der Krankenhäuser vor – ein bisher weitgehend ungenutztes Potenzial, zumindest wenn es um Qualitätsgesichtspunkte geht.

Konkrete Vorgaben hinsichtlich der Struktur- bzw. Ergebnisqualität von Krankenhausleistungen widersprechen dem derzeit fast bundesweit festzustellenden Trend, dass sich die Länder aus der Detailplanung herausziehen. Die Veränderung von Krankenhausstrukturen ist weitgehend unterblieben, von Ausnahmen in einzelnen Bundesländern wie der Schlaganfallversorgung in Hamburg oder dem krankenhauplanerischen Ausweis von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen abgesehen. Nicht zuletzt sind Krankenhäuser bedeutende Arbeitgeber. Daher spielt für die Landes-, aber insbesondere auch für die hiermit verflochtene Kommunalpolitik neben der Gewährleistung einer guten medizinischen Versorgung die Arbeitgeberfunktion der Krankenhausbetriebe eine wichtige Rolle. Die Chancen einer konsequenten Integration von Qualitätsinformationen erscheinen im Rahmen des bestehenden Planungssystems unter den aktuellen Rahmenbedingungen sehr begrenzt.

Eine ähnliche Einschätzung gilt für den Bereich der Budgetverhandlungen. Diese werden kollektivvertraglich auf Basis des Krankenhausentgeltgesetzes ge-

führt. Auch für den Fall, dass eine mindere Qualität der Leistungserbringung in einem Krankenhaus festgestellt würde, ist auf Basis des geltenden Rechts eine Herausrechnung im Rahmen der Budgetverhandlungen bzw. anschließender Schiedsstellenverfahren rechtlich stark erschwert, soweit der Versorgungsauftrag gewahrt ist.

Dennoch werden die festgestellten Qualitätsunterschiede künftig vermutlich eine größere Rolle spielen. So ist anzunehmen, dass der Widerstand der Kostenträger gegen die Vereinbarung von Mengensteigerungen umso größer ist, je schlechter die Qualität ausfällt. Hier geht es nicht nur um die Frage der rechtlichen Durchsetzbarkeit, sondern auch darum, Zeichen in Richtung einer Fortentwicklung des Systems zu setzen. Und darüber hinaus der Verantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Versicherten zu entsprechen.

Bleibt als Drittes die Integrierte Versorgung, die – eingeführt mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 –, dann aber erst ab 2004 nach einigen Vereinfachungen im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes in breiterem Umfang zur Anwendung kommt.

Hier bestehen zwar erste Möglichkeiten, eine neue Form der Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern zu organisieren. Dennoch ist auch dieses Instrument nur bedingt geeignet, die gewonnenen Erkenntnisse über die Qualitätsunterschiede in konkrete Vereinbarungen mit Krankenhäusern umzusetzen. So erfordert die integrierte Versorgung die Einbindung von Leistungserbringern aus verschiedenen Versorgungssektoren. Diese ist für das angestrebte Ziel, Patienten in ausgewählten, qualitativ hochwertige Arbeit leistenden Krankenhäusern behandeln zu lassen, nicht zwingend erforderlich. Zudem ändert die Integrierte Versorgung nichts am bestehenden Kontrahierungszwang.

Es bleibt daher festzuhalten, dass die angestrebte Qualitäts- und Effizienzverbesserung in der deutschen Krankenhausversorgung im Rahmen des geltenden Rechts nur in Ansätzen verwirklicht werden kann.

## 5.6 Selektivverträge im Krankenhausbereich

Die derzeit bestehenden Möglichkeiten, aus festgestellten Qualitätsunterschieden Konsequenzen zu ziehen, sind äußerst begrenzt. Die Integration selektivvertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten kann hier einen wichtigen Impuls zur Systemoptimierung liefern. Als im Jahre 2007 die Diskussion um die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens im Krankenhausbereich ab 2009 begann, wurde die Integration von Selektivverträgen angeregt (Leber 2008). Diese wettbewerbliche Öffnung des Krankenhausbereichs hat aber zunächst keinen Eingang in den ordnungspolitischen Rahmen gefunden. Hatte der Bundesgesetzgeber zwar zunächst die Absicht, das Krankenhausrecht entsprechend weiterzuentwickeln, so scheiterte er letztlich am geschlossenen Widerstand der Bundesländer. Bezüglich der Motive der Bundesländer lässt sich vieles vermuten. Vorrangig war wohl der Schutz der Krankenhäuser vor wettbewerblichen Elementen in einem regulierten Markt. Diese Systementscheidung bedeutet aber in der Konsequenz auch, dass Krankenhäuser mit mäßigen Qualitätsergebnissen zu Lasten qualitativ hochwertiger Krankenhäuser geschützt

werden. Den Sicherstellungsauftrag des Landes anerkennend ist die Frage zu stellen, inwieweit dies dem Bürger nützte.

Die hier angeregte Integration von Selektivverträgen in die Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen stellt unzweifelhaft eine weitreichende wettbewerbliche Öffnung dieses Sektors dar. Diese ist differenziert und mit Bedacht zu vollziehen. Berechtigte Bedenken sind ernsthaft zu diskutieren, um Versuche, das Instrument als solches von vornherein in Misskredit zu bringen, angemessen zu entkräften. Diese Diskussion soll im Weiteren angestoßen werden.

Ein nochmaliger Blick auf die Grafiken zu den unterschiedlichen Komplikationsraten rheinischer Krankenhäuser im Bereich der Endoprothetik (Abbildung 5–4 und 5–5) macht deutlich, was beabsichtigt ist. Gelingt es, über selektivvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten die Patienten, die heute noch in Krankenhäusern mit hohen Komplikationsraten behandelt werden, in solche mit geringen Raten umzusteuern, so ist dies zunächst einmal im Patienteninteresse. Eine qualitativ hochwertige Akutversorgung vermeidet Leid in Folge von Komplikationen und Reoperationen – und spart zusätzlich Geld bei den Folgekosten beispielsweise im Bereich der Heil- und Hilfsmittel, der Arzneimittel etc. Bereits hier findet sich infolge der Qualitätsverbesserung ein Ansatz zur Erhöhung der Effizienz des deutschen Gesundheitssystems, und zwar ohne dass die eigentliche Krankenhausvergütung selbst bereits in die Überlegungen einbezogen worden ist.

Das IGES-Institut hat sich 2010 mit dem Instrument der Selektivverträge am Beispiel des Krankenhaus- und Arzneimittelbereichs beschäftigt und gesteht ihm eine grundsätzliche Eignung zur effizienteren Steuerung des Gesundheitssystems zu (Albrecht et al. 2010). Bezüglich des Sektors Krankenhaus war jedoch nur der Einbezug von Hilfskriterien, so für die Prozessqualität der Indikator Fallzahl, für die Strukturqualität die Facharztquote und für das Kostenniveau der Basisfallwert, möglich. Aber erst durch den dargestellten Einbezug der Ergebnisqualität, ergänzt um die Patientenzufriedenheit, erhält dieses Element seine wahre Berechtigung. Eine Erweiterung um regulatorische Vorgaben zur Strukturqualität ist problemlos umsetzbar.

Richtig ist, dass gerade im Bereich der Ergebnisqualität allgemein akzeptierte Kriterien erst entstehen. Die QSR-Ansätze des AOK-Systems begründen aber die Hoffnung, dass ein Konsens beispielsweise mit den Fachgesellschaften zumindest in ausgewählten Bereichen wie der Endoprothetik erreichbar ist. Im konstruktiven Zusammenwirken aller Beteiligten lassen sich Kriterien definieren, auch in sektorübergreifender Perspektive. Ein Beispiel aus einem anderen Gebiet: Die Inkontinenzrate ein Jahr nach Durchführung von Prostatektomien ist ein relevantes, sektorübergreifendes Qualitätskriterium, das aus den bei den Krankenkassen vorliegenden Hilfsmittelverordnungen abgeleitet werden kann. Wer würde nicht gern wissen, bei welchem Krankenhaus die Inkontinenzrate ein Jahr nach der Prostataoperation bei 15% und in welchem sie bei 65% liegt?

Ein wichtiger Auslöser für den Schutzimpuls der Länder und den Widerstand gegen selektivvertragliche Elemente im Jahr 2008 war möglicherweise die Fokussierung der Diskussion auf Preisnachlässe bei der Erbringung der Krankenhausleistungen selbst. In der politischen bzw. öffentlichen Wahrnehmung wurde damit die Diskussion um die Weiterentwicklung des Krankenhaussystems auf den Aspekt der Wirtschaftlichkeit reduziert. Dabei findet sich die Legitimation für die Selektivver-

träge doch gerade in den bestehenden erheblichen Qualitätsunterschieden zwischen den Krankenhäusern. Die mit dem Einsatz des Instruments der Selektivverträge beabsichtigte Konzentration von hochspezialisierter Versorgung auf qualitativ hochwertige Anbieter wird dann in der Folge aber auch die Effizienz verbessern.

Die strittige und häufig emotional diskutierte Frage, inwieweit bei der Krankenhausleistung selbst Preisnachlässe möglich sein sollen, soll hier nicht ausgespart werden. Sie ist allerdings nicht so entscheidend, wie in den vergangenen Jahren häufig dargestellt wurde.

Nähert man sich diesem Thema, wird man um die Erkenntnis nicht herumkommen, dass höhere Fallzahlen und eingespielte Abläufe bei einem Selektivvertragspartner kostenreduzierend wirken. Economies of scale sind auch in deutschen Krankenhäusern bekannt und finden in den gesetzlichen Regelungen zu Mehr- und Mindererlösausgleichen sowie der anteiligen Finanzierung von Leistungsveränderungen auf Haus- und Landesebene seit jeher Anwendung. Dass sich Effizienz und Qualitätsverbesserung nicht ausschließen, sondern einander sogar bedingen, ist keine neue Erkenntnis der Wirtschaftswissenschaft (Gabler 2010). Die Frage ist also, ob in Folge der Patientensteuerung der Krankenkassen mögliche Gewinnzuwächse allein den profitierenden, qualitativ hochwertigen Krankenhäusern verbleiben sollen oder ob die Kostenträger an dieser Verbesserung der Wirtschaftlichkeit partizipieren sollen.

Zur Erinnerung: Es geht hier auch um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems insgesamt. Krankenkassen sind keine renditeorientierten Unternehmen. Das, was sie ausgeben, muss über Beiträge und Steuerzuschüsse erwirtschaftet werden. Gleichzeitig weisen zumindest die bundesweit agierenden Klinikketten wie Asklepios und Helios/Fresenius (Handelsblatt 2010; Hamburger Abendblatt 2010) steigende Renditen aus. Es erscheint daher legitim, sich über dieses Thema Gedanken zu machen.

Dabei muss es nicht allein um direkte finanzielle Rückflüsse an die Krankenkassen gehen. Denkbar wären Investitionen in die Verbesserung der Patientenversorgung sowie ergänzende Elemente wie die Finanzierung eines vorgelagerten Zweitmeinungsservice. Gerade der letztgenannte Punkt ist in Anbetracht der häufig medizinisch nicht plausiblen Mengenentwicklungen in Deutschland – siehe das Beispiel Endoprothetik – von großer Bedeutung und sollte im Rahmen selektivvertraglicher Modelle entsprechend gefördert werden. Ein solches Element vermittelt zudem dem Patienten Sicherheit, die heute oft fehlt.

Darin, dass die Integration selektivvertraglicher Komponenten die Sicherstellung des hohen Guts einer raschen wohnortnahen Notfallversorgung nicht gefährden darf, sind sich sowohl deren Befürworter als auch Gegner einig. Gleiches gilt dem Grundsatz nach auch für die wohnortnahe Versorgung mit planbaren Krankenhausleistungen, wobei sich in diesem Punkt die Operationalisierung des Begriffs „Ortsnähe“ unterscheiden mag: Welche Entfernung ist hier eigentlich zumutbar?

Zunächst sei aber der Hinweis erlaubt, dass die angeregte Erweiterung des ordnungspolitischen Rahmens ein Gegenmodell zum bestehenden allgemeinen Kontrahierungszwang darstellt. Allein daraus ergibt sich die Konsequenz, dass es – unabhängig davon, wie die konkrete gesetzliche Ausgestaltung aussehen würde – keinen Zwang zu selektivvertraglichen Regelungen auf Ortsebene geben kann. Anders ausgedrückt: Ohne eine Vielfalt an geeigneten Anbietern in einer Region



werden konkrete Vertragsanfragen der Krankenkassen fruchtlos bleiben, da keinerlei Anreize seitens der Anbieter existieren, solche Verträge auch zu schließen. Selektivverträge, die u. a. Qualität und Preisgestaltung ausgewählter Leistungen regeln, können also dem Grundsatz nach auf beiden Seiten immer nur freiwilliger Natur sein. In Regionen mit geringer Krankenhausedichte sind solche Verträge nicht zu erwarten, daher drohen hier auch keine Auswirkungen von Selektivverträgen auf die bestehende Vorhaltung der Notfallversorgung.

Doch selbst wenn dem nicht so wäre, zeigt die Darstellung von Preusker bezüglich der Situation in Skandinavien (Augurzky et al 2010), dass auch Länder mit geringer Bevölkerungsdichte eine ausgezeichnete Notfallversorgung organisieren können. Man benötigt dafür nicht zwingend alle zehn Kilometer ein komplettes Krankenhaus, sondern einen intelligenten Mix verschiedener Ansätze. Verbesserungen im Rettungsdienst, Portalklinikkonzepte mit Berechtigung und nicht nur zur Stabilisierung nicht mehr überlebensfähiger und überlebensnotwendiger Krankenhäuser sowie telemedizinische Ansätze ermöglichen eine Verbesserung der Qualität der Versorgung trotz einer Reduzierung der Anzahl von Krankenhausstandorten.

Sicherlich wird man bei der Strukturierung der Versorgung unterscheiden müssen. Werden im Sinne einer erwarteten besseren Qualität beispielsweise im Bereich der elektiven Endoprothetik oder gar der Knochenmarktransplantation bereits heute vielfach freiwillig längere Wegezeiten in Kauf genommen, so muss eine geriatrische Versorgung vergleichsweise ortsnah angeboten werden. Die wohnortnahe Versorgung mit Elektivleistungen ist verglichen mit der Notfallversorgung aber weniger eine Frage der allgemeinen Daseinsfürsorge, sondern unterliegt der Abwägung zwischen erwarteter Qualität und resultierenden Wegezeiten durch den Patienten selbst. Eine Krankenkasse, die ihren Versicherten ein unzureichendes Angebot macht, nachgewiesen hochwertige Leistungserbringer ausschließt oder zu weite Wege zumutet, mag sich kurzfristig Vorteile „erkaufen“ – ein dauerhafter Markterfolg ist aber mangels Akzeptanz der krankenkassen-wahlberechtigten Kunden nicht zu erwarten. Darüber hinaus unterliegen Krankenkassen schon jetzt einer umfassenden aufsichtsrechtlichen Prüfung. Es spricht nichts dagegen, diese auch auf abgeschlossene Selektivverträge zu beziehen.

Mit der Entscheidung, nur elektive Leistungen für selektivvertragliche Modelle vorzusehen, stellt sich die Frage, wie elektive Leistungen von Notfallleistungen abgegrenzt werden sollen. Bereits im Jahre 2007 wurde vorgeschlagen, den entsprechenden Katalog vom InEK erstellen zu lassen (Leber 2008). Hieran ist festzuhalten. Unzweifelhaft lassen sich Leistungen finden, die keinerlei Notfalleigenschaft aufweisen.

Auch im Bereich der Endoprothetik, der aufgrund der dargestellten großen Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern und des Marktvolumens eine besondere Bedeutung hat, ist eine Unterscheidung zwischen elektiven Verschleißoperationen und Notfallbehandlungen möglich. Da hier das QSR-Instrumentarium bereits gut fundiert ist, gleichzeitig in Deutschland fragwürdige Mengenentwicklungen zu verzeichnen sind, sollte dieses Gebiet kurzfristig für selektivvertragliche Modelle geöffnet werden – inklusive eines Zweitmeinungsservice bezüglich der Indikationsstellung.

Ein weiteres, bisher wenig diskutiertes Feld für Selektivverträge ist die Onkologie. Es handelt sich hier um ein hochkomplexes, mit vielen Innovationen belegtes

Gebiet ohne jegliche „Blaulichtfälle“. Für die Zulassung zur ambulanten Leistungserbringung nach § 116 b SGB V müssen die onkologischen Einrichtungen bereits heute Qualitätsanforderungen erfüllen, während dies für die stationäre Versorgung nicht erforderlich ist – ein Unding. Die längst überfällige Konzentration auf Zentren mit entsprechender Expertise kann durch selektivvertragliche Ansätze gefördert werden. In diesem Feld spielt die Ergebnisqualität aufgrund der sehr individuellen Krankheitsverläufe naturgemäß eine kleinere Rolle als in anderen Leistungssektoren, um so mehr kommt es auf die anderen Dimensionen der Qualität an.

Erforderlich ist unzweifelhaft ein geordnetes Vergabeverfahren mit Definition von nachweisbaren Qualitätskriterien sowie eine transparente Auswahl der Anbieter.

In der Konsequenz verschieben sich bei Umsetzung solcher Modelle natürlich Marktanteile und Tätigkeitsspektren der Krankenhäuser. Es wäre dabei seitens der Krankenkassen nicht besonders klug, Monopolsituationen entstehen zu lassen, die Trägervielfalt ist daher nicht gefährdet.

Bezüglich der Ausbildung von Ärzten in Krankenhäusern kann es aber erforderlich sein, dass Krankenhäuser stärker kooperieren. Dies sollte zumutbar sein; mögliche Qualitätsverbesserungen dürfen nicht an einer mangelnden Kooperationsbereitschaft einzelner scheitern. An diesem Punkt zeigt sich aber auch, dass selektive Vertragsmodelle im Sinne der beiderseitigen Planungssicherheit eher langfristiger Natur sein sollten, unter Verwendung angemessener Kündigungsmodalitäten: Denkbar wären – von gerichtlich überprüfbaren Kündigungen wegen schwerer Qualitätsmängel bzw. aus besonderem Grund abgesehen – relativ lange Kündigungsfristen, ggf. auch die Begrenzung auf die Kündigung von Teillosen innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

Die Kernfrage aber bleibt: Schlägt bei einer nachweisbar qualitativ hochwertigeren Versorgung mit geringeren Komplikationen nicht dieser Qualitätszuwachs den Nachteil moderat längerer Wegezeiten? Heute fehlt es noch an Transparenz für den Patienten und den Einweiser. Werden die vorhandenen Ansätze aber konsequent weiterentwickelt, wird es hinsichtlich der Akzeptanz keine großen Probleme geben. Die Betonung der Konsumentensouveränität und der Vergleich mit einem Autokauf (Schmitz 2010) geht fehl: Die Qualitäten unterschiedlicher Autos sind für den Konsumenten äußerst transparent, mehr als zehn unabhängige Autozeitschriften veröffentlichen Unmengen von Testberichten, Vergleichstests, Pannenstatistiken etc. Möchte jemand ernsthaft behaupten, bei Krankenhausleistungen gäbe es für den Patienten oder Einweiser derzeit ein vergleichbares Maß der Qualitätstransparenz?

Zudem bringt die Wahl eines „falschen“ Autos beim heutigen Stand der Technik allenfalls Abstriche beim Komfort und den Fahrleistungen mit sich, bei Unzufriedenheit kann man es verkaufen – die Wahl eines Krankenhauses mit minderer Qualität ist potenziell lebensbedrohlich. Und umtauschen kann man Krankenhausleistungen auch nicht.

Die Beispiele zeigen: Einwände gegen Selektivvertragsmodelle im Krankenhausbereich bedürfen differenzierter Antworten. Lösungen lassen sich – einen konstruktiven Umgang und Respekt für die gegenseitigen Positionen vorausgesetzt – aber mit entsprechendem Willen fast immer finden.

## 5.7 Fazit

Krankenkassen haben das Ziel, ihren Versicherten eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen zu lassen. Verbunden hiermit ist nicht nur eine hohe Patientenzufriedenheit, gleichzeitig werden Folgekosten einer qualitativ minderwertigen Versorgung reduziert. In Selektivverträgen liegt Potenzial für eine gleichzeitige Verbesserung von Qualität und Effizienz im stationären Sektor. Sie können künftig zu einem wichtigen Parameter im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander werden. Verträge mit den besten Anbietern am Ort als entscheidendes Kriterium für die Wahl der richtigen Krankenkasse verlagern den Wettbewerb auf ein für das Gesundheitssystem nutzbringendes Feld. Jetzt bedarf es des Gesetzgebers, Schritte in die beschriebene Richtung zu ermöglichen.

## 5.8 Literatur

- Albrecht M, Bleß HH, Höer A, Loos S, Schiffhorst G, Scholz C. Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung. Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen an den regulatorischen Rahmen. Hans-Böckler-Stiftung. Edition 252. Düsseldorf 2010.
- Augurzyk B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009: Im Auge des Orkans. RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009.
- Augurzyk B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2010: Licht und Schatten. RWI: Materialien 59. Essen: RWI 2010.
- Deutsches Ärzteblatt Internetausgabe vom 30.7.2010. [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de).
- Gabler Wirtschaftslexikon Internet-Version 2010. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/selektives-kontrahieren.html>.
- Geissler A, Wörz M, Busse R. Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 25–40.
- Koch K, Schürmann C, Sawicki P. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Patienten. Deutsches Ärzteblatt 2010, 107 (24), 427–34.
- Hamburger Abendblatt Internet-Ausgabe vom 21.5.2010; <http://www.abendblatt.de/wirtschaft/article1503777/Asklepios-steigert-Umsatz-und-Gewinn-auf-Rekordhoch.html>.
- Handelsblatt Internet-Ausgabe vom 4.5.2010; <http://www.handelsblatt.com/newsticker/unternehmen/fresenius-zuversichtlich-fuer-2010-bereinigten-ueberschuss-gesteigert;2573780>.
- Hansler L. Geburtshilfe/Neonatalmedizin: Wieviel Regionalisierung ist nötig? Wieviel ist wünschenswert? Vortrag im Rahmen der 5. Ergebniskonferenz qs-nrw am 18.9.2007. [www.qs-nrw.de/index.php?id=1385](http://www.qs-nrw.de/index.php?id=1385).
- Heller G. Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008; 10; 1173–82.
- Heller G. Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 239–53.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 81–105.
- Leister J, Stausberg J. Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. Journal of Hospital marketing & Public Relations Vol. 17 (2) 2007: 13–29

- Neubauer G, Beivers A. Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 3–11.
- OECD-Gesundheitsdaten 2010 – Deutschland im Vergleich. [www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf).
- OECD Health Data 2009. Juni 2009.
- Pearson M. Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries? Written Statement to Senate Special Committee on Aging. 30th September 2009. [www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf)
- Schmitz R-M. Selektivverträge: Pro & Kontra. *f&w* 2010; 4: 384–7.
- Schwarz K. Strafrechtliche Risiken beim Einsatz von Vertragsärzten. *f&w* 2010; 3: 300–5.
- The Commonwealth Fund, Davis K, Schoen C, Stremikis K. Mirror, mirror on the wall – How the performance of the U.S. Health Care System compares internationally. New York, Juni 2010. [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org).