

Tobias Keller

Der "pay for performance"-Ansatz

*Ein Weg zu mehr Versorgungsqualität und
Patientenzufriedenheit im deutschen
Krankenhauswesen*

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2010 Diplom.de
ISBN: 9783842804067

Der "pay for performance"-Ansatz - ein Weg zu mehr Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit im deutschen Krankenhauswesen

Tobias Keller

Der "pay for performance"-Ansatz

*Ein Weg zu mehr Versorgungsqualität und
Patientenzufriedenheit im deutschen
Krankenhauswesen*

Tobias Keller

Der "pay for performance"-Ansatz - ein Weg zu mehr Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit im deutschen Krankenhauswesen

ISBN: 978-3-8428-0406-7

Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2010

Zugl. Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland, Diplomarbeit, 2010

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH

<http://www.diplomica.de>, Hamburg 2010

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

1 Einführung	1
1.1 Problemstellung	1
2 Der Krankenhausmarkt.....	4
2.1 Die Bedeutung des Krankenhausmarkts	4
2.2 Entwicklungen im Krankenhausmarkt	5
2.3 Gesetzliche Restriktionen im Krankenhausmarkt und deren Auswirkungen auf den Wettbewerb.....	8
2.4 Gesetzgeberische Konsequenzen auf dem Krankenhausmarkt der Zukunft	11
3 Das Produkt „Gesundheit“ und dessen Bewertung	17
3.1 Das Produkt „Gesundheit“	17
3.2 Die Qualität von Krankenhäusern	19
3.3 Dimensionen der Qualität von Krankenhäusern.....	20
3.3.1 Strukturqualität	21
3.3.2 Prozessqualität	21
3.3.3 Ergebnisqualität	21
3.3.4 Patientenzufriedenheit als vierte Qualitätsdimension.....	24
3.4 Versorgungsqualitäten als Qualitätsbegriff zur Etablierung eines p4p-Ansatzes	25
4 Die Messung der Versorgungsqualität in Hinblick auf den „pay for performance“-Ansatz (p4p)	26
4.1 Die Messung von Struktur – und Prozessqualität mittels eines einrichtungseigenen Qualitätsmanagements.....	27
4.1.1 Etablierte Zertifizierungsverfahren.....	29
4.1.2 KTQ-Verfahren (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)	33
4.2 Die Messung von Ergebnisqualität.....	36

4.2.1	Die vergleichende Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V (BQS-Verfahren)...	38
4.2.2	Die Verwendung von Abrechnungsdaten (Helios-Verfahren)	42
4.2.3	Die Bewertung der Qualitätsmessung auf Basis von BQS und von Abrechnungsdaten (Helios-Verfahren) im Hinblick auf den p4p-Ansatz	46
4.2.4	Das QSR-Verfahren.....	47
4.2.5	Die Bewertung des QSR-Verfahrens im Hinblick auf den p4p-Ansatz	50
4.3	Die Messung von Patientenzufriedenheit	51
4.3.1	Aufbau und Anforderungen an eine schriftliche Patientenbefragung	52
4.3.2	Exkurs: Die Patientenbefragung der Sächsischen Zeitung (SZ)	53
4.3.3	Die Durchführung der Patientenbefragung im Rahmen eines p4p-Ansatzes	54
4.4	Zusammenfassende Bewertung der in Deutschland gängigen Verfahren zur Messung von Versorgungsqualität.....	55
5	Der p4p-Ansatz als Instrument zur Weiterentwicklung des G-DRG Vergütungssystems	56
5.1	Der p4p-Ansatz.....	56
5.2	Internationale Erfahrungen mit dem p4p-Ansatz	58
5.2.1	Die p4p-Ansätze in den USA	59
5.2.2	Der p4p-Ansatz in Großbritannien	63
5.2.3	Bewertung der p4p-Ansätze beider Länder	67
5.2.4	Schlussfolgerungen für einen p4p-Ansatz in Deutschland.....	68
5.3	Die ordnungspolitischen Voraussetzungen für einen p4p-Ansatz in Deutschland.....	69
5.3.1	Die Organisation der Integrated Healthcare Association	70
5.3.2	Die Agentur für Qualitätsverbesserung im Krankenhauswesen (AFQK)	72
5.3.2.1	Die Aufgabenstellung der AFQK.....	72
5.3.2.2	Die Aufbauorganisation der AFQK	74
5.3.2.3	Die Finanzierung der AFQK.....	76
5.4	Gewichtung der Versorgungsqualitätsindikatoren im Hinblick auf die Umsetzung des p4p-Ansatz in Deutschland.....	77
5.4.1	Qualitätsindikatoren zur Messung von Struktur- und Prozessqualität	80

5.4.2 Qualitätsindikatoren zur Messung von Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit	86
5.5 Die Notwendigkeit der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen im Rahmen der Einführung eines p4p-Vergütungsmodells in Deutschland	91
5.6 Der Entwurf eines public disclosure – Konzepts zur Implementierung eines p4p-Ansatzes in Deutschland.....	93
5.7 Der p4p-Ansatz als lernendes System	96
6 Die finanziellen Konsequenzen des p4p-Ansatzes für die Krankenhäuser und deren Auswirkungen auf die in der Arbeit formulierten Hypothesen	97
7 Fazit und Konsequenzen.....	103
Anlageverzeichnis	103
Anhang.....	104
Literaturverzeichnis	120

Abkürzungsverzeichnis

AFQK	Agentur für Qualitätsverbesserung im Krankenhauswesen
BMA	British Medical Association
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
CISS	Critical Incident Surveillance System
CMI	Case Mix Index
EBITDA	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
EFQM	European Foundation for Quality Management
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German-Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HQA	Hospital Quality Alliance
HQIP	Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project
HWG	Heilmittelwerbegezet
IHA	Integrated Healthcare Association
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
JC	Joint Commission
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LQS	Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
NHS	National Health Service
P4P	Pay for Performance
PKV	Private Krankenversicherung
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
SGB	Sozialgesetzbuch
QIP	Quality Incentive Program

QMP4P	Qualitätsmessverfahren für den p4p-Ansatz
QOF	Quality and Outcomes Framework
QSR	Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten
WDR	Westdeutscher Rundfunk

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die prozentualen Veränderungen des Ärztlichen- und Pflegepersonals.....	7
Abbildung 2: Die Entwicklung der Krankenhausinvestitionsquote in Deutschland.....	9
Abbildung 3: Die Auswirkungen des CMI auf die Erlössituation deutscher Kliniken.....	13
Abbildung 4: Kontinuum der Evaluierung verschiedener Leistungsarten	18
Abbildung 5: Qualitätsdimensionen nach Donabedian	22
Abbildung 6: Übersicht über den Stand der Zertifizierung im Freistaat Sachsen.....	28
Abbildung 7: Der KTQ-Regelkreis	34
Abbildung 8: Gremien, Verfahrensebenen und Institutionen des BQS-Verfahrens	39
Abbildung 9: Die Systematik des strukturierten Dialogs.....	41
Abbildung 10: Entwicklung des standardisierten Mortalitätsverhältnisses bei der Herzinfarkt- sterblichkeit in den Helios Kliniken	45
Abbildung 11: Der Messvorgang beim QSR-Verfahren.....	49
Abbildung 12: Zusammenhang zwischen 90-Tage- und Krankenhaussterblichkeit bei Herz- insuffizienz.....	50
Abbildung 13: Feedback-Modell der Patientenzufriedenheit	52
Abbildung 14: Qualitätsdimensionen und deren Messverfahren	56
Abbildung 15: Varianten der p4p-Gestaltungen	58
Abbildung 16: Die Gewichtung der Qualitätsdimension bei dem p4p-Ansatz der IHA.....	60
Abbildung 17: Die Qualitätsindikatoren der IHA Teil 1	61
Abbildung 18: Die Qualitätsindikatoren der IHA Teil 2	62
Abbildung 19: Die Entwicklung der Ergebnisqualitätsindikatoren beim p4p-Ansatz der IHA	63
Abbildung 20: Die Aufschlüsselung des QOFs nach Qualitätsindikatoren	66
Abbildung 21: Versorgungsqualität vor und nach der Einführung des p4p-Ansatzes.....	67
Abbildung 22: Die Aufbauorganisation der IHA	70
Abbildung 23: Organigramm des WDR	75
Abbildung 24: Entwicklung der Gewichtung der Versorgungsqualitätsdimensionen.....	78
Abbildung 25: Messung von Weiterbildungsqualität Teil 1	81

Abbildung 26: Messung von Weiterbildungsqualität Teil 2	82
Abbildung 27: Messung der Koordinierung der Behandlung Teil 1.....	84
Abbildung 28: Messung der Koordinierung der Behandlung Teil 2.....	85
Abbildung 29: Sterblichkeit nach Hirninfarkt.....	88
Abbildung 30: Gewichtung des Frageninhalts bei der Messung der Patientenzufriedenheit ..	90
Abbildung 31: Der Vergabeschlüssel für Qualitätssterne von healthgrades.com.....	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren zur Messung von Struktur-,Prozess- und Ergebnisqualität....	23
Tabelle 2: Beispielrechnung zur Messung der Strukturqualität	83
Tabelle 3: Beispielrechnung zur Messung der Prozessqualität	86
Tabelle 4: Der Vergabeschlüssel für Qualitätssterne von „The Leading Hospitals of Germany“	95
Tabelle 5: Anteil der variablen und fixen Kosten bei ausgewählten Kostenarten.....	99

1 Einführung

1.1 Problemstellung

In den letzten Monaten waren Zeitungsartikel mit Überschriften wie z. B.

- „Krankenhäuser zahlen Prämie für Patienten“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 31.8.2009, S.1),
- „Immer mehr Ärzte verkaufen ihre Patienten“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 31.8.2009, S.9), oder
- „Als Patient muss es einem mulmig werden: Ärzte überweisen Kranke nicht in das für sie beste Krankenhaus mit der besten Versorgung – sondern in die Klinik, die am meisten für die Einweisung zahlt.“ (Borstel, 3.9.2009, veröffentlicht im Internet (10.9.2009))

an der Tagesordnung. Diese zahlreichen Artikel machen auf ein Defizit im Gesundheitswesen aufmerksam, das in der Vergangenheit schon oft Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen war, jedoch nur wenig systematisch einer Problemlösung zugeführt wurde:

Die Qualitätintransparenz des deutschen Gesundheitswesens.

Wäre der Patient in der Lage, selbst zu beurteilen, welche Ergebnisqualität ein Krankenhaus bei bestimmten medizinischen Leistungen liefert, würde er wahrscheinlich auch selbst entscheiden, welche Einrichtung für ihn bei einem elektiven Eingriff am besten geeignet ist. Ein Blick in die entsprechende Fachliteratur zeigt, dass die Qualitätsunterschiede zwischen einzelnen Fachabteilungen verschiedener Krankenhäuser gewaltig sind. Ein von Herrn Dr. Ernst Bruckenberg erstellter „Herzbericht“, der jährlich neu erscheint, weist aus, dass die Mortalitätsquote von Herzzentren stark differiert, ohne dass dieser Unterschied allein mit dem Schweregrad der Eingriffe erklärt werden kann. Ein typisches Beispiel stellt die risikoadjustierte In-Hospital-Letalität in der Koronarchirurgie dar. Bei ihr lag in Deutschland die Spannweite im Jahre 2008 zwischen 0,6% bis 7,8% (vgl. Bruckenberg (2009), S.197). Das heißt, dass im Extremfall die Sterblichkeitsquote bei vergleichbaren Krankenhausleistungen um das 13-fache voneinander abweicht. Während somit in einem Herzzentrum bei hundert Eingriffen kein Patient verstarb, waren es möglicherweise in dem nur wenige Kilometer entfernten Herzzentrum knapp acht Patienten.