



Dr. Erika Raab MBA,
Stellvertretende Vor-
sitzende der Deutschen
Gesellschaft für Medizin-
controlling e. V.,
erika.raab@medizincont-
roller.de

Qualitätsindikatoren – zwischen Wunsch und Wirklichkeit

- Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sollen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bei ihren Planungsentscheidungen unterstützen
- Die Definition einer 100-prozentigen Qualität und entsprechende Abweichungsgrade gelingen nur mit Hilfsindikatoren wie Struktur- und Prozessqualität
- Strukturprüfungen als Qualitätsmerkmal sind längst Klinikalltag

Vorbemerkung

Die Qualität einer medizinischen Behandlung ist eine komplexe Abbildung verschiedener Faktoren, weshalb sich Ansätze zur Definition von Dienstleistungen meist auf die Unterscheidung verschiedener Teilqualitäten oder Qualitätsarten beziehen [1]. Ausgehend vom grundlegenden Definitionsansatz medizinischer Qualität durch Donabedian [2] werden die drei Qualitätskategorien Struktur, Prozess und Ergebnis unterschieden (Abb. 1).

Unter der Struktur der medizinischen Qualität wurden unter anderem die menschlichen, technischen und finanziellen Voraussetzungen des Leistungserbringers subsummiert. Allerdings ist die Validität der Strukturkategorie als Qualitätsindikator einer Behandlung bislang als gering angesehen, da sie eher das Vermögen widerspiegeln, eine bestimmte Qualität erbringen zu können und weniger die Qualität selbst. [1]

Die Prozesskategorie gilt als wichtigster Teil des Donabedianischen Qualitätsbegriffes, da sie alle Maßnahmen umfasst, die im Laufe einer Behandlung unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation und individuellen Krankheitsmerkmale des Patienten ergriffen worden sind. Es wird angenommen, dass die

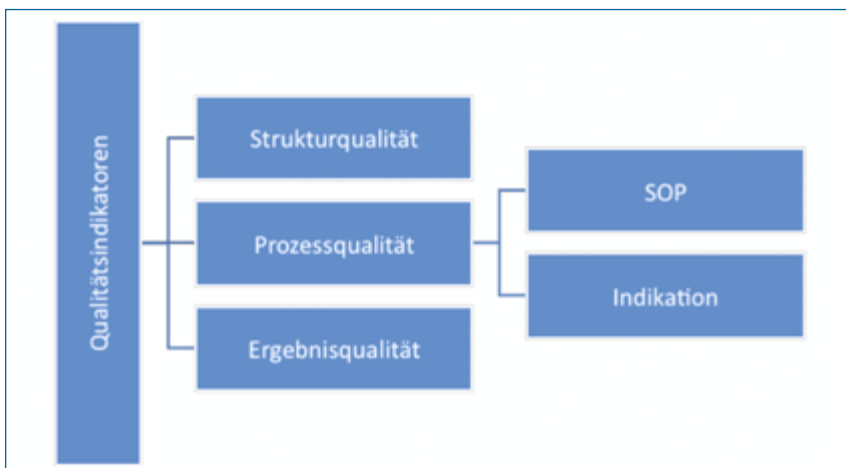
Ergebnisse einer Behandlung dann am besten sind, wenn die Behandlung selbst nach nachvollziehbaren bzw. überprüfbaren Regeln erfolgt, die den Stand des medizinischen Wissens widerspiegeln [5]. Eine Prozessorientierung wird den personalintensiven Krankenhausedienstleistungen gerecht, weil deren heterogene und oft nur subjektive wahrnehmbare Ergebnisse eine exakte Differenzierung und Identifizierung der Qualitätseinflüsse nicht ermöglichen [1].

In der deutschsprachigen Literatur wird der Ansatz um die ökonomischen Bedeutung [3] ergänzt, um den Zusammenhang von Qualität und begrenzten Ressourcen abzubilden und die ökonomischen Erfolgsgrößen eines Krankenhauses, die Effektivität und Effizienz, auf diese Weise in den Qualitätsbegriff aufzunehmen [4].

Das Ergebnis einer Behandlung in Form des Behandlungserfolges stellt der Definition entsprechend die eindeutige Basis für eine Qualitätsbeurteilung dar. Da aber aufgrund der individuellen Patientenmerkmale, und der verschiedenen Facetten einer medizinischen Behandlung die maximal individuell erreichbaren Behandlungsziele nicht der prädiktiven Vorhersage zugänglich sind, kann im Ergebnis der Zielerreichungsgrad nicht festgeschrieben werden. Bei der Leistungserbringung handelt es sich dementsprechend auch nicht um einen Werkvertrag mit einem geschuldeten Erfolg, sondern um eine Dienstleistung, deren Behandlungsergebnisse nicht unbedingt einer spezifischen Krankenhausbehandlung zugeordnet werden können [6]. Die größte Schwierigkeit bei der Messung von Ergebnisqualität liegt somit in der Detektion von objektiven Kriterien, die gesundheitliche Veränderungen des Patienten beschreiben, welche kausal auf die medizinische Versorgung zurückzuführen sind. Aufgrund der Schwierigkeit, Qualität im Krankenhaus zu definieren, finden sich eher Beschreibungen einer Behandlung mit hoher Qualität als eine exakte Definition [1].

Neuere Definitionsansätze der medizinischen Qualität enthalten auch Erkenntnisse aus anderen Bereichen, insbesondere aus der ökonomischen Qualitätsdefinition. Der Ansatz basiert auf der Überzeugung, dass Qualitätsverbesserung in erster Linie dazu dient, Fehlern und »schlechter« Qualität vorzubeugen und nicht nachträglich zu korrigieren [1], vereinfacht ausgedrückt: Qualität ist die Abwesenheit von Fehlern [3]. Im Krankenhausmanagement umfasst somit Qualität zum einen die fachliche Qualität, also richtige Diagnosen sowie eine fehlerfreie medizinische und pflegerische Behandlung, die menschliche Qualität, also das Maß an Freundlichkeit, Zuwendung und ausreichende Aufklärung im Umgang mit den Patienten, sowie zusätzlich die wirtschaftliche Qua-

Abb. 1: Merkmale der Qualitätsindikatoren



lität, also der erreichte Stand an Wirtschaftlichkeit und Überschuss-erzielung [7].

Qualitätsindikatoren – aktueller Stand

Die Anwendung valider Instrumente zur Messung, Bewertung und Darstellung der Versorgungsqualität wurden im Koalitionsvertrag 2013 als aktuelle gesundheitspolitische Ziele in Deutschland benannt [9]. Zur Umsetzung wurde das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit dem Ziel gegründet, die möglichst sektorenübergreifende Versorgungsqualität durch abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren zu messen und zu validieren. [8]

Qualitätsindikatoren werden aktuell in unterschiedlichen Verfahren zur Ermittlung der Versorgungsqualität eingesetzt [8, 10-11]. Die durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) und das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) entwickelten Qualitätsindikatoren zur Messung und Darlegung der stationären Versorgungsqualität [10, 12] werden von allen deutschen Kliniken angewandt. Die Ergebnisse werden in den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser gemäß § 137 SGB V veröffentlicht.

Wie in einem umfangreichen systematischen Review zu Qualitätsindikatoren [3] nachgewiesen wurde, existieren für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren als auch deren erfolgreichen, d. h. nachhaltigen Einsatz in der Routineversorgung kaum definierte und konsentrierte Anforderungen, die in der Versorgungsrealität eingesetzt werden und einer evidenzbasierten Qualitätsmessung entsprechen [13]. Seitens der Fachgesellschaften wird die Forderung erhoben, den Diskurs um die Qualitätsindikatoren fortzuführen, weitere Informationen verdichtet zur Verfügung zu stellen und somit wissenschaftlich fundiert die Entwicklung, Verbreitung und Evaluation von Methoden und Konzepten des Qualitätsmanagements zu fördern. [8, 13–15]. Die Forderung basiert damit auf der grundlegenden Frage, wie viele Qualitätsindikatoren allein in Deutschland angewendet werden. Der Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbandes führt 1.667 Qualitätsindikatoren in unterschiedlichen Entwicklungs- und Anwendungsstadien auf, wobei Evidenz und Güte dieser Indikatoren in vielen Fällen nicht dokumentiert wurden [15]. Die empirische Datenbasis zur Frage, ob der eingesetzte Indikator das zu messende Qualitätsmerkmal überhaupt sachgerecht abbildet, fehlt [8, 17]. Insofern ist das deutliche Ergebnis des Reviews [8] aus Sicht des Praktikers nicht überraschend:

»Die identifizierten Anforderungen an die Güte von Qualitätsindikatoren und für ihre Anwendung in der Versorgungspraxis unterscheiden sich stark zwischen den einzelnen Autoren. Es konnten keine 2 Arbeiten gefunden werden, in denen exakt dieselben Kriterien benannt sind. ... Ein wenig überraschend sind met-

rologische Gütekriterien, also solche, die die technischen Aspekte des Messens betreffen, in der gefundenen Literatur Mangelware. Risikoadjustierung, wie sie seit vielen Jahren ... als für bestimmte Anwendungsbereiche unabdingbar proklamiert wird, findet man nur selten (n = 6), Gütekriterien aus einer empirischen Überprüfung in der Praxis wie die Diskriminationsfähigkeit ... oder der positiv prädiktive Wert eines auffälligen Indikatorergebnisses ... sucht man vergebens.«

Auch aus der Begleitforschung des InEK zum DRG-System ist ersichtlich, dass die Indikatoren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V nur einen begrenzten Rückschluss auf die Ergebnisqualität der gesamten stationären Versorgung erlauben, da das Verfahren nur ausgewählte Leistungsbereiche mit einzelnen Aspekten der Ergebnisqualität abdeckt [16].

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Am 19. Februar 2018 veröffentlichte das IQTIG einen Vorbericht [18], in welchem die Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus den Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen geprüft werden sollte.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sollen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bei ihren Planungsentscheidungen unterstützen, indem sie eine Aussage dazu ermöglichen, ob Einrichtungen minimale Qualitätsanforderungen erfüllen, sodass sie im Krankenhausplan berücksichtigt werden können, oder ob sie diese Qualitätsanforderungen in einem Ausmaß verfehlen, dass Abteilungen aus dem Krankenhausplan oder bestimmte Leistungsbündel aus den Feststellungsbescheiden herausgenommen werden müssen [18]. Einrichtungen, die neu in den Krankenhausplan aufgenommen werden wollen, müssen nachweisen, dass sie die Einhaltung der entsprechenden Anforderungen gewährleisten können. Die Auflage des Bundesgesundheitsministeriums an den G-BA vom 24. Februar 2017 fordert, dass das Verfahren der »Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren« für die Planungsbehörden der Länder eine fundierte fachliche Grundlage zur Definition dieser Anforderungen zur Verfügung stellen soll. Als Mindestanforderung soll dabei das Verfahren aus der Sicht des BMG fachabteilungsbezogen »eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität« mit den entsprechenden Konsequenzen definieren [18].

Ausgehend von der Prämisse, eine wertende Beschreibung der Versorgungsqualität vorzunehmen, wurde im Vorbericht zwischen fallbezogenen und betrieblichen Anforderungen unterschieden. Dabei sollen sich fallbezogene Anforderungen direkt auf die Versorgungsprozesse und Versorgungsergebnisse im Einzelnen, also die gewünschte Prozess- und Ergebnisqualität, beziehen, indem sie die erforderlichen Versorgungsprozesse als Prozessstandards vorgeben. Die Resultate aus diesen strukturierten Behandlungen

Strukturmerkmale	<p>Organisationsstruktur (Vorhaltung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten (Stroke-Unit) ■ 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie ■ kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls ■ multidisziplinär spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie <p>Personalstruktur (Vorhaltung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ multidisziplinär spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie ■ 24-stündige ärztliche Anwesenheit; ■ Montag bis Freitag wird tagsüber mindestens eine 12-stündige ärztliche Anwesenheit durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie gefordert <ul style="list-style-type: none"> ■ Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht ■ unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfallmaßnahmen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ■ Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende) ■ Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist
Prozessmerkmale	<p>Dokumentationsvorgaben (SOP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. ■ Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. ■ Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. ■ Parametererhebung im Abstand von 4 Stunden oder häufiger ■ Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt 6-stündlich (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) ■ Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme ■ Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße obligatorisch in der Zeit vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit, <ul style="list-style-type: none"> ■ sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik vorliegend ■ Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls im eigenen Klinikum; <ul style="list-style-type: none"> ■ bei bekannter Ätiologie entbehrlich ■ Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfallereinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich <ul style="list-style-type: none"> ■ bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit ■ Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. <ul style="list-style-type: none"> ■ Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.
Patientenindividuelle/ Medizinische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnose und Nachweise des Defizites ■ Behandlungsdauer auf der spezialisierten Einheit ■ Nachweis der Einhaltung des Behandlungspfades

sollen ihrerseits als Ergebnisindikatoren definiert werden [18]. Betriebliche Anforderungen beziehen sich im Gegensatz dazu auf vorhandene Versorgungsstrukturen wie z. B. Räumlichkeiten, organisatorische Regelungen sowie die personelle und technische Ausstattung und werden einrichtungsbezogen bestimmt [18]. Mit der Option, zusätzlich auch Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengen als Indikatorgrundlagen zu nutzen, erweitert sich das Spektrum möglicher Anforderungen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren sowohl auf fallbezogene wie auch betriebliche Anforderungen.

Im Ergebnis konstatiert der Vorbericht grundsätzlich die Eignung von Strukturmerkmalen und Mindestmengenregelungen für eine Messung der Indikatorqualität [18]. Aber: Bei Verwendung als planungsrelevanter Qualitätsindikator spielt gerade das Anhalten »erheblich unzureichender Qualität«, also dass der gravierende Qualitätsmangel »nicht nur vorübergehend« auftritt, gemäß § 8 Abs. 1b KHG und § 109 Abs. 3 Nr. 2 SGB V eine bedeutende Rolle. »Da allerdings über die Umsetzung der Konsequenzen des Nichteinhaltens von Anforderungen der Strukturrichtlinien, namentlich des Verlusts des Vergütungsanspruchs, keine empirischen Daten vorliegen, kann keine Aussage zur praktischen Relevanz eines Verfahrens mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren getroffen werden, die aus Anforderungen aus den geprüften Strukturrichtlinien abgeleitet würden [18].«

Strukturprüfungen in der Praxis

Krankenhäuser werden täglich mit einer Vielzahl von Abrechnungsprüfungen konfrontiert. Bei diesen Prüfungen handelt es sich überwiegend um Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V, in denen der MDK nach Beauftragung durch eine Krankenkasse einen konkreten Behandlungsfall überprüft, in der Regel unter dem Gesichtspunkt der korrekten Abrechnung.

Neben diesen Einzelfallprüfungen werden Krankenhäuser mit sogenannten »Strukturprüfungen« konfrontiert. Einerseits bestehen Prüfungen, die kontrollieren sollen, ob Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt sind, vom Krankenhaus eingehalten werden. Zum anderen gibt es zusätzlich Prüfungen, die darauf gerichtet sind zu kontrollieren, ob in OPS-Kodes vorgegebene Strukturmerkmale vom Krankenhaus eingehalten werden. Während also das IQTIG keine empirischen Aussagen zur Sanktion bei der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen treffen kann, sind somit Strukturprüfungen außerhalb der GBA-Richtlinien längst Alltag der Medizincontroller im Rahmen der Prüfung von OPS bei Komplexbehandlungen im Rahmen von Einzelfallprüfungen des § 275 SGB V.

Bei vertiefter Betrachtung der bestehenden »Komplex-OPS«, exemplarisch sei auf den OPS 8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlagan-

**Tab. 1: OPS 8-981
Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls – Aufbau**

falls (Tab. 1) verwiesen, zeigt sich, dass der OPS selbst bereits Qualitätsmerkmale in Form von Struktur- und Prozessmerkmalen enthält.

Der Aufbau von Komplexcodes im DRG- als auch im PEPP-System lässt sich mithin auf folgende Grundstruktur abstrahieren (Abb. 2):

Bei einem Vergleich der Struktur des Qualitätsbegriffes und der Struktur der Komplexcodes zeigt sich bereits eine hohe Übereinstimmung zwischen den Merkmalen, so dass in der Praxis längst eine strenge Form der Qualitätskontrolle etabliert ist.

Gelingt es dem Krankenhaus anhand der Dokumentation auf Einzelfallebene nicht, einen vollständigen Nachweis der Einhaltung der Vorgaben des OPS zu führen, wird die Leistung nicht vergütet – unabhängig davon ob 50 Prozent oder 95 Prozent der Merkmale des Codes nachgewiesen werden konnten. Dieses Alles-oder-nichts-Prinzip führt in der Praxis zur impliziten Sanktionierung von Kodier- oder Dokumentationsfehlern.

Dabei ist die Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen innerhalb eines Komplex-OPS streitig: Weder im SGB V noch in anderen Gesetzen findet sich eine explizite Rechtsgrundlage für eine Strukturprüfung von durch OPS-Kodes vorgegebenen Strukturmerkmalen. Zwar hat das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 18.07.2013 (B 3 KR 25/12 R) Ausführ-

ungen zu Strukturprüfungen gemacht, aber die Frage, ob diese Strukturprüfungen an sich zulässig sind, nicht diskutiert und auch keine Rechtsgrundlage für diese Prüfungen benannt.

Das BSG führte in seinem Urteil aus, dass – zumindest bei strukturellen Abrechnungsvoraussetzungen eines Komplexbehandlungskodes, die unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall auf Grund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses stets erfüllt sein müssen – eine Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht in Betracht komme, da es sich bei diesen Strukturmerkmalen nicht um eine medizinische Sachfrage handele, zu deren Klärung der MDK einzuschalten wäre.

Aus diesem Urteil lässt sich ableiten, dass bei den OPS-Komplexcodes zwischen zwei Arten von Prüfmerkmalen zu unterscheiden ist. Einerseits existieren strukturbezogene, unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall zu prüfende Merkmale (z.B. die ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation), andererseits patientenbezogene, medizinische Merkmale (z.B. eine erforderliche Mindestpunktzahl aus den Intensivscores TISS und SAPS). Ob es sich bei dem in Streit stehenden Merkmal um ein strukturbezogenes oder um ein patientenbezogenes Merkmal handelt ist, ergibt sich aus dem Wortlaut des betroffenen OPS-Kodes, auf den nach ständiger Rechtspre-

3M Science.
Applied to Life.™

Qualität. Strategisch eingesetzt.

3M™ QS-MED Suite

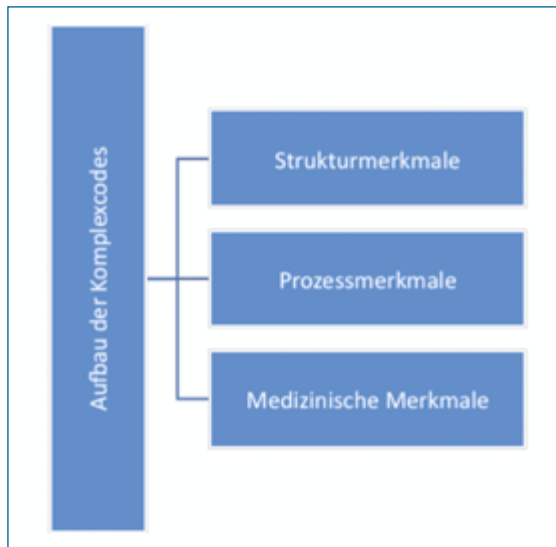
Mehr als 700 Krankenhäuser vertrauen dem bewährten, marktführenden System für die externe Qualitätssicherung.

Jetzt NEU in der 3M QS-MED Suite:

- ▶ Sollstatistik-Reports
- ▶ XML-Import für Bogenbearbeitung und QS-Analyse
- ▶ NWIE Einrichtungsbefragung
- ▶ Erfassungsmodule für bundesweite Register
 - Tumordokumentation nach ADT/GEKID
 - EPRD Endoprothesenregister Deutschland

Weitere Informationen unter Tel.: 030 3267760 oder www.3M.de/HIS

**Abb. 2: Aufbau der
Komplexcodes**



chung des BSG abzustellen ist. Diese Unterscheidung führt zu der Konsequenz, dass eine Prüfung patientenbezogener, medizinischer Merkmale wohl im Rahmen einer Einzelfallprüfung durch den MDK zulässig ist.

Fazit

Die künftige Ausrichtung auf zusätzliche Qualitätsindikatoren, welche sich noch in der Definitionsphase befinden, lässt in den Krankenhäusern grundsätzlich eine weitere Steigerung des Dokumentations- und Prüfaufwandes erwarten, welcher die prekäre Situation in der Patientenversorgung verschärfen wird.

Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff der Qualität als unbestimmter Rechtsbegriff einer Auslegung unterliegt. Solange nicht sicher bestimmt werden kann, wie 100 Prozent Qualität einer Krankenhaus-

leistung definiert sind, kann ebenfalls nicht definiert werden, welcher Abweichungsgrad einer »in erheblichem Maß unzureichende Qualität« entspricht. Aufgrund ihrer Zugänglichkeit zu einer Messbarkeit sind die Struktur- und Prozessqualität am ehesten geeignet, Qualitätsvorgaben abzubilden.

Qualitätsprüfungen durch den MDK sind längst im Klinikalltag im Rahmen von Prüfungen der GBA-Richtlinien als auch in Form von Strukturprüfungen der Komplexcodes etabliert, wobei die Rechtsgrundlage für Letztere nicht geklärt ist. Aufgrund der hohen Detailtiefe der OPS-Komplexcodes besteht in den Krankenhäusern bereits ein enormer Dokumentationsaufwand, welcher angesichts des Fachkräftemangels kontraproduktiv zur Erreichung der personalintensiven Qualitätsziele wirkt.

Lösungsansätze werden in einer Restrukturierung der OPS-Komplexcodes gesehen. Werden allgemeine Struktur- und Prozesskennzeichen aus der Einzelfallprüfung in eine jährliche Strukturprüfung vergleichbar zu den Strukturprüfungen der GBA-Richtlinien überführt, würde dies nicht nur eine deutliche Entlastung der Prüfsituation vor Ort bewirken, sondern als planungsrelevante Qualitätsindikatoren abstrakt-generell in die Krankenhausplanung einfließen können.

Für Krankenhäuser würde dies unabhängig vom Ergebnis Planungssicherheit bedeuten: Nicht das konkret-individuelle retrospektive Ergebnis von Einzelfallprüfungen führt nach der Leistungserbringung zu Vergütungsverlusten und hohen Rückstellungen aufgrund etwaiger Widerspruchs- und Klageverfahren, sondern prospektiv erfolgt zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern die grundsätzliche Erlaubnis zur Erbringung der Leistungen im Rahmen des Versorgungsauftrages, so dass eine Anpassung der Vorhaltenen möglich erscheint. ■

Quellen

- [1] Kaltenbach, T: Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Melsungen 1991
- [2] Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. The Milbank quarterly. 1966; 83(4): 691-729
- [3] Töpfer A: Medizinische und ökonomische Bedeutung von Qualität im Krankenhaus: Vermeidung von Fehlerkosten als Wertvernichtung und Wertorientierte Steuerung. In: Albrecht D, Töpfer A. (eds) Handbuch Changemanagement im Krankenhaus. Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management. Springer, Berlin, Heidelberg 2017
- [4] Brunner, C.B: TQM und organisationales Lernen im Krankenhaus, in: P. Swertz (Hrsg.): Konstanzer Schriften zur Krankenhauswissenschaft, Konstanz 2002.
- [5] Rückle, F: Entwicklung der Qualität im Krankenhaus: Eine Analyse der AQUA-Bundesauswertung von 2008 bis 2011, Dissertation München 2017
- [6] Matthes, N, Wiest, A: Qualität im Krankenhaus – Überlegungen zu Begriffen und Methoden der Leistungsbewertung, in: M. Arnold, u.a. (Hrsg.): Krankenhausreport 2002, Stuttgart 2003
- [7] Riegel, G: Krankenhaus-Marketing & Qualitätsmanagement – großes Handbuch für das Erfolgsmanagement in Hospitälern, 2. Aufl., Augsburg 2000.
- [8] Rode, S, Ries, V, Petzold, T, et al: Anforderungen und Anwendungshinweise für den Einsatz von Qualitätsindikatoren in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse eines systematischen Reviews, Gesundheitswesen 2016; 78 (Suppl. 1): e110–e119.
- [9] CDU, CSU, SPD: Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 2013; p. 53–57.
- [10] AQUA-Institut. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Göttingen: 2012
- [11] Mansky T, Nimptsch U: German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) – Qualitätsmessung in der Initiative Qualitätsmedizin. In: Kuhlen R, Rink O, Zacher J (eds.). Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2011
- [12] Reiter A, Fischer B, Kottling J et al: QUALIFY – a tool for assessing quality indicators. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2007; 101: 683–688
- [13] Schmitt J, Petzold T, Eberlein-Gonska M et al. Requirements for quality indicators. The relevance of current developments in outcomes research for quality management. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2013; 107: 516–522
- [14] Rode S, Buch U, Fischer B: Ist Qualität messbar? f&w 2014; 1175–1177
- [15] Petzold T, Deckert S, Eberlein-Gonska M et al: Evidenzbasierte Qualitätsmessung als Voraussetzung für Value-based Healthcare. Monitor Versorgungsforschung 2015; 8: 49–54
- [16] Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008-2010). Siegburg: 2013
- [17] Schmitt J, Petzold T, Deckert S et al. Recommendations for quality indicators in german S3 guidelines: a critical appraisal. Gesundheitswesen 2014; 76: 819–826
- [18] IQTIG, Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen. Vorbericht, Stand 19. Februar 2018