

# **Möglichkeiten und Grenzen von Qualitätswettbewerb**

**Referat im Rahmen der 5. Qualitätskonferenz des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
am 14.10.2013 in Berlin**

# Möglichkeiten und Grenzen von Qualitätswettbewerb

## Referat im Rahmen der 5. Qualitätskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses am 14.10.2013 in Berlin

1. Funktionen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen
1. Ansatzpunkte und Bereiche des Qualitätswettbewerbs
2. Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen
3. Voraussetzungen eines zielführenden Wettbewerbs im kollektiv- und selektivvertraglichen System
4. Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorenübergreifenden Behandlung mit wettbewerblicher Orientierung
5. Hindernisse zur Teilnahme an integrierten Versorgungsformen aus Sicht von Krankenkassen und Krankenhäusern
6. Empfehlungen zum sektorübergreifenden Qualitätswettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationäre
7. Methodische und ordnungspolitische Grenzen

## Funktionen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

- Ausrichtung des Leistungsangebotes am objektivierten Bedarf,
- Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten durch Lenkung der Leistungen,
- Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung,
- Förderung von Produkt- und Prozessinnovationen, vornehmlich im Zuge von dezentralen Suchprozessen sowie
- Verhinderung von monopolistischem Machtmissbrauch durch staatliche Instanzen, Krankenkassen und Leistungserbringer

## Ansatzpunkte des Qualitätswettbewerbs

### 1. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

- Strukturqualität bezieht sich auf personelle, technische und räumliche Ressourcen bzw. Produktionsfaktoren
- Prozessqualität beinhaltet Einsatz der Behandlungsmaßnahmen; als Beurteilungskriterien dienen fachbezogene Standards und Leitlinien, die an die Indikationsstellung anknüpfen
- Ergebnisqualität orientiert sich an den gesundheitlichen Outcomes, d.h. Lebenserwartung und Lebensqualität; schließt bei weiter Interpretation auch Wartezeit der Patienten auf eine Behandlung und die Betreuung während dieses Prozesses ein

## 2. Diffusion und Innovation im Rahmen des Qualitätswettbewerbs

- Diffusion umfasst eine zügige Umsetzung des vorhandenen indikationsspezifischen Wissens; hier setzt die Qualitätssicherung an
- Innovation zielt auf neue Leistungen und Behandlungsmethoden zur Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes

Qualitätswettbewerb enthält auch die Diffusion, geht aber hinsichtlich der angestrebten Niveaus über die Normen der Qualitätssicherung hinaus

### 3. Bereiche des Qualitätswettbewerbs

(1) Im Behandlungsprozess

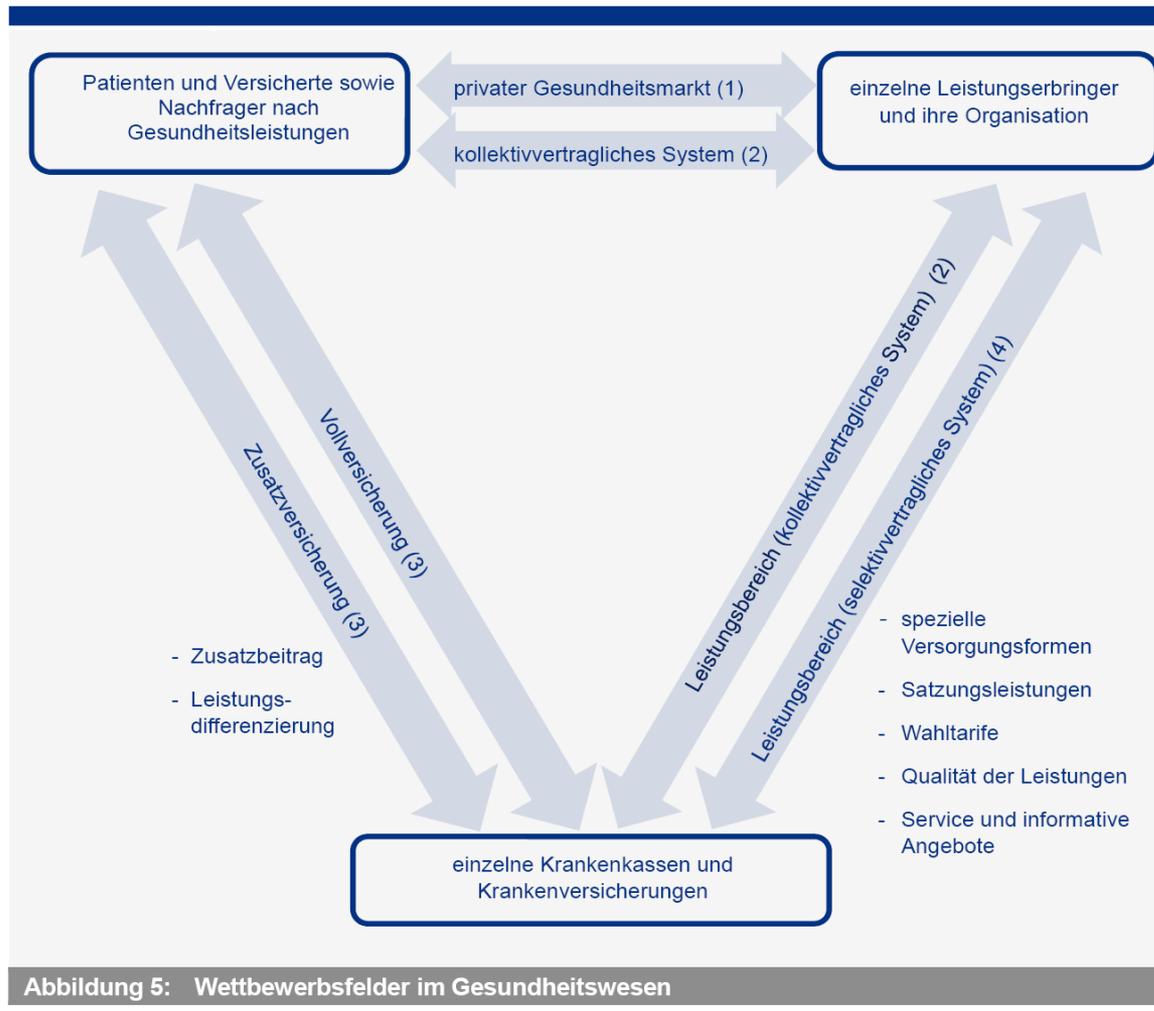
- innerhalb der Leistungsarten
- sektorenübergreifend

(2) Unter ordnungspolitischen Aspekten

- im kollektivvertraglichen System
- im selektivvertraglichen System

Ein Qualitätswettbewerb unter Mitwirkung einzelner Krankenkassen kann nur im selektivvertraglichen Bereich stattfinden

## Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung

## Voraussetzungen eines zielführenden Wettbewerbs

- ein hinreichendes Spektrum an Wettbewerbsparametern
- Umfang und Struktur der Beschäftigten
- Nutzerkompetenz

## Vereinbarungen zur Förderung der Versorgungsqualität

- Die Krankenkassen können nach § 128 Abs. 6 SGB V mit Vertragsärzten und Krankenhäusern, die an der ambulanten Behandlung teilnehmen, Vereinbarungen über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Verordnung von Leistungen schließen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen können nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen.

## Förderungswürdige Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 und 4 SGB V 1/1

- Praxisnetze können als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ein eigenes Honorarvolumen erhalten, um damit „der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen“ (§ 87b Abs. 2 SGB V)
- Voraussetzungen: Verbesserung der ambulanten Versorgung und Anerkennung des Praxisnetzes durch die KV
- Kriterien für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze (KBV 2013, S. 13)
  - netzeigene Qualitätszirkel mit netzspezifischen Standards
  - die Auswahl von Qualitätsindikatoren als Schwerpunkte der qualitätsorientierten Tätigkeit
  - Fallbesprechungen und Feedback-Berichte
  - die Umsetzung von Leitlinien und die Vorgabe konkreter Behandlungspfade
  - Patienteninformationen und die Konzipierung spezieller Präventionsangebote
  - Kooperationen mit Leistungserbringern aus anderen Versorgungsbereichen
  - eine gemeinsame Dokumentation mit dem Ziel einer externen Qualitätstransparenz

## Förderungswürdige Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 und 4 SGB V 1/2

- Probleme:
  - Umsetzung in den Kven
  - Verbleiben im kollektivvertraglichen Bereich (keine Einschreibung, keine Budgetbereinigung erforderlich)
  - keine hinreichende sektorenübergreifende Orientierung

## Die bestehenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen

- Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Auszahlung einer Prämie,
- die selektiven Verträge im Rahmen der besonderen Versorgungsformen,
- spezielle vertragliche Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgungsqualität oder der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- Einzelverträge innerhalb von Leistungsbereichen über Preise und Rabatte,
- mit speziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanzierte Satzungs- und Ermessensleistungen,
- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V,
- Wahltarife,
- Vermittlung von privaten Zusatzversicherungsverträgen nach § 194 Abs.1a SGB V sowie
- neben dem allgemeinen Service (Geschäftsstellen und Call-Center), Abgabe von Informationsmaterial, wie z. B. Krankenhaus- und Pflegenavigator *sowie* Aufbau einer „Marke“.

## Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorenübergreifenden Behandlung (1)

Von den besonderen Versorgungsformen beinhalten

- die Strukturverträge nach § 73 a SGB V,
- die hausarztzentrierte Versorgung nach §73 b sowie
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach §73c

zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, aber keine sektorübergreifende Koordination.

## Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorenübergreifenden Behandlung (2)

Eine sektorenübergreifende Behandlung ermöglichen vom Ansatz nur:

- die Modellvorhaben nach §§ 63-65,
- die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g.

## Hemmnisse für den Abschluss und Gründe für die Beendigung von Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen aus Sicht der Krankenkassen

- der Aufwand eines formalisierten Ausschreibungsverfahrens bzw. die Sorge vor Klagen gegen nicht korrekt ausgeschriebene Verträge
- die bestehenden Regelungen zur Budgetbereinigung, die im Jahre 2010 nur bei 1,5% und im Jahre 2011 bei 2,2% der Verträge erfolgte
- die Nichtberücksichtigung der Indikation im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA)
- die zu hohen Kosten, z.B. für Kooperationen und Vertragsmanagement,
- zu geringe Teilnehmerzahlen
- Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer

## Gründe für die Nichtteilnahme und für die Beendigung an bzw. von Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen aus Sicht der Krankenhäuser

- die Unsicherheit des wirtschaftlichen Erfolges
- der zu hohe bürokratische Aufwand
- fehlende Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen
- zu geringe Fallzahlen
- zu geringe Vergütung
- mangelndes Interesse bei den behandelnden Ärzten

## Empfehlungen zum sektorenübergreifenden Qualitätswettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär

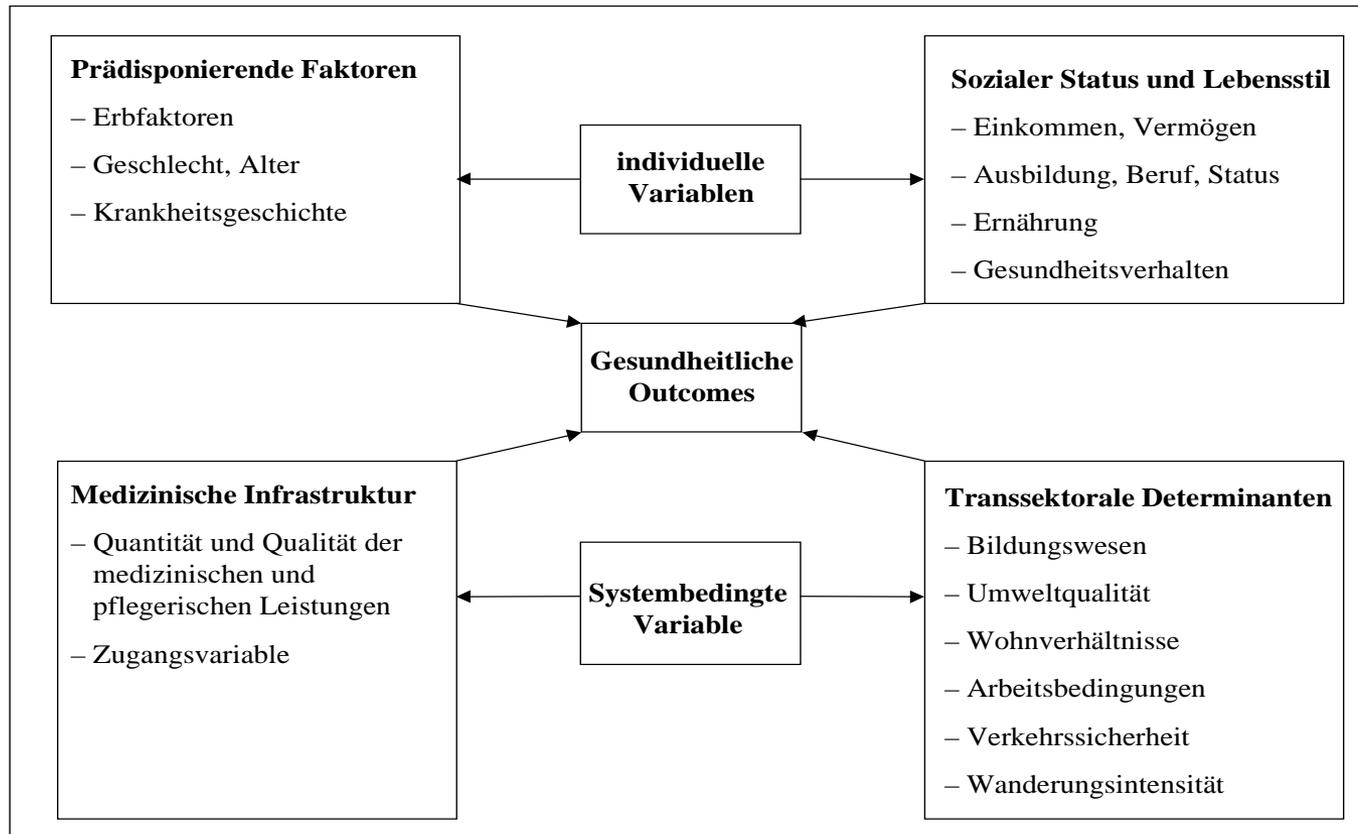
- kein Zwang zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung für die Krankenkassen
- freie Vergütungsvereinbarungen im Rahmen der besonderen Versorgungsformen, auch jenseits der Beitragssatzstabilität
- sektorenübergreifende Orientierung als notwendige Bedingung für die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V
- Einbeziehung der strukturierten Behandlungs- bzw. Disease Management-Programme in den § 140 a-d SGB V
- Modell einer darlehensbasierten Förderung innovativer Versorgungskonzepte
- Option selektiver Verträge für ein bestimmtes Spektrum ausgewählter Krankenhausleistungen

## Methodische und ordnungspolitische Grenzen eines Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen

Es geht hier um Probleme, die auch bei einer zielorientierten Rahmenordnung bestehen bleiben:

- Auswahl von validen outcomeorientierten Qualitätsindikatoren
- Zeitpunkt und Leistungsbereich der Messung, z.B. bei Folgen von Operationen im stationären oder später im ambulanten Sektor
- Kausale Beziehung zwischen einer Veränderung der Outcomeparameter und der medizinischen Behandlung; Probleme einer outcomeorientierten Vergütung der Leistungserbringer
- Internes Qualitätsmanagement und externe Transparenz der Ergebnisse
- Eine verbleibende Dominanz des Wettbewerbs im Versicherungsbereich
- Die Bedeutung des Marktanteils der Krankenkassen bei der Inangriffnahme erfolgsversprechender innovativer Versorgungskonzepte

## Einflussgrößen gesundheitlichen Outcomes



Quelle: eigene Darstellung