

# Die Position der TK

## TK fordert qualitätsorientierte Vergütung im Krankenhaus

Die TK schlägt ein qualitätsorientiertes Vergütungsverfahren für Krankenhäuser vor. Auf der Grundlage des Hospital Value-Based-Purchasing Program von Medicare aus den USA soll ein System entwickelt werden, dass für die Krankenhäuser Vergütungsanreize schafft, sich stärker für die Qualität der Versorgung zu engagieren. Dafür sollen 2% der jährlichen Zahlungen an Krankenhäuser nach Kriterien wie Prozess- und Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit und Kosteneffizienz verteilt werden.

### Qualität der Versorgung bisher kaum relevant für Vergütung

Für die Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland ist die Qualität der Leistungserbringung derzeit nicht ausreichend relevant. Das deutsche Vergütungssystem legt den Focus auf Quantität. Dies wird seit der Einführung des deutschen Fallpauschalensystems bemängelt. Bisher werden Qualitätsmerkmale nur an wenigen Stellen der Vergütung, zum Beispiel bei Komplexbehandlungen, berücksichtigt. Damit werden solche Krankenhäuser im Wettbewerb benachteiligt, die höhere Ressourcen aufwenden, um eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sicherzustellen. Dieser Zustand sollte mit den im Krankenhausstrukturgesetz vorgegebenen Qualitätszu- und -abschlägen gemäß § 5 Abs. 3a KHEntgG eigentlich seit Mitte 2018 beendet werden. Der Gesetzgeber verabschiedete 2015 die Einführung von Zu- und Abschlägen und mandatierte den Gemeinsamen Bundesausschuss, Indikatoren zu identifizieren und Ziele zu definieren, der hierfür das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) beauftragte.

In seinem Abschlussbericht kam das IQTiG 2019 zu dem Ergebnis, dass evidenzbasiert keine Ableitung von Auswahlkriterien für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche sowie auch keine einheitliche Definition von "außerordentlicher guter" und "unzureichender" Qualität möglich ist. Zudem ist insbesondere wegen der Fragmentierung der Versorgung in Deutschland eine eindeutige Zuordnung von Qualitätsauswirkungen an einzelne Leistungserbringer bezogen auf einzelne Leistungen/Leistungsgruppen rechtssicher kaum umsetzbar. Somit liegt bislang kein umsetzbares Verfahren für eine qualitätsorientierte Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland vor.

### Krankenhaus-Qualitätsindex setzt Anreize für bessere Versorgungsqualität

Die TK fordert, dass die Qualität der Versorgung endlich auch ein Kriterium für die Vergütung von Krankenhausleistungen wird. Ein neuer Weg wäre es, die Gesamt-Performance eines Krankenhauses zu bewerten und zu belohnen. Für diesen Ansatz gibt es international bereits vielversprechende Erfahrungen. Die Verwendung eines etablierten Instrumentes bietet die Chance einer zeitnahen Umsetzung. Als Grundlage kann das Hospital Value-Based-Purchasing Program von Medicare aus den USA dienen. Dieses wird in den USA seit 2017 angewendet. Im Ergebnis wird mit

diesem Programm versucht, auf eine Verschiebung der finanziellen Anreizwirkungen oder Managementprioritäten in der stationären Versorgung hinzuwirken. Eine stärkere Qualitätsorientierung statt reiner Quantität.

Im Gegensatz zu den bisher in Deutschland diskutierten Ansätzen einer Messung von einzelnen Leistungen oder Leistungskomplexen werden in diesem Verfahren das gesamte Krankenhaus und damit dessen Versorgung insgesamt betrachtet. Für jedes Krankenhaus wird ein Gesamtindex aus 4 Bereichen gebildet. Diese umfassen neben der reinen Prozess- und Ergebnisqualität auch die Patientenzufriedenheit und die Kosteneffizienz. Damit ist dieser Index weiter gefasst, als die bisher in Deutschland diskutierten Ansätze.

Das Programm wird finanziert, indem Zahlungen der Krankenhäuser für das Geschäftsjahr um 2 % reduziert werden. Der Budgetanteil ist hoch genug, um geeignete Anreize zu setzen. Der Gesamtbetrag dieser Kürzungen wird dann auf der Grundlage ihrer Total Performance Scores an die Krankenhäuser umverteilt. Die einzelnen Bewertungsindikatoren werden gewichtet. Dabei bestehen für die Krankenhäuser zwei Möglichkeiten von diesem Gesamtbetrag eine Vergütung zu erhalten: Zum einen dadurch, dass die gemessene Leistung besser ist als der nationale Durchschnitt der sogenannten Referenzperiode (gemessen am Median). Zum anderen auch wenn sie ihre gemessene Leistung wesentlich im Vergleich zu ihrem eigenen Wert aus der Referenzperiode verbessern. Die notwendigen Daten zur Ermittlung und Berechnung der Indikatoren stammen überwiegend aus den Routine-Abrechnungsdaten der Krankenhäuser. Das Programm ist für die staatliche Versicherung Medicare im Gesetz verankert und somit kollektivvertraglich angelegt. Es ist mit wenigen Modifikationen auch auf das deutsche DRG-System übertragbar.

Techniker Krankenkasse  
Büro Berlin  
Luisenstraße 46, 10117 Berlin  
Tel. 030 - 28884710  
[berlin-gesundheitspolitik@tk.de](mailto:berlin-gesundheitspolitik@tk.de)