

# Interview mit Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung „Krankenhaus“ im GKV-Spitzenverband

**?** *Wie realistisch ist es, bis zum 31.12.2016 Qualitätsindikatoren zur Prozess-, Struktur-, und Ergebnisqualität vorzulegen, die einerseits justitiabel sind und andererseits eine objektive Beurteilung der Qualität der erbrachten Krankenhausleistungen ermöglichen?*

**Dr. Leber:** Wer wissen will, mit welchen Indikatoren das Zu-/Abschlagssystem an den Start gehen kann, der werfe einen Blick in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Dort findet sich das Spektrum etablierter Indikatoren. Für die Entwicklung neuer Indikatoren würden Jahre ins Land gehen. Deshalb muss man mit einer Auswahl der fast 400 Indikatoren starten, die im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung seit Jahren erhoben und ausgewertet werden. Die Aussagekraft und Zuverlässigkeit dieser Indikatoren ist bereits im Zusammenhang mit deren Veröffentlichung geprüft worden. Eine Auswahl geeigneter Indikatoren kann daher binnen kürzester Zeit erfolgen.

**?** *Auf welcher Basis erfolgt der Beschluss des G-BA zu diesen Qualitätsindikatoren? Sind es eigene Vorschläge oder wird man sich hierbei auf „zugelieferte“ Ergebnisse des eigens gegründeten IQTiG stützen wollen?*

**Dr. Leber:** Die inhaltliche und ordnungspolitische Diskussion wird im G-BA zu führen sein. Die konkrete Prüfung der Indikatoren auf Zuverlässigkeit und Manipulierbarkeit sowie die Risikoadjustierung wird

man wohl dem IQTiG überantworten. Der G-BA muss die anzuwendenden Qualitätssicherungs-Scores dann letztlich beschließen.

**?** *Können solche Qualitätsindikatoren aufgrund bereits bestehender Datensammlungen konzipiert werden?*

**Dr. Leber:** Ja. Anders geht es nicht. Ein System auf der Basis neu zu entwickelnder Indikatoren würde den Start mehr als eine Legislaturperiode verschieben: 2016/2017 G-BA/IQTiG, 2018 EDV-Umsetzung, 2019 erstes Erfassungsjahr, 2020 erste Auswertung, 2021 erste Zu-/Abschläge. Bei einem solchen Szenario würde man sich kaum noch erinnern, dass es einen gesetzlichen Auftrag zur Qualitätsorientierung der Vergütung gibt.

**?** *Mit wie viel Qualitätsindikatoren könnte die Qualitätsoffensive zum 01.01.2017 starten?*

**Dr. Leber:** Ich rechne damit, dass man fünf bis zehn Qualitätssicherungs-Scores entwickelt, also Kennzahlen, die die Qualität bestimmter Behandlungsbereiche, wie z. B. Endoprothetik oder herzchirurgische Eingriffe, abbilden. Jeder dieser Qualitätssicherungs-Scores (Endo-Score, Kardio-Score, ...) würde aus einem Bündel von Einzelindikatoren errechnet. Zu- oder Abschläge würden sich dann auf die dazugehörigen DRG-Cluster beziehen müssen. Der GKV-Spitzen-

verband stellt sich dies als Umverteilung zwischen Krankenhäusern vor: Mit den Abschlägen für mindere Qualität wird der Zuschlag für Krankenhäuser mit exzellenter Qualität finanziert. Die Krankenkassen wollen nicht via Abschlag an schlechter Versorgungsqualität verdienen.

**?** *Wie lange wird es Ihrer Einschätzung nach dauern, bis ein umfassendes Qualitätsindikatoren-System ausgereift für die praktische Anwendung in den Krankenhäusern zur Verfügung steht?*

**Dr. Leber:** In den USA ist bereits im Rahmen der Medicare-Versicherung eine vollumfänglich qualitätsorientierte Vergütungskomponente im Echtheinsatz, das „Hospital Value-Based Purchasing Program“. Es beinhaltet in der 2015er Version 26 Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität, zur Patientenzufriedenheit und zur Ergebnisqualität, wie z. B. 30-Tage-Mortalität bei Herzinfarkt. Wir sollten die Übertragbarkeit dieser Indikatoren prüfen und ansonsten beobachten, wie sich die qualitätsorientierte Vergütung in den USA auswirkt. Da es sich auch bei einer Übertragung um für unser System neue Indikatoren handelt, gelten die oben genannten zeitlichen Dimensionen. Aber vielleicht entfaltet ja auch schon die Aussicht auf solche Vergütungssysteme Wirkung, so dass die Krankenhausprozesse weniger in Richtung Mengenexpansion und mehr in Richtung Qualität entwickelt werden.