Hintergrundpapier

Messung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte

Thomas Czypionka Markus Kraus Gerald Röhrling

Hintergrundpapier

Messung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte

Thomas Czypionka Markus Kraus Gerald Röhrling

Endbericht

Hintergrundpapier anlässlich der European Science Days 2008 erstellt im Auftrag der Europäischen Wissenschaftstage in Steyr

April 2008

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer ☎: +43/ 1/ 599 91-125 Fax: +43/ 1/ 599 91-162 E-Mail: felderer@ihs.ac.at

Dr. Thomas Czypionka ☎: +43/ 1/ 599 91-127 Fax: +43/ 1/ 599 91-555

E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at

Zusammenfassung

Auf Einsehbarkeit Grund fehlender und Transparenz von Rechnungsabschlüssen ist es in Österreich nicht ohne weiteres möglich, Finanzierungskennzahlen auf Spitalsebene zu vergleichen. unterschiedlicher Darstellungsmethoden der Abschlüsse gestaltet sich ein derartiger Vergleich auf der Ebene der Landesgesundheitsfonds leichter: Diese werden primär aus den sogenannten Mindestmitteln (gemäß §15a-Vereinbarung über die Finanzierung und Organisation des österreichischen Gesundheitswesen) gespeist, wobei in Oberösterreich, Kärnten und Wien die Sozialversicherung mit knapp drei Viertel Hauptfinanzier ist. Auf Seite der Mittelverwendung der Fonds stellen die Zahlungen für den stationären Bereich (LKF-Zahlungen) und jene für den spitals-ambulanten Bereich die Hauptausgabenpositionen dar. Es zeigt sich jedoch, dass in Oberösterreich 2006 nur knapp 48 Prozent der Endkosten über die stationären und ambulanten Zahlungen des Fonds abgedeckt werden, in Wien gar nur 41 Prozent. Die verbleibenden Kosten werden über private Mittel sowie durch Betriebsabgangsdeckung der Träger (Land, die Gemeinden. Ordensgemeinschaften) gedeckt.

Spitäler produzieren typischerweise mit mehreren Inputs, z.B. Betten, eingesetztes Personal, mehrere Outputs; diese werden durch Hilfsgrößen wie die Anzahl der stationären Patienten, das Belagstagevolumen oder als Kostengröße die Anzahl der LKF-Punkte abgebildet. Werden diese Outputgrößen auf die eingesetzten Inputmengen bezogen, können erste Rückschlüsse auf die Leistungs-(Produktivitäts-)entwicklung gezogen werden. Eine Schwierigkeit der Interpretation dieser Kennzahlen liegt allerdings darin, dass Informationen aus einer Reihe von Kennzahlen verknüpft werden, da mehrere Inputs und mehrere Outputs miteinander in Beziehung gesetzt werden müssen.

In Österreich gibt es bezüglich der Auslastung, der Belagsdauer sowie des Bettenumschlags erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Beispielsweise sind die Bundesländer Tirol und Burgenland von einem sehr hohen Bettenumschlag und niedriger Belagsdauer (im Vergleich zum Österreich-Durchschnitt) gekennzeichnet, während es sich insbesondere in der Steiermark, aber auch in Kärnten und Wien umgekehrt verhält. Auch die Produktivität gemessen an den stationären Patienten pro eingesetzten Personal (Vollzeitäquivalente) in den Spitälern variiert in den Bundesländern: Oberösterreich weist die höchste, Wien die niedrigste auf.

Internationale Vergleiche zeigen die Dominanz des stationären Sektors in Österreich. Mit 41 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben (EU: 37 Prozent) fließt überdurchschnittlich viel Geld in Spitalsversorgung. Gründe dafür sind beispielsweise die immer noch sehr hohe Akutbettendichte (mit 6,1 Betten pro 1.000 Einwohner rangiert Österreich 2005 innerhalb der verfügbaren EU-Länder hinter Deutschland mit 6,4 Betten auf Platz 2), die höchste Aufnahmerate innerhalb der EU-Staaten (26 stationäre Aufnahmen pro 100 Einwohner) oder die vielleicht noch nicht "optimale Produktivität" (gemessen am Verhältnis der stationären Patienten zum eingesetzten Personal). Daher gilt es insbesondere diese Effizienzpotentiale im Spitalsbereich ohne Qualitätsverlust auszuschöpfen und die Finanzierung des stationären und ambulanten Sektors aus einer Hand umzusetzen mit dem Ziel, Transparenz in der Systemfinanzierung herzustellen und Leistungsverschiebungen zwischen den Sektoren zu erleichtern.

Neben der Restrukturierung der Finanzierung im Gesundheitswesen müssen auch direkt auf Spitalsebene Ineffizienzen aufgedeckt und beseitigt werden.

Die Methode der Data Envelopment Analysis ist ein international anerkanntes und bewährtes Benchmarkinginstrument, welches wertvolle Hinweise auf Ineffizienz und deren Ursachen liefert. Auch im Gesundheitswesen hat es wird Anklang gefunden und weit verbreitet Effizienzvergleiche und Effizienzmessungen von Krankenanstalten sind aktueller denn je, was eine aktuelle Untersuchung des IHS zeigt. Ein Vergleich der durchschnittlichen jährlichen Publikationsraten 9,85 (Zeitraum von 2005-I/2008) vs. 3,76 (Zeitraum von 1984-2004) von Studien zur Krankenhauseffizienz belegt, dass dieses Benchmarkinginstrument in den letzten Jahren zu einem fixen Bestandteil der Performanceevaluation von bemerken, Krankenanstalten geworden ist. Dabei ist zu Performancemessung von den USA ausgehend in den letzten zehn Jahren auch vermehrt in Europa und nun langsam auch in Schwellenländern eingesetzt wird. Es scheint sich darin die allgemein verbreitete Notwendigkeit widerzuspiegeln, Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen auszuschöpfen. Im österreichischen Gesundheitswesen ist dieses Benchmarkinginstrument jedoch noch viel zu wenig etabliert und sollte im Kontext der Finanzierungsdebatte des Gesundheitswesens und des Defizits Krankenkassen kontinuierlich forciert werden und den Ausgangspunkt für Reformoptionen auf Spitalsebene darstellen.

Die Performance im Spitalswesen misst sich jedoch nicht nur an Finanzierungs- und Leistungskennzahlen oder Effizienzbenchmarks. Die

Qualität der erbrachten Leistung muss transparent gemacht werden. Dies kann mittels Qualitätsindikatoren geschehen, die zum einen für das interne Qualitätsmanagement wertvolle Informationen liefern. Um sich dabei als Spital auch mit anderen vergleichen zu können, sollten darüberhinaus risikoadjustierter Qualitätsindikatoren verwendet Benchmarks solcher werden. In mehreren europäischen Ländern sowie den USA existieren solche Benchmarks, die teilweise, aber idealerweise unter Beachtung der Patientenverständlichkeit und methodischer Besonderheiten, auch öffentlich gemacht werden. Eine unbedachte Veröffentlichung kann nämlich mit der Bereitschaft zur Qualitätsarbeit in einen Zielkonflikt geraten. Gerade für Österreich empfehlen sich Systeme wie das IQIP, welches derzeit nur in Oberösterreich flächendeckend zum Einsatz kommt, oder eine externe vergleichende Qualitätssicherung nach dem deutschem Vorbild der Qualitätssicherung Bundesgeschäftsstelle (BQS). Ist vermehrte Qualitätstransparenz für die Öffentlichkeit angestrebt, können einfache Ratings aus zusammengesetzten Indikatoren diese Information leichter transportieren. Beispiele sind hier z.B. die Akkreditierung der Joint Commission oder Annual Health Check des Nationalen der Gesundheitsdienstes im Vereinigten Königreich.

Inhalt

1		Einle	itung	1		
2		Finar	nzierungs- und Leistungskennzahlen im Spitalswes	en 2		
	2.1	Finan	zierungskennzahlen	2		
	2.2	Leistu	ingskennzahlen	6		
	2.3	Intern	ationaler Vergleich ausgewählter Leistungskennzahlen	9		
3	Int	ernati	onale Aktivitäten in der Effizienzmessung mittels D	ata		
	En	Envelopment Analysis				
	3.1	Mode	llbeschreibung	14		
	3.2	Ergeb	nisse internationaler Benchmarks	17		
4		Quali	itätsmessung und Qualitätsvergleiche im Spitalswe	sen2		
	4.1	Grund	llagen der Qualitätsmessung	22		
		4.1.1	Qualitätsindikatoren	23		
		4.1.2	Struktur- Prozess- und Ergebnisindikatoren	24		
		4.1.3	Verwendung von Qualitätsindikatoren	25		
		4.1.4	Benchmarking	26		
		4.1.5	Risikoadjustierung	27		
	4.2	Intern	ationale Modelle	30		
		4.2.1	Deutschland – Das Modell der BQS	30		
		4.2.2	Dänemark - Das Nationale Indikatorprojekt	34		
		4.2.3	Dänemark – Sundhedskvalitet als öffentlicher Benchmark	35		
		4.2.4	Das Vereinigte Königreich – Der Annual Health Check der Heathcare			
		Commi	ssion	40		
		4.2.5	USA – Mutterland der Qualitätsmessung	43		
		4.2.6	USA – Das Quality Indicator Project	44		
		4.2.7	USA – Die Joint Commission und Qualitätsmessung mit ORYX	45		
		4.2.8	USA - Joint Commission Quality Check	47		
		4.2.9	USA - Hospital Compare	50		
		4.2.10	USA- U.S.News Best Hospitals - Ein Beispiel, wie man es nicht macht .	54		
5		Schli	ussfolgerungen	55		

1 Einleitung

In der Diskussion der letzten Zeit waren die Finanzprobleme einiger Krankenkassen dominierendes Thema. Dabei verliert man aufgrund der zersplitterten Finanzierungsstruktur des Österreichischen Gesundheitswesens leicht aus den Augen, dass die Kassen auch durch den Spitalsbereich massiven Belastungen (rund ein Viertel ihrer Einnahmen) ausgesetzt sind.

Dass der Spitalsbereich große Effizienzpotentiale birgt, war bereits Thema vieler Publikationen des IHS. Anlässlich der European Science Days 2008, welche die Performance von Spitälern zum Leitthema ihrer diesjährigen Veranstaltungen erkoren haben, hat das IHS das vorliegende Hintergrundpapier erarbeitet, welches einen Bogen spannen will von internationalen Finanzierungs- und Leistungsvergleichen im Spitalswesen über Methoden der Effizienzmessung hin zur diese notwendigerweise begleitenden Qualitätsmessung. Denn das österreichische, vorwiegend aus öffentlichen Mitteln finanzierte Spitalswesen muss gesamtwirtschaftlicher Sicht mit dem anderer Länder vergleichen. Die aus dieser Sichtweise zu Tage tretenden Effizienzprobleme müssen aber durch Leistungsvergleiche auf Spitalsebene präzisiert werden, wofür sich die Methode der Data Envelopment Analysis (DEA) anbietet, die Spitäler in einem Benchmark einander gegenüberstellt und so vorbildhafte Spitäler identifizieren kann. von denen andere lernen können. Mit Effizienzbetrachtung alleine ist man jedoch "auf einem Auge blind". Denn Qualität ist im Gesundheitsbereich mitunter schwierig durch das ungeschulte Auge erkennbar, und gerade Kosteneinsparungen bergen die Gefahr, dass die Qualität sinkt.

Dementsprechend stellen wir im ersten Abschnitt wichtige Finanzierungsund Leistungskennzahlen vor, überprüfen ihre internationale Vergleichbarkeit
und stellen anhand dieser Kennzahlen Österreich in einen internationalen
Kontext. Im zweiten Abschnitt stellen wir die Methode der Data Envelopment
Analyse vor, die sich besonders für den Effizienzvergleich von Spitälern
eignet. Anhand einer Metanalyse internationaler wissenschaftlicher
Publikationen versuchen wir zu schließen, wie sich international die Aktivität
im Bereich der Effizienzmessung auf Ebene der Spitäler entwickelt hat. Im
dritten Abschnitt gehen wir auf die Qualitätsmessung im internationalen
Kontext ein und präsentieren mögliche Modelle, wie in Österreich Qualität
verglichen und transparent gemacht werden kann.

2 Finanzierungs- und Leistungskennzahlen im Spitalswesen

Ziel dieses Abschnitts ist es, mit Hilfe von Finanzierungs- und Leistungskennzahlen das österreichische Spitalswesen zu beschreiben und in einen internationalen Kontext zu stellen. Dazu wird auf mehreren Ebenen die Möglichkeit der Bildung solcher Kennzahlen evaluiert. Im Bereich der Finanzierung wird sowohl die Seite der Mittelaufbringung, als auch die Seite der Mittelverwendung von Spitälern bzw. Landesgesundheitsfonds untersucht und auf Datenlücken hingewiesen. Auf Leistungsseite, die durch bessere Datenverfügbarkeit gekennzeichnet ist, werden unterschiedliche Kennzahlen einem internationalen Vergleich unterzogen und auf Probleme einzelner Kennzahlen verwiesen.

2.1 Finanzierungskennzahlen

Die Finanzierung der österreichischen Fonds-Spitäler erfolat leistungsorientiert über neun Landesgesundheitsfonds sowie über private Krankenversicherung). Mittel (Kostenbeiträge, private leistungsorientierte Abrechung der stationär erbrachten Leistungen über den Fonds durch das LKF-System nicht kostendeckend ausgestaltet ist, ist es den Spitälern i.d.R. nicht möglich, positiv zu bilanzieren. Die dadurch entstehende Finanzierungslücke der Spitäler, auch "Betriebsabgang" genannt, muss i.d.R. vom Spitalseigentümer (z.B. Land, Gemeinde, Ordensgemeinschaft) gedeckt werden (vgl. Abbildung 1). In den einzelnen Bundesländern existieren jedoch auf Grund der Landesgesetzgebung im Spitalswesen unterschiedliche Regelungen, in welcher Art und Weise die Tilgung des Betriebsabganges erfolgt. Auch das genaue Volumen der tatsächlichen Abgänge lässt sich nur schwer feststellen, da die Einsicht in die kameralen Rechnungsabschlüsse der österreichischen Fonds-Spitäler (mit Ausnahme des Bundeslandes Kärnten) nicht möglich ist. Konsequenz ist, dass die Bildung von Finanzierungskennzahlen (beispielsweise in Bezug auf tatsächliche Betriebsabgänge oder getätigte Investitionen) auf Spitalsebene in Österreich nicht möglich ist. Ziel muss es daher zukünftig sein, die Transparenz auf Spitalsebene zu erhöhen, Rechnungsabschlüsse zu vereinheitlichen, zentral aufzubereiten und öffentlich zugänglich zu machen.

Auf Ebene der Landesgesundheitsfonds ist auf Grund der Publikation der jährlichen Rechungsabschlüsse in den Geschäftsberichten die Konstruktion Finanzierungskennzahlen unterschiedlicher von trotz Darstellungsmethoden in den Berichten – besser möglich. Es kann i.d.R. festgestellt werden, wer in welchem Ausmaß den Fonds finanziert bzw. wo die verfügbaren Mittel "am Ende des Tages" hinfließen. Vorsicht ist jedoch auch hier geboten: Beispielsweise werden in manchen Bundesländern die oben genannten Betriebsabgänge über den Fonds abgegolten, in anderen wiederum fließen diese Mittel am Fonds vorbei, direkt vom Eigentümer (z.B. Land) an das Spital. Um auch auf dieser Ebene für mehr Transparenz zu wäre eine gesetzliche Verpflichtung sorgen, zu einer einheitlichen Darstellung der Finanzsituation der Landesgesundheitsfonds wünschenswert.

Bevölkerung Steuern KV-Beiträge §15a-Vereinbarung Sozialversicherung Bund Länder Gemeinden Bundesgesundheitsagentur Einnahmenorientierter Pauschalbeitrag Ust- Anteile, GSBG-Beitrag Ust- Anteile Sonstige 9 Landesgesundheitsfonds Spitals-Träger Kostenbeiträge, LKF-Abrechnung Betriebsabgänge private KV Fonds-Spital Sonstige Einnahmen

Abbildung 1: Finanzierung des Spitalswesens in Östereich

Quelle: IHS 2008.

Auf Seite der Mittelaufbringung werden die Landesgesundheitsfonds in erster Linie über Erträge gemäß §15a-Vereinbarung über die Finanzierung und Organisation des österreichischen Gesundheitswesens gespeist. Zu diesen Haupterträgen zählen Umsatzsteuermittel der Länder und Gemeinden, Mittel der Bundesgesundheitsagentur, Mittel der Sozialversicherung sowie Mittel nach dem Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz (GSBG). Abbildung 2 zeigt exemplarisch für Oberösterreich, Kärnten und Wien, dass im Bereich der budgetierten Mindestmittel die Sozialversicherung (diese Mittel richten sich jeweils nach den Sozialversicherungseinnahmen) mit jeweils knapp 75 Prozent Hauptfinanzier ist. Weiters können die Landesgesundheitsfonds auch noch - wie oben erwähnt - Mittel zur Betriebsabgangsdeckung der Fonds-Spitäler, Zinserträge oder Mittel auf Grund der Auflösung von Rücklagen und Rückstellungen erhalten. In Oberösterreich beispielsweise betrug das Volumen der zusätzlichen Mittel zur Betriebsabgangsdeckung 2006 rund 59 Prozent der gesamten Mindestmittel gemäß §15a-Vereinbarung.

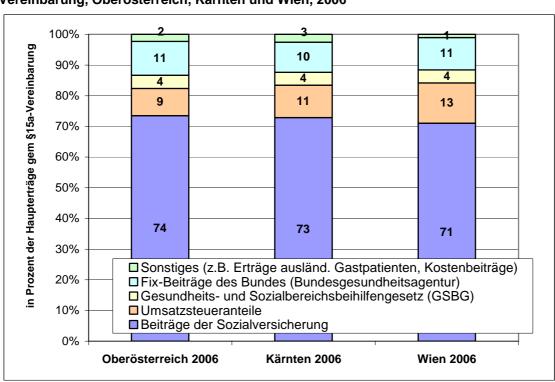


Abbildung 2: Finanzierung Landesgesundheitsfonds: Mindestmittel gemäß §15a-Vereinbarung, Öberösterreich, Kärnten und Wien, 2006

Quelle: Geschäftsbericht des Oö-Gesundheitsfonds 2006, Tätigkeitsbericht Kärntner Gesundheitsfonds 2006, Tätigkeitsbericht des Wiener Gesundheitsfonds 2006, eigene Darstellung 2008.

Auf Seite der Mittelverwendung stellen die Zahlungen für den stationären Bereich (LKF-Zahlungen) und jene für den spitals-ambulanten Bereich die Hauptausgabenpositionen der Fonds dar. Darüber hinaus spielen auch Investitionsförderungen sowie gegebenenfalls die Mittel zur Betriebsabgangsdeckung eine zentrale Rolle.

Auf dieser Ebene lassen sich nun einzelne Finanzierungkennzahlen, beispielsweise mit Bezug auf die Endkosten der österreichischen Fonds-Spitäler konstruieren: Abbildung 3 zeigt, dass in Oberösterreich 2006 nur knapp 48 Prozent der Endkosten über die stationären und ambulanten Zahlungen des Fonds (primär LKF-Zahlungen) abgedeckt werden, in Wien sind es gar nur 41 Prozent. Dieser Anteil variiert je nach Bundesland, soll aber nach aktueller §15a-Vereinbarung zukünftig jedenfalls 51 Prozent betragen. In Oberösterreich werden rund 35 Prozent der Endkosten über Mittel zur Betriebsabgangsdeckung gedeckt. Darunter fallen jene Mittel, die auf Grund der landesgesetzlichen Regelungen den Fonds-Spitälern durch die Wirtschaftsaufsicht des Landes zugestanden werden. 17 Prozent der Endkosten werden durch weitere Trägermittel (z.B. der Ordensspitäler), private Mittel (Kostenbeiträge, private Krankenversicherung) oder über Fremdfinanzierung gedeckt.

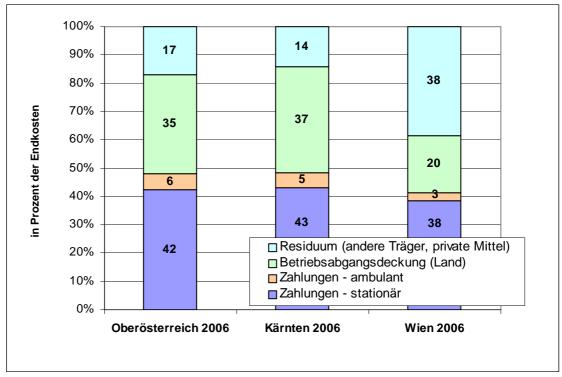


Abbildung 3: Finanzierung der Fonds-Spitäler, Zahlungen 2006, in % der Endkosten

Quelle: Geschäftsbericht des Oö-Gesundheitsfonds 2006, Tätigkeitsbericht Kärntner Gesundheitsfonds 2006, Tätigkeitsbericht Wiener Gesundheitsfonds 2006, Rechnungsabschluss der Stadt Wien, BMGFJ, eigene Darstellung 2008.

Kosten für getätigte Investitionen in Spitälern müssen in Österreich i.d.R. vom Spitalseigentümer selbst getragen werden. Jedoch gewährt der Landesgesundheitsfonds auf Ansuchen der Spitäler und nach Beschluss in der Gesundheitsplattform Investitionszuschüsse. In Kärnten beispielsweise betrug der Prozentsatz der Investitionszuschüsse seitens des Kärntner Gesundheitsfonds an den getätigten Investitionen aller Fonds-Spitäler in den Jahren 2004 bis 2006 zwischen 17 und 20 Prozent. Bundesländervergleich dieser Kennzahl ist nicht möglich, da auf Grund nicht einsichtlicher Rechnungsabschlüsse der Spitäler deren tatsächlichen Investitionstätigkeiten nicht bekannt sind.

Auf Grund fehlender Transparenz auf Ebene der Spitäler und Spitalsbetriebsgesellschaften, der Unterschiedlichkeit auf Ebene der Landesgesundheitsfonds in Bezug auf die Erstellung und Publikation von Rechnungsabschlüssen sowie unterschiedlich ausgestalteter Regelungen (insbesondere in Bezug auf den Betriebsabgang) ist eine exakte Erfassung und Darstellung von Finanzierungskennzahlen im Spitalsbereich auf Österreichebene kaum möglich.

In Folge dieser Tatsache, sowie der unterschiedlich ausgestalteten Systeme der Krankenanstaltenfinanzierung in anderen EU-Staaten, ist ein internationaler Vergleich von Finanzierungskennzahlen im stationären Sektor nicht möglich.

2.2 Leistungskennzahlen

Spitäler produzieren typischerweise mit mehreren Inputs (Betten, eingesetztes Personal) mehrere Outputs, vgl. Tabelle 1. Der eigentliche Output der Leistungserbringung – nämlich Heilung, die Verbesserung des Gesundheitszustandes oder zumindest eine langsamere Verschlechterung – kann i.d.R. nicht befriedigend erfasst werden. Deshalb werden zur Erfassung des Outputs meist Hilfsgrößen wie die Anzahl der stationären Patienten, das Belagstagevolumen oder als Kostengröße die Anzahl der LKF-Punkte herangezogen.

Werden diese Outputgrößen auf die eingesetzten Inputmengen bezogen, können erste Rückschlüsse auf die Leistungs-(Produktivitäts-)entwicklung gezogen werden. Eine Schwierigkeit der Interpretation dieser Kennzahlen liegt allerdings darin, dass Informationen aus einer Reihe von Kennzahlen verknüpft werden müssen, da mehrere Inputs und mehrere Outputs miteinander in Beziehung gesetzt werden müssen.

Tabelle 1: Input- und Outputgrößen im Spitalswesen sowie ausgewählte

Leistungskennzahlen

	Kennzahl	Internationale Vergleichbarkeit
Inputgrößen	(Akut-)Betten	Ja
	Personal (VZÄ) in Spitälern	Ja
Outputgrößen	Stationäre Patienten	Ja
	Belagstage	Ja
	LKF-Punkte	Nein
Leistungs-	Bettenumschlag: Stationäre Patienten je TBett	Ja
kennzahlen	Belagsdauer: Belagstage je stationären Patient	Ja
	Auslastung: Belagstage je TBett	Ja
	Stationäre Patienten je Personal (VZÄ)	Ja
	LKF-Punkte je Personal (VZÄ)	Nein

VZÄ: Vollzeitäquivalente, TBett: tatsächlich aufgestelltes Bett

Quelle: eigene Darstellung.

Für Leistungsvergleiche im Spitalswesen stehen nun folgende Möglichkeiten zur Verfügung: (1) Die eben angesprochene parallele Analyse mehrerer Kennziffern, (die jedoch auch zu widersprüchlichen Ergebnissen führen können), oder (2) der Einsatz von für diese Probleme speziell geeigneten Analysemethoden wie z.B. die Data Envelopment Analysis (DEA), vgl. Kapitel 3.

Anders als im Bereich der Finanzierung ist die Datenlage zur Bildung von Leistungskennzahlen im österreichischen Spitalswesen einheitlich und transparenter ausgestaltet. Mit Hilfe der überregionalen Kostenrechung des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) lassen sich auf Ebene der Fonds-Spitäler und somit auch auf Bundesland- und Österreichebene verschiedene Leistungskennzahlen für den stationären Bereich darstellen. Abbildung 4 zeigt, dass es in Österreich bezüglich der Auslastung, der Belagsdauer sowie des Bettenumschlags doch erhebliche Unterschiede gibt. Beispielsweise sind die Bundesländer Tirol und Burgenland von einem sehr hohen Bettenumschlag und niedriger Belagsdauer gekennzeichnet, während es sich insbesondere in der Steiermark, aber auch in Kärnten und Wien umgekehrt verhält.

Auslastung Belagsdauer Bettenumschlag Burgenland 120 Wien Kärnten Vorarlberg Niederösterreich 80 **Tirol** Oberösterreich **Steiermark** Salzburg

Abbildung 4: Leistungskennzahlen im Vergleich: Auslastung, Belagsdauer und Bettenumschlag, Bundesländer, Index: Österreich=100

Quelle: BMGFJ, eigene Darstellung 2008.

Sowohl die Anzahl an stationären Patienten sowie die LKF-Punkte bezogen auf das eingesetzte Personal (Vollzeitäguivalente) in den Spitälern, zeigt, dass in Oberösterreich die Produktivität (+31 Prozent über dem Östereich-Durchschnitt) am höchsten ist, wohingegen Wien bei dieser Kennzahl um rund 20 Prozent unter dem landesweiten Vergleichswert liegt, vgl. Abbildung 5. Mit Ausnahme des Burgenlandes und Vorarlbergs illustriert diese Abbildung auch, dass durch beide Kennzahlen die Produktivität in ähnlicher Weise abgebildet wird.

Stationäre Patienten je Personal (bettenführende stationäre Kostenstellen)

LKF-Punkte je Personal (bettenführende stationäre Kostenstellen)

Burgenland

Wien

Kärnten

Vorarlberg

Niederösterreich

Steiermark

Salzburg

Abbildung 5: Leistungskennzahlen im Vergleich: Stationäre Patienten bzw. LKF-Punkte je Personal, Bundesländer, Index: Österreich=100

Quelle: BMGFJ, eigene Darstellung 2008.

2.3 Internationaler Vergleich ausgewählter Leistungskennzahlen

Sämtliche Kennzahlen, mit Ausnahme jener, die sich auf LKF-Punkte beziehen, lassen sich international vergleichen.

Allgemein bekannt ist die hohe Akutbettendichte in Österreich; mit 6,1 Betten pro 1.000 Einwohner rangiert Österreich 2005 innerhalb der verfügbaren EU-Länder hinter Deutschland mit 6,4 Betten auf Platz 2. Der Bettenumschlag, also die Anzahl der stationären Patienten in Bezug auf die Akutbetten liegt in Österreich 2005 ebenfalls um rund 20 Prozent über dem EU-Durchschnitt (vgl. Abbildung 6). Im Zeitvergleich fällt auf, dass Österreich in der letzten Dekade einen überdurchschnittlichen Anstieg des Bettenumschlags zu verzeichnen hatte: EU-weit wuchs die Zahl der stationären Patienten pro Bett um rund 25 Prozent, in Österreich um beachtliche 44 Prozent.

Länder mit hohem Bettenumschlag weisen i.d.R. niedrige durchschnittliche Belagsdauern auf. So verweilen in Österreich stationäre Patienten unterdurchschnittliche 6,2 Tage im Akut-Spital. Ein Grund für die niedrige Zahl an Krankenhaustagen pro Patient könnte auf das österreichische Modell der Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) zurückzuführen sein welches eher den Anreiz gibt, Patienten nicht länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus zu behalten. Ein Problem der Kennzahl "Belagsdauer" als Produktivitätsindikator liegt darin, dass eine frühzeitige Entlassung die durchschnittliche Belagsdauer zwar senkt, ohne jedoch Behandlungseffizienz zu notwendigerweise die verbessern. Weitere Probleme bei der Verwendung dieser Kennzahl sind beispielsweise, dass eigentlicher Behandlung zwischen und Nachbehandlungen entlassen werden, sodass die Statistik mehrere kürzere Aufenthalte aufweist; dass Spitäler verstärkt an andere Häuser (z.B. Häuser einer höheren Versorgungsstufe) zur Behandlung überweisen, sodass beide Häuser mindestens je eine Behandlungsepisode registrieren oder dass unkomplizierte, kleinere Eingriffe mit geringer Verweildauer verstärkt vom ambulanten in den stationären Sektor verlagert werden.

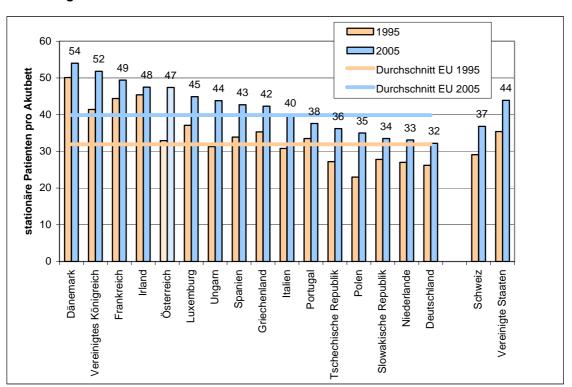


Abbildung 6: Bettenumschlag: Patienten pro Akutbett, 1995 und 2005 bzw. letztverfügbares Jahr

Anmerkungen:Wert 1996: Slowakei, Wert 1997: Schweiz, Wert 1998: Luxemburg, Werte 2001: Dänemark, Griechenland, Wert 2002: Polen, Werte 2004: Spanien, Italien. Quelle: OECD Health Data, Oktober 2007, eigene Darstellung.

Die Auslastung von Spitälern wird üblicherweise in der Form gemessen, dass Krankenhaustage in Relation zu den tatsächlich aufgestellten Betten gesetzt werden; Österreich weist mit einer Belagsrate von 79 Prozent (2005) eine überdurchschnittlich hohe Auslastung auf. Der Anstieg der Belagsrate in den letzten zehn Jahren fiel in Österreich (plus 2,1 Prozentpunkte) etwas stärker als in der EU (plus 0,5 Prozentpunkte) aus. Dies liegt daran, dass Österreich im internationalen Vergleich (gemeinsam mit Deutschland) mit 1,8 Tagen die höchste Anzahl an Krankenhaustagen pro Kopf produziert.

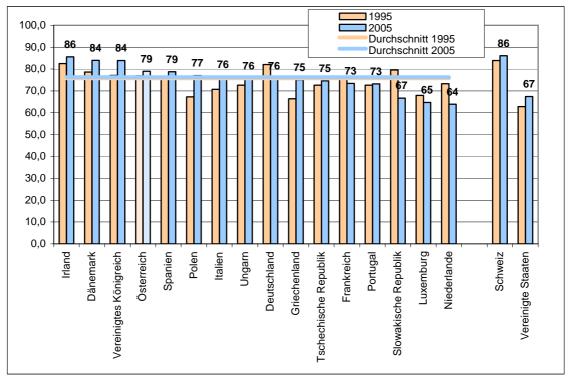


Abbildung 7: Belagsrate, in Prozent, 1995 und 2005 bzw. letztverfügbares Jahr

Anmerkungen:Wert 1996: Slowakei, Wert 1997: Schweiz, Wert 1998: Luxemburg, Werte 2001: Dänemark, Griechenland, Wert 2002: Polen, Werte 2004: Spanien, Italien.

Quelle: OECD Health Data, Oktober 2007, eigene Darstellung.

Die Produktivität des österreichischen Krankenhauspersonals liegt innerhalb der verfügbaren EU-Vergleichsstaaten im oberen Drittel. Im Jahr 2005 entfielen auf eine im Spital bedienstete Person 21 Patienten. Nur in Frankreich und Ungarn lag die Produktivität mit 29 bzw. 30 Patienten noch über jener in Österreich. Problematisch an dieser Kennzahl ist sicher, dass das eingesetzte Personal in Krankenanstalten international nicht ausreichend differenziert nach Berufsgruppen zur Verfügung steht und ein Bezug auf das gesamte Personal mit Vorsicht zu genießen ist.

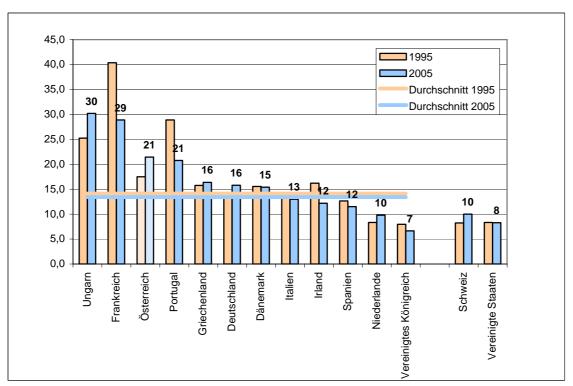


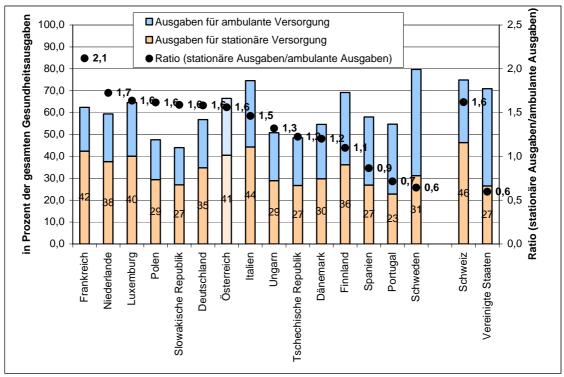
Abbildung 8: Stationäre Patienten pro eingesetztes Personal (Vollzeitäquivalente), 1995 und 2005 bzw. letztverfügbares Jahr

Quelle: OECD Health Data, Oktober 2007, eigene Darstellung.

Auch auf Seite der Ausgaben zeigt sich die traditionell sehr stark kurative Ausrichtung des österreichischen Gesundheitswesens. Beispielhaft für die Dominanz der stationären Versorgung sei das Verhältnis zwischen Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung im internationalen Vergleich angeführt: Das Verhältnis zwischen den gesamten stationären und ambulanten Ausgaben beträgt 1,6 (vgl. Abbildung 9). Innerhalb der gesamten Gesundheitsausgaben "verschlingt" der Spitalssektor in Österreich knapp 41 Prozent. Im EU-Durchschnitt jener Länder, die ebenfalls nach dem OECD-System of Health Accounts berechnen, fließen nur rund 37 Prozent in die stationäre Versorgung. Bei alleiniger Betrachtung des öffentlichen Sektors erhöht sich der Anteil in Österreich auf rund 45 Prozent.

Innerhalb der gesamten stationären Ausgaben werden rund 84 Prozent von der öffentlichen Hand getragen; Österreich liegt damit um rund fünf Prozentpunkte unter dem EU-Durchschnitt von 89 Prozent. 86 Prozent der stationären Ausgaben fließen wiederum in den akut-stationären Sektor, die restlichen 14 Prozent in die stationäre Langzeitversorgung.

Abbildung 9: Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung, 2005 oder letztverfügbares Jahr



Quelle: OECD Health Data, Oktober 2007, Österreich: Statistik Austria (Werte 2006), eigene Berechnungen 2008.

3 Internationale Aktivitäten in der Effizienzmessung mittels Data Envelopment Analysis

Das österreichische Gesundheitswesen befindet sich heute mehr denn je im Spannungsfeld zwischen optimaler Versorgung der Leistungsempfänger und dem akkuraten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen. Die kontinuierliche Suche nach und die Ausnutzung von Effizienzpotentialen rückt daher immer mehr in den Mittelpunkt des politischen Denkens und Handelns. Es gibt eine Vielzahl an mathematischen Methoden, um die Effizienz von organisatorischen Einheiten wie z.B. von Krankenanstalten zu bestimmen. Eine Methode ist die Data Envelopment Analysis (DEA), der das Rationalitätsprinzip zugrunde liegt, d.h. ein vorgegebenes Ziel mit minimalem Mitteleinsatz bzw. bei gegebenem Mitteleinsatz ein maximales Ziel zu erreichen. Im folgenden wollen wir diese international schon viel eingesetzte Methode kurz vorstellen und in der Folge ihren zunehmenden Einsatz in der Effizienzmessung auf internationaler Ebene illustrieren.

3.1 Modellbeschreibung

Die Data Envelopment Analysis wurde vor rund 30 Jahren entwickelt und ist seitdem ein international anerkanntes und bewährtes Benchmarking-Instrument im betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Bereich. Sie ist auch im Gesundheitswesen auf große Resonanz gestoßen.

Die Data Envelopment Analysis misst die Effizienz von zu untersuchenden Einheiten, so genannten Desicion Making Units (DMUs). Die Beschaffenheit bzw. Größe einer DMU hängt vom Untersuchungsgegenstand und vom Untersuchungsziel der Data Envelopment Analysis ab. Als DMUs können somit Regionen, Unternehmen, Abteilungen, Personen, etc. definiert werden. Im Gesundheitswesen sind in der Regel Krankenanstalten, Pflegeheime oder Ärzte die zu untersuchenden Einheiten/die DMUs. Eine wichtige Voraussetzung, um mehrere DMUs sinnvoll miteinander vergleichen zu können, ist eine Ähnlichkeit bei den Aufgaben und Strukturen der einzelnen Einheiten. Schließlich möchte man ja "Äpfel mit Äpfel" und nicht "Äpfel mit Birnen" vergleichen.

Die Data Envelopment Analysis hat folgende Vorteile: Erstens handelt es sich um eine "nicht-parametrische" Methode, d.h. es muss kein funktioneller Zusammenhang zwischen den Input- und Outputgrößen unterstellt werden. Dies ist insbesondere im Krankenanstaltenbereich hilfreich, da eine Vielzahl unterschiedlicher "Produktionsprozesse" eingesetzt wird, die es nicht erlauben, eine bestimmte Produktionsweise zu unterstellen. Zweitens ist der Einsatz natürlicher Input- und Outputgrößen möglich, d.h. es ist nicht

notwendig, die Preise der Input- und Outputgrößen zu kennen. Auch dies ist im Gesundheitswesen hilfreich, da hier Preise nicht nach einem Marktmechanismus entstehen und somit tatsächliche Opportunitätskosten widerspiegeln. Drittens erfolgt die *Gewichtung der Input- und Outputgrößen* im Modell, d.h. es werden die individuellen Stärken der einzelnen DMUs berücksichtigt. Zum Beispiel kann ein höherer Sachkostenanteil durch besonders effiziente Personalnutzung ausgeglichen werden.

In der Regel wird bei einer Anwendung im Gesundheitswesen die inputorientierte Effizienzmessung der outputorientierten Effizienzmessung vorgezogen. Mit dieser wird versucht, die Frage zu beantworten, um wie viel die Inputs reduziert werden können, ohne dass die Outputs verändert werden müssen, falls die betreffende DMU ebenso effizient wie ihr bester Konkurrent arbeiten würde. Es hätte nämlich weniger Sinn, im reichlich ausgestatteten Krankenanstaltenbereich festzustellen, wie viel mehr (Behandlungen) mit demselben Input möglich wären. Man möchte ja eher Wege finden, den vorhandenen Ressourcenverbrauch zu reduzieren. Außerdem besteht im Krankenanstaltenbereich kaum die Möglichkeit zur Maximierung der Outputs. Die Leistungen, welche die Krankenanstalten zu erbringen haben, sind im hohen Maße vom Gesundheitszustand der Bevölkerung abhängig. Damit ist der zu erbringende Output guasi vorgegeben.

Die nachstehende Abbildung veranschaulicht an einem vereinfachten Bespiel die wesentlichen Zusammenhänge:

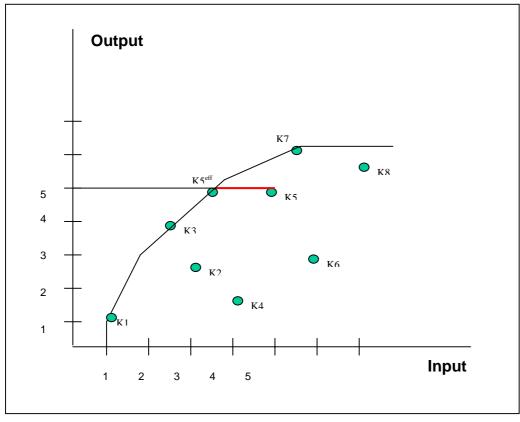


Abbildung 10: Beschreibung des DEA-Models

Quelle: IHS HealthEcon 2008.

Die Menge der eingesetzten Inputs ist auf der x-Achse, die Menge der produzierten Outputs auf der y-Achse aufgetragen. Es lässt sich für jede Einheit bestimmen, wie hoch der Output relativ zum Input ist. Die DMU K1 setzt eine Einheit des Inputs ein, um eine Einheit des Outputs zu produzieren. Die DMU K5 braucht fünf Einheiten Inputs um drei Einheiten Outputs zu erzeugen. Das Verhältnis zwischen Output und Input ist bei DMU K1 im Vergleich zu DMU K5 effizienter, weil ein höherer Output mit geringerem Input erreicht werden kann. Die fiktive DMU K5^{eff} würde im Vergleich zu DMU K5 dieselbe Menge an Outputs mit weniger Inputs produzieren und daher effizient gelten. Die Strecke zwischen DMU K5 und DMU K5^{eff} bildet dementsprechend den vermeidbaren Inputeinsatz ab.

Die mehrfach geknickte Linie verbindet alle effizienten DMUs miteinander und stellt die Menge aller tatsächlichen und fiktiven effizienten DMUs dar. Sie wird Effizienzhülle genannt. Alle ineffizienten DMUs liegen rechts unterhalb dieser Linie.

Wahl der Input- und Outputgrößen

Die Input- und Outputvariablen sollen so gewählt werden, dass damit alle verwendeten Inputfaktoren abgebildet sind, die zur Erzeugung der gesamten Outputleistungen erforderlich sind. Die Auswahl der Inputfaktoren ist im allgemeinen an die klassische ökonomische Produktionsfunktion, bei der Outputs durch die Inputs Arbeit und Kapital erzeugt werden, angelehnt. Die klassischen Inputfaktoren im Krankenanstaltenbereich sind für Arbeit Vollzeitäquivalente der einzelnen Personengruppen, für Kapital Betten und Sachkosten. Die klassischen Outputleistungen sind Aufenthaltstage und/oder Fallzahlen.¹

Die Frage der Qualität in den Einrichtungen des Gesundheitswesens rückte in den letzten eineinhalb Dekaden immer wieder in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses/der öffentlichen Diskussion. Trotzdem wurden Qualitätsindikatoren in den bisherigen DEA-Studien nur sehr selten berücksichtigt.² International mehrt sich diesbezüglich auch schon Kritik. Unserer Meinung nach wäre eine verstärkte Integrierung Qualitätsindikatoren **DEA-Studien** sehr wünschenswert. in z.B. Qualitätsindikatoren wären die Anzahl an Wiederaufnahmen, Komplikationen, Infektionen (siehe dazu Abschnitt 4).

Außerdem ist bei der Auswahl der Input- und Outputvariablen die "Goldene Regel" der Data Envelopment Analysis zu beachten. Sie besagt, dass die Anzahl der DMUs mindestes dreimal so groß sein muss wie die Summe der Input- und Outputvariablen.

3.2 Ergebnisse internationaler Benchmarks

Die nachstehende Tabelle stellt die wichtigsten Ergebniskennzahlen der US-amerikanischen und europäischen Studien gegenüber. Sowohl die durchschnittliche Effizienz der Krankenanstalten als auch der Prozentsatz von effizienten Krankenanstalten ist in Europa leicht höher als in den USA. Die durchschnittliche Effizienz lag in Europa bei 91 Prozent und in den USA bei 86 Prozent. Das bedeutet, dass im Durchschnitt in europäischen Krankenanstalten 91 Prozent und in US-amerikanischen Krankenanstalten 86 Prozent der Inputs effizient eingesetzt wurden. Andersherum gesehen könnten 9 bzw. 14 Prozent der Inputs eingespart werden, wenn alle Krankenanstalten effizient geführt werden/arbeiten würden. Der Prozentsatz

_

¹ Vgl. O'Neill L, Rauner M, Heidenberger K, Kraus M: A cross-national comparison and taxonomy of DEA-based hospital efficiency studies. Socio-Economic Planning Sciences (2007), doi:10.1016/j.seps.2007.03.001.

² Vgl. ebenda.

von effizienten Krankenanstalten betrug in Europa 47 Prozent und in den USA 37 Prozent.

Tabelle 2: Länderübergreifender Vergleich von DEA-Studien im Zeitraum von 1984-2004

	Europa	USA	Andere
Anzahl an Studien (N = 79)	25	48	6
Studiencharakteristik			
DMUs	75	440	149
Inputs	3.6	4.8	5.5
Outputs	5,4	4,7	3,2
Durchschnittliche Effizienz	91%	86%	89%
Prozentsatz an effizienten DMUs	47%	37%	37%

Quelle: O'Neill L et al, 2007.

Die Vorzüge der Data Envelopment Analysis ermöglichen einen Einsatz auf allen Ebenen und in allen Bereichen des Gesundheitswesens. In den letzten zwei Jahrzehnten wurden zahlreiche Studien durchgeführt und unter anderem die Effizienz von Spitälern, Pflegeheimen und Arztpraxen gemessen. Abgesehen von dieser klassischen Anwendung, ist die Data Envelopment Analysis unter anderem ein bewährtes Instrument um Reformen im Gesundheitswesen nachträglich zu evaluieren. In den Jahren des vergangenen Jahrhunderts änderten europäische Länder ihr Krankenanstaltenfinanzierungssystem (oftmals von einer Tagessatz-Vergütung hin zu einer Fallpauschalen-Vergütung). Etliche Studien analysierten das Effizienzpotential solcher Reformen und konnten in Norwegen, in Spanien und im Vereinigten Königreich Effizienzsteigerungen als Folge davon feststellen. Außerdem ist die Data Envelopment Analysis dazu geeignet um Effizienzeffekte von Fusionen und Schließungen von Krankenanstalten zu bewerten.³

Die nachstehende Abbildung stellt den Einsatz der Data Envelopment Analysis im US-amerikanischen und europäischen Krankenanstaltensektor zwischen 1984 und 2004 gegenüber. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 79 DEA-Studien veröffentlicht, wovon 48 auf dem US-amerikanischen und 25

³ Vgl. O'Neill L, Rauner M, Heidenberger K, Kraus M: A cross-national comparison and taxonomy of DEA-based hospital efficiency studies. Socio-Economic Planning Sciences (2007), doi:10.1016/j.seps.2007.03.001.

auf den europäischen Krankenanstaltensektor entfielen. In den restlichen sechs Studien wurde der Krankenanstaltensektor anderer Länder untersucht.

In den USA setzte der Trend zur Effizienzmessung von Krankenanstalten rund eineinhalb Dekaden früher ein als in Europa. Das ist auf folgenden Grund zurückzuführen: Die meisten US-amerikanischen Krankenanstalten stehen unter privater Trägerschaft, werden wie privatwirtschaftliche Organisationen geführt und sind direkte Konkurrenten zueinander. Unternehmerisches Denken und wirtschaftliches Handeln stehen im Zentrum des Krankenanstaltenbetriebs. Aufgrund dessen wird auch der Effizienz der Krankenanstalten seit jeher eine sehr große Bedeutung beigemessen. Die meisten europäischen Krankenanstalten hingegen stehen unter öffentlicher Trägerschaft. Ein Umdenken hin zu mehr marktwirtschaftlichem Handeln findet hier erst in den letzten Jahren statt, meist hervorgerufen durch die Privatisierung des Managements von Krankenanstalten.

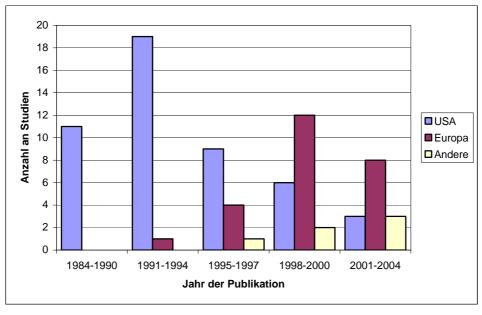


Abbildung 11: Anzahl an DEA-Studien von 1984-2004

Anmerkung: Unter "andere" sind alle Länder bis auf die USA, EU-27, Norwegen und Schweiz zu verstehen. Quelle: O'Neill L et al. 2007.

Eine Effizienzmessung im Gesundheitswesen ist aktueller denn je, was etwa eine Analyse des IHS belegt. Allein zwischen 2005 und dem ersten Quartal 2008 konnte das IHS 32 neu publizierte Studien (7 in den USA, 13 in Europa, 12 in anderen Ländern) zum Effizienzvergleich in Krankenanstalten identifizieen. In einer ähnlich angelegten Studie konnten O'Neill et al. im Zeitraum zwischen 1984 bis 2004 "nur" 79 Effizienzstudien finden. Ein Vergleich der durchschnittlichen jährlichen Publikationsraten 9,85 (Zeitraum

von 2005-I/2008) vs. 3,76 (Zeitraum von 1984-2004) zeigt deutlich, dass sich Benchmarkingprozesse wie Effizienzmessungen und Effizienzvergleiche in den letzten Jahren im Gesundheitswesen etabliert haben.

Außerdem ist aus den Untersuchungen des IHS zu erkennen, dass das Umdenken hin zu einem stärker marktwirtschaftlichen Handeln in Europa wirklich stattgefunden hat. Rund ein Drittel aller europäischen Effizienzstudien im Krankenanstaltenbereich wurden in den letzten drei Jahren durchgeführt. Eine besondere Vorreiterrolle nimmt hier Italien ein, wo seit 2005 allein 4 Studien durchgeführt wurden.

Weiters ist zu beobachten, dass sich auch in Schwellenländer wie z.B. Brasilien, Südafrika und Ukraine ein marktwirtschaftliches Handeln zu entwickeln beginnt. In diesen Ländern wurden seit 2005 5 Studien zur Krankenanstalten-Effizienz präsentiert.

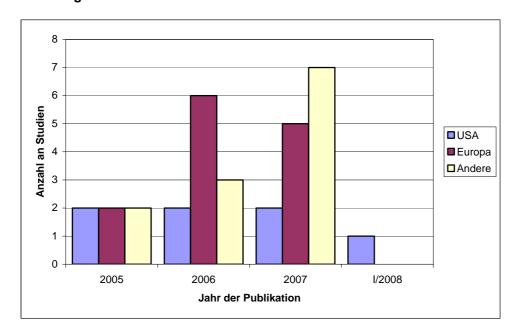


Abbildung 12: Anzahl an DEA Studien von 2005-I/2008.

Anmerkung: Unter "andere" sind alle Länder bis auf die USA, EU-27, Norwegen und Schweiz zu verstehen. Quelle: IHS HealthEcon 2008.

Im österreichischen Gesundheitswesen kam diese international anerkannte Methode bisweilen nur vereinzelt zum Einsatz. Mitarbeiter des Institutes für Höhere Studien publizierten beispielsweise eine Untersuchung zur Effizienz von Krankenanstalten der Standardversorgung und von Rehabilitations-Krankenanstalten. Die Ergebnisse zeigten in beiden Bereichen ein deutliches

Einsparungspotential.⁴ Die Autoren dieses Hintergrundpapiers arbeiten derzeit an einem Effizienzvergleich aller österreichischen Fonds-Krankenanstalten. Die ersten Ergebnisse werden für den Frühsommer erwartet.

⁴ Vgl. Hofmarcher MM, Lietz C, Schnabl A: Inefficiency in Austrian Inpatient Care: Identifying Ailing Providers Based on DEA Results. CEJOR (2005), 13, 341-363.

4 Qualitätsmessung und Qualitätsvergleiche im Spitalswesen

Wie wir gesehen haben, ist gegeben den hohen Ressourcenverbrauch in Krankenhäusern der effiziente Mitteleinsatz in diesem Bereich ein prioritäres Ziel. Ein wichtiges Mittel der Effizienzmessung wurde im letzten Abschnitt beschrieben.

Allerdings kann die Performance eines Krankenhauses nicht nur an der (Kosten)effizienz gemessen werden. Steht man als Versicherer beispielsweise vor der Wahl zwischen zwei Krankenhäusern A und B, die ein und dieselbe Leistung zu unterschiedlichen Kosten anbieten, so sollte die Wahl nicht automatisch auf das günstigere Krankenhaus fallen. Für eine Gesamtbeurteilung ist auch die Qualität der Behandlung entscheidend. Denn schon aus bereits offensichtlichen Gründen entscheidet die Qualität der medizinischen Behandlung über Wohlbefinden und Lebenserwartung des Patienten. Aber auch aus anderen Gründen muss dem Gesundheitsplaner an hoher Qualität im Spitalswesen gelegen sein, da mangelnde Qualität sich in höherer Wiederaufnahme ins Spital oder in zusätzlichen Kosten in der ambulanten und extramuralen Nachbetreuung niederschlägt und die vermeintlichen Kostenvorteile des günstigeren Spitals überkompensiert.

Im Folgenden sollen daher internationale Modelle der Qualitätsmessung im Spital illustriert werden und zeigen, woran sich Österreich in diesem Bereich orientieren kann.

4.1 Grundlagen der Qualitätsmessung

Die wahrscheinlich wichtigste Definition von Qualität im Gesundheitswesen geht auf das amerikanische Institute of Medicine⁵ zurück, wonach Qualität das Ausmaß ist, zu dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Bevölkerungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, die gewünschten Effekte auf die Gesundheit zu erzielen und dabei konsistent sind mit dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens.

-

⁵ Institute of Medicine. (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance, K. N. Lohr (ed.). Washington, DC:National Academy Press.

Die am meisten gebrauchte Einteilung von Qualität geht auf Avedis Donabedian⁶ zurück, der drei Dimensionen der Qualität unterscheidet:

Strukturqualität bezieht sich auf die technische und personelle Ausstattung. die Infrastruktur und ähnliches. Unter Prozessqualität versteht man die Qualität der Abläufe, also letztlich, wie stark sich die betrachtete Behandlung am Goldstandard orientiert. Die Ergebnisqualität ist die Qualität des Behandlungsresultats, also beispielsweise wie hoch die Überlebensrate bei einer kritischen Operation ist. Diese Unterscheidung hat durchaus praktischen Nutzen. denn die meist im Vordergrund stehende Ergebnisqualität ist abhängig von den anderen beiden Qualitätsdimensionen. gegebenenfalls Maßnahmen ansetzen müssen. die Qualitätsmanagement (QM) versteht internationale Normungsorganisation ISO "alle aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität".

Um Qualität aber im Sinne des QM zu verbessern, ist es erforderlich, diese Qualität messbar zu machen. Denn was nicht messbar ist, entgeht der Aufmerksamkeit. Ein wichtiges Instrument, Qualität zu messen, sind Qualitätsindikatoren.

4.1.1 Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren dienen der Bewertung des IST-Zustandes der vorher genannten Qualitätsdimensionen (Stuktur, Prozess und Ergebnis) in verschiedenen Leistungsbereichen (z.B. Herztransplantation). So kann der Qualitätsgrad dem angestrebten **SOLL-Zustand** gemessene gegenübergestellt werden. Eine Messgröße, die die Qualität einer Maßnahme anzeigen kann, ist ein Qualitätsindikator. Um als solcher zu gelten, muss die Messgröße bestimmte Bedingungen erfüllen. Sie muss einen kausalen Zusammenhang mit dem letztlich beurteilten Prozess haben, sie muss von den Akteurlinnen (also den Ärzten, Krankenpflegern oder dem Spitalsmanagement) beeinflussbar und natürlich messbar sein. Außerdem muss ein Referenzbereich existieren, der für gute Qualität steht, und der wesentlich gemessene Parameter muss für das Qualitätsmerkmal sein.⁷

⁶ Donabedian, A: The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Pr. Ann Arbor (Michigan) 1980.

⁷ Szecsenyi J. et al.: Qualität greifbar machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze. Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management 2003; 7: 18-20.

Bei der Erstellung eines Qualitätsindikators ist zunächst festzulegen, über welchen Versorgungsaspekt eine Aussage getroffen werden soll. So kann für die Bewertung einer Notfallabteilung z.B. die *Rechtzeitigkeit* der Behandlung wesentlich sein, aber auch die *Effektivität*, mit dem einem Unfallopfer rasch geholfen wird, oder die *Sicherheit*, um zusätzliche Schäden zu vermeiden (z.B. Spitalsinfektionen). In der Regel muss die Bewertung anhand eines Bündels solcher Indikatoren erfolgen, damit den für die jeweils betrachtete Einheit wichtigsten Versorgungsaspekten Rechnung getragen wird.

Die Entwicklung aussagekräftiger Indikatoren ist weitaus komplexer, als einfache Spitalsvergleiche anhand von Mortalität glauben machen wollen. Die bekannte RUMBA-Regel bildet einige der wesentlichen Aspekte ab: *Relevanz* für den Sachverhalt, *Verständlichkeit* (*Understandability*) für alle Beteiligten, *Messbarkeit* mit hinreichender Reliabilität, Validität und Objektivität, *Beeinflussbarkeit* durch die Beteiligten, sowie *Machbarkeit* (*Achievability*). Weitere wichtige Kriterien sind die *Diskriminierungsfähigkeit*, also hohe Sensitivität und Spezifität, die *Adjustierbarkeit*, also die Möglichkeit, alle nicht qualitätsrelevanten Einflüsse auf den Indikator eliminieren zu können, was für die Vergleichbarkeit unabdingbar ist, und die *Aktualität*, da sich Referenzbereiche, aber auch Messvorschriften im Laufe der Zeit verbessern, zum Beispiel durch den medizinischen Fortschritt.

4.1.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren

Entsprechend den drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian unterscheidet man grob zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren. Für Aussagen über Qualität haben diese sehr unterschiedliche Eigenschaften.

Strukturindikatoren geben Auskunft über die infrastrukturellen Gegebenheiten, z.B. Wartezeiten oder die Fortbildungsfrequenz des Personals. Sie sind relativ einfach zu erfassen und nehmen daher bisweilen zu viel Aufmerksamkeit in Anspruch. Denn Strukturindikatoren haben zum einen den Nachteil, dass die Gesundheitseinrichtung selbst oft nur begrenzte Veränderungsmöglichkeiten hat, weil z.B. umfangreiche Maßnahmen nötig wären, um ein neues Gerät aufzustellen oder eine übergeordnete Strukturplanung exisitert. Zum anderen ist auch der Effekt von Stuktur auf Prozess- und Ergebnisqualität teilweise geringer als man annehmen würde.⁸ Dies liegt z.B. daran, dass ein komplizierterer Fall, der ein CT benötigt, gar nicht erst in einem Spital ohne CT behandelt wird. Auch

⁸ Mitchell PH, Shortell SM. Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. Med Care. 1997 Nov;35(11 Suppl):NS19-32.

kann bereits vorhandene gute Qualität zu höheren Frequenzen der Inanspruchnahme führen und dadurch Investitionen in bessere Ausstattung triggern.

Ergebnisindikatoren messen das tatsächliche Resultat der medizinischen Leistung und berechnen sich dementsprechend aus Rohdaten über Morbidität, Mortalität oder Heilungserfolgen. Ihnen gilt oft das größte Interesse und sie werden immer wieder gerne zu öffentlichen Vergleichen herangezogen, vor allem in den USA, da sie dem Laien oft am verständlichsten erscheinen. Ergebnisindikatoren sind aber am stärksten von der Zusammensetzung des Klientels der Gesundheitseinrichtung abhängig. Außerdem lassen sie sich am leichtesten manipulieren. Es ist also Vorsicht bei Vergleichen mit Ergebnisindikatoren angebracht.

Prozessindikatoren beschreiben, wie behandelt wird und erlauben einen Vergleich mit dem "Goldstandard". Ihr Zusammenhang mit qualitätsvollen Ergebnissen sollte möglichst bereits bei ihrer Entstehung aufgrund evidenzbasierter Leitlinien hergestellt werden. Man unterscheidet leichter zu erhebende explizite Indikatoren, die mit der üblichen Dokumentation miterfasst oder durch Befragungen bei Patienten gewonnen werden, von Diese werden impliziten Indikatoren. im nachhinein Expertenevaluierung von stattgehabten Behandlungsprozessen gewonnen, sind daher in der Erhebung aufwändiger, aber präziser und aussagekräftiger, wenn sie korrekt erhoben werden. Prozessindikatoren eigenen sich für Vergleiche am besten, da auf Prozessindikatoren die oben genannten Voraussetzungen am besten zutreffen. Einfach gesagt kann ein Spital nichts dafür, dass es viele alte Menschen behandeln muss und daher der Ergebnisindikator schlecht sein kann. Aber in jedem Fall müssen auch diese alten Menschen fachlich richtig (d.h. mit hoher Prozessqualität) behandelt werden.

4.1.3 Verwendung von Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren haben zahlreiche Einsatzgebiete:

- Internes QM
- Externe Qualitätssicherung/Accountability
- Grundlage f
 ür Zertifizierung/Akkreditierung
- Planungs- und Investitionsentscheidungen
- Pay for performance
- Nachfrageentscheidung des Kostenträgers

- Inanspruchnahmeentscheidung des Patienten
- Öffentliche Vergleiche
- Kontrolle von Wettbewerbseffekten

Hierbei gilt es allerdings zu bedenken, dass erstens nicht ein und dieselben Qualitätsindikatoren im selben Maße für die oben genannten Einsatzgebiete geeignet sind. Zweitens bestehen Zielkonflikte zwischen den Einsatzgebieten. So kann die Veröffentlichung von Qualitätsdaten das interne Qualitätsmanagement beeinträchtigen, da die gesammelten Daten "geschönt" werden, um nach außen "besser dazustehen".

Qualitätsindikatoren sind immer Mittel, um die Transparenz zu erhöhen. Man unterscheidet dabei interne Transparenz, um den Mitgliedern der Gesundheitseinrichtung den eigenen Stand der Qualitätsarbeit bewusst zu machen, von externer Transparenz, z.B. gegenüber Behörden oder schließlich der Öffentlichkeit.

4.1.4 Benchmarking

Unter Benchmarking wird in diesem Zusammenhang der Vergleich von Gesundheitsorganisationen anhand vorher festgelegter Qualitätsindikatoren verstanden. Dieses Verfahren gewinnt zunehmend an Bedeutung, da der Qualitätsvergleich mit anderen Organisationen einerseits eventuell das Identifizieren einer "best practice" ermöglicht, andererseits auch (gesundes) Konkurrenzdenken gefördert wird. Benchmarks können aber auch im Wettbewerb genutzt werden, um die eigene Leistung im Vergleich präsentieren zu können. In diesem Zusammenhang wird auch klar, dass an Benchmarking hohe Anforderungen gestellt werden müssen, um tatsächlich mit einer überschaubaren Zahl an Indikatoren Leistungsvergleiche im Qualitätsbereich anstellen zu können, die valide Aussagen treffen. ⁹ 10 Denn das Patientengut variiert zum einen sehr stark zwischen einzelnen Gesundheitseinrichtungen, was Indikatoren, besonders Ergebnisindikatoren, ohne Verschulden der Einrichtung stark beeinflusst. Zum anderen wirken auf Ergebnisindikator die speziell den Leistungen Gesundheitseinrichtungen, die der Patient zuvor beansprucht hat, deren

⁹Clarkson P., Challis D.: Quality Assurance Practices in Care Management: A Perspective from the United Kingdom. Care Management Journals, 2003, 4, 3, fall, 142-151.

¹⁰ Qualitätsindikatoren in Deutschland. Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin; auf www..aezq.de [Stand: 14.03.2006].

Einfluss aber außerhalb der Einflussmöglichkeiten der untersuchten Einrichtung liegen.

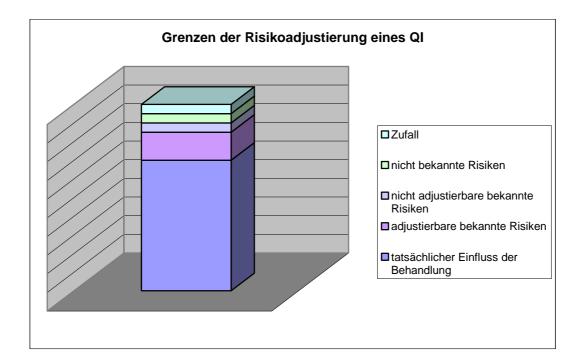
4.1.5 Risikoadjustierung

Um Einflüsse wie Unterschiede im Alter, dem Geschlecht oder der Krankheitsschwere herauszufiltern, wurden eine Reihe von Methoden der Risikoadjustierung entwickelt. Diese Methoden unterscheiden sich stark im Aufwand, der betrieben werden muss, und ihre Anwendung erfolgt je nach den Erfordernissen des Indikators. Die Palette reicht von einfachen Filtern, die nur bestimmte, vergleichbare Patienten für die Berechnung des Indikators mit einschließen (Stratifizierung), über statistische Verfahren zur Standardisierung hin zu komplexen Modellen.

Nicht jeder Indikator ist jedoch adjustierbar, und selbst bei Adjustierbarkeit ist die Frage, welche Restunsicherheit zurückbleibt. So stellten mehrere Metaanalysen fest, dass mortalitätsbasierte Ergebnisindikatoren einen inkonsistenten Zusammenhang mit anderen Qualitätsmerkmalen hatten¹¹. Thomas und Hofer untersuchten risikoadjustierte Mortalitätsindikatoren und fanden eine Sensitivität von nur 20% und einem Voraussagefehler von über 50%.¹²

¹¹ Pitches DW, Mohammed MA, Lilford RJ. What is the empirical evidence that hospitals with higher-risk adjusted mortality rates provide poorer quality care? A systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2007 Jun 20;7:91.

¹² Thomas JW, Hofer TP. Accuracy of risk-adjusted mortality rate as a measure of hospital quality of care. Med Care. 1999 Jan;37(1):83-92.

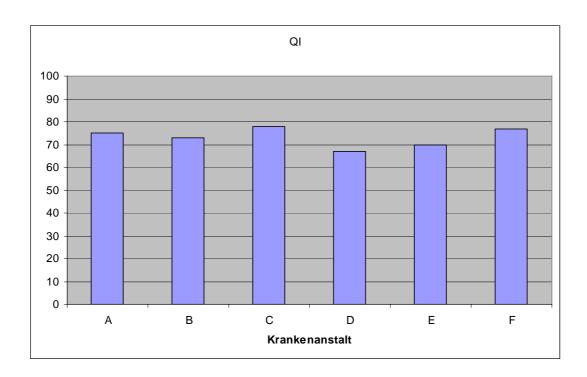


Unbedachte Veröffentlichungen können hier nicht nur zur Fehlinformation führen, sondern auch zur Patientenselektion oder sonstigen Maßnahmen (z.B. Verlegungen kurz vor dem Tod), um das Ergebnis günstig zu beeinflussen, wie in der Literatur an vielen Beispielen festgemacht wurde. ¹³ Daher werden gerade Ergebnisindikatoren, wie wir später sehen werden, in seriösen öffentlichen Benchmarks mit großer Umsicht behandelt.

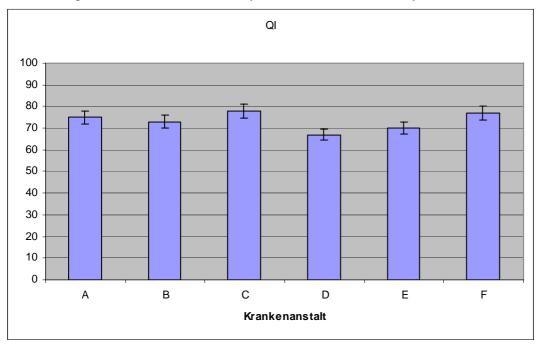
Daher werden auch Rankings mit Vergabe von "Plätzen" der Methodik nicht gerecht. Ohne Beachtung der oben beschriebenen Unschärfen würde man ein Ranking erstellen können:

¹³ siehe z.B. Dranove D et al.: Is More Information Better? The Effects of Report Cards on Health Care Providers. NBER Working Paper No. 8697 January 2002. JEL No. I1, L5.

Pitches DW, Mohammed MA, Lilford RJ. What is the empirical evidence that hospitals with higher-risk adjusted mortality rates provide poorer quality care? A systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2007 Jun 20:7:91.



Betrachtet man aber den Benchmark zusammen mit der Unsicherheit, die durch die nicht vollkommen mögliche Adjustierbarkeit entsteht, so kann man für die meisten Häuser keine Rangfolge mehr erstellen:



4.2 Internationale Modelle

4.2.1 Deutschland – Das Modell der BQS

Seit 2001 existiert in Deutschland die Verpflichtung für jedes Krankenhaus, an der externen Qualitätssicherung durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung teiltzunehmen (§ 137 SGB V). Diese ist eine gemeinsame Einrichtung der wichtigsten Stakeholder im deutschen Gesundheitswesen, nämlich der Bundesärztekammer, den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Es handelt sich also um einen gemeinsamen Ansatz auf nationaler Ebene.

Zum Zweck der externen Qualitätssicherung liefern die deutschen Krankenhäuser eine ganze Reihe an Datensätzen zu verschiedenen medizinischen Feldern an die BQS. Diese erstellt aus den Daten eine Reihe von Qualitätsindikatoren, mithilfe derer sich die Krankenhäuser bezüglich der Qualität der Behandlung bei bestimmten Indikationen bzw. Leistungsbereichen (wie z.B. Geburtshilfe, Koronarer Bypass oder Nierentransplantation) im Rahmen eines Benchmark vergleichen lassen.

Im Jahr 2006 wurden beispielsweise in 24 Leistungsbereichen insgesamt 180 Qualitätsindikatoren aus 1.706 Datenfeldern erstellt. Dazu wurden 2.639.360 Datensätze geliefert. Um eine solche Datenmenge zu bewältigen, steht eine entsprechende Software zu Verfügung.

Das Verfahren läuft dabei folgendermaßen¹⁴:

- Alle Krankenhäuser dokumentieren qualitätsrelevante Daten für bestimmte Leistungsbereiche und schicken sie zentral an die BQS bzw. ihre Geschäftsstellen. Stichprobenartig wird seit 2006 auch die Richtigkeit der Angaben überprüft.
- Anschließend wertet die BQS die Daten nach festgelegten Konzepten aus.
- Die Ergebnisse werden den Krankenhäusern von der BQS oder den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung in Form von Berichten und Empfehlungen zur Verfügung gestellt, damit sich diese mit anderen, anonymisierten Krankenanstalten vergleichen können.
- Bei auffälligen Ergebnissen werden zunächst Stellungsnahmen der Krankenhäuser eingeholt (Einleitung des "Strukturierten Dialogs").
- Sind diese nicht zufrieden stellend oder bestätigen diese einen Verdacht, erfolgt eine Besprechung oder Begehung, und es werden gemeinsam mit den Krankenhäusern Fehlerquellen analysiert. Dabei wird festgestellt, ob es sich hier um besondere Umstände handelt und keine weiteren Maßnahmen notwendig sind, oder ob Empfehlungen zur Verbesserung und engmaschigere Kontrollen ausgesprochen werden.

Beispielsweise wurde 2004 durch dieses Verfahren erkannt, dass an einem Krankenhaus für das Legen eines koronaren Bypass zu oft die Beinvene statt eine Brustwandarterie (das in der Regel überlegenere Verfahren) verwendet wurde. Die Ärzte wurden aufgefordert, das bessere Verfahren zu verwenden, und es wurden häufigere Kontrollen angeordnet. Der arterielle Bypass wurde zum Standard und die Kontrollen konnten normalisiert werden.

In einem jährlichen Bericht werden die Ergebnisse in einer ganzen Reihe von solchen Benchmarks veröffentlicht, dieser kann auf der Homepage 15 abgerufen werden.

¹⁵ www.bqs-outcome.de bzw. www.bqs-qualitaetsreport.de

¹⁴ siehe auch: www.bgs-qualitaetsindikatoren.de

Insgesamt sieht die Bilanz des Strukturierten Dialogs 2006 folgendermaßen aus:

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005	
teilnehmende Länder	16
bearbeitete Auffälligkeiten	14.753
angeforderte Stellungnahmen	66,5%
verschickte Hinweise	18,1 %
andere Maßnahmen (z.B. Begehungen)	12,2%
keine Maßnahmen	3,3%
Hauptgründe in Stellungnahmen der KH	
Dokumentations probleme	29,9%
unvermeidbare Einzelfälle	28,5%
besonderes Risikoprofil	5,4%
andere Gründe	28,5%
bestätigte qualitative Auffälligkeiten	7,7%
qualitative Auffälligkeit (Einstufung durch Fachgruppen)	7,9%

Quelle: BQS-Qualitätsreport 2006

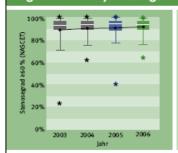
Die Benchmark-Daten werden jedoch nur anonymisiert veröffentlicht. Jedes Krankenhaus kann so die Chance nützen, den eigenen Leistungsstand mit allen anderen Krankenhäusern zu vergleichen und konkrete Ansätze für die Qualitätsverbesserung zu entwickeln, ohne sogleich schlechte publicity fürchten zu müssen. Falls tatsächlich gröbere Mängel vorliegen, greift die BQS mit ihren Fachgremien ein und unterstützt bei der Behebung der Mängel. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, dass der Nutzen für den Patienten und nicht das "blame and shame" im Vordergrund steht. Hier wird also von Indikatoren sinnvoller Gebrauch gemacht, indem mögliche Qualitätsprobleme erkannt und im Dialog behoben werden.

Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose

Anteil von Patienten mit Stenosegrad ≥60% (NASCET) an Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)

Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
Gesamtergebnis	88,85%	89,95%	90,52%	91,43%
Vertrauensbereich	88,21-89,47%	89,40 - 90,48%	90,01-91,01%	90,94-91,90%
Gesamtzahl der Fälle	9.804	12.188	13.616	13.174

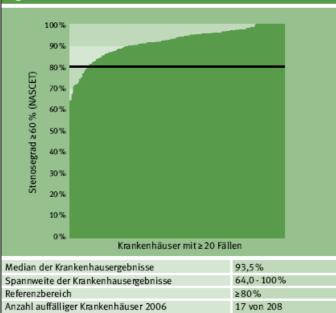
Vergleich mit Vorjahresergebnissen



Die Berechnungsgrundlagen für die Erfassungsjahre 2004 bis 2006 sind vergleichbar. Die Ergebnisse 2003 basieren auf einem abweichenden Auslöser (Fallpauschalen und Sonderentgelte).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 200	5	
Durchführung des Strukturierten Dialogs	LQS	
Bundesländer, in denen dieser QI verwendet wurde	13 von 16	
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	39/355	11%
Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:		
keine Maßnahmen dokumentiert	2/39	5%
Hinweis verschickt	9/39	23%
Aufforderung zur Stellungnahme	28/39	72%
Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:		
Dokumentationsprobleme	17/28	61%
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	5/28	18%
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	1/28	4%
kein Grund, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	5/28	18%
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten	0/28	0%

Ergebnisse 2006 für 208 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Quelle: BQS-Qualitätsreport 2006

An einem Indikator aus dem Bereich der Karotisrekonstruktion soll das Vorgehen illustriert werden. Es handelt sich um einen Indikator, der anzeigt, ob die Indikation für die Operation korrekt gestellt wird. Ganz oben sieht man den Referenzbereich, den der Indikator bei guter Qualität erreichen muss. Darunter werden die Durchschnittsergebnisse der letzten Jahre über alle Krankenhäuser gezeigt und schließlich Angaben zum Strukturierten Dialog gemacht. Darunter sind alle Krankenhäuser anonym nach ihrem Ergebnis in einer Art Histogramm angezeigt. 80 % sollten erreicht werden. Daher sind die ganz links gelegenen Krankenhäuser auffällig.

4.2.2 Dänemark - Das Nationale Indikatorprojekt

Das nationale Indikator-Projekt (www.nip.dk) wurde im Zusammenhang mit der nationalen Strategie für Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen 1993-2001 initiiert. Das Projekt ist ähnlich wie in Deutschland eine konzertierte Aktion aller wesentlichen Akteure im dänischen Gesundheitswesen.

Ziel des Indikator-Projekts ist, die Leistung der Krankenhäuser auf nationaler Ebene zu messen und die Ergebnisse transparent zu machen. Außerdem soll es ein kontinuierliches Monitoring der abgegebenen fachlichen Qualität in Abteilungen und Krankenhäusern sicherstellen.

In die Erarbeitung der Indikatoren sind alle an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen/Fachkräfte sowie Fachverbände und wissenschaftlichen Gruppen eingebunden. Hierdurch soll die Akzeptanz der durch die Indikatoren erzielten Ergebnisse erreicht werden.

Bisher wurden Prozess-, Struktur- und Ergebnisindikatoren für acht Krankheiten (Akutchirurgie im Abdomen, COPD, Diabetes, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Hüftfraktur, Lungenkrebs, Diabetes, Schizophrenie) erarbeitet .

Die Teilnahme ist für alle Krankenhäuser verpflichtend, soweit sie eine der genannten Erkrankungen behandeln. Die gelieferten Daten werden ausgewertet und laufend an die Krankenhäuser bzw. Abteilungen sogar auf monatlicher Basis für das interne Qualitätsmanagement rückgemeldet. Alle sechs Monate findet auf lokaler, regionaler und auf nationaler Ebene ein strukturiertes Audit statt. Hierbei werden die Ergebnisse und notwendige Maßnahmen zu ihrer Verbesserung besprochen

Anders als in Deutschland erfolgt danach eine Veröffentlichung der Ergebnisse, die nicht anonymisiert ist. Als Kosten des derzeitigen Systems werden 750.000 \$ genannt. 16

4.2.3 Dänemark – Sundhedskvalitet als öffentlicher Benchmark

Die mit sundhed.dk vernetzte staatliche Internetplattform "sundhedskvalitet.dk" (www.sundhedskvalitet.dk) führt ein Rating von Krankenhäusern durch und bewertet dabei die Krankenhäuser mit 1 bis 5 Sternen.

gliedert sich dabei Die Bewertung in zwei Teile. Allgemeine Krankenhausindikatoren (14) bewerten die Qualität des Krankenhauses abgesehen von klinischer Qualität. Für bis zu 174 Krankheiten stellt das System ebenfalls Indikatoren zur Behandlungsqualität zur Verfügung. Diese basieren z.B. auf dem NIP, aber auch auf anderen Datenbanken und der Nationalen Patientenbefragung. Die einzelnen Indikatoren werden zur leichteren Übersicht jeweils in einem Rating von ein bis fünf Sternen zusammengefasst, und zwar nach folgendem Verfahren: Zuerst werden die Krankenhäuser nach den einzelnen Indikatoren – unterdurchschnittlich, durchschnittlich und überdurchschnittlich – gereiht. Unterdurchschnittliche Krankenhäuser erhalten einen Punkt, durchschnittliche Krankenhäuser zwei Punkte und überdurchschnittliche Krankenhäuser drei Punkte. Die Punkte der einzelnen Indikatoren werden anschließend für jedes Krankenhaus aufsummiert und durch die Anzahl der Indikatoren dividiert, was eine Durchschnittspunktzahl zwischen 1 und 3 ergibt. Alle Indikatoren sind also gleich gewichtet. Die Anzahl der zu vergebenden Sterne errechnet sich, indem die Durchschnittspunkteanzahl mit 2 multipliziert, dann davon 1 subtrahiert und schließlich kaufmännisch gerundet wird. Tabelle 3 stellt den Rating-Prozess anhand eines fiktiven Beispiels dar.

Tabelle 3: Rating-Prozess anhand eines fiktiven Zahlenbeispiels

Indikator	Ranking	Punkte
Indikator 1	unterdurchschnittlich	1
Indikator 2	durchschnittlich	2
Indikator 3	überdurchschnittlich	3
Indikator 4	unterdurchschnittlich	1

¹⁶ Mainz J et al:Nationawide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. International Journal for Quality in Healthcare. 2004(16); S. 45-50

Indikator 5	unterdurchschnittlich	1
Indikator 6	durchschnittlich	2
Summe		10
Durchschnittlichen Punkte		1,67
	(Durchschnittliche Punkte * 2)-1	2,33
Bewertung		2 Sterne

Quelle: Sundhedskvalitet.dk und National Board of Health

Bei nicht vorhandenen Daten für bestimmte Indikatoren wird eruiert, in wessen Verantwortung die Nichtbeantwortung liegt. Fehlen die Daten durch Verschulden des Krankenhauses, so wird dem fehlenden Indikator ein Punkt zugeordnet. Liegt der Grund für das Fehlen an Umständen außerhalb des Einflussbereiches des Krankenhauses, werden zwei Punkte vergeben.

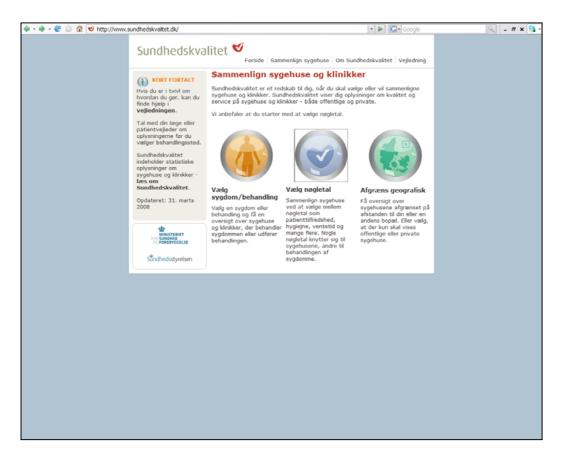
Das allgemeine Krankenhausrating stützt sich dabei auf folgenden Indikatoren:

- Anzahl an Patienten, mit denen voraussichtlich ein Zimmer geteilt werden muss
- Anzahl an Patienten, mit denen vorsaussichtlich eine Toilette geteilt werden muss.
- Anzahl an verfügbaren Waschbecken
- Anzahl an Krankenhauspersonals, das stets Handdesinfektionsmittel mit sich führt, sowie externe Kontrolle der Hygiene
- Befolgung allgemeiner Lebensmittel- und Hygienebestimmungen in der Krankenhausküche
- Erfahrungen von Patienten mit Medikationsfehlern
- Erfahrungen von Patienten mit Operationen, die Verletzungen und Schaden mit sich bringen
- Patientenzufriedenheit bezüglich der Möglichkeit, Einfluss auf den Behandlungsverlauf zu nehmen
- Generelle Zufriedenheit der Patienten mit der Aufnahme
- Anzahl der bei der Entlassung zufriedenen Patienten
- Anzahl der Patienten, die innerhalb der maximalen Wartezeit behandelt werden

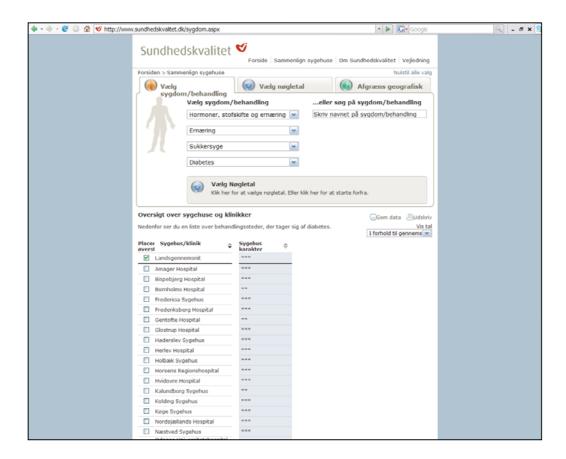
- Anzahl der Patienten, denen bei Aufnahme ein persönlicher Case-Manager zugewiesen wird
- Anzahl der Patienten, die innerhalb von 8 Wochen nach der Überweisung behandelt werden

Für die einzelnen Krankheiten gibt es jeweils spezifische Indikatoren, anhand derer die Qualität gemessen wird. Das Besondere an diesem System ist, dass jedermann über das Nationale Dänische Gesundheitsportal www.sundhed.dk oder direkt über www.sundhed.dk bequem Einsicht nehmen kann. Dies soll im folgenden am Beispiel Diabetes illustriert werden:

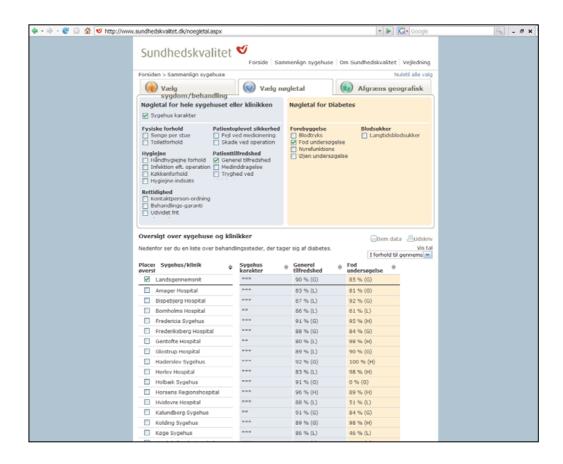
Ausgehend vom Symptom, dem Indikator oder nach geografischen Kriterien kann die Datenbank durchsucht werden.



Wählt man die Krankheit Diabetes aus, werden nur mehr jene Krankenhäuser angezeigt, die Diabetes behandeln. Das allgemeine Krankenhausrating ist bereits sichtbar. Man kann nun die krankheitsspezifischen Indikatoren auswählen.



Im Beispiel ist nun der Krankenhausvergleich spezifiziert für den Allgemeinen Krankenhausindikator "Gesamtzufriedenheit" und die Fußuntersuchung für den Diabetes:



Die Buchstaben zeigen dabei die ungefähre Position im landesweiten Schnitt an, wobei L für unterdurchschnittlich, G für im Schnitt und H für überdurchschnittlich steht.

Das System steht für erstaunliche Transparenz. Allerdings ist bedingt durch die verschiedenen Datenquellen das Datenmaterial lückenhaft, viele Indikatoren nicht risikoadjustiert, die Datenqualität nicht einheitlich und die Aktualität nicht immer gegeben. Insofern ist es fraglich, ob öffentliche Vergleiche mit solchem Material überhaupt zulässig sind. Hier hätte die BQS den Vorteil der einheitlichen Datenerhebung.

4.2.4 Das Vereinigte Königreich – Der Annual Health Check der Heathcare Commission

Die <u>Healthcare-Commission</u> ist die gesetzliche Überprüfungsinstanz für das NHS und für die unabhängige, private oder freiwillige Gesundheitsversorgung in England und in Wales zuständig. Ihre Aufgabe ist es zu überprüfen, ob die Gesundheitsversorgung in England gewisse Standards hinsichtlich der Sicherheitsbestimmungen, der Sauberkeit und der Wartezeiten erfüllt und ob effizient mit finanziellen Ressourcen umgegangen wird.



Abbildung 13: Healthcare-Commission – Startseite

Eine weitere Aufgabe ist die Bereitstellung von Informationen über das Gesundheitswesen für Patienten und die Öffentlichkeit (z.B. durch die Erstellung eines jährlichen Berichts bzw. eines Ratings für alle NHS-Trusts). Durch diese Aufgaben soll eine Verbesserung der Gesundheitsfürsorge und der öffentlichen Gesundheit eintreten. Dies spiegelt sich auch in den Zielen der Healthcare-Commission wider. Als Ziele können der Patientenschutz, eine stetige Verbesserung der Gesundheitsversorgung, das Recht eines Jeden auf Zugang zu medizinischer Versorgung und eine Verbesserung der Gesundheit des Einzelnen genannt werden. Über diese Tätigkeiten, die Ergebnisse und wie diese gewonnen wurden, informiert die Healthcare-Commission auch auf ihrer Homepage.

So führt die Healthcare-Commission insbesondere einen annual health check durch. Der annual healh check ist ein im Jahre 2005 eingeführter Ansatz Leistungen von NHS-Einrichtungen zu beurteilen. Im Zuge der Einführung

des annual health checks wurde das alte System der "star ratings" abgelöst. Jeweils im Oktober eines Jahres wird das performance rating jeder Organisation veröffentlicht. Das Rating gliedert sich in zwei Teilbereiche: Qualität des Service und Umgang mit Ressourcen. Die Beurteilung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala: Excellent, Good, Fair, Weak.

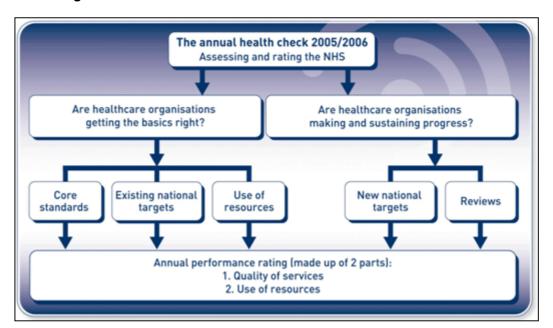


Abbildung 14: The annual health check

Source: Healthcare-commission.

Zu den <u>Ergebnissen der Commission</u> kommt man, indem ein lokaler Post-Code eingegeben wird; daraufhin werden zunächst alle überprüften Einheiten in der Nähe angezeigt. Diese beinhalten z.B. einzelne Krankenhäuser (private oder NHS), Notfallambulanzen, Primary Care Trusts, Spezialkliniken usw.



Abbildung 15: Auflistung der Suchergebnisse mit Bewertungen

Nach Auswahl einer bestimmten Einrichtung werden den Usern detaillierte Informationen zur Bewertung angeboten. Beispielsweise werden häufig gestellte Fragen von Patienten beantwortet; diese umfassen Themen wie z.B. Wartezeiten, Hygiene, Umgang mit Patienten, Gesundheitsprävention oder Organisationsmanagement.

Abbildung 16: Detailergebnisse I



In der Hauptbeurteilungskategorie "Quality of Services" wird für die Unterkategorien "Meeting core standards", "Existing national targets" und "New national targets" eine eigene Gesamtbeurteilung angeboten, z.B. ob eben nationale Zielsetzungen voll erreicht (fully met), nahezu erreicht (almost met), teilweise erreicht (partly met) oder nicht erreicht (not met) wurden. Eine Bewertung für einzelne Items in den genannten drei Unterkategorien ist ebenfalls verfügbar. Darüber hinaus gibt es weitere Bewertungen für "Improvement reviews" (Ansätze/Bestrebungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung) und für ein "Acute hospital portfolio" (inkl. separaten Bewertungen für z.B. "Admissions management", "Diagnostic services" oder "Medicines management"). In der zweiten Hauptkategorie "Use of Resources" erfolgt nur eine Gesamtbeurteilung; sie stützt sich für Foundation Trusts auf Ergebnisse des "standard quarterly in-year monitoring regime" des Monitors (siehe Foundation Trust) und für NHS Trusts und PCTs auf das "Audit Commission's Auditors' Local Evaluation assessment", welches fünf Bereiche abdeckt (financial reporting, financial management, financial standing, internal control, value for money (economy, efficiency and effectiveness)). Das Ergebnis für die bewertete Organisation wird jeweils dem landesweiten Ergebnis in dieser Kategorie gegenübergestellt.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse für jede Organisation ist als PDF-Datei herunterzuladen. Auch über das Internetnavigationsportal des NHS lassen sich die Ergebnisse des annual health checks der Healthcare-Commission abrufen.

Die Veröffentlichung im Oktober 2006 zeigte beispielsweise, dass in der Hauptkategorie Qualität der Services vier Prozent aller NHS-Trusts die höchste Bewertung (Excellent) erhielten; 36 Prozent wurden mit "Good", 51 Prozent mit "Fair" und neun Prozent mit "Weak" beurteilt. Im Bereich Ressourcenumgang fielen die Ergebnisse deutlich schlechter aus: Mehr als ein Drittel (37 Prozent) der NHS-Trusts waren nicht in der Lage, ihre Finanzen erfolgreich zu führen, und erhielten die Beurteilung "Weak".

4.2.5 USA – Mutterland der Qualitätsmessung

Bedingt durch den starken marktwirtschaftlichen Charakter hat die Qualitätsmessung im Gesundheitswesen in den USA, die längste Tradition. Insbesondere im Gesundheitswesen können Qualitätsaspekte ohne spezifische Messinstrumente schwer dem Preis gegenübergestellt werden. Bedingt durch diesen wettbewerblichen Charakter sind Qualitätsmanagement oder Qualitätsmessung nicht zwingend vorgeschrieben, dennoch kann sich kein Spital dem "peer pressure" entziehen, seinen Patienten zu zeigen, dass es Qualität ernst nimmt, und es besteht eine erstaunliche Offenheit

gegenüber öffentlichen Benchmarks, für die wir auch ein Negativbeispiel auflisten.

4.2.6 USA - Das Quality Indicator Project

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Krankenhaus wurde erstmals 1984 von sieben Krankenanstalten der Maryland Hospital Association in Angriff genommen. Aus diesen Aktivitäten resultierte das Quality Indicator Project (QIP)¹⁷, welches heute nicht nur in den USA sondern auch darüber hinaus (seit 1991) bzw. als eigenes "International QIP" (seit 1997) in 12 Ländern auf der Welt zum Einsatz kommt. In den USA verwenden rund 1.600 Einrichtungen das QIP-Modell zur Qualitätsmessung. Es bietet Indikatoren für vier große Einsatzbereiche: Akutspitäler, Psychiatrische Spitäler, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Mobile Pflegedienste.

Das QIP bzw. seine Software erlauben es einer jeden Einrichtung, in vierteljährlichen Updates, die eigene Entwicklung jedes Indikators im Zeitverlauf zu betrachten, sowie auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene Vergleiche (benchmarks) mit den jeweiligen anderen Krankenhäusern zu ziehen. Für den Akutspitalsbereich stehen 325 Indikatoren zur Verfügung.

Auch in Österreich ist das IQIP vertreten. Es wird an 24 Spitälern eingesetzt, da in Oberösterreich als einzigem Bundesland die Qualitätssicherung mittel IQIP zumindest für 12 Indikatoren vorgeschrieben ist. Das Zentrum für die Betreuung des Systems (der "Sponsor") ist das Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung in Linz¹⁸, welches bei der Implementierung der Indikatoren und deren Nutzung behilflich ist.

¹⁷ Website: http://www.qiproject.org/

¹⁸ Website: http://www.ipg.uni-linz.ac.at/

Tabelle 4: Krankenanstalten in Österreich, die am IQIP teilnehmen

ankenanstalten (24)		Teilnahme seit
Oberösterreich (19)	Klinikum Kreuzschwestern Wels	2001
	Landeskrankenhaus Rohrbach	2001
	Krankenhaus der Stadt Linz	1998
	Krankenhaus der Elisabethinen Linz	2001
	KH der Barmherzigen Schwestern Linz	1998
	KH der Barmherzigen Schwester Ried	1998
	Landeskrankenhaus Schärding	2000
	Landeskrankenhaus Bad Ischl	2000
	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	2001
	Landeskrankenhaus Vöcklabruck	2001
	Landeskrankenhaus Kirchdorf an der Krems	2001
	Landeskrankenhaus Gmunden	2001
	Landeskrankenhaus Freistadt	2001
	Krankenhaus St. Franziskus Grieskirchen	2001
	Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz	2001
	Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH	2002
	Landeskrankenhaus Steyr	2002
	Privatklinik St. Stephan Wels	2001
	Unfallkrankenhaus Linz	2000
Wien (2)	Krankenanstalt der Stadt Wien – Rudolfstiftung	1998
	St. Josef Krankenhaus Wien (pausiert derzeit)	2002
Kärnten (2)	Privatklinik Villach	1999
	Landeskrankenhaus Klagenfurt	2007 (geplant)
Niederösterreich (1)	Krankenhaus Wiener Neustadt (pausiert derzeit)	2000
atrische Krankenanstalten/Abtei	lungen (4)	
Oberösterreich (4)	Psychiatrische Klinik Wels	2001
	Landeskrankenhaus Vöcklabruck (Psychiatrie und Tagesklinik)	2005
	Landeskrankenhaus Steyr (Psychiatrische Abteilung)	2006
	Oberösterr. Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg	2000

Quelle: Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (Abteilung für Gesundheitssystemforschung) 2006.

Interessanterweise ist es in der Regel nicht gestattet, die Benchmarks des IQIP zu veröffentlichen. Das System richtet sich ganz primär an das interne Qualitätsmanagement sowie die erforderliche Qualitätsdarlegung zum Erwerb eines Zertifikats.

4.2.7 USA – Die Joint Commission und Qualitätsmessung mit ORYX

Das American College of Surgeons (ACS) begann schon 1917 einen Katalog mit Standards für Krankenhäuser auszuarbeiten. 1918 begannen erste Inspektionen. Es traten weitere Verbände wie die American Hospital Association und das American College of Physicians hinzu, der Katalog der Standards erweiterte sich, und 1951 konstituierte sich die Joint Commission on Accreditation of Hospitals, die in weiterer Folge Standards für immer mehr Bereiche des Gesundheitswesens entwickelte und überprüfte (für Langzeitpflege, den ambulanten Bereich, Psychiatrien etc.). Mehr und mehr wurde diese Akkreditierung durch die nunmehr Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO¹⁹, genannte Vereinigung zum Maßstab und beeinflusste das Verhältnis zu anderen Institutionen (z.B.

_

¹⁹ Website: www.jcaho.org

ob und zu welchen Konditionen Versicherungen die Leistungen der Organisation abdecken).

Charakteristisch für diese Form der externen Qualitätssicherung ist, dass sie von einer nicht-staatlichen Organisation, grundsätzlich freiwillig, nach einem vorher ausgearbeiteten Prüfprogramm für den jeweiligen Bereich abläuft und von einem multidisziplinären Team durchgeführt wird. Die PatientInnen stehen bei den Betrachtungen im Mittelpunkt; es wird geprüft, ob die Organisation als Ganzes in der Lage ist, qualitätsvoll zu arbeiten. In den USA kann man auf der Seite http://www.qualitycheck.org/ alle akkreditierten Organisationen aus iedem Bereich aufrufen und sogar Zusammenfassung, den Quality-Report, ansehen. Die Methodik wurde nach und nach von Kanada, Australien, südamerikanischen Ländern und auch von vielen Ländern in Europa übernommen und adaptiert. Allerdings ist in Europa oft der staatliche Einfluss hinzugekommen. So hat die AENES, die Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, ein staatliches Mandat²⁰, steht aber stark in der Tradition der amerikanischen Akkreditierung. Der JCAHO noch ähnlicher, weil nicht-staatlich, ist das Health Quality Service²¹ im Vereinigten Königreich, das aus dem Kings Fund Organisational Audit hervorgegangen ist. Das HQS akkreditiert auch Praxen. Die Fundación (FAD)²² Donabedian Spanien in ist sogar Kooperationspartner der JCI (Joint Commission International, der internationale Zweig der JCAHO).

Heute nennt sich die ehemalige JCAHO nur mehr "Joint Commission" und verwendet ein Indikatorprogramm mit dem Namen ORYX zur Akkreditierung. Dessen Ergebnisse fließen nicht nur in die Akkreditierungsentscheidung ein, sondern auch in "Qualitycheck".

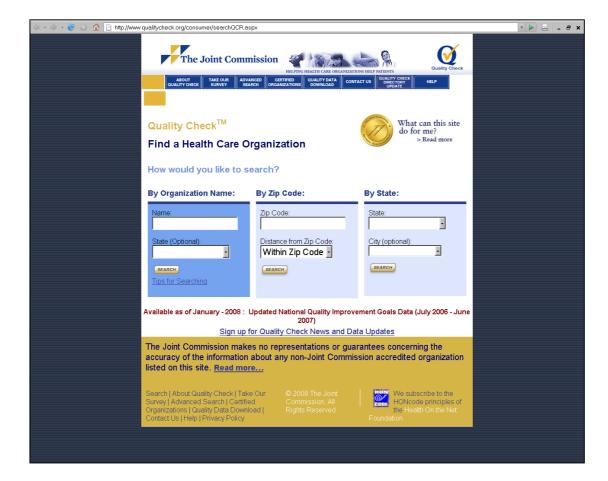
²⁰ Siehe die Seite der Haute Autorité de Santé: www.has-sante.fr

²¹ Website: www.hqs.org.uk

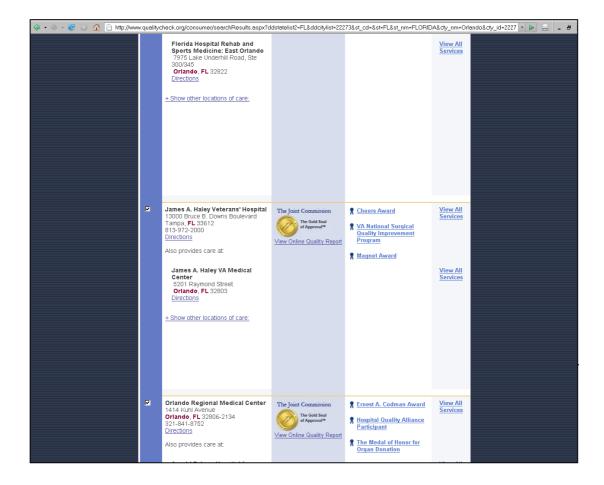
²² Website: www.fadq.org

4.2.8 USA - Joint Commission Quality Check

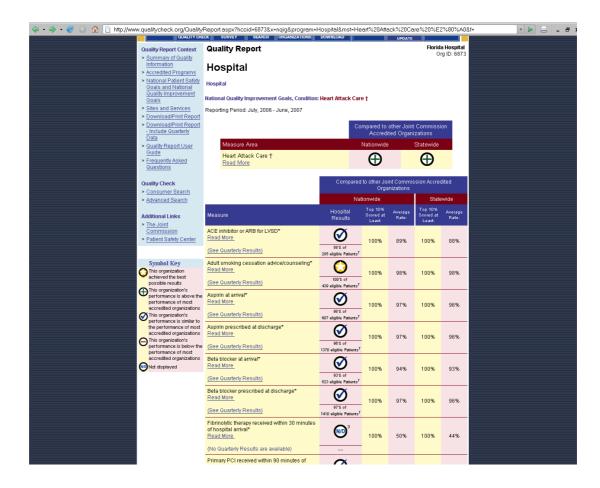
Auf der Seite www.qualitycheck.org bietet die Joint Commission öffentliche Qualitätsbenchmarks zur freien Einsicht an. Es können nach mehreren Kriterien Gesundheitseinrichtungen gesucht werden:



Sucht man Spitäler in Orlando, Florida, so erhält man eine Auswahlübersicht, auf der für jedes Spital die durch die JC verliehene Akkreditierung sowie weitere Auszeichnungen zu sehen sind:



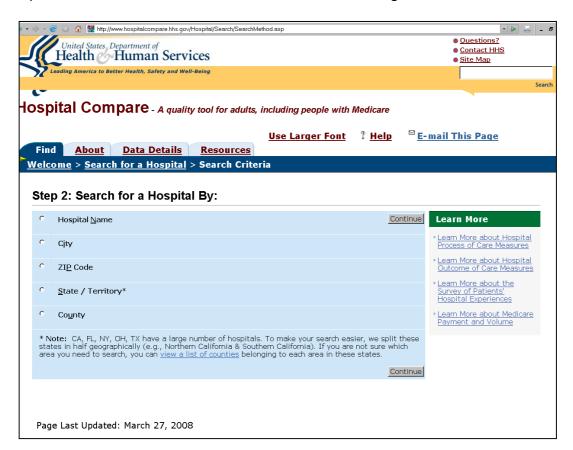
Es ist auch ein Vergleich mit nationalen und regionalen Durchschnitten zu erkennen. Symbole erleichtern den Vergleich, indem ein goldener Stern anzeigt, dass das Spital in diesem Bereich zu den Besten gehört, ein grünes Pluszeichen ein überdurchschnittliches, ein Haken ein durchschnittliches und ein rotes Minuszeichen ein unterdurchschnittliches Ergebnis anzeigt.



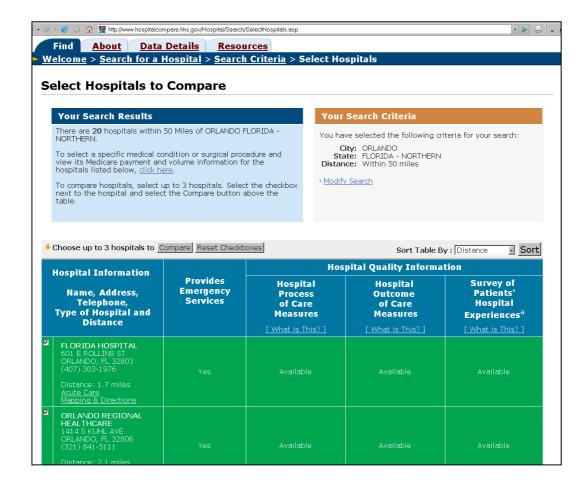
4.2.9 USA - Hospital Compare

Hospital Compare ist eine Initiative der Centers for Medicare and Medicaid Services (dem US-amerikanischen staatlichen Gesundheitdienst), dem Bundesgesundheitsministerium und der Hospital Quality Alliance (HQA), einem Verband zahlreicher öffentlicher und privater Stakeholder im Bereich der Gesundheitsqualität. Auf der Website http://www.hospitalcompare.hhs.gov werden auf freiwilliger Basis Prozessund Ergebnisindikatoren sowie Patientenbefragungsdaten öffentlich gemacht. Darüberhinaus wird auch eine "Hospital Checklist" angeboten, mithilfe derer der Patient eine Entscheidungshilfe für die Auswahl eines Spitals bei der Hand hat.

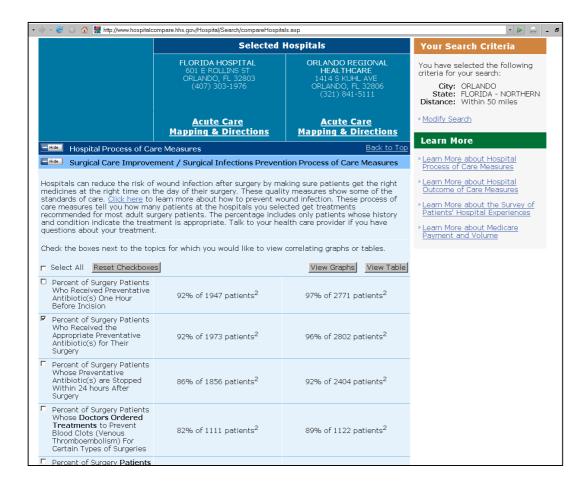
Spitäler können dabei nach verschiedenen Kriterien gesucht werden:



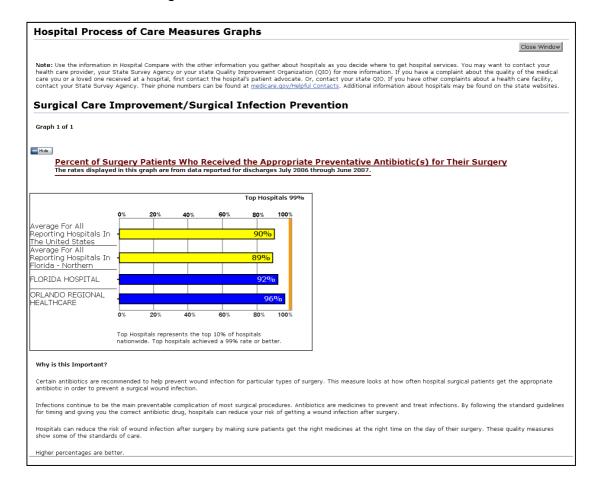
Auf der nächsten Seite werden die Ergebnisse der Suche nach einem Spital in einem 50 Meilen-Umkreis um die Stadt Orlando in Florida angezeigt. Es finden sich 20 verzeichnete Spitäler, welche jetzt miteinander verglichen werden können.



Nun können z.B. Prozessindikatoren der beiden ersten Spitäler miteinander verglichen werden:

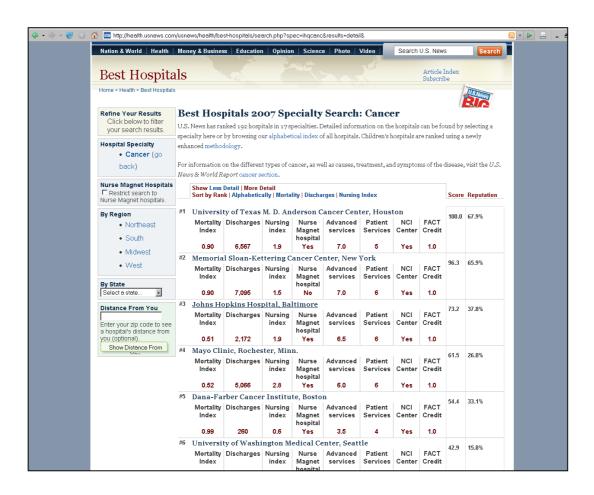


Der angegebene Indikator kann nun in einer Grafik dargestellt werden, die das Abschneiden der beiden ausgewählten Spitäler mit dem nationalen und dem regionalen Durchschnitt, sowie den besten Spitälern in Bezug auf diesen Indikator vergleicht.



4.2.10 USA- U.S.News Best Hospitals - Ein Beispiel, wie man es nicht macht

Jährlich veröffentlicht das Wochenmagazin "U.S.News" ein Ranking "Best Hospitals", welches auf der Website veröffentlicht wird. Schon die Idee des Rankings ist aufgrund der genannten Unschärfen kein adäquates Vorgehen. Von über 5.000 US-Spitälern werden rund 4.800 von vorneherein ausgeschlossen, weil sie kein Lehrkrankenhaus bzw. Universitätsklinik waren oder bestimmte Einrichtungen nicht aufwiesen. Das Ranking berechnet sich für 17 Leistungsbereiche aus wenigen, sehr simplen Indikatoren. Risikoadjustierung findet nur nach der Krankheitsschwere statt. Im Bereich Krebsmortalität werden überhaupt nur Fälle erfasst, die zwischen Aufnahme und Entlassung sterben. Hier ist nicht nur dem Gaming Tür und Tor geöffnet, sondern es werden auch Krankenhäuser mit Palliativstation benachteiligt gegenüber solchen, wo beispielsweise verstärkt Hospizdienste in Anspruch genommen werden.



5 Schlussfolgerungen

Internationale Vergleiche bezüglich Finanzierungs- und Leistungskennzahlen deuten auf strukturelle Probleme im österreichischen Gesundheitswesen hin. Dies liegt vor allem an der zersplitterten Kompetenzstruktur, die Fehlanreize setzt und zur bereits seit Jahren auch vom IHS ausgesprochenen Forderung nach einer Finanzierung aus einer Hand führt. So sind die Mittel der Sozialversicherung im Bereich der Spitalsfinanzierung erheblich, sie hat jedoch kaum Mitspracherecht bei deren Verwendung. Unleugbar sind insgesamt die Uberkapazitäten im intramuralen Bereich im internationalen Vergleich. Ihrem Abbau müsste hohe Priorität eingeräumt werden, anstatt wie in der neuen 15a-Vereinbarung noch neue Mittel in den Spitalssektor zu leiten.²³ Zur konkreten Verschlankung dieses Sektors können Effizienzanalysen behilflich sein, um Spitäler mit hoher Effizienz zu identifizieren und von diesen zu lernen.

Die Methode der Data Envelopment Analysis ist ein international anerkanntes Benchmarkinginstrument, welche wertvolle Hinweise auf Ineffizienz und deren Ursachen liefern kann. Sie ist auch im Gesundheitswesen auf große Resonanz gestoßen und wurde für die Effizienzmessung einer Vielzahl von unterschiedlichen Leistungsanbietern (Krankenanstalten, Arztpraxen, etc.) eingesetzt.

Im österreichischen Gesundheitswesen hat sich diese Methode noch viel zu etabliert. Gerade in Zeiten der immer wiederkehrenden Gesundheitswesens. des **Defizits** Finanzierungsdebatte des der Krankenkassen und der Bemühungen zur Effizienzsteigerung der einzelnen Akteure erscheint Effizienzmessung wichtiger denn je. Eine sachliche Effizienzdebatte kann nur auf **Basis** einer vorangegangenen Effizienzmessung geführt werden. Bedauerlicher Weise findet eine derartige Effizienzmessung im Vorfeld nur in den seltensten Fällen statt. Die Data Envelopment Analysis wäre hierzu die geeignete Methode. Sie sollte kontinuierlich forciert werden und den Ausgangspunkt für Restrukturierungsmaßnahmen auf Spitalsebene darstellen.

Die Wörter Ineffizienz und Effizienzmessung rufen bei vielen Personen und Institutionen Unbehagen hervor. Wichtig ist in diesem Zusammenhang aber darauf hinzuweisen, dass das Ziel eines jeden Benchmarkingprozesses das

siehe dazu auch Presseaussendung des IHS "Effizienz im Gesundheitswesen: Vorschläge für eine neue Finanzierungsstruktur." vom 14.9.2007. Abrufbar unter http://www.ihs.ac.at/publications/lib/gesundheitswesen140907.pdf

Lernen von den Besten ist, um selbst besser oder sogar Bester zu werden. Platz für "Bestrafungen" ist hier nicht.

Gleiches gilt für den Bereich der Qualität, wo nicht "blame and shame" im Vordergrund stehen sollte, sondern konstruktive Vergleiche mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung. Die Frage der völligen öffentlichen Transparenz ist heikel und sollte zunächst in den Hintergrund treten, um das Wachsen einer Qualitätskultur In Österreich zu ermöglichen. Auch für den Patienten zielführender. ein Qualitätsbewusstsein ist es Gesundheitseinrichtungen zu schaffen, indem durch die Messung der Qualität und den Vergleich mit anderen, gleichartigen Einrichtungen Verbesserungspotenziale bewusst gemacht werden. Dafür existieren zahlreiche internationale Vorbilder. Qualitätsmessung und Qualitätsvergleiche haben in Österreich jedoch noch kaum Tradition. Es nur einzelne Initiativen, wie die in OÕ oder Ergebnisqualitätsprojekt des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Angesichts des Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Qualitätsmessung in Spitälern sowie zahlreicher internationaler Vorbilder, von denen wir einige hier vorgestellt haben, besteht für Österreich Aufholbedarf. Es wird sich zeigen, ob das neue Bundesinsitut für Qualität im Gesundheitswesen, welches 2007 gegründet wurde, helfen wird, diese Lücke zum internationalen Standard zu schließen.

 ${\it IHS-Messung\ von\ Effizienz\ und\ Qualit\"{a}t\ im\ Spitalswesen. Internationale\ Aspekte}-57$

lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
utoren: Thomas Czypionka, Markus Kraus, Gerald Röhrling lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
lessung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte					
Endbericht	utoren: Thomas Cz	ypionka, Markus Kraus, (Gerald Röhrling		
				tionale Aspekte	
2008 Institute for Advanced Studies (IHS) tumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991 555 • http://www.ihs.ac.at				tionale Aspekte	