IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Vertraulich

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V

Ergebnisbericht

14. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Ergebnisbericht
Zuständigkeit	Fachbereich Evaluation
Abgabe	30. Juni 2026
Aktualisierung	14. Oktober 2026

Auftrag

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Auftragstitel	Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V geändert durch Änderungsbeschluss vom 18. März 2022
Auftragsdatum	21. Juni 2018 / 18. März 2022

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

vertraulich

Kurzfassung

Hintergrund

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) im Jahr 2015 wurde mit § 110a SGB V die gesetzliche Grundlage geschaffen, die es Krankenhausträgern und Krankenkassen ermöglicht, Qualitätsverträge miteinander zu schließen. Ziel dieses Instruments ist die Erprobung, inwieweit durch die Vereinbarung höherwertiger Qualitätsanforderungen in Verbindung mit gezielten Anreizen eine Verbesserung der stationären Versorgung erreicht werden kann. Qualitätsverträge stellen damit ein freiwilliges und auf ausgewählte Versorgungsbereiche beschränktes Instrument zur Qualitätsförderung und -verbesserung dar.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 18. Mai 2017 zunächst vier Leistungsbereiche bestimmt, in denen seit August 2018 Qualitätsverträge abgeschlossen werden können: Endoprothetische Gelenkversorgung, Prävention des postoperativen Delirs, Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten sowie die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) von 2021 wurden vier weitere Leistungsbereiche hinzugefügt, in denen seit 1. Januar 2024 Qualitätsverträge erprobt werden können.

Auftrag und Auftragsverständnis

Der vorliegende Bericht basiert auf der Beauftragung des IQTIG durch den G-BA vom 21. Juni 2018 in Verbindung mit dem Änderungsbeschluss vom 18. März 2022, der die vier weiteren Leistungsbereiche in die Evaluation integriert und den Auftrag weiter konkretisiert hat. Die normative Grundlage bilden § 110a SGB V sowie § 136b Abs. 8 SGB V.

Zentraler Auftragsgegenstand ist die Evaluation von Qualitätsverträgen als Instrument der Qualitätsentwicklung in der stationären Versorgung. Der Auftrag ist mehrdimensional angelegt: Er umfasst die Untersuchung, ob und in welchem Umfang sich nach Einführung von Qualitätsverträgen Veränderungen der Versorgungsqualität – operationalisiert anhand von Merkmalen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – beobachten lassen, die deskriptive Bewertung von Teilaspekten der Qualitätsverträge wie Rahmenbedingungen und Ausgestaltungsmerkmale sowie die Bereitstellung einer Entscheidungsgrundlage zur möglichen Weiterführung des Instruments und zur Frage, inwieweit erfolgreiche Ansätze in Qualitätsanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 SGB V überführt werden könnten.

Das IQTIG versteht die Evaluation als wirkungs- und instrumentenbezogene Untersuchung, die empirisch fundierte Erkenntnisse zur Versorgungsqualität im Zusammenhang mit Qualitätsverträgen liefern und zugleich deren Einordnung als Instrument der Qualitätsentwicklung ermöglichen soll. Die Bearbeitung erfolgt in zwei aufeinander aufbauenden Berichtsformaten: Der vorliegende Ergebnisbericht konzentriert sich auf die Qualitätsverträge der ersten vier Leistungsbereiche mit Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 und einem Beobachtungszeitraum vom

vertraulich

1. Juli 2019 bis zum 30. Juni 2023. Weiterführende Auftragsgegenstände – insbesondere die abschließende Entscheidungsgrundlage zur Weiterführung des Instruments sowie die Einschätzung zur Überführung von Ansätzen in bestehende Qualitätsanforderungen – bleiben dem Abschlussbericht zum 31. Dezember 2028 vorbehalten.

Methodisches Vorgehen

Die methodische Grundlage der Evaluation bildet der Evaluationsplan vom 25. Oktober 2021, der für den vorliegenden Bericht in zentralen Elementen weiterentwickelt wurde – insbesondere hinsichtlich einer umfassenden Beschreibung des Evaluationsgegenstands, der Ordnung und Formulierung der Fragestellungen sowie der statistischen Auswertungsverfahren. Die Weiterentwicklung trägt regulatorischen Änderungen durch das GVWG sowie dem Kapitel zur Evaluation von Regelungen zur Qualitätssicherung in den Methodischen Grundlagen des IQTIG (Version 2.1) Rechnung, das sich auf den Evaluationsansatz des Medical Research Councils stützt.

Die Evaluation beruht auf sieben Datenquellen: der Datenbank für Qualitätsverträge (vertragsbezogene und administrative Informationen), den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, Vertragsdokumenten, einrichtungs- und fallbezogenen Dokumentationen der Vertragspartner, einer standardisierten Abschlussbefragung, vertiefenden Interviews sowie Berichten der Vertragspartner. Alle Datenquellen werden vor der Auswertung nach etablierten Standards für qualitative und quantitative Daten aufbereitet und bereinigt.

Die Beantwortung der leitenden Fragestellung, ob Qualitätsverträge eine Verbesserung bzw. Änderung der Versorgungsqualität bewirken, fußt hauptsächlich auf einem Vorher-Nachher-Vergleich durch quantitative Auswertungen der fallbezogenen Dokumentation. Hierzu hat das IQTIG in einem Evaluationskonzept entsprechende Evaluationskennziffern operationalisiert. Zur Standardisierung für Leistungserbringer- und Patientencharakteristika wird ein Regressionsmodell verwendet; für ausgewählte Evaluationskennziffern wird dieses um weitere Kovariablen für eine Risikoadjustierung ergänzt. Aufgrund des Studiendesigns können keine Kausalaussagen im engeren Sinne getroffen werden. Qualitative Datenquellen – insbesondere Vertragsdokumente und Interviewdaten – wurden mittels strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet. Informationen aus der Datenbank für Qualitätsverträge sowie den Qualitätsberichten der Krankenhäuser werden überwiegend deskriptiv aufbereitet. Methodische Einschränkungen werden jeweils am Ende der entsprechenden Abschnitte in Kapitel 2 berichtet. Limitationen in der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse sind übergreifend in Abschnitt 6.2 sowie spezifisch in Abschnitt 6.3 dargestellt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analysen zeigen, dass Qualitätsverträge in den vier betrachteten Leistungsbereichen grundsätzlich umgesetzt wurden, ihre Verbreitung in der stationären Versorgung jedoch begrenzt blieb. Für die erste Generation der Qualitätsverträge wurden 44 Projektpläne eingereicht und 43 Qualitätsverträge registriert. Die meisten Verträge entfielen auf die Respiratorentwöhnung mit 21 Verträgen (48,8 %), gefolgt von der endoprothetischen Gelenkversorgung mit 14 Verträgen (32,6 %), der Prävention des postoperativen Delirs mit sieben Verträgen (16,3 %) und einem Vertrag

vertraulich

im Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen (2,3 %). Für die Evaluation wurden im Beobachtungszeitraum (1. Juli 2019 bis 30. Juni 2023) 9.110 Fälle übermittelt, die unter den vereinbarten Bedingungen des jeweiligen Qualitätsvertrags versorgt wurden.

Insgesamt haben im Berichtsjahr 2021 1.629 Krankenhäuser einen Qualitätsbericht erstellt. Hiervon haben 43 Krankenhäuser einen Qualitätsvertrag in einem der vier ersten Leistungsbereiche abgeschlossen. Betrachtet man nicht nur die Verträge, deren Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 liegt, sondern die bis zum 31. Dezember 2025 geschlossenen Verträge aller acht Leistungsbereiche, haben 154 Krankenhäuser einen Qualitätsvertrag abgeschlossen. Bei den Krankenkassen sind mit Stand 15. Dezember 2021 30,9 % (n = 29) und mit Stand 31. Dezember 2025 91,5 % (n = 86) aller Krankenkassen an mindestens einem Qualitätsvertrag beteiligt.

Die Entwicklung und der Abschluss der Qualitätsverträge wurden überwiegend mit der Einführung neuer qualitätsfördernder Leistungen, der Nutzung bestehender Verbesserungspotenziale und der Weiterentwicklung etablierter Versorgungsansätze begründet. Die vereinbarten Qualitätsanforderungen knüpften häufig an bestehende Evidenz, Leitlinien, fachliche Standards oder bereits etablierte Versorgungskonzepte an. Die Anreizgestaltung war nahezu durchgängig finanziell geprägt. Zugleich zeigte sich, dass die Umsetzung wesentlich von Patientenzugang, Zuweisungswegen, personellen Ressourcen, Dokumentationsanforderungen, IT-Strukturen und der Zusammenarbeit der Vertragspartner abhängig war.

Bei den unmittelbaren Effekten ergaben sich vor allem Hinweise auf strukturelle und organisatorische Veränderungen. Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurden zusätzliche Qualifizierungsmaßnahmen, interdisziplinäre Strukturen und standardisierte Prozesse berichtet. Quantitativ zeigt sich dies unter anderem bei der Schulungsquote: In den drei Verträgen mit Angaben für Nullwert- und Interventionsmessung stieg der Mittelwert von 28,5 % auf 34,4 % und damit um 5,9 Prozentpunkte. Im letzten verfügbaren Messzeitraum lag die mittlere Schulungsquote in fünf auswertbaren Verträgen bei 46,7 %. Im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung wurden sieben Zertifizierungen im Rahmen von Qualitätsverträgen erfolgreich abgeschlossen, während zwölf Krankenhäuser bereits zuvor zertifiziert waren.

Die deutlichsten quantitativen Veränderungen zeigten sich bei prozessnahen Kennziffern. In der endoprothetischen Gelenkversorgung stieg der Anteil der Patientinnen und Patienten, die zur Vorbereitung eine Patientenschule durchlaufen haben, von 71,3 % (n = 365) in der Nullwertmessung auf 84,9 % (n = 1.044) in der Interventionsmessung; modellbasiert erhöhte sich die geschätzte Wahrscheinlichkeit einer Patientenschulung von 66,4 % auf 84,8 %, entsprechend einem Anstieg um 18,3 Prozentpunkte ($p < 0{,}001$). Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs stieg die modellierte Wahrscheinlichkeit für ein postoperatives Delirscreening von 92,0 % auf 98,5 % (+6,45 Prozentpunkte; $p < 0{,}001$).

Die mittelbaren Effekte fallen insgesamt heterogener aus. Qualitätsverträge wurden von Teilen der Befragten mit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, einer stärkeren Patientenzentrierung, einer besseren Patienteninformation sowie einer intensiveren Einbindung von Angehörigen verbunden. Bei patientenbezogenen Ergebnisindikatoren zeigten sich dagegen nur begrenzt belastbare Veränderungen. In der Endoprothetik fanden

vertraulich

sich für Mobilität, Schmerz und patientenberichtete Outcomes keine statistisch gesicherten Verbesserungen. Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs sank die geschätzte Wahrscheinlichkeit eines postoperativen Delirs von 11,5 % auf 10,9 %, entsprechend einer Reduktion um 0,68 Prozentpunkte; dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant (p = 0,637). Einzelne positive Signale, etwa im Bereich der Revisionen in der Endoprothetik, sind fachlich relevant, aufgrund methodischer Einschränkungen jedoch vorsichtig zu interpretieren.

Die Bewertung des Instruments fiel ambivalent, aber überwiegend nicht negativ aus. Insgesamt bewerteten 48,0 % der Krankenhäuser und Krankenkassen (n = 23) den Nutzen der Qualitätsverträge im Verhältnis zu Kosten und Aufwänden positiv bis sehr positiv, 29,2 % (n = 14) neutral und 22,9 % (n = 11) negativ. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vertragspartnern: 78,9 % der befragten Krankenkassen (n = 15) bewerteten den Nutzen positiv bis sehr positiv, während dies bei den Krankenhäusern nur 27,6 % (n = 8) taten; Krankenhäuser verwiesen stärker auf hohe Umsetzungs-, Dokumentations- und Verwaltungsaufwände. Über die unmittelbare Versorgung hinaus wurden 25 originäre Veröffentlichungen, Vorträge, Präsentationen oder sonstige Beiträge identifiziert, die auf eine gewisse Wissensdiffusion aus den Qualitätsverträgen hinweisen.

Insgesamt liefern die Ergebnisse Hinweise darauf, dass Qualitätsverträge vor allem dort positive Veränderungen anstoßen können, wo die breite Umsetzung gelingt, konkrete und prozessnahe Maßnahmen adressieren und durch tragfähige organisatorische, personelle, technische und finanzielle Rahmenbedingungen unterstützt werden. Die Befunde sprechen jedoch nicht für einen einheitlichen, leistungsbereichsübergreifenden Effekt und lassen aufgrund des Studiendesigns keine Kausalaussagen im engeren Sinne zu.

Synthese

Die Synthese führt die quantitativen und qualitativen Befunde entlang der im Bericht zugrunde gelegten Wirklogik zusammen. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob Qualitätsverträge als freiwilliges Instrument der Qualitätsentwicklung Hinweise auf eine Verbesserung der stationären Versorgung liefern. Die Ergebnisse sprechen nicht für einen einheitlichen, leistungsbereichsübergreifenden Effekt. Vielmehr zeigt sich ein differenziertes Wirkungsmuster, das stark von der konkreten Ausgestaltung der Verträge, den Umsetzungsvoraussetzungen und den jeweiligen Versorgungskontexten abhängt.

Als zentrale Voraussetzung der Untersuchung möglicher Wirkungen erweist sich die tatsächliche Implementierung der Qualitätsverträge. Verträge, deren Zielgruppe(n) kaum erreicht wurden oder bei denen Patientinnen und Patienten nicht in ausreichendem Umfang eingeschlossen werden konnten, waren empirisch nur eingeschränkt beurteilbar und blieben in ihrer Wirksamkeit als qualitätsförderndes Instrument begrenzt. Besonders deutlich wurde dies in der Respiratorentwöhnung. Demgegenüber zeigen Verträge mit realisierter Umsetzung, insbesondere im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs, nachvollziehbare Veränderungen in Personalstrukturen, Qualifizierung, Prozessstandardisierung, interdisziplinärer Zusammenarbeit und Patienteneinbindung.

vertraulich

Mit Blick auf die Versorgungsqualität ergibt sich ein gestuftes Wirkungsmuster. Die stärksten Hinweise finden sich bei prozessnahen Indikatoren, die unmittelbar an vertraglich vereinbarte Maßnahmen anschließen, etwa Screeningverfahren oder Patientenschulungen. Strukturveränderungen sind ebenfalls sichtbar, lassen sich aber teilweise auch durch bereits vorhandene hohe Ausgangsniveaus oder selektive Vertragsbeteiligung erklären. Bei patientenbezogenen Ergebnisindikatoren bleiben die Ergebnisse insgesamt uneindeutiger. Dies ist plausibel, weil patientenbezogene Outcomes von zahlreichen weiteren Einflussfaktoren abhängen, über längere Zeiträume entstehen und mit den vorliegenden Daten nur begrenzt eindeutig einem Qualitätsvertrag zugerechnet werden können.

Die Ausgestaltung der Verträge ist ein wesentlicher Erklärungsfaktor für die beobachtete Heterogenität. Förderlich erscheinen insbesondere Versorgungskonzepte, die fachlich plausibel, operationalisierbar und unter den gegebenen Rahmenbedingungen realistisch umsetzbar sind. Zudem müssen Patientenzugang, IT-Unterstützung, personelle Ressourcen, Dokumentationsanforderungen und Vergütungsmodell aufeinander abgestimmt sein. Finanzielle Anreize können die Umsetzung unterstützen, reichen aber allein nicht aus. Sie entfalten ihre Bedeutung vor allem dann, wenn sie den tatsächlichen Zusatzaufwand angemessen abbilden und mit klaren Qualitätszielen verbunden sind.

In der Gesamtschau lassen sich Qualitätsverträge als potenziell qualitätsförderndes, zugleich aber kontextabhängiges und teilweise aufwendiges Instrument einordnen. Ihre Wirkungen entstehen nicht automatisch durch den Vertragsschluss, sondern durch die praktische Umsetzung konkreter Versorgungsmaßnahmen. Die bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, dass Qualitätsverträge insbesondere organisatorische und prozessuale Verbesserungen anstoßen können. Für belastbare Aussagen zu nachhaltigen patientenbezogenen Ergebnisverbesserungen, zur Übertragbarkeit erfolgreicher Ansätze in die Regelversorgung und zur Bewertung einzelner Vertragsmodelle sind weiterführende Analysen im Abschlussbericht erforderlich.

Die Synthese bestätigt damit den Charakter des vorliegenden Ergebnisberichts als Zwischenstand. Sie liefert erste Hinweise auf förderliche Ausgestaltungs- und Umsetzungsvoraussetzungen, macht aber zugleich deutlich, dass eine abschließende Bewertung des Instruments, seiner Weiterführung sowie einer möglichen Überführung erfolgreicher Ansätze in Qualitätsanforderungen erst auf Grundlage einer breiteren und längeren Datenbasis erfolgen kann.

Ausblick

Der vorliegende Bericht stellt erste Ergebnisse der Evaluation der ersten vier Leistungsbereiche der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vor. Darüber hinaus dient er als Vorbereitung des im SGB V normierten Abschlussberichts zum 31. Dezember 2028, in dem neben den ersten vier Leistungsbereichen dann auch die weiteren vier Leistungsbereiche (Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung; Multimodale Schmerztherapie; Geburten/Entbindung; Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit) evaluiert werden.

Vertraulich

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 11
Abbildungsverzeichnis 13
Abkürzungsverzeichnis 16
Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen 18
1 Einleitung 19
1.1 Hintergrund 19
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis 21
1.2.1 Ausgangspunkt und normativer Rahmen 21
1.2.2 Einordnung des Evaluationsplans 21
1.2.3 Übergeordnetes Auftragsverständnis der Evaluation 22
1.2.4 Einordnung der zentralen Auftragsgegenstände 22
1.2.5 Einordnung des Ergebnisberichts 24
2 Methodisches Vorgehen 25
2.1 Evaluationsplan 25
2.2 Datenbank für Qualitätsverträge 27
2.3 Qualitätsberichte der Krankenhäuser 28
2.4 Vertragsdokumente 29
2.5 Dokumentation der Vertragspartner 30
2.5.1 Einrichtungsbezogene Dokumentation 31
2.5.2 Fallbezogene Dokumentation 32
2.6 Endberichte 43
2.7 Standardisierte Befragung 44
2.8 Vertiefende Interviews 47
2.9 Berichte der Vertragspartner 48
2.10 Narrative Synthese 48
Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen 50
3 Weiterentwicklung Evaluationsplan 51
3.1 Evaluationsgegenstand 51
3.1.1 Qualitätsverträge nach § 110a SGB V 51
3.1.2 Umfeld von Qualitätsverträgen 54

vertraulich

3.2 Wirkmodell 55
3.3 Fragestellungen 57
4 Plausibilität und Konsistenz der Daten 64
4.1 Datenbank Qualitätsverträge 64
4.2 Qualitätsberichte der Krankenhäuser 64
4.3 Vertragsdokumente 65
4.4 Leistungserbringerdokumentation und Sozialdaten der Krankenkassen 65
4.4.1 Einrichtungsbezogene Dokumentation 65
4.4.2 Fallbezogene Dokumentation 67
4.5 Standardisierte Befragung 79
4.6 Vertiefende Interviews 81
4.7 Berichte 82
5 Ergebnisse der Analysen 83
A Wie gestaltet sich die Umsetzung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung? 83
A.1 Wie verbreitet sind Qualitätsverträge in der stationären Versorgung? 83
A.2 Wer sind die Vertragspartner der Qualitätsverträge und wie lassen sich diese charakterisieren? 87
A.3 Wie werden Qualitätsverträge in der stationären Versorgung umgesetzt? 90
B Welche unmittelbaren Effekte sind nach der Einführung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung zu beobachten? 132
B.1 Welche unmittelbaren intendierten Effekte sind zu beobachten? 132
B.2 Welche unmittelbaren nicht intendierten Effekte sind zu beobachten? 150
C Welche mittelbaren Effekte sind nach der Einführung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung zu beobachten? 151
C.1 Welche mittelbaren intendierten Effekte sind zu beobachten? 151
C.2 Welche mittelbaren nicht intendierten Effekte sind zu beobachten? 185
6 Zusammenfassung, Limitationen und Synthese 187
6.1 Zusammenfassung 187
6.2 Limitationen 192
6.3 Synthese 194
6.3.1 Umsetzung von Qualitätsverträgen 194
6.3.2 Wirkungen in der Versorgungsqualität 197

vertraulich

6.3.3 Ausgestaltung der Verträge 200
6.3.4 Bewertung und Output der Verträge 201
Teil III: Ausblick 203
Literatur 204

vertraulich

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausschlüsse (Endoprothetische Gelenkversorgung) 36
Tabelle 2: Ausschlüsse (Prävention des postoperativen Delirs) 36
Tabelle 3: Risikofaktoren (Ko-Variablen) Endoprothetische Gelenkversorgung 40
Tabelle 4: Risikofaktoren (Ko-Variablen) Prävention des postoperativen Delirs 41
Tabelle 5: Einrichtungsbezogene Dokumentation nach Messzeitraum, Gesamtzahl der Datenlieferungen und Eingang an Datenlieferungen, Quelle: Datenbank Qualitätsverträge ... 65
Tabelle 6: Übermittlungspflichtige Qualitätsverträge und Qualitätsverträge mit erfolgten Übermittlungen pro Jahr (2019–2024), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge 66
Tabelle 7: Fälle pro Qualitätsvertrag, Ausschluss von Verträgen ohne Fälle, Quelle: Dokumentation 68
Tabelle 8: Absoluter und relativer Anteil an Fällen pro Messzeitraum, Quelle: Dokumentation ... 69
Tabelle 9: Merkmale der untersuchten Population (Endoprothetische Gelenkversorgung), Quelle: Dokumentation 71
Tabelle 10: Merkmale der untersuchten Population (Prävention des postoperativen Delirs), Quelle: Dokumentation 74
Tabelle 11: Weitere Merkmale der untersuchten Population (Prävention des postoperativen Delirs), Quelle: Dokumentation 77
Tabelle 12: Teilnahme an der standardisierten Befragung 79
Tabelle 13: Verteilung der Teilnehmenden nach Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung 80
Tabelle 14: Vertiefende Interviews (Verteilung auf die Leistungsbereiche und Einrichtungen) 81
Tabelle 15: Zwischenberichte 82
Tabelle 16: Anzahl der Qualitätsverträge pro Leistungsbereich, Quelle: Datenbank Qualitätsverträge 84
Tabelle 17: Betten, Fachabteilungen, Personal und Behandlungen von Krankenhäusern mit Qualitätsverträgen und Krankenhäusern, die einen Qualitätsbericht erstellt haben, Quelle: Qualitätsberichte 87
Tabelle 18: Intentionen, Motivationen und Auslöser zur Entwicklung und zum Abschluss eines Qualitätsvertrags nach Leistungsbereich (Mehrfachantwort möglich), Quelle: stand. Befragung 92
Tabelle 19: Akteure bei der Entwicklung der Vereinbarungen der Qualitätsverträge nach Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung 97
Tabelle 20: Grad der Umsetzung der vereinbarten Qualitätsanforderungen bzw. der Maßnahmen und Interventionen (Selbstangabe der Krankenhäuser), Quelle: stand. Befragung 105
Tabelle 21: Vertragsverlängerung, Quelle: stand. Befragung 108
Tabelle 22: Akzeptanz von Qualitätsverträgen (standardisierte Befragung), Quelle: stand. Befragung 109
Tabelle 23: Aufwände, Quelle: stand. Befragung 110
Tabelle 24: Erfüllung der Kriterien für Endoprothetikzentren, Quelle: Dokumentation 133

vertraulich

Tabelle 25: Anteil an geschulten Mitarbeitenden (Schulungsquote) zum jeweiligen letzten Messzeitraum, Quelle: Dokumentation 134
Tabelle 26: Prozessqualität (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 140
Tabelle 27: Anwesenheit Hauptoperateur (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 141
Tabelle 28: Aktivitäts-/Partizipationsziel (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation..... 141
Tabelle 29: Aktivitäts-/Partizipationsziel (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation 142
Tabelle 30: Konsiliarische Betreuung (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 142
Tabelle 31: Konsiliarische Betreuung (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation 143
Tabelle 32: Patientenschule (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 143
Tabelle 33: Patientenschule (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation..... 143
Tabelle 34: Frühe Mobilisation (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 144
Tabelle 35: Frühe Mobilisation (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation 145
Tabelle 36: Risikoeinschätzung (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation..... 146
Tabelle 37: Risikoeinschätzung (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation..... 147
Tabelle 38: Präoperatives Delirscreening (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 147
Tabelle 39: Präoperatives Delirscreening (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation..... 148
Tabelle 40: Postoperatives Delirscreening (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation... 149
Tabelle 41: Postoperatives Delirscreening (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation..... 149
Tabelle 42: Mittelallokation (in Euro) je Behandlungsfall und Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung 150
Tabelle 43: Mittlere Anzahl eingesetzter Medien, Quelle: stand. Befragung 159
Tabelle 44: TUG (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 167
Tabelle 45: TUG (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation 169
Tabelle 46: Schmerz in Ruhe (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation..... 170
Tabelle 47: Schmerz unter Belastung (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 171
Tabelle 48: Schmerz in Ruhe (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation..... 172
Tabelle 49: Schmerz unter Belastung (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation 172
Tabelle 50: HOOS (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 173
Tabelle 51: HOOS (Regression), Quelle: Dokumentation 174
Tabelle 52: KOOS (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation 175
Tabelle 53: KOOS (Regression), Quelle: Dokumentation 176
Tabelle 54: Revision (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation..... 178
Tabelle 55: Revision (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation 179
Tabelle 56: Postoperatives Delir (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation..... 180
Tabelle 57: Postoperatives Delir (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation 181
Tabelle 58: Pflegegrad, Quelle: Dokumentation 182

Vertraulich

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkmodell 56
Abbildung 2: Geforderte und erfolgte Datenlieferungen pro Lieferjahr (2019–2024), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge 66
Abbildung 3: Qualitätsverträge mit fallbezogenen Datenlieferungen nach Leistungsbereich, Quelle: Datenbank Qualitätsverträge 68
Abbildung 4: Kalendarische Verteilung der Fälle (Endoprothetische Gelenkversorgung), Quelle: Dokumentation 70
Abbildung 5: Kalendarische Verteilung der Fälle (Prävention des postoperativen Delirs), Quelle: Dokumentation 73
Abbildung 6: Kumulierte Anzahl der registrierten Qualitätsverträge pro Monat nach Leistungsbereichen (März 2019 bis Juli 2022), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge 84
Abbildung 7: Anzahl der Qualitätsverträge pro Krankenkasse (federführend und beigetreten), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge 86
Abbildung 8: Anteil aller Krankenhäuser mit Qualitätsvertrag pro Bundesland (gelb) und Anteil aller Krankenhäuser insgesamt pro Bundesland (grün), Quelle: Qualitätsberichte 89
Abbildung 9: Standorte der Krankenhäuser mit Qualitätsvertrag (links) und Standorte insgesamt (rechts), Quelle: Qualitätsberichte 90
Abbildung 10: Intentionen, Motivationen und Auslöser zur Entwicklung und zum Abschluss eines Qualitätsvertrags (Mehrfachantwort möglich), Quelle: stand. Befragung 91
Abbildung 11: Initiator(en) zum Abschluss des Qualitätsvertrags, Quelle: stand. Befragung 94
Abbildung 12: Hauptakteure bei der Entwicklung der Vereinbarungen des Qualitätsvertrags, Quelle: stand. Befragung 95
Abbildung 13: Laufzeit Qualitätsverträge (in Monaten), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge 107
Abbildung 14: Praktikabilität der rechtlichen Regelungen und Vorgaben, Quelle: stand. Befragung 112
Abbildung 15: Praktikabilität der IQTIG-Vorgaben, Quelle: stand. Befragung 113
Abbildung 16: Fördernde Faktoren (finanzielle Anreize), Quelle: stand. Befragung 116
Abbildung 17: Fördernde Faktoren (Freiheit bei der Vertragsgestaltung), Quelle: stand. Befragung 117
Abbildung 18: Fördernde Faktoren (bereits vorhandene Gegebenheiten), Quelle: stand. Befragung 118
Abbildung 19: Fördernde Faktoren (Schulungs- und Informationsangebote für Mitarbeitende), Quelle: stand. Befragung 119
Abbildung 20: Fördernde Faktoren (Bereitstellung von Patienteninformationen), Quelle: stand. Befragung 119
Abbildung 21: Fördernde Faktoren (enge Zusammenarbeit der Vertragspartner), Quelle: stand. Befragung 120
Abbildung 22: Hemmende Faktoren (fehlende inhaltliche Vorgaben zur Vertragsausgestaltung), Quelle: stand. Befragung 122

Vertraulich

Abbildung 23: Hemmende Faktoren (Beschränkung auf die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen), Quelle: stand. Befragung 122
Abbildung 24: Hemmende Faktoren (fehlende Beitritte weiterer Krankenkassen), Quelle: stand. Befragung 124
Abbildung 25: Hemmende Faktoren (verringerte Zahl an Behandlungsfällen durch die Covid-19-Pandemie), Quelle: stand. Befragung 124
Abbildung 26: Hemmende Faktoren (fehlende Zuweisung von Behandlungsfällen durch Dritte), Quelle: stand. Befragung 126
Abbildung 27: Hemmende Faktoren (Schwierigkeiten bei der Identifizierung der Zielgruppe), Quelle: stand. Befragung 126
Abbildung 28: Hemmende Faktoren (Voraussetzung einer Patienteneinwilligung zur Teilnahme), Quelle: stand. Befragung 127
Abbildung 29: Hemmende Faktoren (Voraussetzung einer Patienteneinwilligung in die Datenübermittlung), Quelle: stand. Befragung 128
Abbildung 30: Hemmende Faktoren (Weiterentwicklung der bestehenden IT-Infrastruktur), Quelle: stand. Befragung 129
Abbildung 31: Einfluss der Qualitätsverträge auf die Standardisierung von Versorgungsprozessen, Quelle: stand. Befragung 136
Abbildung 32: Auswirkungen der Qualitätsverträge auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation, Quelle: stand. Befragung 137
Abbildung 33: Übersicht der Ergebnisse zur Prozessqualität (Endoprothetische Gelenkversorgung): Für die Kennziffer Hauptoperateur ist die absolute Differenz der relativen Anteile (Interventionsmessung – Nullwertmessung) dargestellt, aufgrund von Deckeneffekten wurde kein Regressionsmodell berechnet. Quelle: Dokumentation 140
Abbildung 34: Übersicht der Ergebnisse zur Prozessqualität (Prävention des postoperativen Delirs), Quelle: Dokumentation 145
Abbildung 35: Beitrag zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse(n), Quelle: stand. Befragung 152
Abbildung 36: Beitrag zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse(n) nach Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung 152
Abbildung 37: Beitrag zur Stärkung der Netzwerkstrukturen, Quelle: stand. Befragung 153
Abbildung 38: Beitrag zur Stärkung der Netzwerkstrukturen nach Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung 154
Abbildung 39: Beitrag zur Stärkung der Patientenkommunikation, Quelle: stand. Befragung ... 157
Abbildung 40: Eingesetzte Medien der Krankenhäuser (Mehrfachnennungen möglich), Quelle: stand. Befragung 160
Abbildung 41: Eingesetzte Medien der Krankenkassen (Mehrfachnennungen möglich), Quelle: stand. Befragung 160
Abbildung 42: Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit, Quelle: stand. Befragung 162
Abbildung 43: Patientenbeteiligung, Quelle: stand. Befragung 164
Abbildung 44: Beitrag zur Stärkung der Beteiligung von Angehörigen, Quelle: stand. Befragung 165

Vertraulich

Abbildung 45: Übersicht Ergebnisse HOOS, Quelle: Dokumentation 175
Abbildung 46: Übersicht Ergebnisse KOOS, Quelle: Dokumentation..... 177
Abbildung 47: Beurteilung des Nutzens im Verhältnis zu den entstandenen Kosten und Aufwänden, Quelle: stand. Befragung..... 183
Abbildung 48: Beurteilung des Instruments Qualitätsverträge, Quelle: stand. Befragung 184

vertraulich

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AKI-RL	Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie
B-BEP	Beatmungsstatus / Beatmungsentwöhnungspotential
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BT	Bundestag
CSV	Comma-Separated Values
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalografie
EPZ	Endo-Prothetik-Zentrum
ESA	Erythropoiese-stimulierende Agenzien
FDA	U.S. Food and Drug Administration
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GLM	generalisiertes lineares Modell
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
HOOS	Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
IK	Institutionskennzeichen
INT	Interventionsmessung
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz

vertraulich

Abkürzung	Bedeutung
KI	Konfidenzintervall
KOOS	Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score
M	Mittelwert (arithmetischer)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NRS	Numeric Rating Scale
NWM	Nullwertmessung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds Ratio
PROM	Patient-Reported Outcome Measure
QB	Qualitätsbericht
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SOP	Standard Operating Procedure
TUG	Timed-up-and-go-Test
VAS	Visual Analogue Scale

vertraulich

Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

vertraulich

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden zunächst die regulatorischen und fachlichen Hintergründe von Qualitätsverträgen gemäß § 110a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und der Untersuchung der Versorgungsqualität nach § 136b Abs. 8 SGB V beleuchtet. Anschließend werden die diesem Bericht zugrunde liegenden Beauftragungen und das hieraus resultierende Auftragsverständnis aus Sicht des IQTIG dargelegt.

1.1 Hintergrund

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) – in Kraft getreten 2015 – wurde mit § 110a SGB V die Möglichkeit für Krankenhausträger und Krankenkassen geschaffen, Qualitätsverträge miteinander zu schließen. Ziel im Sinne des Gesetzes ist es, zu erproben, inwieweit sich durch das Instrument der Qualitätsverträge – also durch die Vereinbarung von Qualitätsanforderungen in Verbindung mit Anreizen – eine Verbesserung der stationären Versorgung erreichen lässt. Qualitätsverträge sind neben der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, den Strukturrichtlinien, der Mindestmengenregelung und den Zweitmeinungsverfahren ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung bzw. Qualitätsweiterentwicklung im Rahmen des § 136 im SGB V. In Abgrenzung zu den anderen Instrumenten erlegen sich Krankenhäuser mit Qualitätsverträgen freiwillig Qualitätsanforderungen auf – die Qualitätsverträge stellen damit kein Instrument dar, um Qualitätsanforderungen für alle Leistungserbringer, die in einem bestimmten Bereich tätig sind, durchzusetzen, sondern dienen der Erprobung gezielter Maßnahmen zur Förderung der Versorgungsqualität in bestimmten Versorgungsbereichen.

Qualitätsverträge sind zu befristen und enden perspektivisch spätestens mit dem Inkrafttreten einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 136b Abs. 8 Satz 3 SGB V, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen soll. Diese Empfehlungen sind nach § 136b Abs. 8 Satz 2 und 3 auf Grundlage der Ergebnisse des Abschlussberichts des IQTIG bis zum 31. Oktober 2029 zu beschließen. Hierbei soll auch beachtet werden, unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten und ob erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 überführt werden sollen. Sofern eine solche Empfehlung für einen bestimmten Leistungsbereich nicht in Kraft tritt, kann die Laufzeit der Qualitätsverträge gemäß Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) – in Kraft getreten 2021 – in den betreffenden Leistungen oder Leistungsbereichen so lange verlängert werden, bis der Gesetzgeber neu über die Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollen, entschieden hat (GKV-SV/DKG 2024).

Vertraulich

Der G-BA hat in seinem Beschluss vom 18. Mai 2017 zunächst vier Leistungen bzw. Leistungsbereiche[1] festgelegt, in denen seit dem 1. August 2018 Qualitätsverträge abgeschlossen werden können (G-BA 2017a):

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Mit dem GVWG wurde der G-BA durch den Gesetzgeber aufgefordert, weitere vier Leistungsbereiche festzulegen. Der entsprechende Beschluss hierzu wurde am 21. Juli 2022 gefasst (G-BA 2022a). Hierin sind die folgenden Leistungsbereiche benannt, in denen vom 1. Januar 2024 an Qualitätsverträge erprobt werden können:

- Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
- Multimodale Schmerztherapie
- Geburten/Entbindung
- Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

Eine Übersicht über die bereits abgeschlossenen Qualitätsverträge, die beim IQTIG registriert sind, veröffentlicht der G-BA monatlich auf seiner Website[2]. Die Übersicht enthält neben allgemeinen Informationen sowohl die Ziele der Qualitätsverträge als auch die daran teilnehmenden Krankenhäuser und Krankenkassen.

Eine verbindliche Rahmenvereinbarung für die Inhalte von Qualitätsverträgen haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gemäß § 110a Abs. 2 SGB V geschlossen. Hieraus erwachsen für die Vertragspartner neben Vorgaben für die Gestaltung von Qualitätsverträgen auch Verpflichtungen im Rahmen der gesetzlichen Erprobung. In § 136b Abs. 8 SGB V hat der Gesetzgeber hierzu den G-BA beauftragt, das IQTIG „mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität [Evaluation] während des Erprobungszeitraums zu beauftragen“ (§ 136b Abs. 8 Satz 1 SGB V). Dieser Auftrag ist am 21. Juni 2018 erfolgt, ein Änderungsbeschluss, der die vier weiteren Leistungsbereiche in die Evaluation integriert und den Auftrag weiter konkretisiert, wurde am 18. März 2022 gefasst. Hierdurch wurde u. a. geregelt, dass auf Vorschlag des IQTIG das Institut einen Ergebnisbericht zum 30. Juni 2026 vorlegt. Darüber hinaus wurde der Abschlussbericht nach der gesetzlichen Vorgabe des § 136b Abs. 8 Satz 3 SGB V zum 31. Dezember 2028 terminiert. Weitere verfahrenstechnische Anpassungen in Verbindung mit den Ausarbeitungen des IQTIG zu den vier weiteren Leistungsbereichen erfolgten am 31. Januar 2024.

[1] Im Weiteren wird zur besseren Lesbarkeit nur der Begriff „Leistungsbereich“ verwendet.
[2] https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/weitere-bereiche/leistungsbereiche-qualitaetsvertraege/ (abgerufen am: 30.06.2026).

vertraulich

Das IQTIG hat im Auftrag des G-BA ein umfassendes Evaluationskonzept erstellt. Dieses setzt sich aus dem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 mit ergänzendem Addendum vom 7. März 2018 sowie dem Abschlussbericht vom 21. Juli 2023 zusammen. Ersteres enthält die Grundzüge der Evaluation sowie die fachliche Ausarbeitung der *ersten* vier Leistungsbereiche (Beschluss vom 18. Mai 2017). Letzteres ergänzt das Evaluationskonzept um die durch das GVWG eingeführten *weiteren* vier Leistungsbereiche (Beschluss vom 21. Juli 2022). Zur Durchführung der Evaluation wurde zum 30. Juni 2021 ein Evaluationsplan erstellt, der die Grundlage der Evaluation bildet. Inhalt der Evaluation ist insbesondere die in § 136b Abs. 8 SGB V vorgesehene Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität, deren grundlegende Fragestellung darin besteht, ob Qualitätsverträge bzw. die hierin vereinbarten Qualitätsanforderungen und Anreize zu einer Veränderung der Versorgungsqualität führen. Der vorliegende Bericht enthält erste Ergebnisse der Evaluation zu den ersten vier Leistungsbereichen.

1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

In den nachfolgenden Abschnitten werden zunächst die Inhalte der diesem Bericht zugrunde liegenden Beauftragung zusammengefasst. Anschließend wird die Bedeutung des vorliegenden Evaluationsplans mit Blick auf die Beauftragung eingeordnet. In den darauffolgenden Abschnitten wird schließlich das Auftragsverständnis zunächst übergreifend und dann im Einzelnen dargelegt.

1.2.1 Ausgangspunkt und normativer Rahmen

Der vorliegende Bericht stellt einen Zwischenstand der Evaluation der Qualitätsverträge dar und erfolgt auf Grundlage der Beauftragung vom 21. Juni 2018 in Verbindung mit dem Änderungsbeschluss vom 18. März 2022. Er stützt sich auf die normativen Vorgaben des § 110a SGB V sowie des § 136b Abs. 8 SGB V.

Gegenstand der Beauftragung ist die Evaluation von Qualitätsverträgen als Instrument der Qualitätsentwicklung in der stationären Versorgung. Ziel ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, inwieweit durch die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen in ausgewählten Leistungsbereichen Verbesserungen der Versorgungsqualität erreicht werden können und wie Qualitätsverträge als Instrument grundsätzlich einzuordnen sind. Der Auftrag ist dabei von Beginn an mehrdimensional angelegt. Neben der Untersuchung möglicher Effekte auf die Versorgungsqualität umfasst er Fragestellungen zur Weiterentwicklung und Einordnung des Instruments der Qualitätsverträge sowie zur Anschlussfähigkeit der gewonnenen Erkenntnisse für übergeordnete Regelungen der Qualitätssicherung.

1.2.2 Einordnung des Evaluationsplans

Zur Spezifizierung des Evaluationsauftrags wurde im Jahr 2021 ein Evaluationsplan vorgelegt, in dem Ziele, Fragestellungen und methodische Vorgehensweisen der Evaluation konkretisiert wurden. Der Evaluationsplan bildet die Grundlage für die bisherigen Arbeiten und spiegelt das damalige Verständnis der Evaluation unter den zu diesem Zeitpunkt gegebenen rechtlichen, zeitlichen und strukturellen Rahmenbedingungen wider.

Vertraulich

Aufgrund der seither eingetretenen Entwicklungen, insbesondere im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase, die Datenverfügbarkeit sowie die Weiterentwicklung der normativen Rahmenbedingungen, ist eine Überarbeitung und Fortschreibung des Evaluationsplans erforderlich. Abschnitt 2.1 skizziert die Vorgehensweise und die Inhalte dieser Weiterentwicklung. Die Ergebnisse aus diesem Prozess betreffen die Einordnung der Qualitätsverträge in den Rahmen der Evaluation (Kapitel 3) sowie die methodische Vorgehensweise bei der Auswertung (Abschnitte 2.2 bis 2.10).

1.2.3 Übergeordnetes Auftragsverständnis der Evaluation

Vor dem Hintergrund der Beauftragung und des Evaluationsplans versteht sich die Evaluation als wirkungs- und instrumentenbezogene Untersuchung, die darauf abzielt, empirisch fundierte Erkenntnisse zur Entwicklung der Versorgungsqualität im Zusammenhang mit Qualitätsverträgen zu gewinnen. Zugleich soll sie eine Einordnung des Instruments der Qualitätsverträge im Kontext der Qualitätsentwicklung in der stationären Versorgung ermöglichen.

Die Ergebnisse der Evaluation sind so aufzubereiten, dass sie sowohl eine fachliche Bewertung der beobachteten Entwicklungen erlauben als auch als Grundlage für weitergehende Überlegungen zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Instruments herangezogen werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bearbeitungen der nachfolgenden Auftragsgegenstände aufeinander aufbauen: Im vorliegenden Ergebnisbericht erfolgen hauptsächlich Auswertungen zur *Untersuchung zur Verbesserung der Versorgungsqualität* sowie zur *Bewertung von Teilaspekten der Qualitätsverträge*. Im Abschlussbericht zum 31. Dezember 2028 werden diese dann vertieft und um weitere Gegenstände ergänzt. Das heißt, dass dort die *Entscheidungsgrundlage zur Weiterführung von Qualitätsverträgen* und die *Einschätzung zur Überführung von Ansätzen aus Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen* thematisiert werden.

1.2.4 Einordnung der zentralen Auftragsgegenstände

Untersuchung zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Ein zentraler Bestandteil des Evaluationsauftrags ist die Untersuchung, ob und in welchem Umfang sich mit der Einführung von Qualitätsverträgen Veränderungen der Versorgungsqualität beobachten lassen. Dabei ist vorgesehen, die Versorgungssituation von Krankenhäusern mit Qualitätsvertrag mit der Versorgungssituation ohne Qualitätsvertrag zu vergleichen (G-BA 2018) (§ 110a Abs. 1 Satz 2 SGB V; § 136b Abs. 8 Satz 2 SGB V).

Die Betrachtung der Versorgungsqualität erfolgt unter Einbezug von Merkmalen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hierzu hat das IQTIG in seinen Abschlussberichten entsprechende Evaluationskennziffern entwickelt (IQTIG 2024c). Ziel ist es, Hinweise darauf zu gewinnen, ob sich nach Einführung von Qualitätsverträgen Verbesserungen in der Versorgungsqualität zeigen, die mit den in den Verträgen vereinbarten Qualitätsanforderungen und Anreizen in Verbindung stehen (G-BA 2018). Die Ergebnisse hierzu finden sich in den Abschnitten B und C des Kapitels 5. Die Evaluation ist darauf ausgerichtet, Veränderungen der Versorgungsqualität zu beschreiben und einzuordnen. Hierzu wesentlich ist auch die Umsetzung von Qualitätsverträgen in der Versorgung,

vertraulich

ohne die ein Eintritt von Wirkungen nicht zu erwarten ist. Die Ergebnisse zur Umsetzung werden in Kapitel 5 Abschnitt A berichtet.

Insgesamt kann in der Untersuchung aufgrund des Studiendesigns (Vorher-Nachher-Vergleich) nicht der Anspruch erhoben werden, kausale Zusammenhänge im engeren Sinne nachzuweisen. Darüber hinaus werden im Bericht weitere Limitationen berichtet. Methodische Einschränkungen finden sich jeweils am Ende der Abschnitte zum Methodischen Vorgehen (Kapitel 2), übergreifende Limitationen der Auswertung in Abschnitt 6.2 und spezifische Limitationen in Abschnitt 6.3. Generalisierbare Einschränkungen der Datenqualität in Kapitel 4 zur Plausibilität und Konsistenz der Daten. Hierin werden auch die Merkmale der untersuchten Population dargestellt. Einschränkungen der Datenqualität zu einzelnen Analysen finden sich an den entsprechenden Stellen im Kapitel zu den Ergebnissen (Kapitel 5).

Bewertung von Teilaspekten der Qualitätsverträge

Ergänzend sieht der Evaluationsauftrag vor, Teilaspekte der Qualitätsverträge in den Blick zu nehmen. Hierzu zählen insbesondere die Rahmenbedingungen, unter denen Qualitätsverträge umgesetzt werden, sowie Ausgestaltungsmerkmale der Verträge und das unmittelbare Umfeld des Instruments. Aber auch die Erreichung der leistungsbereichsspezifischen Qualitätsziele durch die Qualitätsverträge sind in diesem Zusammenhang zu nennen (G-BA 2018).

Diese Betrachtungen dienen der kontextuellen Einordnung der Ergebnisse und erfolgen überwiegend deskriptiv. Soweit möglich, werden auch Aspekte der Anreizgestaltung (Kapitel 5, Abschnitt A.3) und der Finanzwirkungen (Kapitel 5, Abschnitt B.1) berücksichtigt, ohne eine vertiefte Wirkungsbewertung einzelner Anreizmechanismen vorzunehmen. Eine Bewertung, inwieweit Qualitätsverträge qualitätsorientierte Vergütungsansätze umsetzen, ist im Rahmen des Ergebnisberichts nicht Gegenstand der Analysen, sondern Gegenstand des Abschlussberichts.

Schaffung einer Entscheidungsgrundlage zur Weiterführung von Qualitätsverträgen

Ein weiterer Auftragsaspekt besteht darin, Erkenntnisse bereitzustellen, die als Entscheidungsgrundlage für die Frage dienen können, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollen. Hierzu sollen die Ergebnisse der Evaluation sowohl leistungsbereichsspezifisch als auch leistungsbereichsübergreifend zusammengeführt und in einer Gesamtschau eingeordnet werden (G-BA 2018) (§ 136b Abs. 8 SGB V). Erste Ansätze einer solchen Zusammenführung finden sich in Kapitel 6; eine abschließende Zusammenführung auf Basis von Informationen aller Qualitätsverträge ist erst im Abschlussbericht vorgesehen.

Die Evaluation trägt damit zur fachlichen Einordnung des Nutzens von Qualitätsverträgen bei und liefert Informationen, die für Entscheidungen über eine mögliche Weiterführung oder Anpassung des Instruments herangezogen werden können. Die Entscheidung über die Weiterführung von Qualitätsverträgen liegt gemäß § 110a Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 136b Abs. 8 Satz 3 SGB V nicht im Rahmen der Evaluationsberichte, sondern obliegt den zuständigen Gremien des G-BA bzw. dem Gesetzgeber.

vertraulich

Einschätzung zur Überführung von Ansätzen aus Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen

Der Evaluationsauftrag umfasst darüber hinaus die Frage, ob aus Qualitätsverträgen gewonnene Erkenntnisse grundsätzlich für eine Überführung in bestehende Instrumente der Qualitätssicherung in Betracht kommen. Dabei ist zu prüfen, inwieweit erfolgreiche Ansätze aus Qualitätsverträgen perspektivisch in Qualitätsanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 SGB V überführt werden könnten (G-BA 2018) (§ 136b Abs. 8 Satz 4 SGB V).

Die Evaluation zielt in diesem Zusammenhang auf eine übergeordnete Einordnung ab, ob und in welcher Form aus Qualitätsverträgen gewonnene Erkenntnisse Anschlussfähigkeit für weitergehende Regelungen besitzen. Eine unmittelbare Bewertung einzelner Maßnahmen oder eine direkte Ableitung konkreter Qualitätsanforderungen ist im Rahmen des Ergebnisberichts nicht vorgesehen und bleibt weiterführenden Betrachtungen vorbehalten.

1.2.5 Einordnung des Ergebnisberichts

In diesem Bericht werden alle Qualitätsverträge der ersten vier Leistungsbereiche untersucht, deren Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 (sog. erste Generation), dem Inkrafttreten des GVWG, liegt. Der Beobachtungszeitraum dieser Verträge erstreckt sich damit auf vier Jahre zwischen dem 1. Juli 2019 und dem 30. Juni 2023. Der Beobachtungszeitraum leitet sich aus der Rahmenvereinbarung in ihrer Fassung vom 16. Juli 2018 ab, in der der Erprobungszeitraum zunächst auf diesen Zeitraum beschränkt war; erst mit Inkrafttreten des GVWG wurde dieser geöffnet. Qualitätsverträge mit einem Beginn ab dem 1. Januar 2022 sind zum Berichtszeitpunkt noch nicht abschließend bewertbar.

Für den genannten Zeitraum stehen für die einbezogenen Verträge sowohl Informationen der teilnehmenden Einrichtungen bzw. Krankenhäuser als auch Informationen zu den innerhalb der Beobachtungszeit entlassenen Fällen bzw. Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

Der vorliegende Ergebnisbericht greift den beschriebenen Gesamtauftrag auf, setzt jedoch einen inhaltlichen Schwerpunkt auf die Untersuchung der Versorgungsqualität im Zusammenhang mit Qualitätsverträgen sowie auf eine erste Einordnung der beobachteten Entwicklungen. Weitere Aspekte des Auftrags werden abhängig vom jeweiligen Erkenntnisstand und Berichtsformat in unterschiedlicher Tiefe behandelt oder sind weiterführenden Auswertungen im Rahmen des Abschlussberichts vorbehalten.

vertraulich

2 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen bei der Evaluation dargestellt. Hierbei wird zunächst das Vorgehen bei der Erstellung des nicht veröffentlichten Evaluationsplans von 2021 dargestellt und ausgeführt, wie dieser im Rahmen des vorliegenden Berichts weiterentwickelt wurde (Abschnitt 2.1). Ab Abschnitt 2.2 werden anschließend die Vorgehensweisen bei der Auswertung der unterschiedlichen Datenquellen beschrieben. Als Datenquellen für die Evaluation der Qualitätsverträge werden verwendet:

- Datenbank für Qualitätsverträge (vertragsbezogene, administrative Informationen)
- Qualitätsberichte der Krankenhäuser
- Vertragsdokumente der Qualitätsverträge
- Dokumentationen der Vertragspartner (einrichtungs- und fallbezogen)
- standardisierte Befragung (Abschlussbefragung)
- vertiefende Interviews
- Berichte der Vertragspartner

Bei allen Datenquellen werden vor den Auswertungen Verfahren der Datenaufbereitung und -bereinigung angewendet, wie diese in der Literatur für qualitative (Kuckartz und Rädiker 2022a) und quantitative (Döring und Bortz 2016) Daten beschrieben sind. Im Rahmen des Berichts werden nur die Verfahren dargestellt, deren Durchführung zur Einordnung der Ergebnisse wesentlich ist oder über die üblichen Verfahren hinausgeht.

2.1 Evaluationsplan

Die Vorgehensweise bei der Evaluation im Rahmen dieses Berichts basiert auf den Überlegungen des Evaluationsplans, vorliegend in seiner Fassung vom 25. Oktober 2021, die nicht veröffentlicht ist. Bei der Entwicklung des Evaluationsplans wurden insbesondere nachfolgende Normen und Dokumente berücksichtigt, um den Evaluationsgegenstand zu beschreiben und entsprechende Evaluationsfragestellungen hiervon abzuleiten:

- § 110a SGB V
- § 136b Abs.8 SGB V
- Gesetzesbegründung des KHSG (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015)
- Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V (G-BA 2017b)
- Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V (G-BA 2018)
- Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 (IQTIG 2024c)
- Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung in ihrer Fassung vom 16. Juli 2018 (GKV-SV/DKG 2018)

vertraulich

Aufgrund der regulatorischen Änderungen durch das GVWG, wie insbesondere die zeitliche Verlängerung der Erprobung von Qualitätsverträgen und die Festlegung weiterer vier Leistungsbereiche, zu denen das IQTIG im Auftrag des G-BA das bestehende Evaluationskonzept erweitert hat, ist es sinnvoll, für die Ausgestaltung der Evaluation weitere Normen und Dokumente zu berücksichtigen:

- Ergänzungen des § 110a SGB V durch das GVWG
- Ergänzungen des § 136b Abs. 8 SGB V durch das GVWG
- Gesetzesbegründung des GVWG (BT-Drs. 19/26822 vom 19.02.2021)
- Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 Satz 1 SGB V (G-BA 2022d)
- Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V (G-BA 2022c)
- Änderungsbeschlüsse zur Beauftragung des IQTIG: Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V vom 18. März 2022 (G-BA 2022b) und 31. Januar 2024 (G-BA 2024a)
- Änderungsbeschluss zur Beauftragung des IQTIG: Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V vom 31. Januar 2024 (IQTIG 2023)
- Abschlussbericht vom 21. Juli 2023 in seiner Fassung vom 25. August 2023 (G-BA 2024b)
- Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung in ihrer Fassung vom 2. Juli 2024 (GKV-SV/DKG 2024)

Darüber hinaus wurde mit dem Kapitel „Evaluation von Regelungen zur Qualitätssicherung“ in den Methodischen Grundlagen des IQTIG (Version 2.1) (IQTIG 2024b) eine Systematik eingebracht, die die bisherige Systematik des Rahmenkonzeptes der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), auf der der Evaluationsplan beruht, ergänzt. Das Kapitel beruft sich insbesondere auf den Evaluationsansatz des Medical Research Councils zu komplexen Interventionen, der neben der Evaluation von Wirkungen einer Intervention auch die Evaluation der Umsetzung der Intervention berücksichtigt (Skivington et al. 2021).

Um den gesetzlichen und methodischen Neuerungen Rechnung zu tragen, wurden deshalb zentrale Elemente des Evaluationsplans – insbesondere Evaluationsgegenstand und -umfeld sowie die Ordnung der Fragestellungen – weiterentwickelt. Mit Blick auf die Fragestellungen wurden darüber hinaus Präzisierungen und Ergänzungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Weiterentwicklung sind Gegenstand des Kapitels 3. Außerdem gibt es mit Blick auf die statistischen Auswertungen der Daten ergänzende Überlegungen zu den Ausführungen des Evaluationsplans. Diese werden neben den anderen Auswertungsmethoden in den nachfolgenden Abschnitten dargelegt.

vertraulich

2.2 Datenbank für Qualitätsverträge

Die Datenbank für Qualitätsverträge ist eine vom IQTIG entwickelte technische Lösung zur Datenhaltung der vertragsbezogenen Informationen inklusive der Angaben gemäß § 110a Abs. 1 Satz 6 SGB V. Hierzu gehören insbesondere administrative Informationen über die Verträge wie beispielsweise Vertragsbeginn und Vertragsende oder eine mögliche Kündigung, darüber hinaus aber auch fachliche Informationen insbesondere zu Anreizmechanismen sowie wesentliche Eckpunkte der den Verträgen zugrunde liegenden Versorgungskonzepte. Hauptsächlich wird die Datenbank aus den im Projektplan enthaltenen Informationen, den die Vertragspartner dem IQTIG vor Beginn des Qualitätsvertrags übermitteln, gespeist. Die enthaltenen Daten werden neben der Evaluation auch für die Erstellung der Übersicht geschlossener Qualitätsverträge gemäß § 136b Abs. 8 Satz 5 und 6 SGB V (G-BA 2021) genutzt. Darüber hinaus werden Angaben aus der Datenbank dazu genutzt, für die standardisierte Befragung inhaltlich ähnliche Verträge zu identifizieren und zu gruppieren (Abschnitt 2.7.).

Für die Evaluation werden aus der Datenbank Angaben verwendet, mit denen sich der Umfang, die zeitliche Entwicklung oder die regionale Verortung der abgeschlossenen Qualitätsverträge bestimmen lassen. Hierbei wird in der Evaluation die krankenhausseitige Einheit, auf die sich die Umsetzung und Evaluation eines Qualitätsvertrags bezieht, mit „Krankenhaus“ bezeichnet. Je nach Organisationsstruktur kann dies ein Krankenhaus insgesamt oder einen einzelnen Krankenhausstandort umfassen und mit dem Krankenhausträger zusammenfallen. Im Bericht dient die Bezeichnung „Krankenhaus“ einer einheitlichen Darstellung der Evaluationseinheiten unabhängig von den unterschiedlichen Organisationsstrukturen auf Krankenhausseite.

Darüber hinaus stammen auch die Angaben für die Auswertungen zur Ausgestaltung der Anreizmechanismen in Qualitätsverträgen aus dieser Datenquelle. Informationen aus der Datenbank werden vornehmlich deskriptiv ausgewertet und beziehen sich fast ausschließlich auf Fragestellungen der Fragengruppe A (Abschnitt 3.3).

Anreizmechanismen
Die Angaben zu Anreizmechanismen wurden grundsätzlich mit den Projektplänen erfasst. Vom 1. Juli 2019 bis zum 31. Dezember 2021 erfolgte dies anhand freitextlicher Beschreibungen durch die Vertragspartner. Ab dem 1. Januar 2022 wurde dieses Vorgehen durch eine standardisierte Abfrage mittels acht Frageitems ersetzt, die an die Typologisierung von Pay-for-Performance-Programmen von Ogundeji et al. (2018) anknüpft. Die theoretischen Konstrukte der Typologie (z. B. wahrgenommenes Risiko der Anreizrealisierung) beruhen auf allgemeinen verhaltensökonomischen Annahmen und erscheinen grundsätzlich auch auf andere leistungsbezogene Vergütungsformen übertragbar. Da die Typologie jedoch ursprünglich zur Beschreibung von Pay-for-Performance-Programmen entwickelt wurde, erfolgt ihre Anwendung auf Qualitätsverträge grundsätzlich in adaptierter Form.

Die Fragenitems erfassen,

- inwieweit monetäre und nicht-monetäre Anreize Anwendung finden,
- ob die Bemessung von Anreizen im Vergleich zur Qualität anderer Krankenhäuser erfolgt,

vertraulich

- den zeitlichen Abstand zwischen Leistungserbringung bzw. Qualitätsmessung und Anreizgewährung,
- ob sich die Bemessung der Qualität eher an Prozess- oder an Ergebnisqualität orientiert, sowie
- ob neben Einrichtungen auch Personen finanzielle Zuwendungen erhalten.

Die Operationalisierung der Fragen sowie die jeweiligen Ausprägungen sind in Anhang A dargestellt.

Die freitextlichen Beschreibungen wurden unter Zuhilfenahme der Ausführungen zu Anreizen in den Vertragsdokumenten (Abschnitt 2.4) in die standardisierte Struktur überführt. Die Auswertung beider Datenquellen erfolgte im Rahmen einer strukturierenden Dokumentenanalyse mit deduktiv vorgegebenen Kategorien. Grundlage der Zuordnung bildeten die in Anhang A definierten Merkmale und Antwortausprägungen.

Die Einordnung wurde von zwei Personen unabhängig voneinander vorgenommen. Abweichende Zuordnungen wurden anschließend diskutiert und unter Rückgriff auf die Vertragsdokumente konsensual geklärt. Dieses Vorgehen diente der Sicherung einer nachvollziehbaren und konsistenten Anwendung der Kategorien (Mayring 2015).

Limitationen

Da die Informationen der Datenbank in der Regel aus den Projektplänen stammen, die vor dem Beginn eines Qualitätsvertrags erstellt werden, ist es möglich, dass Angaben im Laufe der Zeit nicht mehr aktuell sind. Zwar gibt die Rahmenvereinbarung die unverzügliche Mitteilung von Änderungen vertragsbezogener Angaben an das IQTIG in § 6 Abs. 4 Satz 3 i. V. m. § 110a Abs. 1 Satz 6 SGB V vor, die Praxis zeigt aber, dass Änderungen nicht immer umfänglich angezeigt werden. Dies betrifft bspw. den Beitritt weiterer Krankenkassen. Das IQTIG begegnete diesem Umstand mithilfe der jährlichen Berichte der Vertragspartner (Abschnitt 2.9). Dennoch ist anzunehmen, dass inhaltliche Anpassungen der Verträge im beobachteten Zeitraum teilweise nicht Eingang in die Datenbank fanden.

Die auf der Datenbank beruhenden Auswertungen betrifft dies nach Einschätzung aber nur in einem begrenzten Maße. Zum einen nimmt die Evaluation in den Fragstellungen der Gruppe A einen eher summativen Blickwinkel über den beobachteten Zeitraum ein. Das heißt, es wird bspw. danach gefragt, wie viele Verträge insgesamt abgeschlossen wurden, und nicht, wie die aktuelle Anzahl an Verträgen ist. Mit Blick auf die Ausgestaltung der Anreizmechanismen muss dennoch beachtet werden, dass Ergebnisse eher den Ausgangspunkt darstellen und weniger mögliche Veränderungen im Verlauf berücksichtigen.

2.3 Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Die Qualitätsberichte (QB) der Krankenhäuser sind nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V ein gesetzlich verbindliches Element der externen Qualitätssicherung. Sie gelten für in Deutschland nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Die konkreten Inhalte, das Datenformat und das Verfahren, die Erstellung und die Übermittlung sind in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) durch den G-BA geregelt. In mehreren Teilen werden standardisiert allgemeine

vertraulich

Informationen über das Krankenhaus (Teil A), Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen (Teil B) sowie Angaben zur Teilnahme und zu Ergebnissen der Qualitätssicherung (Teil C) jährlich zusammengefasst und veröffentlicht.

Die öffentlich zugänglichen Berichte liefern für die Evaluation Strukturmerkmale der Krankenhäuser. Hierbei können gezielt die Krankenhäuser, die einen oder mehrere Qualitätsverträge abgeschlossen haben, mittels IK-Nummer (Institutionskennzeichen) identifiziert und mit der Grundgesamtheit der Krankenhäuser verglichen werden. Darüber hinaus wird die Quelle auch zur Plausibilisierung und Einordnung von Angaben der einrichtungsbezogenen Dokumentation (Abschnitt 2.5.1) verwendet.

In die Datenanalyse einbezogen wurden die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V des Berichtsjahrs 2021. Die Daten wurden systematisch abgefragt und für die weitere Analyse aufbereitet.

Um eine Vergleichbarkeit mit den aus den einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen extrahierten Daten herzustellen, wurden die Angaben der QB in zwei Schritten bereinigt: Zum einen wurden IK-Nummern, die in den Qualitätsberichten mehrfach – d. h. für verschiedene Standorte – aufgeführt waren, zusammengeführt. Zum anderen wurden nicht relevante Einrichtungen aus der Analyse ausgeschlossen. Dies betrifft Einrichtungen mit einer IK-Nummer mit der führenden Sequenz 510, die in Deutschland typischerweise Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationskliniken oder vergleichbaren Leistungserbringern zugeordnet sind. Sofern regionale Angaben (Bundesland) aus den Daten nicht verfügbar waren, wurden diese recherchiert und ergänzt.

Limitationen

Die Plausibilisierung der Angaben der Krankenhäuser wird zwar (formalen) Plausibilitätsprüfungen unterzogen, es finden aber keine flächendeckenden inhaltlichen Prüfungen statt. Grundsätzlich handelt es sich um Selbstangaben des jeweiligen Krankenhauses. Des Weiteren ist die Grundgesamtheit an Krankenhäusern, die (in einem Leistungsbereich) potenziell Qualitätsverträge abschließen können, aus dem Pool an Krankenhäusern, die Qualitätsberichte abgeben, nicht abschließend identifizierbar. Daher ist anzunehmen, dass in der Grundgesamtheit Einrichtungen enthalten sind, welche die jeweiligen Leistungsbereiche nicht anbieten, wie zum Beispiel psychiatrische Einrichtungen, Tageskliniken etc.

2.4 Vertragsdokumente

Die Vertragspartner sind nach der Rahmenvereinbarung (§ 6 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB V) verpflichtet, das IQTIG nach Abschluss eines Vertrages zu informieren und den entsprechenden Vertrag dort zu registrieren. Im Rahmen der Registrierung übermitteln die Vertragspartner die entsprechenden Vertragsdokumente.

Die Vertragsdokumente wurden mit Blick auf die Auswertung in diesem Bericht dazu verwendet, die freitextlichen Angaben der Vertragspartner zu den in den Verträgen vereinbarten Anreizmechanismen in eine standardisierte Typologie zu überführen. Hierzu wurden die Vertragsdoku-

Vertraulich

mente von Verträgen mit einem Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 analysiert. In einem ersten Schritt wurden, orientiert an den Ausführungen von Mayring (2015) und Salheiser (2022), alle Textpassagen mit Aussagen zu Anreizmechanismen identifiziert und dann dem in Abschnitt 2.2 beschriebenen Auswertungsprozess zugeführt.

Limitationen

Da die Vertragsdokumente nicht primär für Evaluationszwecke erstellt werden, sondern juristischen und vertraglichen Anforderungen dienen, ist der Informationsgehalt hinsichtlich einzelner Fragestellungen begrenzt. Inhalte zu Anreizmechanismen können unterschiedlich detailliert dargestellt sein oder sich auf Aspekte konzentrieren, die für die vertragliche Regelung relevant sind, nicht jedoch zwingend für eine inhaltliche Auswertung. Zudem besteht bei Dokumentenanalysen grundsätzlich keine Möglichkeit, Unklarheiten durch Rückfragen zu klären oder fehlende Informationen zu ergänzen. Weitere grundlegende Limitationen finden sich bei Salheiser (2022).

2.5 Dokumentation der Vertragspartner

Im Rahmen der sogenannten Durchführungsdokumentation erfassen die Vertragspartner Informationen zur Auswertung der zentralen Fragestellung der Evaluation (Abschnitt 3.3). Erhoben werden in diesem Zusammenhang:

- Informationen mit Einrichtungsbezug (Abschnitt 2.5.1),
- Informationen mit Bezug zu den behandelten Fällen (Abschnitt 2.5.2) und
- in bestimmten Leistungsbereichen aggregierte Informationen zu Merkmalen der Einrichtung und der behandelten Fälle (Abschnitt 2.6).

Die Dokumentation der Vertragspartner dient dazu, mögliche Wirkungen von Vereinbarungen in Qualitätsverträgen auf die Qualität der stationären Versorgung zu untersuchen. Im Kern handelt es sich um einen *Vorher-Nachher-Vergleich* aus den dokumentierten Beobachtungen auf Grundlage der mittleren Ergebnisse der Evaluationskennziffern (IQTIG 2024c): Die Ergebnisse *vor* Einführung des Qualitätsvertrags (Nullwertmessung, NWM) und *nach* Einführung des Qualitätsvertrags (Interventionsmessung, INT) werden über die Krankenhäuser (einrichtungsbezogene Dokumentation) oder die Patientinnen und Patienten (fallbezogene Dokumentation) gemittelt und gegenübergestellt. Damit Schlussfolgerungen über den Effekt der Qualitätsverträge gezogen werden können, wird für Störgrößen (Einflussfaktoren) adjustiert (Abschnitt 2.5.2).

Einflussfaktoren können auf Ebene der Leistungserbringer oder Patientinnen und Patienten bestehen: Beispielsweise könnte ein Leistungserbringer, der generell (d. h. unabhängig von Qualitätsverträgen) bessere Versorgungsqualität liefert, einen kleineren Anteil an der Nullwertmessung ausmachen (z. B. 10 % aller Fälle) als an der Interventionsmessung (z. B. 20 % aller Fälle). Ignoriert man solch eine Änderung in der Zusammensetzung der Leistungserbringer zwischen den Messzeiträumen, könnte man fälschlicherweise einen positiven Effekt der Qualitätsverträge schlussfolgern – selbst in einem Szenario ohne tatsächlichen Effekt der Qualitätsverträge auf die Versorgungsqualität.

vertraulich

2.5.1 Einrichtungsbezogene Dokumentation

Die einrichtungsbezogene Dokumentation übermittelt das Krankenaus mindestens einmal jährlich. In ihr finden sich Strukturinformationen zu den Einrichtungen sowie administrative Informationen im Zusammenhang mit den Qualitätsverträgen.

Die übermittelten Informationen werden in der Evaluation herangezogen, um zu beschreiben, welche Strukturmerkmale Krankenhäuser besitzen, die an Qualitätsverträgen beteiligt sind. Darüber hinaus werden die Angaben genutzt, um die Evaluationskennziffern zu bestimmen, die die Strukturqualität wiedergeben (Fragengruppe B). Die methodische Vorgehensweise bei der Bestimmung und Berechnung ist im entsprechenden Abschlussbericht (IQTIG 2024c) dargelegt. Nachfolgend finden sich Ergänzungen hierzu.

Bei der Vorher-Nachher-Analyse von binären Evaluationskennziffern wurde berücksichtigt, dass für einen Messzeitraum mehrere Dokumentationsbögen und damit mehrere Informationen zu einem Gegenstand vorliegen können. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die einrichtungsbezogene Dokumentation für jeden Messzeitraum, aber mindestens einmal für ein Kalenderjahr, übermittelt wird. In Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Einführung und der zeitlichen Dauer des Qualitätsvertrags können daher mehrere Dokumentationsbögen vorliegen, die unterschiedliche Zeiträume abdecken.

Sofern für die Nullwertmessung (Vorher) bzw. die Interventionsmessung (Nachher) mehrere Dokumentationsbögen verfügbar sind, wurde jeweils derjenige Bogen für die Auswertung herangezogen, dessen Dokumentationszeitraum zeitlich am nächsten am Einführungszeitpunkt des Qualitätsvertrags lag. Erfolgte die Einführung eines Vertrags beispielsweise zum 1. April 2020, kann sowohl ein Dokumentationsbogen für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. März 2020 als auch ein weiterer für den Zeitraum vor dem 1. Januar 2020 für die Nullwertmessung vorliegen. In diesem Fall wurden die Informationen aus demjenigen Dokumentationsbogen verwendet, der den Einführungszeitpunkt aus zeitlicher Perspektive am nächsten abbildet.

Dieses Vorgehen soll gewährleisten, dass Veränderungen der Evaluationskennziffern möglichst in Bezug zur Einführung des Qualitätsvertrags gesetzt werden können. Um darüber hinaus die Nachhaltigkeit von Veränderungen im späteren Zeitverlauf der Interventionsmessung zu berücksichtigen, wurde zusätzlich die letztverfügbare Information aus der Interventionsmessung in die Analyse einbezogen.

Bei der Evaluationskennziffer *Anteil des geschulten Personals* im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurde für jeden Messzeitraum der jeweils zeitlich aktuelle Dokumentationsbogen berücksichtigt, sofern für den Messzeitraum mehrere Bögen vorlagen. Demnach wurde für die Nullwertmessung der zuletzt vor der Intervention verfügbare Bogen herangezogen. Für die Interventionsmessung wurde der zeitlich aktuelle Bogen nach der Intervention verwendet, der zugleich die langfristigste verfügbare Information nach der Intervention abbildet. Anschließend wurden vertragsübergreifende Mittelwerte für die Vorher-Nachher-Betrachtung berechnet.

Vertraulich

Limitationen

Die einrichtungsbezogene Dokumentation basiert auf von den Leistungserbringern übermittelten Selbstauskünften im Rahmen der vorgesehenen Dokumentationspflichten. Trotz implementierter Plausibilitätsprüfungen können Unterschiede in der Auslegung von Dokumentationsvorgaben sowie in der Dokumentationspraxis zwischen Einrichtungen nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus setzt die Berücksichtigung der Angaben in der Evaluation eine Übermittlung der entsprechenden Dokumentationsbögen voraus. Sofern für einzelne Verträge oder Einrichtungen keine Dokumentationsbögen vorliegen, kann dies zu einer selektiven Datenbasis führen, sofern sich Einrichtungen mit vorliegenden Angaben systematisch von solchen ohne übermittelte Dokumentation unterscheiden.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Dokumentationsbögen jeweils unterschiedliche Zeiträume abdecken, während die Einführung eines Qualitätsvertrags zu einem spezifischen Zeitpunkt erfolgt. Auch bei der oben beschriebenen Vorgehensweise kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass Angaben teilweise bereits durch interventionelle Effekte beeinflusst sind oder noch überwiegend präinterventionelle Strukturen abbilden. Unterschiede in der zeitlichen Abdeckung der Dokumentationsbögen sowie in der Dauer der Interventionsphase können zudem dazu führen, dass Veränderungen der Evaluationskennziffern unterschiedliche Beobachtungszeiträume reflektieren.

2.5.2 Fallbezogene Dokumentation

Die fallbezogene Dokumentation liefert Informationen der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten (Fälle) aus der Nullwert- und Interventionsmessung. Die entsprechenden Daten werden von den Krankenhäusern einmal jährlich an das IQTIG übermittelt.

In den Leistungsbereichen Endoprothetische Gelenkversorgung, Prävention des postoperativen Delirs und Respiratorentwöhnung werden darüber hinaus Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zweimal jährlich durch die Krankenkassen an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Datensätze werden mittels eines eindeutigen Pseudonyms mit den entsprechenden Datensätzen der Krankenhäuser zusammengeführt (deterministisches Matching). Sofern dies aufgrund von Fehlern bei der Vergabe der Pseudonyme oder aufgrund technischer Probleme nicht möglich war, wurde ein probabilistisches Matching mittels inhaltlicher Merkmale vorgenommen. Wie viele Datensätze erfolgreich zusammengeführt werden konnten, wird in Abschnitt 4.4 berichtet.

Die übermittelten und ggf. zusammengeführten Datensätze werden vor der Auswertung nach den üblichen sozialwissenschaftlichen Standards (bspw. Lück und Landrock (2022)) aufbereitet. Insbesondere wurden die Daten auf unplausible und fehlende Werte untersucht. Unplausible Werte werden in der Regel als fehlende Werte gekennzeichnet oder von den Auswertungen ausgeschlossen.

Die Angaben aus der fallbezogenen Dokumentation bilden die Datengrundlage zur Ermittlung der Evaluationskennziffern, welche die Prozessqualität (Fragengruppe B) und die Ergebnisqualität (Fragengruppe C) abbilden. Die Berechnungslogik der Evaluationskennziffern ist im zugehörigen

vertraulich

Abschlussbericht detailliert beschrieben (IQTIG 2024c). Für den Vorher-Nachher-Vergleich werden alle Fälle der Qualitätsverträge eines Leistungsbereichs in einer gemeinsamen Analyse ausgewertet. Damit wird – in Übereinstimmung mit der Evaluationsfrage, ob Qualitätsverträge die Versorgungsqualität verändern – ein Gesamteffekt auf Ebene der Patientinnen und Patienten angestrebt. Wie hierbei in der statistischen Analyse vorgegangen wird, wird im Nachfolgenden näher beschrieben.

Modellierung und Standardisierung

In der Analyse kommt eine *Standardisierung* zum Einsatz (Hernán und Robins 2025): Für den Vorher-Nachher-Vergleich wird durch dieses statistische Verfahren die Population an Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern hypothetisch konstant gehalten. Das Ergebnis kann dadurch für den Einfluss von Leistungserbringereffekten, aber auch für zeitliche Trends in Patientencharakteristika bereinigt werden. Grundlage für die Standardisierung ist eine Regressionsanalyse, in der mithilfe eines Regressionsmodells die auf Fallebene operationalisierte Zielgröße einer Evaluationskennziffer, z. B. das Einhalten eines Prozesses oder das Auftreten eines unerwünschten Ereignisses, vorhergesagt wird (Abschnitt Modellierung und Standardisierung). Solch ein Modell kann auf dem Gesamtdatensatz (Nullwert- und Interventionsmessung) geschätzt werden. Die dann für die Standardisierung herangezogene Population sind die Patientinnen und Patienten der Interventionsmessung. Für sie liegen im Vergleich zu den Patientinnen und Patienten der Nullwertmessung mehr Daten vor. Zudem spiegeln sie die aktuellere Population wider (z. B. hinsichtlich der Aufteilung auf die verschiedenen Leistungserbringer). In der Literatur wird das Effektmaß, das durch Standardisierung anhand der von der Intervention betroffenen Population geschätzt wird, auch als *Average Treatment Effect on the Treated* bezeichnet und für die klinische Evaluation empfohlen (Cafri 2025).

Maßgeblich ist, dass in einer Beobachtungsstudie in der Regel nicht für alle Störgrößen adäquat adjustiert werden kann. Dies kann daran liegen, dass relevante Störgrößen nicht in den Daten vorliegen oder zu stark zeitlich mit dem Interventionsgeschehen zusammenhängen bzw. korreliert sind, um ihren Effekt verlässlich vom Effekt der Intervention trennen zu können. Beispielsweise ist es denkbar, dass externe Einflüsse oder Trends, die simultan mit einer Einführung der Qualitätsverträge stattfinden, die Behandlungsprozesse und -ergebnisse beeinflussen. Dieses Verzerrungspotenzial (*Confounding*), das aus dem nicht-experimentellen Studiendesign resultiert, kann nicht ganz ausgeräumt werden und wird mit den Limitationen leistungsbereichsspezifisch diskutiert (siehe weiter unten). Die Standardisierung bietet allerdings einen Weg, dies zu reduzieren.

Zunächst wird für die fallbezogene Dokumentation ein generalisiertes lineares Modell (GLM) für die Zielgröße angenommen. Für jede Evaluationskennziffer wird dieses spezifiziert: für binäre Zielgrößen ein logistisches Regressionsmodell, für kontinuierliche Zielgrößen ein lineares Regressionsmodell. Das Vorgehen wird im Folgenden genauer für die logistische Regression und binäre Zielgröße (Ereignisse) erläutert, es kann allerdings analog auf den einfacheren Fall der linearen Regression mit kontinuierlicher Zielgröße übertragen werden. In diesem Fall kommt eine Normalverteilung statt der Bernoulli-Verteilung zur Anwendung und die logistische Link-Funktion wird durch die Identität ersetzt.

Vertraulich

Die Modellspezifikation trägt dem Umstand Rechnung, dass die Ereigniswahrscheinlichkeit für jede Kombination von Qualitätsvertrag eines Leistungserbringers und Messzeitraum variieren kann. Anders gesagt: Zwischen verschiedenen Leistungserbringern könnte nicht nur die Versorgungsqualität bereits vor Einführung des Qualitätsvertrags variieren, sondern auch der Effekt des Qualitätsvertrags bzw. der Qualitätsverträge selbst. Diese Heterogenität ist realistisch und wird im Modell per Interaktionseffekt explizit erlaubt.

Formal lässt sich das GLM für binäre Zielgrößen, ein logistisches Regressionsmodell, wie folgt aufschreiben: Für jeden Fall i mit $i = 1, 2, \dots, n$ wird das Ereignis Y_i beobachtet ($Y_i = 1$: Ereignis ist eingetreten; $Y_i = 0$: Ereignis ist nicht eingetreten). Außerdem ist bekannt, in welchem Messzeitraum T_i der Fall aufgetreten ist ($T_i = 1$: nach Abschluss des Qualitätsvertrags [Interventionsmessung]; $T_i = 0$: vor Abschluss des Qualitätsvertrags [Nullwertmessung]) und bei welchem Leistungserbringer (genauer: als Teil welcher Kombination aus Qualitätsvertrag und Leistungserbringer $Z_i \in \{1,2, \dots, m\}$ er beobachtet wurde. Das logistische Regressionsmodell lautet dann:

$$Y_i \sim \text{Bernoulli}(p_i), \text{mit}$$

$$p_i = \Pr(Y_i = 1 \mid Z_i, T_i) = \text{logit}^{-1}\left(\sum_{j=1}^{m}\sum_{t=0}^{1} \beta_{jt} 1_{\{Z_i = j\}} 1_{\{T_i = t\}}\right).$$

Hier ist $\Pr$ die Wahrscheinlichkeit und 1 die Indikatorfunktion, wodurch der Term innerhalb von $\text{logit}^{-1}()$ eigene Koeffizienten für alle Kombinationen von Leistungserbringern (genauer: Qualitätsvertrag eines Leistungserbringers) und Messzeitraum beinhaltet. Dieses Modell wird anhand der beobachteten Daten für eine Evaluationskennziffer geschätzt. Der Vorteil einer Schätzung der Ereigniswahrscheinlichkeiten per Regressionsmodell ist, dass weitere Einflussgrößen, z. B. als Teil der Risikoadjustierung (Abschnitt Risikoadjustierung), einfach ergänzt werden können. In die Schätzung gehen nur Daten von Leistungserbringern ein, die in beiden Messzeiträumen Daten geliefert haben, da sonst das zur Standardisierung genutzte Modell nicht schätzbar ist. Anders gesagt: Leistungserbringer, die nicht in beiden Zeiträumen Daten geliefert haben, können keine Informationen über einen Effekt der Qualitätsverträge beisteuern.

Die geschätzten Parameter des Modells werden danach für eine Standardisierung genutzt (Hernán und Robins 2025). Hierfür wird eine hypothetische Ereigniswahrscheinlichkeit für alle Fälle der Interventionsmessung, also mit $T_i = 1$, geschätzt, wären sie bei ihren Leistungserbringern *vor* Abschluss des Qualitätsvertrags behandelt worden. Es sei

$$\widehat{e_i}(t) = \text{logit}^{-1}\left(\sum_{j=1}^{m} \widehat{\beta_{jt}} 1_{\{Z_i = j\}}\right),$$

also die modellbasierte Schätzung der Ereigniswahrscheinlichkeit für Fall i, wäre er bei seinem Leistungserbringer im Messzeitraum t behandelt worden. Der mittlere Effekt der Qualitätsverträge nach Standardisierung ist die mittlere Wahrscheinlichkeitsdifferenz über alle Fälle der Interventionsmessung, also

vertraulich

$$\widehat{\Delta} = \frac{\sum_{\{i:T_i = 1\}}\left(\widehat{e_i}(1) - \widehat{e_i}(0)\right)}{\sum_{\{i:T_i = 1\}} 1}.$$

Die Berechnung dieses Schätzwerts und zugehöriger Wald-95%-Konfidenzintervalle (KI), ausgehend vom logistischen Regressionsmodell, erfolgt durch das R-Paket *marginaleffects* (Arel-Bundock et al. 2024).

Der geschätzte Effekt $\widehat{\Delta}$ für eine Evaluationskennziffer ist also eine Antwort auf die Frage *Um welchen Betrag hat sich durch Qualitätsverträge im Mittel die Ereigniswahrscheinlichkeit für diejenigen Fälle verändert, die nach Einführung der Qualitätsverträge behandelt wurden?* Positive Werte $\widehat{\Delta}$ zeigen einen positiven, negative Werte $\widehat{\Delta}$ hingegen einen negativen Effekt der Qualitätsverträge auf die Ereigniswahrscheinlichkeit an.

Dabei darf nicht vergessen werden: Die hier angeführte kausale Interpretation ist nur dann zulässig, wenn keine unberücksichtigten Einflüsse oder Trends den Vorher-Nachher-Vergleich verzerren (kein *Confounding*). Außerdem ist der Schätzwert $\widehat{\Delta}$ durch Leistungserbringer mit mehr beobachteten Fällen stärker beeinflusst. Dies geschieht, weil jedem Fall aus der Interventionsmessung in der Schätzung dasselbe Gewicht zugeordnet wird (ungewichtetes Mittel). Denn von Interesse in dieser Analyse ist der Effekt der Qualitätsverträge auf die Versorgungsqualität *für den mittleren behandelten Fall*.

Risikoadjustierung

Für bestimmte Evaluationskennziffern soll eine Risikoadjustierung durchgeführt werden. Der Zweck der Risikoadjustierung ist, den Vorher-Nachher-Vergleich für potenzielle Unterschiede im Patientenkollektiv zu bereinigen. Dabei sind besonders diejenigen Patientenmerkmale wichtig, die einen relevanten Einfluss auf das in der Evaluationskennziffer untersuchte Ereignis haben, deren Einfluss aber für die Evaluation der Qualitätsverträge selbst nicht von Interesse ist. Sie können daher ebenfalls als Störgrößen verstanden werden. Risikoadjustierung ist standardmäßiges methodisches Vorgehen bei der Messung von Behandlungsqualität, insbesondere bei der Messung von Ergebnisqualität (IQTIG 2024b).

Die Einführung einer Risikoadjustierung kann im Kontext der im oberen Abschnitt eingeführten statistischen Vorgehensweise so verstanden werden: In das logistische Regressionsmodell werden weitere Kovariablen für relevante Patientenmerkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Komorbiditäten) aufgenommen. Die Standardisierung erfolgt dann nicht nur über die Verteilung der Leistungserbringer im Messzeitraum der Interventionsmessung, sondern auch über die Verteilung der Patientenmerkmale im Messzeitraum der Interventionsmessung. Auf eine formale Darstellung dieses erweiterten Rechenschrittes wird verzichtet.

Der Effekt stetiger Kovariablen (z. B. Alter) wird durch *thin-plate regression splines* mit dem R-Paket *mgcv* modelliert, um den potenziellen Zusammenhang mit dem Ereignis flexibel zu schätzen (Wood 2017). Die berücksichtigten Einflussvariablen werden in den nachfolgenden Absätzen dargestellt. Die geschätzten Zusammenhänge zwischen patientenseitigen Einflussvariablen und Ereigniswahrscheinlichkeit werden in Anhang F berichtet.

vertraulich

In den nachfolgenden Abschnitten wird die methodische Vorgehensweise bei der Vorbereitung und Durchführung der Analyse mit Blick auf die bestreffenden Leistungsbereiche beschrieben.

Limitationen

Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine wissenschaftlich belastbare Auswertung des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung nicht sinnvoll möglich. Damit bleibt die empirische Einordnung möglicher Effekte in diesem Leistungsbereich eingeschränkt.

Zur Gewährleistung der Standardisierung des Regressionsmodells werden in der Auswertung der Evaluationskennziffern nur solche Qualitätsverträge berücksichtigt, die in der Nullwert- und Interventionsmessung Fälle aufweisen, anderenfalls werden die Verträge kennziffernspezifisch ausgeschlossen. Tabelle 1 und Tabelle 2 zeigen für die beiden ausgewerteten Leistungsbereiche diese Ausschlüsse im Vergleich zur Grundgesamtheit und quantifizieren die hierdurch ausgeschlossenen Fälle. Im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung wurde darüber hinaus ein Vertrag aufgrund einer methodischen Abweichung (siehe hierzu Abschnitt 4.4.2, Endoprothetische Gelenkversorgung) aus allen Analysen ausgeschlossen (n = 184).

Tabelle 1: Ausschlüsse (Endoprothetische Gelenkversorgung)

Endoprothetische Gelenkversorgung	Anzahl Verträge	Anzahl Fälle		
		Gesamt	Nullwertmessung	Interventionsmessung
alle Evaluationskennziffern (ausgenommen Revision)				
Grundgesamtheit	8	1.826	595	1.230
Ausschluss	1	84	84	0
Revision				
Grundgesamtheit	8	1.266	236	1.030
Ausschluss	3	75	8	67

Tabelle 2: Ausschlüsse (Prävention des postoperativen Delirs)

Prävention des postoperativen Delirs	Anzahl Verträge	Anzahl Fälle		
		Gesamt	Nullwertmessung	Interventionsmessung
Risikoeinschätzung				
Grundgesamtheit	6	8.179	906	7.273
Ausschluss	1	13	0	13
Präoperatives Delirscreening				
Grundgesamtheit	6	2.457	311	2.146
Ausschluss	2	18	0	18

vertraulich

Prävention des postoperativen Delirs	Anzahl Verträge	Anzahl Fälle		
		Gesamt	Nullwertmessung	Interventions-messung
Postoperatives Delirscreening				
Grundgesamtheit	6	4.171	590	3.581
Ausschluss	2	19	0	19
Postoperative Delirrate				
Grundgesamtheit	6	4.081	537	3.544
Ausschluss	3	42	0	42

Endoprothetische Gelenkversorgung

Patient-Reported Outcome Measure (PROM)

Im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung wurden zur Erfassung der Ergebnisqualität u. a. Patient-Reported Outcome Measures (PROM) verwendet: für Patientinnen und Patienten mit Knieoperationen der *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score* (KOOS) und für Patientinnen und Patienten mit Hüftoperationen der *Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score* (HOOS) (Nilsdotter et al. 2003, Roos et al. 1998). HOOS und KOOS sind international verwendete Messinstrumente, die patientenrelevante Outcomes in fünf Dimensionen bzw. Scores (Schmerz, Symptome, Aktivitäten des täglichen Lebens, Sport- und Freizeitfunktion, Lebensqualität) liefern. Die HOOS-/KOOS-Scores reichen von 0 bis 100 Punkten, wobei 100 Punkte keine Beschwerden und 0 Punkte extreme Beschwerden anzeigen. Die Scorewerte wurden sowohl präoperativ als auch zwölf Monate nach dem Eingriff erhoben (Collins und Roos 2012, Nilsdotter et al. 2003, Roos et al. 1998, Roos und Lohmander 2003).

Die methodische Ausgestaltung der beiden Erhebungsinstrumente ist bereits in anderen Dokumenten (IQTIG 2024a, IQTIG 2024c) beschrieben. Im Folgenden einige ergänzende methodische Anmerkungen zu den Instrumenten:

- HOOS: Die aktuelle Version (2.1), die nach Einschätzung des IQTIG von nur wenigen Verträgen genutzt wurde, hat eine Anpassung in Frage A.6 erfahren. Es wurde von „Gehen in unebenem Gelände." in „Gehen im ebenen Gelände." umformuliert.
- KOOS: Die überarbeitete verfügbare deutschsprachige Version für Deutschland weicht von der ursprünglichen nicht mehr verfügbaren deutschsprachigen Version in einigen Punkten ab: Teilweise werden andere Frageformulierungen verwendet, die Merkmalsbezeichnungen der Skalen wurden teilweise geändert, Anleitungstexte sind umformuliert. Inhalte und Struktur des Fragebogens sind grundsätzlich erhalten geblieben.

Die Auswertungen werden analog den Validierungsstudien vorgenommen (Nilsdotter et al. 2003, Roos et al. 1998). Diese sehen separate Auswertungen der fünf Scores vor. Der Literatur folgend kann zwar die Bildung eines Gesamtscores die Interpretation vereinfachen, gleichzeitig werden

Vertraulich

dabei aber mögliche Veränderungen in den einzelnen Dimensionen nicht mehr adäquat abgebildet und es können Effekte „maskiert" werden, da sich Divergenzen zwischen Dimensionen in einem Gesamtscore nivellieren (Gandek et al. 2019a, Gandek et al. 2019b). Daher werden die berechneten intrapersonalen Differenzen der präoperativen und postoperativen Messungen in der Auswertung separat verwendet.

Im Internet kursieren Anleitungen zur Berechnung der patientenindividuellen Scores, die von der Originalpublikation abweichen. In diesen Anleitungen ist eine Berechnung beschrieben, bei der die Richtung des Scores vertauscht wird – die Bedeutung der jeweiligen Skalenpole wird also umgedreht. Einige Vertragspartner haben diese abweichende Berechnung bei der Datenerhebung für die Instrumente HOOS und KOOS verwendet. Um diesen Umstand zu berücksichtigen, wurden die betroffenen Verträge identifiziert und die dort erhobenen Werte entsprechend umkodiert. Dies war bei insgesamt drei Verträgen erforderlich.

Risikoadjustierung

Zunächst wurde eine orientierende Literaturrecherche (IQTIG 2024b: 111) zur Identifikation möglicher Einflussfaktoren für die untersuchten Merkmale bzw. Evaluationskennziffern der Ergebnisqualität durchgeführt. Dies betrifft im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung *gute Mobilisation*, erfasst durch den TUG-Test (Timed-up-and-go-Test), *Schmerzbelastung* in Ruhe und unter Bewegung, gemessen mithilfe der Numeric Rating Scale (NRS) oder der Visual Analogue Scale (VAS), den subjektiv *wahrgenommenen Behandlungserfolg*, der mittels HOOS bzw. KOOS sowohl präoperativ als auch postoperativ erfasst wurde und deren Differenz in die Auswertungen eingeht, sowie eine mögliche Revision nach dem Eingriff innerhalb von 24 Monaten.

In der Recherche wurde sich auf die Gelenktypen Hüfte und Knie sowie auf englisch- und deutschsprachige Publikationen mit einem Veröffentlichungsdatum ab dem Jahr 2000 beschränkt. Der Fokus lag auf elektiven endoprothetischen Erstimplantations- und Revisionseingriffen (inkl. Eingriffen zu Teilwechseln/Wechseln oder Entfernungen). Es wurden 26 Einflussfaktoren identifiziert, wovon sechs in der Datenerfassung berücksichtigt sind. Da der Einflussfaktor *stationäre Verweildauer* sowohl von der Intervention bestimmt wird – einige Verträge sehen explizit Verkürzungen der Verweildauer (Fast-Track) vor –, als auch von den Merkmalen der Ergebnisqualität – bspw. zeigt Missmann (2023), dass erhöhte Schmerzen zu einer längeren Verweildauer führen –, wird die stationäre Verweildauer als ein möglicher Collider (Huntington-Klein 2025) aus der Risikoadjustierung ausgeschlossen. Die verbleibenden fünf Einflussfaktoren sind in Tabelle 3 gelistet, auf die entsprechende Literatur wird dort verwiesen.

Die Literatur zeigt für alle Evaluationskennziffern der Ergebnisqualität als mögliche Einflussfaktoren Alter und Geschlecht. Für den präoperativen Gesundheitszustand als Einflussfaktor finden sich in der Literatur nur Hinweise für die Evaluationskennziffern *Schmerzbelastung* und *gute Mobilisation*. Für Operationsdauer als Surrogat für die Komplexität der Operation sowie deren Belastungsausmaß für die Patientin bzw. den Patienten finden sich keine direkten Belege bzw. zeigen Studien wie Schindler et al. (2022), dass die Operationsdauer keinen Einfluss auf die postoperative

Vertraulich

Schmerzintensität hat. Jedoch ist auch festgehalten, dass eine längere Operationsdauer mit zahlreichen medizinischen Komplikationen einhergehen kann wie bspw. Wundinfektionen, Dehiszenz oder Gelenkinfektionen (Orland et al. 2020). Diese wiederum können nach sachlogischen Überlegungen zur Verstärkung von funktionalen Einschränkungen und Schmerzen führen, weshalb der Faktor in die Risikoadjustierung aufgenommen wurde.

Den präoperativen Gesundheitszustand repräsentieren die präoperativen Werte der HOOS- bzw. KOOS-Scores, wobei für die Kennziffer *Schmerzbelastung* nur der Scorewert der Domäne *Schmerzen*, für die *gute Mobilisation* hingegen alle Scorewerte in die Adjustierung einfließen.

Das Merkmal Gelenktyp soll in der Risikoadjustierung unterschiedliche Verteilungen an Hüft- und Knieeingriffen mit möglichen Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in der Vorher- und Nachhergruppe berücksichtigen. Im Zusammenhang mit Revisionen zeigen Studien unterschiedliche Ergebnisse: Zum einen wird berichtet, dass sich die Revisionsquoten von Hüft- und Knieendoprothesen kaum unterscheiden (Bottle et al. 2019), zum anderen gibt es aber auch Berichte u. a. aus der Untersuchung einer großen Kohorte, die wesentliche Unterschiede aufzeigen (McGrory et al. 2016). Das Merkmal Gelenktyp wird nicht in der Risikoadjustierung der Kennziffer *wahrgenommener Behandlungserfolg* angewendet, da durch die verwendeten Erhebungsinstrumente HOOS und KOOS bereits eine getrennte Betrachtung vorzusehen ist.

vertraulich

Tabelle 3: Risikofaktoren (Ko-Variablen) Endoprothetische Gelenkversorgung

Einflussfaktor	Operationalisierung	Gelenk	Evaluationskennziffer	Literatur
Alter	Alter in Jahren bei Aufnahme	Hüfte Knie	Gute Mobilisation (TUG-Test) Schmerzbelastung (NRS) Wahrgenommener Behandlungserfolg (HOOS/KOOS) Postoperative Revisionsfreiheit	Biring et al. (2007) Prokopetz et al. (2012) Pitta et al. (2019) Kim et al. (2021)
Geschlecht	weiblich männlich divers unbestimmt	Hüfte Knie	Gute Mobilisation (TUG-Test) Schmerzbelastung (NRS) Wahrgenommener Behandlungserfolg (HOOS/KOOS) Postoperative Revisionsfreiheit	Kennedy et al. (2006) Biring et al. (2007) Prokopetz et al. (2012)
präoperativer Gesundheitszustand	HOOS-/KOOS-Score Schmerzen	Hüfte Knie	Schmerzbelastung (NRS)	Kennedy et al. (2006) Biring et al. (2007) Lewis et al. (2015)
	alle HOOS-/KOOS-Scores	Hüfte Knie	Gute Mobilisation (TUG-Test)	Kennedy et al. (2006) Biring et al. (2007)
Dauer des Eingriffs	Dauer in Minuten	Hüfte Knie	Gute Mobilisation (TUG-Test) Schmerzbelastung (NRS) Postoperative Revisionsfreiheit	Orland et al. (2020) Schindler et al. (2022)
Gelenktyp	Hüfte Knie	-	Gute Mobilisation (TUG-Test) Schmerzbelastung (NRS) Postoperative Revisionsfreiheit	de Beer et al. (2012) McGrory et al. (2016)

vertraulich

Limitationen

Die Anpassungen bei den eingesetzten PROM, HOOS und KOOS bergen das Risiko – sofern systematisch verschiedene Versionen zwischen Null- und Interventionsmessung eingesetzt wurden –, dass bei den unterschiedlichen Fragen die Reproduzierbarkeit (Reliabilität) eingeschränkt ist, was zu möglichen Verzerrungen führen kann. Da in den Daten nicht abgebildet ist, welcher Bogen zur Erfassung verwendet wurde, kann dies in der Auswertung nicht kontrolliert werden.

Da in der Literaturrecherche insgesamt 26 mögliche Einflussfaktoren identifiziert wurden, mit der Datenerfassung jedoch nur sechs Einflussfaktoren abgebildet werden können, besteht die Möglichkeit, dass relevante Einflussfaktoren nicht berücksichtigt wurden.

Prävention des postoperativen Delirs

Risikoadjustierung

Zunächst wurde eine orientierende Literaturrecherche (IQTIG 2024b: 111) zur Identifikation möglicher Einflussfaktoren bei der Entstehung eines postoperativen Delirs (*Delirrate*) als Merkmal bzw. Evaluationskennziffer der Ergebnisqualität in diesem Leistungsbereich durchgeführt.

In der Recherche wurde sich auf englisch- und deutschsprachige Publikationen mit einem Veröffentlichungsdatum ab dem Jahr 2000 beschränkt. Es wurden 28 Einflussfaktoren identifiziert, wovon fünf Einflussfaktoren in der Datenerfassung berücksichtigt sind.

Die Literatur (Tabelle 4) zeigt als mögliche Einflussfaktoren Alter und Geschlecht. Darüber hinaus bestätigt eine Leitlinie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) die Relevanz für den präoperativen kognitiven Status und das Vorliegen einer Demenz als Prädiktor für die Manifestation eines postoperativen Delirs. Die Leitlinie zeigt, dass eine vorbestehende kognitive Beeinträchtigung bzw. Demenz mit einem erhöhten Risiko für Delir im Rahmen einer Krankenhausbehandlung verbunden ist. Daraus lässt sich ableiten, dass neben Demenz auch präoperativ bestehende kognitive Defizite als relevante Prädisposition für ein postoperatives Delir zu betrachten sind; die Leitlinie selbst quantifiziert diesen Zusammenhang jedoch nicht spezifisch für den postoperativen Kontext (NICE 2018). Schließlich bestätigt die Literatur auch die Assoziation zwischen einer präoperativen Gebrechlichkeit und der Entwicklung eines Delirs nach einem operativen Eingriff.

Tabelle 4: Risikofaktoren (Ko-Variablen) Prävention des postoperativen Delirs

Einflussfaktor	Operationalisierung	Literatur
Alter	Alter in Jahren bei Aufnahme	Bilotta et al. (2013) Raats et al. (2015) Liu et al. (2023) Sadeghirad et al. (2023)

Vertraulich

Einflussfaktor	Operationalisierung	Literatur
Geschlecht	weiblich männlich divers unbestimmt	Liu et al. (2023) Sadeghirad et al. (2023) Niu et al. (2025)
präoperativer kognitiver Status	ja nein	NICE (2018) Niu et al. (2025)
Demenz	ja nein	NICE (2018)
Gebrechlichkeit (*frailty*)	ja nein	Gracie et al. (2021)

Limitationen

Da in der Literaturrecherche insgesamt 28 mögliche Einflussfaktoren mit Blick auf die Entstehung eines postoperativen Delirs identifiziert wurden, in der Datenerfassung jedoch nur fünf Einflussfaktoren abgebildet sind, besteht die Möglichkeit, dass relevante Einflussfaktoren nicht berücksichtigt werden. Insbesondere das Ausmaß des operativen Eingriffs kann hierbei eine Rolle spielen (Liu et al. 2023); es wird insbesondere die Auswirkung unterschiedlicher Anästhesieverfahren diskutiert (Aldecoa et al. 2017, Niu et al. 2025, Rudolph et al. 2008). Sedativa-Hypnotika zur Narkoseeinleitung und Intensivsedierung stellen mit einem Odds Ratio (OR) von 6,42 einen starken medikamentösen Einzelrisikofaktor für ein postoperatives Delir dar (Niu et al. 2025).

Darüber hinaus ist bei den patientenbezogenen Einflussfaktoren die Einnahme von Medikamenten (Polypharmazie, anticholinerge Medikation, Benzodiazepine) zu nennen:

Polypharmazie (mindestens fünf Dauermedikamente) betrifft 40 bis 60 % der älteren Bevölkerung; im chirurgischen Setting ist aufgrund der typischen Multimorbidität von einem mindestens ebenso hohen Anteil auszugehen (Aldecoa et al. 2017). Mit einem OR von 2,34 ist Polypharmazie ein signifikanter, konsistent belegter Risikofaktor des postoperativen Delirs (Niu et al. 2025); deutschlandweite Versorgungsdaten bestätigen, dass Polypharmazie bei Älteren mit einer 4,5-fach erhöhten Delir-Inzidenz einhergeht (Holt et al. 2010).

Anticholinerge Medikation – darunter trizyklische Antidepressiva, Antihistaminika und urologische Spasmolytika – wird von etwa 50 % der geriatrischen Patientinnen und Patienten regelmäßig eingenommen (Rudolph et al. 2008). Da das alternde Gehirn über eine reduzierte cholinerge Reserve verfügt, wirken anticholinerge Substanzen überproportional stark und gelten als führende arzneimittelassoziierte Ursache von Delirien – verantwortlich für 11 bis 30 % aller geriatrischen Delirien. Die Leitlinie für Erythropoiese-stimulierende Agenzien (ESA) stuft die anticholinerge Last als wichtigen perioperativen Risikofaktor ein (Aldecoa et al. 2017).

Vertraulich

Benzodiazepine sind trotz ihrer Klassifikation als potenziell inadäquate Medikation (PRISCUS-Liste) in der Altersgruppe ab 65 Jahre in Deutschland weit verbreitet (Holt et al. 2010). Ihre dosisabhängige, delirbegünstigende Wirkung ist gut belegt; hinzu kommen anticholinerge Partialeffekte von Benzodiazepinen, die das Risiko weiter erhöhen (Aldecoa et al. 2017, Rudolph et al. 2008). Niu et al. (2025) bestätigen die signifikante Assoziation mit einem postoperativen Delir in ihrer Metaanalyse.

2.6 Endberichte

Grundsätzlich hat das IQTIG für die Leistungsbereiche standardisierte Evaluationskennziffern zur Messung der Versorgungsqualität entwickelt. Hiervon ausgenommen war der Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen (IQTIG 2024c). In diesem waren die Evaluationskennziffern durch die Vertragspartner zu bestimmen. Zur Standardisierung lieferte das IQTIG hierzu nachträglich eine Anleitung zur Entwicklung von Evaluationskennziffern sowie ein Set an Evaluationskennziffern, die die Vertragspartner in ihren Verträgen verwenden konnten (IQTIG 2018). Darüber hinaus konnten Vertragspartner der anderen Leistungsbereiche zum Set der standardisierten Evaluationskennziffern des IQTIG ergänzende eigene Kennziffern entwickeln. Die für die Berechnung dieser Evaluationskennziffern notwendigen Informationen wurden nicht über die reguläre fallbezogene Dokumentation erfasst und liegen dem IQTIG nicht auf Fallebene vor.

Die Ergebnisse aus diesen Kennziffern werden dem IQTIG deshalb in einem Endbericht für den Zeitraum der Nullwert- und den Zeitraum der Interventionsmessung aggregiert übermittelt. Die Ergebnisse fließen mithilfe der Methode von Metaanalysen (Andrade 2020, Basu 2017, Deeks et al. 2008, Mikolajewicz und Komarova 2019, Mueller et al. 2018) in den Vorher-Nachher-Vergleich ein.

Da in diesem Bericht nur Qualitätsverträge mit einem Beginn vor dem 1. Januar 2022 ausgewertet werden und für diesen Zeitraum nur ein Vertrag im Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen abgeschlossen wurde, wird die Analyse der Informationen aus den Endberichten erst im Abschlussbericht zum 31. Dezember 2028 durchgeführt. Grund dafür ist, dass trotz aggregierter Darstellung Rückschlüsse auf vertrauliche vertrags- und einrichtungsbezogene Informationen nicht ausgeschlossen werden können. Neben dem Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen scheint eine solche Analyse mit Blick auf den Leistungsbereich Respiratorentwöhnung aufgrund der geringen Fallzahlen ebenfalls sinnvoll, da dort in der Regel eigene Evaluationskennziffern durch die Vertragspartner entwickelt wurden.

Limitationen

Bei den von den Vertragspartnern selbst erhobenen und ausgewerteten Informationen handelt es sich um Selbstauskünfte, deren Berechnungen insbesondere bei fallbezogenen Kennziffern nicht nachvollzogen werden können.

vertraulich

2.7 Standardisierte Befragung

Die standardisierte Befragung erfolgte gemäß den Ausführungen im Evaluationsplan (IQTIG 2021) durch eine Onlinebefragung mittels der Software LimeSurvey. Die Befragung richtet sich an die teilnehmenden Krankenhäuser und Krankenkassen, weshalb zwei separate Onlinefragebögen entwickelt wurden. Im Rahmen der Entwicklung wurde das Itemset einem kognitiven Pretest (Lenzner et al. 2015) unterzogen. In diesem wurde neben der Erfassung schriftlicher Anmerkungen der Teilnehmenden insbesondere durch Probing nach Verständnisschwierigkeiten, einer nachvollziehbaren Reihenfolge der Items sowie der Interpretation bestimmter Begrifflichkeiten gefragt. Außerdem wurde der geeignetste Adressat für die Befragung diskutiert. Am Pretest nahmen Vertreterinnen bzw. Vertreter der Krankenhäuser (n = 2) sowie der Krankenkassen (n = 3) teil. Die einzelnen Items finden sich in Anhang B dieses Berichts. Insgesamt wurden 44 fachliche Items in den nachfolgenden Themenfeldern erfragt:

- Initiative und Zusammenarbeit (5 Items)
  - Intentionen, Motivationen, Auslöser zum Vertragsschluss
  - Kooperation/Netzwerk
- Abschluss und Umsetzung des Qualitätsvertrags (9 Items)
  - Grundvoraussetzung für Qualitätsverträge, z. B. Zertifizierungen
  - Durchdringungsgrad von Qualitätsverträgen inkl. außerordentliche Kündigungen, Gründe für Kündigungen, Verlängerungen
  - Implementierungsgrad
- Auswirkung des Qualitätsvertrags (10 Items)
  - Standardisierung
  - Personalressourcen
  - Qualifikation von Mitarbeitenden
  - Zusammenarbeit/Kommunikation
  - Akzeptanz von Qualitätsverträgen
  - Verwaltungsaufwände
  - Mehraufwände
- Umsetzbarkeit von Qualitätsverträgen (8 Items)
  - fördernde und hemmende Faktoren
  - Praktikabilität von Regelungen und Vorgaben
- Patientenzentrierung (5 Items)
  - Patientenbeteiligung
  - Patientenkommunikation
  - Patientensicherheit
  - Einbeziehung von Angehörigen

vertraulich

- Öffentlichkeitsarbeit (1 Item)
  - Patientenkommunikation (Medien)
- Mittelallokation (3 Items)
- Bewertung (3 Items)
  - Praktikabilität/Umsetzbarkeit in Bezug auf Kosten und Nutzen
  - Nutzenbewertung des Instruments
  - nicht-intendierte negative Effekte

Die Items zur Mittelallokation wurden vor Beginn der ersten Befragungswelle zu den Verträgen mit evaluationsrelevantem Erprobungszeitraum vom 1. Juli 2018 bis 30. Juni 2023 ergänzt. Da bereits zwei Verträge vor dem 30. Juni 2023 endeten und die Befragung bereits erhalten hatten, waren diese Items dort noch nicht enthalten.

Von den Krankenhäusern waren 40, von den Krankenkassen 21 Items zu beantworten, hierbei überschnitten sich 18 Items, welche für die Krankenhäuser wie für die Krankenkassen gleich lauteten.

In die Befragung eingeschlossen wurden alle Qualitätsverträge, deren Beginn vor dem 1. Januar 2022 lag. Hiervon ausgenommen:

- Ein Vertrag wurde aufgrund seiner späten Registrierung aus der Befragung ausgeschlossen.
- Ein Vertrag wurde aufgrund seines Endes zum 30. Juni 2023, welches das Ende des evaluationsrelevanten Erprobungszeitraums der Verträge war, die vor dem 1. Januar 2022 geschlossen wurden, in die Befragung aufgenommen, obwohl der Vertragsbeginn nach dem 1. Januar 2022 lag.

Insgesamt wurden zur Befragung die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner von 42 Krankenhäusern und den entsprechenden 19 Krankenkassen eingeladen. Sofern an einem Vertrag mehrere Krankenkassen beteiligt sind, wurde nur die Ansprechpartnerin oder der Ansprechpartner der federführenden Krankenkasse eingeladen. Darüber hinaus wurden sich inhaltlich überschneidende Verträge bei der Befragung der Krankenkassen zusammengefasst. In diesen Fällen wurden somit keine separaten Befragungen für jeden einzelnen Vertrag, sondern wurde eine übergreifende Befragung durchgeführt. Für die Zusammenfassung galten folgende Kriterien, die für die einzelnen Verträge aus den Projektplänen extrahiert wurden:

- exakte Übereinstimmung:
  - Leistungsbereich
  - IK-Nummer der Krankenkasse
  - Ausgestaltung des Anreizmechanismus:
    - finanzielle Vergütung (ja, nein)
    - Bemessungsgrundlage (eher prozessorientiert, eher ergebnisorientiert)
    - Abschläge (ja, nein)

vertraulich

- inhaltliche Übereinstimmung:
  - definierte Zielgruppe des Qualitätsvertrags
  - durchgeführte vereinbarte Interventionen/Maßnahmen
- Kriterien, die zur Bestätigung einer Überschneidung herangezogen wurden:
  - Hintergrund des Vertrags und sein Umfeld
  - Qualitätsziele des Vertrags
  - Projekttitel

Die Befragung wurde vom 5. September 2023 bis 27. März 2024 durchgeführt. Verträge, die vor dem 30. Juni 2023 endeten oder gekündigt wurden, erhielten die Abschlussbefragung entsprechend zu einem früheren Zeitpunkt. Bei 16 Krankenhäusern erfolgte wegen ihrer Nichtteilnahme an der Umfrage Anfang März 2024 ein erneuter Kontaktversuch. Sofern vorhanden, wurde die beim IQTIG hinterlegte zweite Ansprechperson per E-Mail kontaktiert. Bei fehlender Kontaktmöglichkeit per E-Mail erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus. Wenn möglich, wurde eine neue Ansprechperson ermittelt und kontaktiert.

Die Daten wurden entsprechend aufbereitet und mit der Statistiksoftware R ausgewertet. Hierbei kamen grundsätzlich deskriptive Auswertungsverfahren zum Einsatz (Döring und Bortz 2016). Die Ergebnisse beziehen sich hauptsächlich auf die Fragengruppen A.3, B und C.

Limitationen

Da die Befragung erst nach Ende des evaluationsrelevanten Erprobungszeitraums stattfand, ist es möglich, dass die oder der Befragte nur begrenzt Aussagen zum Vertrag machen konnte, entweder weil sie oder er im Verlauf des evaluationsrelevanten Erprobungszeitraums nur begrenzt zuständig war (insbesondere bei Personalwechsel oder Wechsel von Zuständigkeiten), die Zuständigkeit sich auf Teilaspekte beschränkte oder die Ereignisse zeitlich schon etwas zurücklagen (Recall-Bias). Darüber hinaus sind die Items nicht vertragsspezifisch oder leistungsbereichsspezifisch, sondern generalistisch entwickelt worden. Dies kann bei der Heterogenität der Verträge bzgl. Versorgungsinhalten, Anreizmechanismen, Verwaltungsprozeduren und Zielen dazu führen, dass die Items nicht immer zielgenau befragen oder aufgrund der variierenden Kontexte unterschiedlich interpretiert werden. Aufgrund dessen wurde bei Fragen, die Erfahrungen oder Detailwissen erfordern, die Möglichkeit gegeben, mit „weiß nicht“ oder „kann ich nicht beurteilen“ zu antworten.

vertraulich

2.8 Vertiefende Interviews

Für die vertiefenden Interviews wurden auf Grundlage der Fragestellungen des Evaluationsplans (Abschnitt 3.3) und wie dort vorgesehen standardisierte Leitfäden entwickelt. Hierbei wurde jeweils ein Leitfaden für Krankenhäuser und Krankenkassen entwickelt, die Patientinnen und Patienten einschließen konnten. Da es einige Verträge gab, die keine Patientinnen und Patienten einschließen konnten, wurde darüber hinaus ein hierfür spezifischer Leitfaden erstellt. Die Erstellung richtet sich an den üblichen sozialwissenschaftlichen Vorgaben (Flick 2017, Kaiser 2014, Lenzner et al. 2015, Mayring 2015) aus. Die drei Leitfäden finden sich in Anhang C.

Eingeladen wurden ausschließlich Vertreterinnen und Vertreter von Qualitätsverträgen, die sich an der standardisierten Befragung (Abschnitt 2.7) beteiligt hatten. Von diesen konnte der in der Befragung berichtete Umsetzungsgrad als weiteres Kriterium herangezogen werden, um sowohl Verträge mit umfangreicher Umsetzungserfahrung als auch Verträge mit Umsetzungsschwierigkeiten zu identifizieren.

Grundsätzlich wurde für die Befragung aus jedem Leistungsbereich ein Qualitätsvertrag eines Maximal- oder Schwerpunktversorgers und ein Qualitätsvertrag eines Grund- oder Regelversorgers ausgewählt. Für jeden ausgewählten Qualitätsvertrag wurde eine Vertreterin oder ein Vertreter des Krankenhauses und eine Vertreterin oder ein Vertreter der entsprechenden federführenden Krankenkasse eingeladen. Da einer federführenden Krankenkasse häufig mehrere Verträge zugeordnet werden können, wurde einschränkend in die Auswahlstrategie aufgenommen, dass eine Vertreterin bzw. ein Vertreter einer federführenden Krankenkasse maximal zwei Verträge repräsentieren darf – um zu vermeiden, dass die Perspektive und Erfahrung einer Krankenkasse bzw. Person eine überproportionale Bedeutung erlangt.

Ausnahmen bildeten die Leistungsbereiche Menschen mit Behinderungen und Respiratorentwöhnung. Im Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen wurde im Betrachtungszeitraum nur ein Qualitätsvertrag abgeschlossen. Dementsprechend konnte nur ein Vertrag befragt werden. Die Ergebnisse hierzu werden in allgemeine Darstellungen einbezogen, jedoch nicht leistungsbereichsspezifisch berichtet, da Rückschlüsse auf vertrauliche vertrags- und einrichtungsbezogene Informationen nicht ausgeschlossen werden können.

Im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung ist es zu einer Reihe von Verträgen gekommen, die Schwierigkeiten bei der Umsetzung in der Praxis zeigten, insbesondere konnten keine oder nur eine sehr geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden. Daher wurden ein Vertrag, in den Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden konnten, sowie zwei Verträge ohne die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten für die Interviews ausgewählt.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen 11. Juli und 12. September 2024 online mittels Videokonferenz leifadengestützt geführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert und pseudonymisiert. Danach wurden die Transkripte in MAXQDA 24 überführt. Es erfolgte eine evaluative qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2022b). Die Transkripte wurden grundsätzlich im Vier-Augen-Prinzip inhaltlich analysiert.

vertraulich

Bei der Auswertungsstrategie wurde eine Kombination aus deduktivem und induktivem Vorgehen angewendet: Vorbereitend wurde auf Grundlage der Fragestellungen (Abschnitt 3.3) ein deduktiver Kodierleitfaden erstellt und allgemeine Kodierregeln wurden festgelegt. Jeweils ein Transkript einer Interviewart (siehe oben) wurde von zwei Kodierenden unabhängig voneinander kodiert. Im anschließenden Vergleich der kodierten Segmente wurden Abweichungen diskutiert und der Kodierleitfaden wurde ggf. angepasst sowie induktiv erweitert. Der überarbeitete Kodierleitfaden (Anhang D) bildete die Grundlage für die Kodierung aller Transkripte durch jeweils eine Person.

Limitationen

Da in den Auswahlprozess nur diejenigen Verträge einbezogen wurden, die an der standardisierten Befragung teilgenommen hatten, ist es möglich, dass Verträge, die sich systematisch nicht an der Evaluation beteiligten, nicht durch die Ergebnisse der vertiefenden Interviews repräsentiert werden.

2.9 Berichte der Vertragspartner

Die Berichte, die jeweils zum 28. bzw. 29. Februar eines Jahres von den Vertragspartnern übermittelt wurden, sofern der Vertrag im jeweiligen Vorjahr aktiv war, wurden über den Zeitverlauf mehrmals weiterentwickelt. Anfänglich wurden hierin insbesondere fachliche Fragen adressiert, bspw. welche Faktoren für die Umsetzung von Qualitätsverträgen förderlich oder hinderlich waren. Die Antworten wurden verwendet, um Items für eine standardisierte Abfrage innerhalb der Befragung (Abschnitt 2.7) zu entwickeln.

Im Laufe der Zeit wurde der Bericht dahingehend weiterentwickelt, dass Änderungen an den Verträgen bzw. Projektplänen sowie die Veröffentlichung von Ergebnissen aus Qualitätsverträgen standardisiert abgefragt werden. Ersteres wird dazu verwendet, um Änderungen mit Blick auf Auswirkungen auf die Evaluationsergebnisse einschätzen zu können. Letzteres wird narrativ im Rahmen dieses Berichts zusammengefasst und berichtet. Das abschließende Berichtsformat wird seit 1. Januar 2024 eingesetzt.

2.10 Narrative Synthese

In Kapitel 5 werden zunächst die Ergebnisse dargestellt, anschließend werden diese noch einmal zusammengefasst (Abschnitt 6.1), um sie anschließend in Abschnitt 6.3 zu interpretieren und zu diskutieren. Hierbei wird eine narrative Synthese durchgeführt, um die quantitativen und qualitativen Ergebnisse aus verschiedenen Datenquellen (z. B. Regressionsanalysen, standardisierte Befragungen, Interviews) zusammenzuführen und inhaltlich zu integrieren. Ausgangspunkt sind die in Abschnitt 3.3 definierten Evaluationsfragen; diese werden in thematischen Clustern (z. B. Akzeptanz der Qualitätsverträge, Veränderungen im Personal, Auswirkungen auf Versorgungsqualität) aufgegriffen, wobei soweit möglich für jedes Thema systematisch dargestellt wird, welche Datenquellen Beiträge liefern und wie konsistent deren Aussagen sind. Für jede thematische Einheit wird transparent beschrieben, welche quantitativen Kennzahlen (z. B. Effektgrößen,

vertraulich

Trends) und welche qualitativen Befunde (z. B. typische Argumentationslinien, ggf. illustrative Zitate) in die Synthese eingehen und nach welcher Logik Übereinstimmungen bzw. Widersprüche bewertet werden; damit wird der im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs geforderte nachvollziehbare Bezug zwischen Datenbasis, synthetisiertem Text und Schlussfolgerungen adressiert. Wo quantitative und qualitative Ergebnisse divergieren, wird dies explizit ausgewiesen und in der Diskussion inhaltlich interpretiert, zugleich werden Umfang und Grenzen der verfügbaren Evidenz (z. B. Heterogenität der Leistungsbereiche, begrenzte Fallzahlen) benannt, um die Vertrauenswürdigkeit der narrativen Schlussfolgerungen einschätzen zu können. Die Synthese orientiert sich damit an etablierten Empfehlungen zur Berichtslegung narrativer Synthesen, die insbesondere die Transparenz der Vorgehensweise, eine klare Verknüpfung von Daten, Synthese und Interpretation sowie eine explizite Reflexion von Heterogenität und Limitationen betonen (Campbell et al. 2018, Campbell et al. 2020, Guetterman et al. 2015)

vertraulich

Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

vertraulich

3 Weiterentwicklung Evaluationsplan

Wie in Abschnitt 2.1 dargelegt, ist es aufgrund von gesetzgeberischen und methodischen Neuerungen notwendig, den bestehenden Evaluationsplan in seiner Fassung vom 25. Oktober 2021 weiterzuentwickeln. Hierbei wurde sich an Kapitel 9 der Methodischen Grundlagen des IQTIG orientiert. Die Weiterentwicklung betrifft insbesondere die Aufbereitung des Evaluationsgegenstands und die Fragestellungen, deren Überarbeitung sich in den nachfolgenden Abschnitten wiederfindet. Darüber hinaus wurde das methodische Vorgehen präzisiert und ergänzt. Die Grundlagen für die Anpassungen sind in Abschnitt 2.1 beschrieben.

3.1 Evaluationsgegenstand

Evaluationsgegenstand in der vorliegenden Untersuchung ist das zur Qualitätsweiterentwicklung eingesetzte Instrument der Qualitätsverträge, das nachfolgend näher erläutert wird. Anschließend wird aus den Erläuterungen ein Wirkmodell (Abschnitt 3.2) abgeleitet und das Umfeld der Qualitätsverträge (Abschnitt 3.1.2) beschrieben.

3.1.1 Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

Qualitätsverträge sind ein durch das KHSG eingeführtes Instrument zur Qualitätsentwicklung. Damit wurde die Grundlage für die ersten vier Leistungsbereiche geschaffen sowie der Auftrag an die Rahmenvertragspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband) gestellt, eine entsprechende Vereinbarung mit den wesentlichen Rahmenbedingungen für die Verträge zu erarbeiten. Die gesetzliche Grundlage wurde im Jahr 2021 durch das GVWG nochmals angepasst: Seit seinem Inkrafttreten am 1. August 2021 ist die Verlängerung der zu befristenden Verträge grundsätzlich möglich. Darüber hinaus wurden durch die Gesetzesnovelle zusätzlich zu den schon bestehenden *ersten* vier Leistungsbereichen *weitere* vier Leistungsbereiche eingeführt, die durch den G-BA zum 21. Juli 2022 festgelegt wurden. Zum Berichtszeitpunkt können demnach in nachfolgenden acht Leistungsbereichen Qualitätsverträge geschlossen werden (die Auflistung führt die Kurzbezeichnungen[3] der Leistungsbereiche ein, die in diesem Bericht Gebrauch finden).

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs
- Respiratorentwöhnung
- Menschen mit Behinderungen
- Mangelernährung
- Multimodale Schmerztherapie
- Geburten
- Behandlung Tabakabhängigkeit

[3] Die ausführliche Bezeichnung findet sich im Abschnitt 1.1 Hintergrund.

vertraulich

Vertragspartner von Qualitätsverträgen sind der Krankenhausträger und die Krankenkasse bzw. der Zusammenschluss mehrerer Krankenkassen (§ 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Hierbei ist es Praxis, dass weitere Krankenkassen während der Laufzeit eines Qualitätsvertrags beitreten. Qualitätsverträge sind grundsätzlich befristet (§ 110a Abs. 1 Satz 3 SGB V) und enden auf Vertragsebene entweder durch das Ende der Laufzeit oder durch eine (außerordentliche) Kündigung des Vertrags. Auf Ebene eines Leistungsbereichs können Qualitätsverträge durch einen entsprechenden Beschluss des G-BA enden (vgl. § 110a Abs. 1 Satz 3 SGB V) und global durch Anpassungen der gesetzlichen Grundlage durch den Gesetzgeber (GKV-SV/DKG 2024).

Inhalte von Qualitätsverträgen werden bereits im Gesetz (§ 110a Abs. 1 Satz 2 SGB V) skizziert. Hierin wird ausgeführt, dass in Qualitätsverträgen „Anreize" und „höhere Qualitätsanforderungen" vereinbart werden sollen. Es soll erprobt werden, ob über „stationäre Behandlungsleistungen" hierdurch die Versorgungsqualität weiter verbessert werden kann. Die Begründungen zum KHSG stellen hierbei die Anhängigkeit der „höherwertigen Qualitätsstandards [im Sinne von Qualitätsanforderungen] und darauf *abstellende* zusätzliche Anreize" her (KHSG, S. 2). Dies impliziert, dass Anreize und Qualitätsanforderungen nicht unabhängig nebeneinander vereinbart werden sollen, sondern im besten Fall im Sinne einer ergebnis- bzw. qualitätsorientierten Vergütung miteinander zu verknüpfen sind.

Die Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge (GKV-SV/DKG 2024) greift gemäß § 110a Abs. 2 SGB V die gesetzlich skizzierten Inhalte von Qualitätsverträgen auf und spezifiziert diese weiter. Sie stellt fest, dass im Grundsatz die konkreten Inhalte von Qualitätsverträgen durch die Vertragspartner frei gestaltbar sind (§ 6 Abs. 1). Vereinbart werden sollen entsprechende Qualitätsziele in Anlehnung an die Ausführungen der Tragenden Gründe zu den Beschlüssen des G-BA zur Festlegung der Leistungsbereiche (§ 7 Abs. 1), außerdem die zum Erreichen der Ziele notwendigen konkreten Qualitätsanforderungen (§ 7 Abs. 2) sowie Anreize (§ 7 Abs. 3). Anreize sollen das Krankenhaus motivieren und unterstützen, die vereinbarten Qualitätsanforderungen umzusetzen bzw. zu erreichen. Anreize können hierbei nicht-monetär oder monetär sein. Als mögliche Anreize kommen z. B. die Empfehlung des Krankenhauses durch die Krankenkasse, einmalige Zahlungen oder erfolgsabhängige Zahlungen sowie Mischformen in Betracht (§ 7 Abs. 3). Darüber hinaus sind die Instrumente zum Erreichen der höherwertigen Qualitätsanforderungen zu beschreiben. Instrumente können u. a. Regeln zur Indikationsstellung, Maßnahmen der Struktur- oder Prozessqualität, zu erreichende Referenzbereiche, Indikatorergebnisse oder Ergebnisse von Patientenbefragungen sein (§ 8 Abs. 1).

Mit dem GVWG hat der Gesetzgeber darüber hinaus die Krankenkassen mit § 110a Abs. 3 SGB V ab dem Jahr 2022 verpflichtet, einen bestimmten Betrag (0,30 € im Jahr 2022) pro Versicherter bzw. Versichertem für Qualitätsverträge aufzuwenden. Ab dem Jahr 2023 müssen Krankenkassen, die diesen Betrag unterschreiten, die nicht verausgabten Mittel – festgestellt durch Bescheid des GKV-Spitzenverbands - an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überweisen. Durch diese gesetzliche Initiative soll die Umsetzung von Qualitätsverträgen weiter angestoßen werden (BT-Drs. 19/26822 vom 19.02.2021).

Vertraulich

Aus fachlicher Sicht kann das Instrument der Qualitätsverträge grundsätzlich dem Bereich der qualitätsorientierten Vergütung zugeordnet werden (Busse et al. 2020: 205 ff.). Hierdurch wurde die Möglichkeit geschaffen, Komponenten wie Bonus, Malus oder Einbehalte[4] in Verbindung mit Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umzusetzen (Busse et al. 2020: 205 ff.). In Deutschland wurde auch vor der Einführung von Qualitätsverträgen qualitätsorientierte Vergütung nur auf der Ebene anderer Selektivverträge umgesetzt. Insgesamt wurde aber in diesen Verträgen meist keine Koppelung der Vergütung an Prozess- oder Ergebnisqualität vorgenommen, sondern die Finanzierung von Strukturvorgaben (*pay for competence*) (Veit et al. 2012). Eine zum Berichtszeitpunkt aktualisierte orientierende Recherche (IQTIG 2024b: 111) ergab hierzu keine weiteren Erkenntnisse. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die in der Literatur beschriebenen Programme zur qualitätsorientierten Vergütung, so ist festzustellen, dass die einzelnen Leistungserbringer mit Blick auf die Anreizmechanismen immer wieder auch in einen Leistungsvergleich gebracht werden (Amelung et al. 2013). Bei Qualitätsverträgen spielt dies keine oder ggf. nur eine untergeordnete Rolle, da jeder Qualitätsvertrag zunächst einmal ein in sich geschlossenes System bildet, das nur einen Leistungserbringer beinhaltet. Lediglich wenn Anreize an Ergebnisse übergeordneter Kennzahlen geknüpft werden – beispielsweise aus der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung oder der Qualitätssicherung mit Routinedaten –, entsteht ein indirekter Leistungsvergleich.

Bei der Betrachtung ökonomischer Aspekte von Qualitätsverträgen kann zunächst festgestellt werden, dass Maßnahmen und Programme zur qualitätsorientierten Vergütung als nutzbringend bezeichnet werden, wenn eine verbesserte Versorgungsqualität bei gleichen oder geringeren Kosten erreicht wird oder, alternativ, wenn die gleiche Versorgungsqualität mit geringeren finanziellen Mitteln erreicht wird. Doch auch wenn Maßnahmen und Programme zu Kostensteigerungen führen - was wahrscheinlich ist –, können sie als nutzbringend angesehen werden, solange sie mit Qualitätsverbesserungen einhergehen (Emmert et al. 2012). Letzteres ist auch die Annahme von Qualitätsverträgen, da diese in der Regel zusätzliche finanzielle Mittel aufwenden, da sie neben den bestehenden Vergütungssystemen ausgehandelt werden und nicht in diese eingreifen. Ausnahmen hierbei bilden Qualitätsverträge, die sich auf nicht-monetäre Anreize beschränken (Busse et al. 2020: 205 ff., Eckhardt et al. 2019, Emmert et al. 2012).

Zusammengefasst sind Qualitätsverträge ein Instrument, dass ein stationärer Leistungserbringer (Krankenhaus) und eine oder mehrere Krankenkassen einsetzen können, um die Versorgungsqualität in der Einrichtung weiterzuentwickeln/zu fördern. In Form eines inhaltlich frei gestaltbaren Vertrags, dessen Rahmen die gültigen gesetzlichen Vorgaben sowie die Vorgaben der Rahmenvereinbarung bilden, werden vertragsspezifische Qualitätsziele formuliert und hierauf abzielende konkrete spezifische Qualitätsanforderungen sowie die Überprüfung ihres Erreichens vereinbart. Zusätzlich werden monetäre Anreize (finanzielle Vergütung) und/oder nicht-monetäre Anreize (Marketing, Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen) vereinbart, die das Erreichen

[4] Kombination von Bonus- und Maluszahlungen: Hierbei wird ein Betrag zu Beginn einer Periode einbehalten und entsprechend der Leistung am Ende der Periode umverteilt.

vertraulich

der Qualitätsanforderungen bzw. die Umsetzung von Maßnahmen fördern sollen. Die Qualitätsanforderungen sollen sich entweder auf die Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses beziehen (Struktur-/Prozessqualität), in der Annahme, dass diese Auswirkungen auf die Ergebnisqualität entfalten oder direkt zu erreichende Vorgaben für Qualitätsergebnisse setzen (Abbildung 1 in Abschnitt 3.2).

3.1.2 Umfeld von Qualitätsverträgen

In diesem Abschnitt wird das Umfeld von Qualitätsverträgen kurz beschrieben. Hierbei sind die Akteure, die direkt mit Qualitätsverträgen in Verbindung stehen, zu nennen: Vertragspartner, Personal und Versicherte; aber auch weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und -förderung.

Vertragspartner

Vertragspartner von Qualitätsverträgen sind der Krankenhausträger bzw. das entsprechende Krankenhaus, für das der Qualitätsvertrag abgeschlossen wird, sowie eine Krankenkasse oder der Zusammenschluss von mehreren Krankenkassen (§ 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Das Krankenhaus ist hierbei der Akteur, der die Qualitätsanforderungen des Vertrags in seine Organisation integriert bzw. Maßnahmen, die zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen beitragen, ergreift. Sofern diese im Vertrag noch nicht beschrieben sind, konkretisiert das Krankenhaus entsprechende Maßnahmen aus seiner fachlichen Einschätzung heraus selbstständig. Darüber hinaus plant das Krankenhaus die Maßnahmen und setzt diese schließlich um. Neben der Umsetzung der Vereinbarungen ist das Krankenhaus auch der Empfänger bzw. Profiteur der im Vertrag vereinbarten Anreize.

Die Krankenkasse oder – sofern ein Zusammenschluss von Krankenkassen besteht – die Krankenkassen übernehmen die Überprüfung der Erreichung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen sowie die Ausschüttung vereinbarter finanzieller Vergütungen und ggf. die Realisierung nicht-monetärer Anreize.

Personal

In der Organisationseinheit Krankenhaus sind bestimmte Fachbereiche bzw. Abteilungen sowie deren Personal von den Qualitätsanforderungen bzw. der Umsetzung der Maßnahmen berührt. Insbesondere die Professionen des Gesundheitswesens (u. a. Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, therapeutische Berufsgruppen) spielen hierbei eine zentrale Rolle. Aber auch andere Professionen kommen, je nach der Ausgestaltung des Vertrags, in den Einflussbereich von Qualitätsverträgen (bspw. Sozialdienst) oder gestalten die Vertragsinhalte in der Organisation weiter aus (bspw. Verwaltung, internes Qualitätsmanagement).

vertraulich

Patientinnen und Patienten (Versicherte)

Patientinnen und Patienten empfangen unmittelbar oder mittelbar die Leistungen/Maßnahmen, die aus dem Qualitätsvertrag resultieren. Sofern es sich hierbei um prozesshafte Leistungen (z. B. Screeninguntersuchung) handelt, profitieren in der Regel nur Versicherte, deren Krankenkasse am Qualitätsvertrag beteiligt ist. Bei strukturellen Leistungen (z. B. Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte) ist anzunehmen, dass auch Patientinnen und Patienten nicht teilnehmender Krankenkassen hiervon profitieren (Spillover-Effekte).

Maßnahmen der Qualitätssicherung und –förderung

In den Leistungsbereichen, in denen Qualitätsverträge abgeschlossen werden können, bestehen in der Regel weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und –förderung. Hierbei kann es sich um Initiativen des Normgebers handeln (z. B. Respiratorentwöhnung: Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie[5], AKI-RL), um kollektiv angelegte (z. B. Endoprothetische Gelenkversorgung: Zertifizierung, EndoCert) oder um einzelne (z. B. Behandlung Tabakabhängigkeit: Rauchentwöhnungsprogramm einer Klinik). Diese können mit den Vereinbarungen in Qualitätsverträgen Wechselwirkungen (Interdependenzen) ausbilden. Eine Wechselwirkung kann positiv sein, wenn sie dazu führt, dass eine Maßnahme eine andere Maßnahme unterstützt oder verstärkt, oder aber negativ, wenn sie dazu führt, dass eine Maßnahme eine andere schwächt oder hemmt (Wasserman und Faust 1994). Eine theoretische Einordnung hierzu findet sich im Abschlussbericht über die Erweiterung des Evaluationskonzepts (IQTIG 2023).

3.2 Wirkmodell

Das in Abbildung 1 dargestellte Wirkmodell verdeutlicht die Kernbestandteile eines Qualitätsvertrags: die von den Qualitätszielen abgeleiteten konkreten *Qualitätsanforderungen* sowie die *Anreize*, die die Umsetzung der Qualitätsanforderungen unterstützen/fördern sollen. Außerdem sind Mechanismen integriert, die die Überprüfung der Erreichung der vereinbarten Qualitätsanforderungen ermöglichen, um deren Umsetzung nachzuvollziehen und sicherzustellen. Das Wirkmodell dient dabei der strukturierenden Darstellung plausibler Wirkzusammenhänge und stellt keinen Nachweis kausaler Effekte dar.

Qualitätsanforderungen an Strukturen oder Prozesse setzen an der *Aufbau- und Ablauforganisation* des Krankenhauses an. Durch entsprechende Anpassungen oder die Implementierung bestimmter Maßnahmen wird eine optimierte Versorgung der Patientinnen und Patienten angenommen, die sich in verbesserten Ergebnissen niederschlägt (Donabedian 1968). Darüber hinaus ist denkbar, dass Qualitätsanforderungen auch auf Ebene der Ergebnisse ansetzen, da Vorgaben zu Ergebnissen der Organisation einen größeren Handlungsspielraum eröffnen und weniger spezifische Vorgaben zu Strukturen und Prozessen erfordern (Donabedian 1988).

[5] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. In der Fassung vom 19. November 2021, zuletzt geändert am 22. Januar 2026, in Kraft getreten am 1. April 2026. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/123/ (abgerufen am: 10.06.2026).

vertraulich

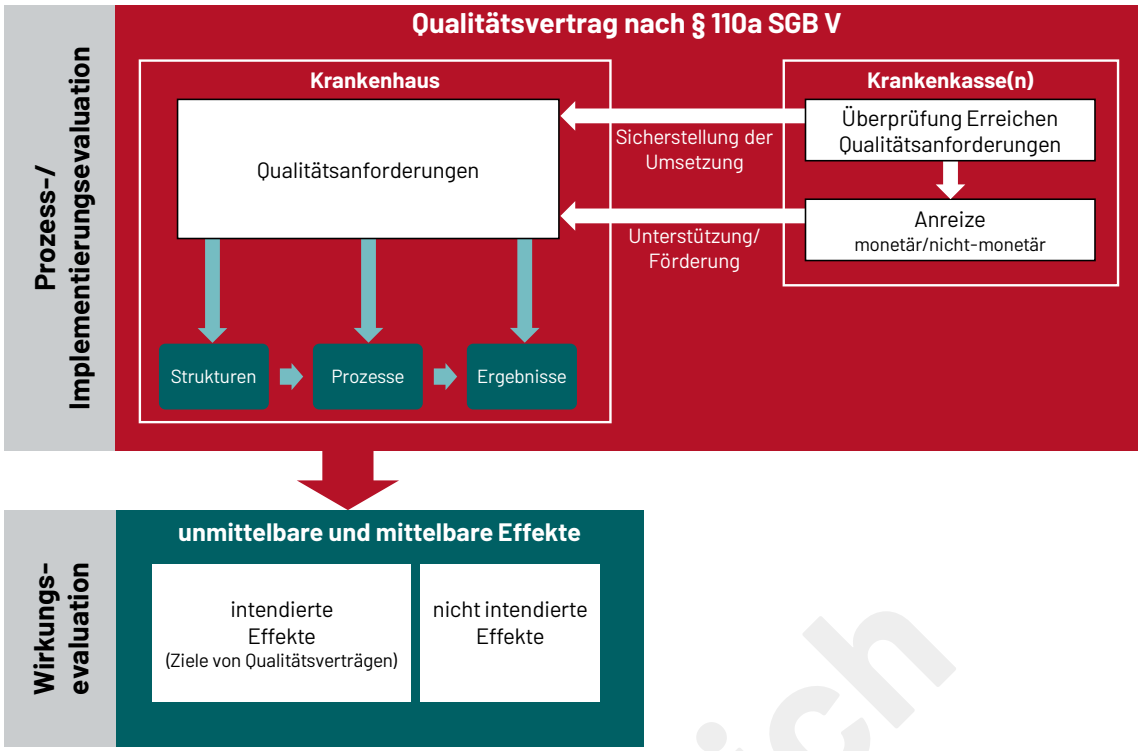


Abbildung 1: Wirkmodell

Die vorangegangenen Ausführungen sowie die zugehörige Abbildung verdeutlichen, dass Qualitätsverträge eine Intervention darstellen, die aufgrund ihrer vielfältigen Bestandteile, ihrer unterschiedlichen Anknüpfungspunkte und ihres normativen Rahmens als komplex einzustufen ist. Hinzu kommt, dass Qualitätsverträge nicht im luftleeren Raum wirken, sondern in ein bereits vielschichtiges System integriert werden – namentlich in die organisatorischen Strukturen eines Krankenhauses, die ihrerseits eng mit den Organisationsprozessen der beteiligten Krankenkasse(n) verknüpft sind.

Vor diesem Hintergrund werden die methodischen Anforderungen an die Evaluation komplexer Interventionen berücksichtigt, wie sie in Kapitel 9 der Methodischen Grundlagen des IQTIG beschrieben sind (IQTIG 2024b). Dort wird unter anderem dargelegt, dass Wirkungen einer Regelung stets ihre tatsächliche Umsetzung voraussetzen: Nur wenn die vertraglichen Inhalte in der Praxis implementiert werden, können sich im Weiteren beobachtbare unmittelbare und mittelbare Effekte entfalten. Als positive, intendierte Effekte werden – in Übereinstimmung mit der Zielsetzung der Qualitätsverträge – Auswirkungen auf die *Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten*, eine stärkere *Patientenzentrierung* sowie die *finanziellen Ressourcen* der Krankenhäuser erwartet.

Diesen Überlegungen folgend erscheint es zweckmäßig, zwei Evaluationsperspektiven miteinander zu verbinden: Zum einen gilt es, die Implementierung der Qualitätsverträge in der Versorgungsrealität zu untersuchen (Prozess- und Implementierungsevaluation), da sie die notwendige Voraussetzung für jegliche Wirksamkeit darstellt. Zum anderen sind die beobachtbaren unmittelbaren und mittelbaren Effekte systematisch zu erfassen und zu bewerten (Wirkungsevaluation). Dabei erstreckt sich die Untersuchung ausdrücklich nicht nur auf intendierte, sondern auch auf

Vertraulich

nicht-intendierte Effekte – ein Aspekt, der im Rahmen der Evaluation komplexer Interventionen von besonderer methodischer Bedeutung ist (IQTIG 2024b).

3.3 Fragestellungen

Der Gesetzgeber formuliert in § 110a Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass mit Qualitätsverträgen erprobt werden soll, „inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen, erreichen lässt". Ergänzend ist in § 136b Abs. 8 Satz 2 SGB V festgeschrieben, dass Qualitätsverträge einer systematischen Untersuchung zu unterziehen sind und zentraler „Gegenstand der Untersuchung [(Evaluation)] […] [der] Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag nach § 110a [SGB V]" ist.

Der Beschluss des G-BA vom 21. Juni 2018 zur Durchführung der Evaluation durch das IQTIG greift diese gesetzliche Zielsetzung auf und konkretisiert sie wie folgt: „Die Evaluation dient der Klärung, ob durch die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V grundsätzlich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen erreichbar ist." (G-BA 2018) Das Evaluationskonzept des IQTIG schärft diese Perspektive weiter: „Die Evaluation soll insbesondere darüber Auskunft geben, ob das Instrumentarium der Qualitätsverträge […] ein erfolgreiches Mittel zur Weiterentwicklung der stationären Versorgungsqualität darstellt." (IQTIG 2024c: 13)

Aus diesen normativen Vorgaben für die Evaluation und vor dem Hintergrund der vorangegangenen Ausführungen zum Evaluationsgegenstand (Abschnitt 3.1) wird die im Evaluationsplan dargelegte leitende Fragestellung sinngemäß beibehalten:

Lassen sich nach der Einführung von Qualitätsverträgen Veränderungen in der Versorgungsqualität beobachten?

Hiervon ist die erste zentrale Fragestellung abgeleitet; daneben gibt es aus dem Auftrag noch weitere Anforderungen, die in den weiteren zentralen Fragestellungen aufgegriffen werden:

1. Wird durch die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen grundsätzlich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen erreicht (§ 110a Abs. 1 Satz 2 SGB V)?
2. Welche Ausgestaltungsmerkmale der Qualitätsverträge erweisen sich als förderlich für die Erreichung der vereinbarten Qualitätsziele (G-BA 2018)?
3. Wie werden die Rahmenbedingungen von Qualitätsverträgen – sowohl in den einzelnen Leistungsbereichen als auch leistungsbereichsübergreifend – bewertet (G-BA 2018)?
4. Welche Empfehlungen lassen sich für das Weiterbestehen von Qualitätsverträgen in den einzelnen Leistungsbereichen sowie für Qualitätsanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 SGB V ableiten (§ 136b Abs. 8 Satz 3 und 4 SGB V)?

vertraulich

Die Beantwortung der zentralen Fragestellungen Nummer 2 und 4 bleibt dem Abschlussbericht vorbehalten, der zum 31. Dezember 2028 vorgelegt wird, und ist nicht Gegenstand dieses Berichts.

Die Evaluation gliedert sich – in Orientierung am Framework des Medical Research Councils (Skivington et al. 2021) und in Übereinstimmung mit dem Wirkmodell (Abbildung 1) – in eine Prozess-/Implementierungsevaluation (A) sowie eine Wirkungsevaluation zu unmittelbaren (B) und mittelbaren (C) Effekten. Diesen Fragengruppen werden in den nachfolgenden Abschnitten insgesamt 32 Evaluationsfragestellungen zugeordnet,[6] die im Evaluationsplan zur Beantwortung der leitenden Fragestellung sowie der weiteren zentralen Fragestellungen entwickelt wurden.

A Wie gestaltet sich die Umsetzung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung?

Ein Teil der Fragestellungen dieser Fragengruppe beantwortet, wie weit Qualitätsverträge als stationäres Instrument der Qualitätsweiterentwicklung verbreitet sind (A.1). Darüber hinaus adressieren Fragestellungen, wer Qualitätsverträge schließt (A.2). Schließlich steht die inhaltliche Ausgestaltung der Verträge auf Grundlage der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen sowie deren Umsetzung im Mittelpunkt (A.3).

A.1 Wie verbreitet sind Qualitätsverträge in der stationären Versorgung?

In dieser Gruppe finden sich die Fragestellungen, die die Durchdringung der Qualitätsverträge in der stationären Versorgung wiedergeben.

Fragestellung	Datenquelle
Wie viele Qualitätsverträge wurden registriert?	Datenbank
Wie viele der eingereichten Projektpläne wurden vom IQTIG nicht freigegeben?[7] Bei wie vielen freigegebenen Projektplänen blieb der Abschluss bzw. die Registrierung eines Qualitätsvertrags durch die Vertragspartner aus?	Datenbank
Wie viele Qualitätsverträge wurden außerordentlich gekündigt? Was waren die Gründe hierfür?	Datenbank stand. Befragung
Wie viele Krankenhäuser und Krankenkassen haben Qualitätsverträge abgeschlossen? Wie hoch ist der Anteil im Vergleich zu Krankenhäusern und Krankenkassen, die potenziell Qualitätsverträge abschließen können?	Datenbank Dokumentation

[6] Einzelne aus dem Evaluationsplan entnommene Fragestellungen wurden zur Vereinheitlichung der Fragestruktur oder zur Anpassung an die gesetzlichen und methodischen Neuerungen umformuliert. Hierbei wurden die grundlegenden Inhalte der jeweiligen Fragestellung nicht verändert, aber Präzisierungen vorgenommen.

[7] Die Freigabe durch das IQTIG bezieht sich darauf, ob ein Vertrag die Mindestanforderungen erfüllt, die für eine Evaluation erforderlich sind. Es handelt sich hierbei um formale (bspw. Vorgaben des G-BA in seinen Tragenden Gründen) und inhaltliche Kriterien (bspw. eindeutige Beschreibung der Zielgruppe, Umgang mit möglichen Einflüssen auf die vergleichende Messung).

vertraulich

A.2 Welche Krankenhäuser setzen Qualitätsverträge um?

An dieser Stelle wird die Frage gestellt, welche Krankenhäuser Qualitätsverträge umsetzten.

Fragestellung	**Datenquelle**
Welche strukturellen Eigenschaften haben Krankenhäuser, die Qualitätsverträge umsetzten?	Qualitätsberichte Dokumentation

A.3 Wie werden Qualitätsverträge in der stationären Versorgung umgesetzt?

Den nachfolgenden Fragengruppen wurden die Fragestellungen zugeordnet, die sich auf die Anbahnung und die Ausarbeitung auch mit Blick auf die Inhalte von Qualitätsverträgen beziehen. Darüber hinaus wird der Umsetzungsgrad und die Umsetzbarkeit aus Sicht der Vertragspartner betrachtet.

Entwicklung und Abschluss von Qualitätsverträgen

Fragestellung	**Datenquelle**
Was sind Intentionen, Motivationen und Auslöser der Vertragspartner für die Entwicklung und den Abschluss von Qualitätsverträgen?	stand. Befragung
In welchem Umfang sind für den Leistungsbereich übliche strukturelle Anforderungen Voraussetzung für den Abschluss von Qualitätsverträgen?	stand. Befragung
Welchen Grundlagen entstammen die Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen?	Interviews
Welcher Qualitätsebene (Struktur-/Prozess-/Ergebnisqualität) gehören die in den Qualitätsverträgen vereinbarten Qualitätsanforderungen an?[8]	Vertragsdokumente
Welche Charakteristika haben die in Qualitätsverträgen vereinbarten Anreizmechanismen/-systeme?	Datenbank stand. Befragung Interviews
Welche innovativen Versorgungsansätze werden in Qualitätsverträgen umgesetzt?	Interviews

Umsetzung von Qualitätsverträgen

Fragestellung	**Datenquelle**
Welchen Umfang hat die Laufzeit von Qualitätsverträgen?	Datenbank stand. Befragung
Wie hoch ist der Grad der Umsetzung der vertraglich vereinbarten Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen?	stand. Befragung
Wie wird das Erreichen der vertraglich vereinbarten Qualitätsanforderungen überprüft?	Interviews

[8] Die Fragestellung wird ggf. im Abschlussbericht aufgegriffen und ist nicht Gegenstand dieses Berichts.

vertraulich

Umsetzbarkeit von Qualitätsverträgen

Fragestellung	Datenquelle
Wie hoch wird die Akzeptanz von Qualitätsverträgen in den beteiligten Organisationen von den Vertragspartnern eingeschätzt?	stand. Befragung
Wie hoch werden die Mehraufwände von Entwicklung, Einführung und Umsetzung von Qualitätsverträgen von den Vertragspartnern eingeschätzt?	stand. Befragung
Wie hoch wird der Verwaltungsaufwand bei der Umsetzung von Qualitätsverträgen von den Vertragspartnern eingeschätzt?	stand. Befragung
Als wie praktikabel wird das Instrument der Qualitätsverträge in seiner Umsetzbarkeit von den Vertragspartnern eingeschätzt?	stand. Befragung
Welche Aspekte zeigen sich als förderlich für die Umsetzung von Qualitätsverträgen?	stand. Befragung Interviews
Welche Aspekte zeigen sich als hemmend für die Umsetzung von Qualitätsverträgen?	stand. Befragung Interviews

B Welche unmittelbaren Effekte sind nach der Einführung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung zu beobachten?

Die Fragestellungen aus diesen Fragengruppen sollen ermitteln, inwieweit es durch die Vereinbarung von Qualitätsverträgen zu unmittelbaren Effekten in der Versorgung gekommen ist. Hierbei wird zwischen intendierten unmittelbaren Effekten (B.1) und nicht intendierten unmittelbaren Effekten (B.2) unterschieden.

B.1 Welche unmittelbaren intendierten Effekte sind zu beobachten?

Bei intendierten unmittelbaren Effekten handelt es sich um Wirkungen von Qualitätsverträgen, die mit der Einführung des Instruments beabsichtigt waren und unmittelbar nach der Einführung eines Vertrags in der Versorgung beobachtbar sind. Konkret wurden hier die Fragestellungen zugeordnet, die untersuchen, ob sich mit der Einführung Änderungen im Personalwesen sowie bei formellen und informellen Prozessen oder eingesetzten Anwendungen ergeben. Darüber hinaus werden Änderungen in Aspekten der Versorgungsqualität – Struktur- und Prozessqualität – betrachtet. Schließlich wird die Frage zu den Finanzflüssen von den Kostenträgern an die Krankenhäuser in den Blick genommen (Mittelallokation).

Personalwesen

Fragestellung	Datenquelle
Wurden durch die Einführung von Qualitätsverträgen die personellen Ressourcen im Bereich der Versorgung erhöht?	stand. Befragung
Wurde die formale Qualifikation der Mitarbeitenden in der Versorgung durch die Einführung von Qualitätsverträgen erhöht?	stand. Befragung

vertraulich

Strukturqualität

Fragestellung	Datenquelle
Lassen sich nach der Einführung von Qualitätsverträgen Veränderungen in der Strukturqualität beobachten?	Dokumentation Endberichte

Prozesse/Anwendungen

Fragestellung	Datenquelle
Welche Auswirkungen hat die Einführung von Qualitätsverträgen auf das interne Qualitätsmanagement?	Interviews
Welchen Einfluss hat die Einführung von Qualitätsverträgen auf die operativen Ziele der beteiligten Organisationen?	Interviews
In welchem Umfang hat die Einführung von Qualitätsverträgen zu einer Standardisierung von Versorgungsprozessen geführt?	stand. Befragung
In welchem Umfang stärkten Qualitätsverträge die Zusammenarbeit und Kommunikation innerhalb der Krankenhäuser?	stand. Befragung
Welche Hinweise gibt es, dass Informationstechnologien die Umsetzung von Qualitätsverträgen unterstützen können?	Interviews

Prozessqualität

Fragestellung	Datenquelle
Lassen sich nach der Einführung von Qualitätsverträgen Veränderungen in der Prozessqualität beobachten?	Dokumentation Endberichte

Mittelallokation aus Qualitätsverträgen

Fragestellung	Datenquelle
Wie hoch ist die absolute und relative Allokation von monetären Mitteln aus Qualitätsverträgen?	stand. Befragung

B.2 Welche unmittelbaren nicht intendierten Effekte sind zu beobachten?

Bei nicht intendierten unmittelbaren Effekten handelt es sich um Wirkungen von Qualitätsverträgen, die mit der Einführung des Instruments nicht beabsichtigt waren und unmittelbar in der Versorgung beobachtbar sind.

Fragestellung	Datenquelle
Welche unerwünschten Effekte und Nebenwirkungen durch Qualitätsverträge zeigen sich?	stand. Befragung Interviews

vertraulich

C Welche mittelbaren Effekte sind nach der Einführung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung zu beobachten?

Die Fragen aus diesen Fragengruppen sollen ermitteln, inwieweit es durch die Vereinbarung von Qualitätsverträgen zu mittelbaren Effekten in der Versorgung gekommen ist. Hierbei wird zwischen intendierten mittelbaren Effekten (C.1) und nicht intendierten mittelbaren Effekten (C.2) unterschieden.

C.1 Welche mittelbaren intendierten Effekte sind zu beobachten?

Bei intendierten mittelbaren Effekten handelt es sich um Wirkungen von Qualitätsverträgen, die mit der Einführung des Instruments beabsichtigt waren und mittelbar in der Versorgung beobachtbar sind, sich demnach in der Regel erst mit einer Verzögerung beobachten lassen bzw. über Strukturen und Prozesse wirken. Es wurden Fragestellungen zugeordnet, die auf eine Veränderung bei der Patientenzentrierung hinweisen. Daneben wird auf die Zusammenarbeit zwischen den Vertragspartnern und die Ausbildung von Netzwerken abgezielt, die möglicherweise entstanden sind (Kooperation). Daneben wurden Veröffentlichungen, die über eine allgemeine Information hinausgehen, berücksichtigt. Außerdem werden die Nutzenbewertung durch die beteiligten Vertragspartner und die Wirkungen auf die Versorgungsqualität - die Ergebnisqualität – in Augenschein genommen.

Kooperation

Fragestellung	**Datenquelle**
In welchem Umfang tragen Qualitätsverträge dazu bei, die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den Beteiligten zu fördern sowie Netzwerkstrukturen zu stärken?	stand. Befragung

Patientenzentrierung

Fragestellung	**Datenquelle**
Wie werden Auswirkungen der Qualitätsverträge auf Aspekte der Patientenzentrierung durch die Krankenhäuser eingeschätzt?	stand. Befragung

Ergebnisqualität

Fragestellung	Datenquelle
Lassen sich nach der Einführung von Qualitätsverträgen Veränderungen in der Ergebnisqualität beobachten?	Dokumentation Endberichte

Nutzen

Fragestellung	**Datenquelle**
Wie bewerten die Vertragspartner den Nutzen ihres Qualitätsvertrags bzw. des Instruments der Qualitätsverträge für die Versorgung?	Befragung

Vertraulich

Veröffentlichung

Fragestellung	Datenquelle
In welchem Umfang werden Qualitätsergebnisse von und Informationen zu Qualitätsverträgen durch die Vertragspartner veröffentlicht?	Zwischenberichte stand. Befragung

C.2 Welche nicht intendierten mittelbaren Effekte sind zu beobachten?

Bei nicht intendierten mittelbaren Effekten handelt es sich um Wirkungen von Qualitätsverträgen, die mit der Einführung des Instruments nicht beabsichtigt waren und mittelbar in der Versorgung beobachtbar sind.

Fragestellung	Datenquelle
Welche unerwünschten Effekte und Nebenwirkungen durch Qualitätsverträge zeigen sich?	stand. Befragung Interviews

vertraulich

4 Plausibilität und Konsistenz der Daten

Nachfolgend wird für jede Datenquelle dargestellt, wie viele Datensätze bzw. Beobachtungen dokumentiert sind bzw. zur Verfügung stehen und ggf. welche Einschränkungen insbesondere mit Blick auf die *Vollzähligkeit* und die allgemeine *Vollständigkeit* zu konstatieren sind. Sofern weitere Einschränkungen zur *Vollständigkeit* und *Plausibilität* identifiziert wurden, wird dies im Ergebnisteil (Kapitel 5) an der entsprechenden Stelle berichtet.

4.1 Datenbank Qualitätsverträge

Die Datenbank Qualitätsverträge führt die in den eingereichten Projektplänen enthaltenen Angaben zu den beteiligten Leistungserbringern sowie den federführenden und beigetretenen Krankenkassen zusammen und stellt damit eine zentrale Grundlage für die Evaluation dar. Hinsichtlich der Datenqualität und -konsistenz ist zu berücksichtigen, dass die Daten ursprünglich im Excel-Format vorgehalten wurden. Ab Februar 2024 erfolgte eine schrittweise Überführung in eine relationale Access-Datenbank, die im Oktober 2024 abgeschlossen wurde.

Diese Migrationsphase ist für die Beurteilung der Datenvollständigkeit und -konsistenz von Relevanz: Einzelne Datenpunkte wurden erst ab dem Zeitpunkt der vollständigen Umstellung auf das Access-Format systematisch erfasst. So liegen beispielsweise Angaben zum Beitrittsdatum von Krankenkassen zu einem Qualitätsvertrag erst ab Oktober 2024 vor. Für den Zeitraum vor dieser Umstellung ist daher mit einer eingeschränkten Verfügbarkeit bestimmter Merkmale zu rechnen, was bei der Interpretation der entsprechenden Auswertungen zu berücksichtigen ist.

Insgesamt sind die in der Datenbank vorgehaltenen Kerndaten – insbesondere die vertragsbezogenen Eckdaten zu Leistungserbringern und Krankenkassen – inhaltlich plausibel, konsistent und vollzählig. Einschränkungen betreffen vornehmlich solche Variablen, deren Erhebung erst im Zuge der Datenbankumstellung systematisiert wurde.

4.2 Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Für die Auswertungen wurden die QB der Jahre 2019 bis 2021 ausgewertet. Hinsichtlich der inhaltlichen Konsistenz der Daten zeigte ein Abgleich zentraler Kennzahlen – wie der Bettenzahl und der Anzahl des ärztlichen Personals – zwischen den QB und den Dokumentationsbögen aus der einrichtungsbezogenen Dokumentation in Teilen größere Diskrepanzen. Diese sind auf fehlende Daten für bestimmte Zeiträume zurückzuführen oder auch auf unterschiedliche Bezugsebenen (Standort, Abteilung o. ä.). Um die Konsistenz der Auswertungen sicherzustellen, sind in diesem Bericht die Angaben aus den QB maßgeblich.

vertraulich

4.3 Vertragsdokumente

Die Vollständigkeit der Vertragsdokumente ist strukturell abgesichert: Da die Übermittlung der wesentlichen Vertragsdokumente – bestehend aus dem eigentlichen Vertrag sowie gegebenenfalls zugehörigen Anlagen – eine notwendige Voraussetzung für die Registrierung eines Qualitätsvertrags beim IQTIG darstellt, ist die Vollzähligkeit der Dokumentengrundlage gewährleistet. Dies wird durch den vorliegenden Datenbestand bestätigt: Für alle 43 in die Auswertung einbezogenen Qualitätsverträge liegen die entsprechenden Vertragsdokumente vor.

Hinsichtlich der inhaltlichen Konsistenz ist anzumerken, dass die Vertragsdokumente in Struktur und Umfang naturgemäß variieren, da es sich um individuell ausgehandelte Vereinbarungen zwischen den jeweiligen Vertragspartnern handelt. Die für die Auswertung relevanten Textpassagen zu den vereinbarten Anreizmechanismen wurden daher nach einem standardisierten Verfahren identifiziert und kategorisiert, um eine einheitliche und vergleichbare Grundlage für die Analyse zu schaffen. Die inhaltliche Plausibilität der so gewonnenen Informationen wurde im Rahmen des Auswertungsprozesses geprüft.

4.4 Leistungserbringerdokumentation und Sozialdaten der Krankenkassen

4.4.1 Einrichtungsbezogene Dokumentation

Von den Vertragspartnern sind einrichtungsbezogene Daten (des Krankenhauses) und fallbezogene Daten (der Patientinnen, Patienten) durch die Vertragspartner gemäß Rahmenvereinbarung § 8 Abs. 2 Satz 4 Nr. 4 SGB V zu dokumentieren und an das IQTIG zu übermitteln.

Von den Verträgen mit Beginn vor dem 1. Januar 2022 in den Lieferjahren 2019 bis 2024 insgesamt zu liefernden 241 einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen wurden 180 (74,7 %) übermittelt. Dabei fiel die Übermittlungsquote in der Nullwertmessung höher aus als in der Interventionsmessung (Tabelle 5).

Tabelle 5: Einrichtungsbezogene Dokumentation nach Messzeitraum, Gesamtzahl der Datenlieferungen und Eingang an Datenlieferungen, Quelle: Datenbank Qualitätsverträge

Übermittlung	Gesamt		Nullwertmessung		Interventionsmessung	
	n	%	n	%	n	%
erwartet	241	100,0	80	100,0	161	100,0
übermittelt	180	74,7	70	87,5	110	68,3
nicht übermittelt	61	25,3	10	12,5	51	31,7

Wie in Abbildung 2 dargestellt, steigt die geforderte Anzahl an einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen von 7 im Jahr 2019 auf 62 im Jahr 2021 und nimmt anschließend wieder ab. Zugleich sinkt der Anteil an übermittelten zu geforderten Dokumentationsbögen im Zeitverlauf kontinuierlich, von 100,0 % im Lieferjahr 2019 (n = 7) auf 48,7 % im Lieferjahr 2024 (n = 19).

vertraulich

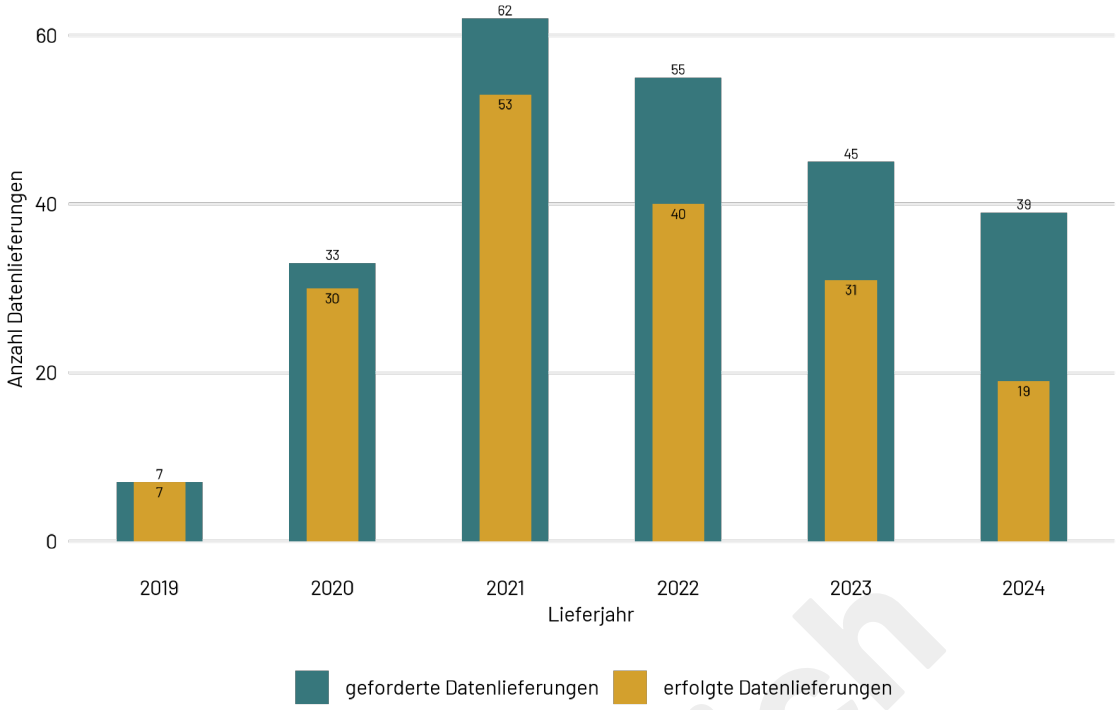


Abbildung 2: Geforderte und erfolgte Datenlieferungen pro Lieferjahr (2019–2024), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge

Den höchsten Anteil an erfolgten zu geforderten Datenlieferungen haben über den gesamten Zeitraum betrachtet Qualitätsverträge der Leistungsbereiche Endoprothetische Gelenkversorgung (75,4 %, n = 43) und Prävention des postoperativen Delirs (74,2 %, n = 23). Qualitätsverträge des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung weisen einen Anteil von 73,6 % (n = 109) auf.

Betrachtet man nicht die Gesamtzahl der zu übermittelnden Dokumentationsbögen, sondern, wie viele lieferpflichtige Qualitätsverträge Dokumentationsbögen übermittelt haben, erhöht sich der Anteil auf 88,4 %, d. h. 38 von insgesamt 43 Qualitätsverträgen haben einrichtungsbezogene Daten geliefert (Tabelle 6).

Tabelle 6: Übermittlungspflichtige Qualitätsverträge und Qualitätsverträge mit erfolgten Übermittlungen pro Jahr (2019–2024), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge

Lieferjahr	Übermittlungspflichte Qualitätsverträge	Datenübermittlung Qualitätsverträge					
		vollständig		teilweise		keine Lieferung	
	n	n	%	n	%	n	%
Gesamt	43	18	41,9	20	46,5	5	11,6
2019	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
2020	22	19	86,4	2	9,1	1	4,5
2021	35	30	85,7	2	5,7	3	8,6
2022	43	30	69,8	3	7	10	23,3

vertraulich

Lieferjahr	Übermittlungspflichte Qualitätsverträge	Datenübermittlung Qualitätsverträge					
		vollständig		teilweise		keine Lieferung	
	n	n	%	n	%	n	%
2023	37	25	67,6	2	5,4	10	27,0
2024	36	17	47,2	2	5,6	17	47,2

Bei der Betrachtung vollständiger Lieferungen über den gesamten Zeitraum ergibt sich folgendes Bild: 18 Qualitätsverträge haben einrichtungsbezogene Dokumentationsbögen für alle erforderlichen Lieferzeitpunkte und Messzeiträume übermittelt, 20 Qualitätsverträge haben teilweise übermittelt und 5 Qualitätsverträge haben keine einrichtungsbezogene Dokumentation geliefert. Die entsprechenden Anteile an Qualitätsverträgen mit Lieferungen nach Jahren sind in Tabelle 6 dargestellt.

4.4.2 Fallbezogene Dokumentation

Voraussetzungen für die Pflicht, fallbezogene Dokumentationen an das IQTIG zu übermitteln, ist das Vorliegen mindestens eines Falls für den Lieferzeitraum sowie das Vorliegen der Einwilligung der Patientin/des Patienten.

19 von 42 Qualitätsverträgen (45 %) der Leistungsbereiche Prävention des postoperativen Delirs, Endoprothetische Gelenkversorgung und Respiratorentwöhnung haben fallbezogene Dokumentationsbögen übermittelt. Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs haben alle Qualitätsverträge fallbezogene Dokumentationsbögen übermittelt (n = 7), im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung waren es 64 % (n = 9) und im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung 14 % (n = 3) (Abbildung 3).

vertraulich

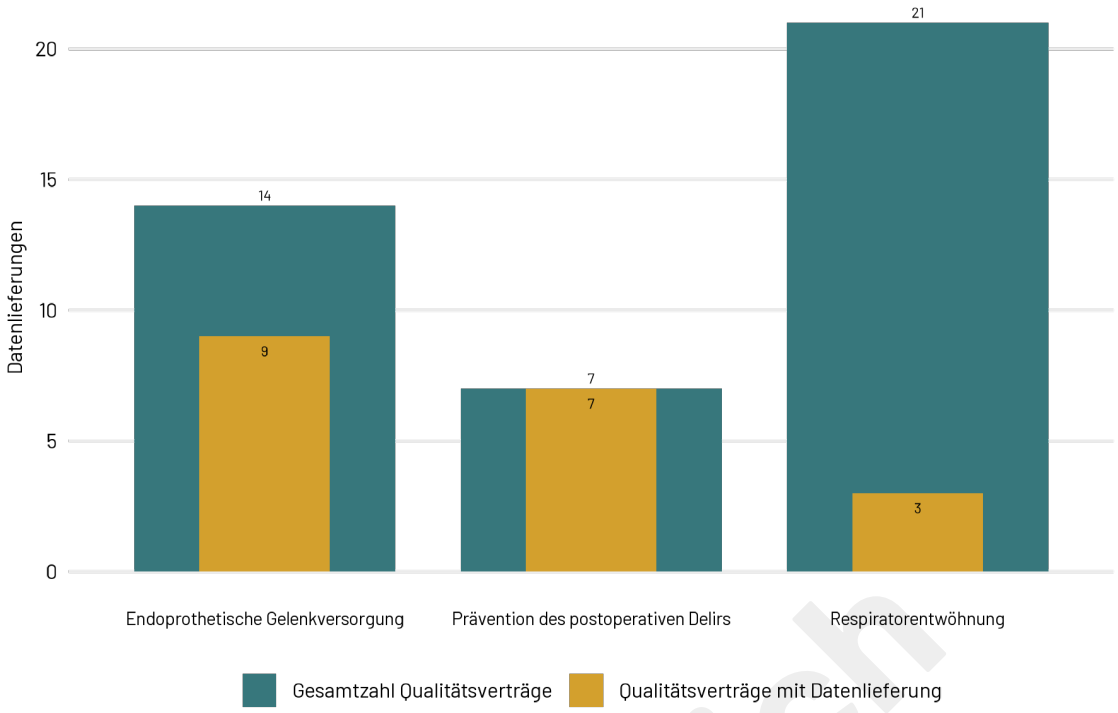


Abbildung 3: Qualitätsverträge mit fallbezogenen Datenlieferungen nach Leistungsbereich, Quelle: Datenbank Qualitätsverträge

Die Gesamtanzahl der übermittelten Dokumentationsbögen beträgt 10.784, im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurden von einem Vertrag die meisten Fälle übermittelt (insgesamt 6.820 Fälle).

Von den Jahren 2019 bis 2025 wurden im Mittel je Vertrag 539 Dokumentationsbögen übermittelt, die Spanne reicht hierbei von einem Fall bis zu 6.820 Fälle pro Qualitätsvertrag (Tabelle 7).

Tabelle 7: Fälle pro Qualitätsvertrag, Ausschluss von Verträgen ohne Fälle, Quelle: Dokumentation

Leistungsbereich	Mittel	SD	Median	Min	Max
Gesamt	539	1.491	202	1	6.820
Prävention des postoperativen Delirs	1.217	2.486	453	1	6.820
Endoprothetische Gelenkversorgung	223	113	219	84	455
Respiratorentwöhnung	3	1,7	4	1	4

Der Großteil der Dokumentationsbögen (79,0 %, n = 8.516) wurde von Krankenhäusern mit Qualitätsverträgen im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs eingereicht, gefolgt von dem Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung (18,6 %, n = 2.010). Erwartungsgemäß wurden insgesamt mehr Dokumentationsbögen für die in der Regel länger terminierte Interventionsmessung (84,5 %, n = 9.110) als für die Nullwertmessung (15,5 %, n = 1.674) übermittelt (Tabelle 8).

vertraulich

Tabelle 8: Absoluter und relativer Anteil an Fällen pro Messzeitraum, Quelle: Dokumentation

Messzeitraum	n	%
Gesamt	10.784	100,0
Interventionsmessung	9.110	84,5
Nullwertmessung	1.674	15,5

Nachfolgend wird für die einzelnen Leistungsbereiche die untersuchte Population beschrieben.

Endoprothetische Gelenkversorgung

Im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung wurden vor dem 1. Januar 2022 14 Verträge geschlossen. In insgesamt neun Qualitätsverträgen wurden 2.010 Fälle dokumentiert[9] und an das IQTIG übermittelt, davon 706 (35,1 %) für die Nullwertmessung und Vergleichsmessung[10] sowie 1.304 (64,9 %) für die Interventionsmessung.

In der Nullwertmessung haben zwei und in der Interventionsmessung drei Verträge keine fallbezogenen Daten übermittelt, obwohl die Verträge in der einrichtungsbezogenen Dokumentation angaben, Personen der Zielgruppe in den Vertrag eingeschlossen zu haben. Bei den Verträgen, die fallbezogene Daten übermittelt haben, wurde ein Abgleich der Anzahl an übermittelten fallbezogenen Datensätzen mit der Anzahl an in der einrichtungsbezogenen Dokumentation angegebenen Personen der Zielgruppe vorgenommen. In der Nullwert-/Vergleichsmessung beläuft sich die Vollzähligkeit der übermittelten Datensätze demnach auf 72,4 % (n = 706) und in der Interventionsmessung auf 69,5 % (n = 1.304).

Darüber hinaus wurden Sozialdatensätze von den Krankenkassen übermittelt, die mit den Falldaten verknüpft wurden. Bei 69,7 % (Nullwert-/Vergleichsmessung: 44,1 % [n = 311], Interventionsmessung: 83,5 % [n = 1.089]) der dokumentierten Fälle konnten die entsprechenden Informationen aus Sozialdaten ergänzt werden.

Das arithmetische Mittel[11] an übermittelten Fällen je Vertrag wurde in der Nullwert-/Vergleichsmessung auf 78,4 Fälle (Median: 74, SD: 36,1) geschätzt. Die kleinste Anzahl (Minimum) beläuft sich hierbei auf 22, die höchste Anzahl (Maximum) auf 151 Fälle. Mit den in den Qualitätsverträgen vereinbarten Maßnahmen versorgt (Interventionsmessung) wurden im Mittel 163 Fälle (Median: 124,

[9] Zur Dokumentation bedurfte es einer Einwilligung der Patientinnen und Patienten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

[10] Zur Durchführung des Vorher-Nachher-Vergleichs wurde vor der Einführung der Intervention bzw. des Qualitätsvertrags in der Regel eine sechsmonatige Nullwertmessung durchgeführt. Abweichend davon wurde bei einigen Fällen eine andere Methode verwendet, indem in einer „Vergleichsmessung" Fälle gleichzeitig in einer Einrichtung erhoben wurden, in der keine Intervention bzw. kein Qualitätsvertrag eingeführt wurde. Diese Möglichkeit stand den Vertragspartnern bis zum 31. Dezember 2023 offen, wurde aber mit dem Änderungsbeschluss vom 31. Januar 2024 zum Beschluss vom 21. Juni 2018 eingestellt. Die Fälle der Vergleichsmessung werden in der nachfolgenden Beschreibung der Population einbezogen, sind aber aufgrund des abweichenden Vorgehens in den weiteren Auswertungen (Vorher-Nachher-Vergleich) ausgeschlossen.

[11] Im Weiteren wird zur Vereinfachung von „Mittel", „Mittelwert" oder „mittlere …" gesprochen, wenn das arithmetische Mittel gemeint ist.

vertraulich

SD: 108,0), bei einem Minimum von 68 und einem Maximum von 381 Fällen. Die kalendarische Verteilung der Fälle (Entlassungsdatum) in Abbildung 4 zeigt naturgemäß zu Beginn im Jahr 2020 nahezu ausschließlich Fälle der Nullwertmessung. Anschließend gibt es ein Aufwachsen an Fällen beider Messzeiträume mit einem Höhepunkt im Jahr 2022, danach einen Abfall und nahezu ausschließlich Fälle der Interventionsmessung im Jahr 2023.

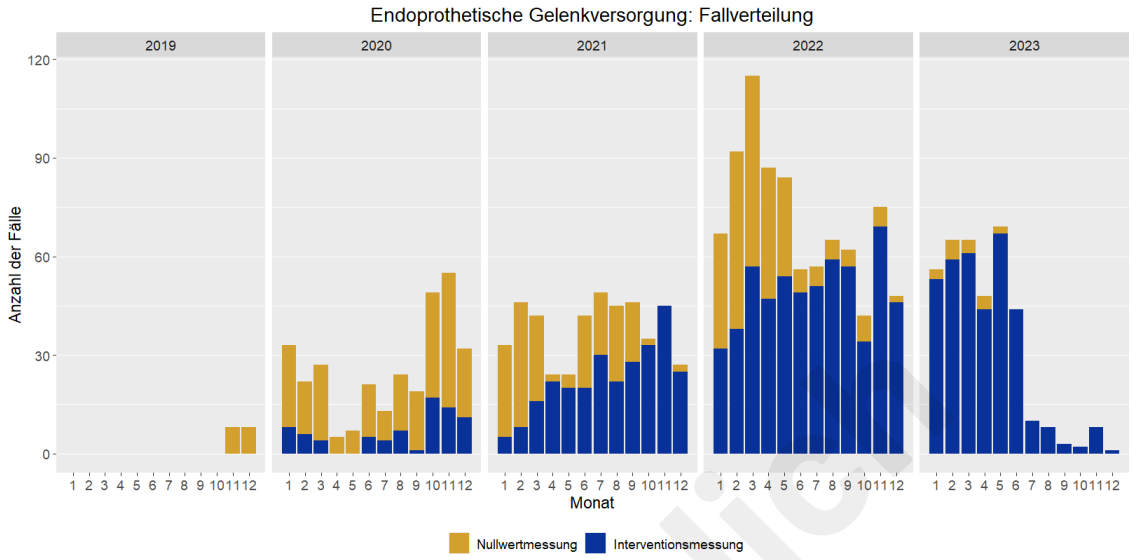


Abbildung 4: Kalendarische Verteilung der Fälle (Endoprothetische Gelenkversorgung), Quelle: Dokumentation

Das mittlere Alter liegt in der Nullwert-/Vergleichsmessung bei 67,5 Jahren (n = 700, Median: 68, SD: 10,6), bei einem Minimum von 24 und einem Maximum von 88 Jahren. In der Interventionsmessung beläuft es sich auf 68,3 Jahre (n = 1.302, Median: 70, SD: 11,0), bei einem Minimum von 12 und einem Maximum von 93 Jahren. Zu insgesamt acht Fällen liegt keine oder eine unplausible Angabe zum Alter vor (Nullwert-/Vergleichsmessung: 6, Interventionsmessung: 2).

Weitere grundlegende Merkmale der Fälle finden sich in Tabelle 9. Der Anteil an Frauen überwiegt im Vergleich zum Anteil an Männern. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten fand nahezu ausschließlich in den Fachabteilungen Orthopädie sowie der Orthopädie und Unfallchirurgie statt. Als Entlassungsgrund wurde vornehmlich die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung oder eine reguläre Beendigung der Behandlung angegeben. Wie in den Tragenden Gründen des G-BA zum Beschluss des Leistungsbereichs als Zielgruppe definiert, wurden fast ausschließlich Patientinnen und Patienten mit elektivem Eingriff eingeschlossen. Dringende Eingriffe oder Notfalleingriffe wurden selten dokumentiert. Drei Viertel der eingeschlossenen Fälle erhielten eine endoprothetische Versorgung der Hüfte, ein Viertel des Knies. Eine endoprothetische Versorgung der Schulter fand nicht statt.

Vertraulich

Tabelle 9: Merkmale der untersuchten Population (Endoprothetische Gelenkversorgung), Quelle: Dokumentation

	Gesamt		Nullwert-/Vergleichsmessung		Interventionsmessung	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	**2.010**	**100,0**	**706**	**100,0**	**1.304**	**100,0**
Geschlecht						
weiblich	1.253	62,4	431	61,1	822	63,1
männlich	754	37,6	274	38,9	480	36,9
divers	0	0,0				
unbestimmt	0	0,0				
fehlende Werte	3		1		2	
Fachabteilung gemäß § 301 Vereinbarung						
Orthopädie	1.712	85,2	632	89,5	1.080	82,8
Orthopädie und Unfallchirurgie	298	14,8	74	10,5	224	17,2
Entlassungsgrund						
Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	4	0,2				
Behandlung regulär beendet	721	35,9	203	28,2	518	39,7
Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	37	1,8	8	1,1	29	2,2
Entlassung in eine Pflegeeinrichtung						
Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	1.237	61,5	490	69,4	747	57,3
Tod						
Verlegung in ein anderes Krankenhaus	7	0,3				
Art des Eingriffs						
elektiver Eingriff	1.996	99,5	699	99,4	1.279	99,5
dringender Eingriff	5	0,2				
Notfalleingriff	6	0,3				
fehlende Werte	3		3		0	

vertraulich

	Gesamt		Nullwert-/Vergleichsmessung		Interventionsmessung	
	n	%	n	%	n	%
Indikationsbereich						
Hüfte	1.535	76,4	540	76,5	995	76,3
Knie	471	23,4	162	22,9	309	23,7
Schulter	0	0,0				
anderer	4	0,2				
Entlassungsdiagnosen (häufigste)						
Koxarthrose, primär, sonstige (M16.1)	1215	60,4	458	64,9	757	58,1
Gonarthrose, primär, sonstige (M17.1)	374	18,6	127	18	247	18,9
Koxarthrose, dysplastisch (M16.3)	88	4,4	19	2,7	69	5,3
Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese (Z96.64)	84	4,2	31	4,4	53	4,1
sonstige sekundäre Koxarthrose (M16.7)	60	3	17	2,4	43	3,3
Vorhandensein einer Kniegelenkprothese (Z96.65)	60	3	22	3,1	38	2,9
mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenkprothese (T84.04)	44	2,2	11	1,6	33	2,5

Hinweis: „Fehlende Werte" werden in die Berechnung der relativen Anteile (%) nicht einbezogen.

Hinweis: Zellen mit gültigen Angaben, die < 4 sind, sind aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt. Dies kann dazu führen, dass weitere Angaben ebenfalls nicht dargestellt sind.

Die Unterschiede in der Verteilung von Merkmalen der untersuchten Population zwischen Nullwert-/Vergleichsmessung und Interventionsmessung sind in der deskriptiven Gesamtschau geringfügig.

vertraulich

Prävention des postoperativen Delirs

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurden vor dem 1. Januar 2022 sieben Verträge geschlossen. In sechs Verträgen[12] wurden 8.516 Fälle dokumentiert[13] und an das IQTIG übermittelt, davon 938 (11,0 %) für die Nullwertmessung sowie 7.578 (89,0 %) für die Interventionsmessung.

Sowohl in der Nullwertmessung als auch der Interventionsmessung hat jeweils ein Vertrag keine fallbezogenen Daten übermittelt, obwohl in der einrichtungsbezogenen Dokumentation angegeben wurde, dass Personen der Zielgruppe in den Vertrag eingeschlossen wurden. Bei den Verträgen, die fallbezogene Daten übermittelt haben, wurde ein Abgleich der Anzahl an übermittelten fallbezogenen Datensätzen mit der Anzahl an in der einrichtungsbezogenen Dokumentation angegebenen Personen der Zielgruppe vorgenommen. In der Nullwertmessung beläuft sich die Vollzähligkeit der Datensätze demnach auf 95,2 % (n = 938) und in der Interventionsmessung auf 104,0 % (n = 7.563). Die kalendarische Verteilung der Fälle (Entlassungsdatum) in Abbildung 5 zeigt naturgemäß zu Beginn im Jahr 2020 überproportional viele Fälle der Nullwertmessung. Anschließend gibt es ein Aufwachsen an Fällen insbesondere der Interventionsmessung mit einem Höhepunkt im Jahr 2022, das sich anschließend fortsetzt.

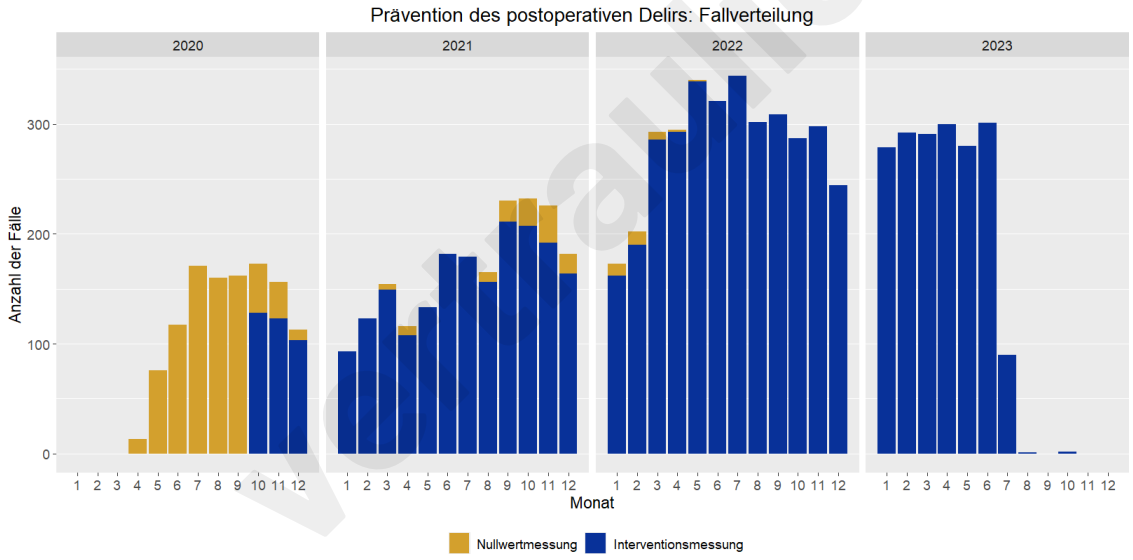


Abbildung 5: Kalendarische Verteilung der Fälle (Prävention des postoperativen Delirs), Quelle: Dokumentation

Darüber hinaus wurden Sozialdatensätze von den Krankenkassen übermittelt, die mit den Falldaten verknüpft wurden. Bei 86,0 % (Nullwertmessung: 86,0 % [n = 806], Interventionsmessung: 89,9 % [n = 6.810]) der dokumentierten Fälle konnten die entsprechenden Informationen aus Sozialdaten ergänzt werden.

[12] Ein Vertrag wurde auf ruhend gestellt, aus diesem wurde insgesamt nur ein Fall für die Nullwertmessung übermittelt. Daher wurde der Vertrag aus den fallbezogenen Analysen ausgeschlossen.
[13] Zur Dokumentation bedurfte es einer Einwilligung der Patientinnen und Patienten gemäß DSGVO.

Vorläufig

Das arithmetische Mittel[14] an übermittelten Fällen je Vertrag beträgt in der Nullwertmessung 187,0 Fälle (Median: 120, SD: 223,0). Die kleinste Anzahl (Minimum) pro Vertrag beläuft sich hierbei auf 17, die höchste Anzahl (Maximum) auf 577 Fälle. Mit den in den Qualitätsverträgen vereinbarten Maßnahmen versorgt (Interventionsmessung) wurden im Mittel 1.263 Fälle (Median: 361, SD: 2.449,0), bei einem Minimum von 15 und einem Maximum von 6.243 Fällen.

Das Alter der dokumentierten Fälle (Personen ab 65 Jahren[15]) liegt im arithmetischen Mittel in der Nullwertmessung bei 77,9 Jahren (n = 938, Median: 78, SD: 6,29), bei einem Minimum von 65 und einem Maximum von 99 Jahren. In der Interventionsmessung beläuft sich das Mittel auf 77,9 Jahre (n = 7.575, Median: 78, SD: 5,93), bei einem Minimum von 65 und einem Maximum von 101 Jahren.

Weitere Charakteristika der Fälle finden sich in Tabelle 10. Der Anteil an Frauen überwiegt im Vergleich zum Anteil an Männern. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten fand insbesondere in den Fachabteilungen Herzchirurgie und Unfallchirurgie statt. Dies spiegelt sich auch in den Entlassungsdiagnosen wider. Die Entlassungsdiagnosen weisen aber auch auf einen hohen Anteil an onkologischen Fällen hin. Als Entlassungsgrund wurde vornehmlich die reguläre Beendigung der Behandlung ohne und mit stationärer Nachbehandlung angegeben oder die Verlegung in ein anderes Krankenhaus. Über 80 % der Fälle wurden im Zusammenhang mit einem elektiven Eingriff versorgt. Insbesondere Notfalleingriffe spielten neben dringenden Eingriffen eine begrenzte Rolle. In der Interventionsmessung ist der Anteil an dringenden Eingriffen und Notfällen insgesamt höher als in der Nullwertmessung.

Es finden sich zwischen Nullwertmessung und Interventionsmessung nur geringfügige Unterschiede in der Verteilung der dargestellten Merkmale.

Tabelle 10: Merkmale der untersuchten Population (Prävention des postoperativen Delirs), Quelle: Dokumentation

	Gesamt		**Nullwert -messung**		**Interventions-messung**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Gesamt	**8.516**	**100,0**	**938**	**100,0**	**7.578**	**100,0**
Geschlecht						
weiblich	4.529	53,7	498	53,8	4.031	53,7
männlich	3.908	46,3	427	46,2	3.481	46,3
divers	0	0,0				
unbestimmt	0	0,0				
fehlende Werte	78		12		66	

[14] Im Weiteren wird zur Vereinfachung von „Mittel", „Mittelwert" oder „mittlere …" gesprochen, wenn das arithmetische Mittel gemeint ist.
[15] In drei Fällen liegt das Alter unter 65 Jahren. Diese gehen nicht in die Auswertung ein.

vertraulich

	Gesamt		Nullwert-messung		Interventions-messung	
	n	%	n	%	n	%
Fachabteilung gemäß § 301 Vereinbarung (ab 12 Fällen in Gesamt)						
Herzchirurgie	1.352	15,9	226	24,1	1126	14,9
Unfallchirurgie	1.016	11,9	63	6,7	953	12,6
Urologie	838	9,8	64	6,8	774	10,2
Allgemeine Chirurgie	816	9,6	108	11,5	708	9,3
Augenheilkunde	657	7,7	67	7,2	590	7,8
Neurochirurgie	643	7,6	73	7,8	570	7,5
Orthopädie	638	7,5	47	5	591	7,8
Kardiologie	536	6,3	105	11,2	431	5,7
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	485	5,7	37	3,9	448	5,9
Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	358	4,2	33	3,5	325	4,3
Orthopädie und Unfallchirurgie	307	3,6	43	4,6	264	3,5
Gefäßchirurgie	275	3,2	29	3,1	246	3,2
Frauenheilkunde	266	3,1	20	2,1	246	3,2
sonstige Fachabteilung	176	2,1	4	0,4	172	2,3
Thoraxchirurgie	94	1,1	9	1,0	85	1,1
Plastische Chirurgie	28	0,3				
Dermatologie	12	0,1				
fehlende Werte	2		0		2	
Entlassungsgrund						
Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	30	0,4	7	0,7	23	0,3
Behandlung regulär beendet	4.880	57,3	542	57,8	4.338	57,2
Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.864	21,9	161	17,2	1.703	22,5
Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	201	2,4	50	5,3	151	2,0
Tod	161	1,9	20	2,1	141	1,9
Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.357	15,9	151	16,1	1.206	15,9

vertraulich

	Gesamt		Nullwert -messung		Interventions-messung	
	n	%	n	%	n	%
Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit	13	0,2	4	0,4	11	0,1
keine Angabe	1		0		1	
Art des Eingriffs						
elektiver Eingriff	7.153	84,9	848	91,8	6.305	84,1
dringender Eingriff	992	11,8	61	6,6	931	12,4
Notfalleingriff	279	3,3	15	1,6	264	3,5
fehlende Werte	91		13		78	
Entlassungsdiagnosen (häufigste)						
I - Krankheiten des Kreislaufsystems (IX)	2204	25,9	354	37,9	1850	24,4
C - Neubildungen (II)	1645	19,3	165	17,6	1480	19,5
M - Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (XIII)	1365	16,0	137	14,7	1228	16,2
S - Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (XIX)	815	9,6	52	5,6	763	10,1
K - Krankheiten des Verdauungssystems (XI)	536	6,3	59	6,3	477	6,3
H - Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde / Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (VII/VIII)	507	6,0	51	5,5	456	6,0
N - Krankheiten des Urogenitalsystems (XIV)	493	5,8	35	3,7	458	6,0
T - Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (XIX)	276	3,2	18	1,9	258	3,4
D - Neubildungen / Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (II/III)	219	2,6	22	2,4	197	2,6
J - Krankheiten des Atmungssystems (X)	145	1,7	11	1,2	134	1,8
G - Krankheiten des Nervensystems (VI)	118	1,4	10	1,1	108	1,4
E - Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (IV)	60	0,7	7	0,7	53	0,7
A - bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (I)	33	0,4	3	0,3	30	0,4

vertraulich

	Gesamt		Nullwert -messung		Interventions-messung	
	n	%	n	%	n	%
L - Krankheiten der Haut und der Unterhaut (XII)	31	0,4	5	0,5	26	0,3
Q - angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (XVII)	22	0,3			22	0,3
Z - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (XXI)	22	0,3				
B - bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (I)	8	0,1				
R - Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (XVIII)	7	0,1			7	0,1
F - psychische und Verhaltensstörungen (V)	4	0,0			4	0,1
fehlende Werte	5		2		3	

Hinweis: „Fehlende Werte" werden in die Berechnung der relativen Anteile (%) nicht einbezogen.

Hinweis: Zellen mit gültigen Angaben, die < 4 sind, sind aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt. Dies kann dazu führen, dass weitere Angaben ebenfalls nicht dargestellt sind.

Mit Blick auf weitere Merkmale der untersuchten Population zeigt Tabelle 11 marginale Unterschiede im Anteil an demenziell Erkrankten zwischen Nullwert- und Interventionsmessung. Auch die Anteile an Fällen mit einer kognitiven Einschränkung oder einer Gebrechlichkeit variieren zwischen den beiden Gruppen geringfügig. Stark voneinander abweichend sind die Anteile hinsichtlich der Durchführung eines entsprechenden Tests.

Tabelle 11: Weitere Merkmale der untersuchten Population (Prävention des postoperativen Delirs), Quelle: Dokumentation

	Gesamt		Nullwert-messung		Interventions-messung	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	**8.516**	**100,0**	**938**	**100,0**	**7.578**	**100,0**
Demenz						
liegt vor	248	2,9	18	1,9	230	3,1
fehlende Werte	85		13		72	

vertraulich

	Gesamt		Nullwert-messung		Interventions-messung	
	n	%	n	%	n	%
kognitive Einschränkung						
Test durchgeführt	5.611	66,6	791	85,9	4.820	64,3
fehlende Werte (Test durchgeführt)	96		16		80	
kognitive Einschränkung liegt vor	2.268	40,3	299	37,7	1.969	40,8
Gebrechlichkeit (*frailty*)						
Test durchgeführt	5.536	65,7	735	79,5	4.801	64,0
fehlende Werte (Test durchgeführt)	86		13		73	
Gebrechlichkeit liegt vor	3.476	62,5	509	67,7	2.967	61,7

Respiratorentwöhnung

Im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung wurden vor dem 1. Januar 2022 insgesamt 21 Verträge geschlossen. In zwei Verträgen wurden Patientinnen bzw. Patienten unter den vereinbarten Bedingungen und Maßnahmen des jeweiligen Qualitätsvertrags versorgt. Insgesamt sind hierzu acht Fälle dokumentiert; pro Vertrag vier Fälle. Neben diesen Fällen wurde ein Fall eines weiteren Vertrags im Rahmen der Nullwertmessung dokumentiert. Unter anderem liegt dies nach Informationen aus den vertiefenden Interviews daran, dass die in den Verträgen definierte Zielgruppe – Patientinnen und Patienten der außerklinischen Beatmung – bislang kaum in die teilnehmenden Einrichtungen aufgenommen wurden, sondern erst mit Einführung des Qualitätsvertrags. Bei gleichzeitig geringen Fallzahlen insgesamt in diesem Leistungsbereich ergibt sich das Fehlen der Vergleichsfälle. In der Folge kann der vorgesehene Vorher-Nachher-Vergleich im Rahmen dieses Berichts nicht durchgeführt werden, sodass keine mittelbaren Effekte bzw. Effekte auf die Versorgungsqualität durch Qualitätsverträge in diesem Leistungsbereich untersucht werden können. Der singuläre Fall aus der Nullwertmessung wird in die weiteren deskriptiven Auswertungen nicht einbezogen.

Das Alter der Patientinnen und Patienten liegt im Mittel bei 67,1 Jahren (n = 8), wobei Minimum und Maximum bei 48 und 81 Jahren liegen. Insgesamt wurden 3 Patientinnen und 5 Patienten behandelt. Hiervon wiesen 6 prolongiertes Weaning[16] auf, bei invasiver Beatmung von 2 Personen. Die Behandlung fand ausschließlich in Fachabteilungen für Pneumologie statt. Der Entlassungsgrund war entweder das reguläre Ende der Behandlung (n = 5) oder eine Entlassung in eine Pflegeeinrichtung (n = 3). Die Hälfte der Versorgten (n = 4) wurde in die außerklinische Beatmung entlassen.

[16] Prolongiertes Weaning: Patientinnen/Patienten mit mehr als drei Spontanatmungsversuchen oder mehr als sieben Tagen vom ersten Spontanatmungsversuch bis zum erfolgreichen Weaning.

vertraulich

Menschen mit Behinderungen

Im Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen wurde vor dem 1. Januar 2022 insgesamt ein Vertrag geschlossen. Hierin sind 249 Fälle dokumentiert. Für die Nullwertmessung wurden 29 (11,6 %) und für die Interventionsmessung 220 (88,4 %) Fälle dokumentiert.

Das Alter der dokumentierten Patientinnen und Patienten liegt im Mittel bei 47,0 Jahren (n = 247, Median: 46, SD: 17,55), wobei Minimum und Maximum bei 18 und 91 Jahren liegen. Die Patientinnen und Patienten weisen zu 77,7 % (n = 167) die in den Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses dargelegte Definition von Behinderung auf.[17] Die Behandlung fand in den Fachabteilungen Neurologie (59,4 %, n = 148), Allgemeine Psychiatrie (23,3 %, n = 58), Innere Medizin (12,9 %, n = 32), Geriatrie (2,8 %, n = 7) und Allgemeine Chirurgie (1,6 %, n = 4) statt. Der größte Teil, 94,0 % (n = 234) der Patientinnen und Patienten, wurde regulär entlassen.

4.5 Standardisierte Befragung

Die standardisierte Befragung wurde an die jeweiligen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der teilnehmenden Einrichtungen versandt. Insgesamt wurden 61 Einrichtungen kontaktiert (Tabelle 12). Den Fragebogen vollständig bearbeitet haben knapp 70 % der angeschriebenen Krankenhäuser sowie alle kontaktierten Krankenkassen.

Tabelle 12: Teilnahme an der standardisierten Befragung

	Krankenhaus		Krankenkasse	
	n	%	n	%
angeschriebene Einrichtungen	43	100, 0	19	100, 0
teilnehmende Einrichtungen	29	67,4	19	100, 0

Die Teilnahmequoten der Krankenhäuser unterscheiden sich zwischen den Leistungsbereichen: Den Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen ausgenommen, verzeichnete die höchste Teilnahmequote der Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs (85,7 %, n = 6, N = 7) gefolgt vom Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung (64,3 %, n = 9, N = 14) und stationäre Respiratorentwöhnung (61,9 %, n = 13, N = 21).

[17] Vorliegen der Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1) ODER Vorliegen einer geistigen Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1) ODER Vorliegen einer schweren körperlichen oder seelischen Behinderung, qualifiziert mit einem GdB 70 bis 100 UND Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe ODER Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zum Ausschluss von Altersdemenzen muss die Einstufung in einem Pflegegrad bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahres erfolgt sein.

vertraulich

Tabelle 13: Verteilung der Teilnehmenden nach Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung

Leistungsbereich	Gesamt		Krankenhaus		Krankenkasse	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	48	100,0	29	100,0	19	100,0
Endoprothetische Gelenkversorgung	17	35,4	9	31,0	8	42,1
Prävention des postoperativen Delirs	13	27,1	6	20,7	7	36,8
Respiratorentwöhnung	16	33,3	13	44,8	3	15,8
Menschen mit Behinderungen	2	4,2	1	3,4	1	5,3

Die Verteilung abgeschlossener Befragungen auf die einzelnen Leistungsbereiche zeigt Tabelle 13. Hieraus wird ersichtlich, dass in den Leistungsbereichen Menschen mit Behinderungen und Respiratorentwöhnung die Anzahl an verfügbaren Datensätzen begrenzt ist, wodurch leistungsbereichsspezifische Aussagen eingeschränkt sind. Im Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen wurde zudem von einer leistungsbereichsspezifischen Auswertung von Befragungsdaten mit Blick auf den Schutz einrichtungs-/vertragsbezogener Angaben abgesehen. Für den Leistungsbereich Respiratorentwöhnung gilt dies in Bezug auf die Befragungsdaten der Krankenkassen. Die entsprechenden Befragungsdaten werden daher nicht leistungsbereichsspezifisch ausgewertet, fließen jedoch in die Gesamtbetrachtung ein.

Im Rahmen der erneuten Kontaktaufnahme im März 2024 wurden die 16 Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Krankenhäuser kontaktiert, die bis zu diesem Zeitpunkt nicht an der Befragung teilgenommen hatten. Es begründeten sieben von ihnen ihre Nichtteilnahme näher: Als zentraler Grund wurde eine fehlende oder stark eingeschränkte Umsetzung des jeweiligen Qualitätsvertrags genannt. Während der Vertragslaufzeit konnten keine oder nur eine sehr geringe Anzahl an Patientinnen und Patienten in den Vertrag eingeschlossen werden. Eine Klinik verwies darauf, dass die für die Umsetzung des Qualitätsvertrags zuständige Person ausgeschieden war und eine Teilnahme an der Abschlussbefragung daher nicht möglich ist.

Insgesamt wurde die standardisierte Befragung von 34 Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern der Krankenhäuser bearbeitet. Nach Abschluss der Erhebung lagen 29 vollständig ausgefüllte Fragebögen vor; nur diese wurden in die Auswertung einbezogen.

vertraulich

4.6 Vertiefende Interviews

Insgesamt wurden 14 Interviews geführt (Tabelle 14). Es bedienten 2 Vertretende der Krankenkassen jeweils 2 Interviews, wodurch mit insgesamt 12 Personen die 14 Interviews geführt wurden; hiervon 8 Vertretende der Krankenhäuser und 4 Vertretende der Krankenkassen.

Bei der Rekrutierung mussten 4 Personen nachrekrutiert werden. Durch die geringe Anzahl an abgeschlossenen Qualitätsverträgen war in der Nachrekrutierung die Einhaltung der Auswahlkriterien (Abschnitt 2.8) nicht immer möglich, was zu Verschiebungen des ursprünglich geplanten Samples führte: In den Leistungsbereichen Prävention des postoperativen Delirs und Endoprothetische Gelenkversorgung konnte kein Vertrag aus dem Bereich der Grund- und Regelversorgung einbezogen werden. Im Vertrag des Leistungsbereichs Menschen mit Behinderungen konnte keine Vertreterin bzw. kein Vertreter der Krankenkasse befragt werden.

Tabelle 14: Vertiefende Interviews (Verteilung auf die Leistungsbereiche und Einrichtungen)

Leistungsbereich	Anzahl Interviews		
	Gesamt	Krankenhaus	Krankenkasse
	n	n	n
Gesamt	14	8	6
Endoprothetische Gelenkversorgung	4	2	2
Prävention des postoperativen Delirs	4	2	2
Respiratorentwöhnung (Verträge mit Patientinnen/Patienten)	2	1	1
Respiratorentwöhnung (Verträge ohne Patientinnen/Patienten)	3	2	1
Menschen mit Behinderungen	1	1	-

Die Dauer der Interviews lag zwischen 13 und 87 Minuten (mittlere Dauer: 49 Minuten).

vertraulich

4.7 Berichte

Nachfolgend wird die Verfügbarkeit von Informationen aus Berichten kurz beschrieben.

Zwischenberichte

Der Anteil an eingegangenen Zwischenberichten liegt insgesamt bei knapp 90 %. Es zeigen sich Unterschiede zwischen den Berichtsjahren (Tabelle 15).

Tabelle 15: Zwischenberichte

Berichtsjahr	erwartete Berichte	eigegangene Berichte	
	n	n	%
Gesamt	143	128	89,5
2019	7	6	85,7
2020	29	29	100,0
2021	35	32	91,4
2022	37	35	94,4
2023	35	26	74,3

Endberichte

Bei sechs Qualitätsverträgen war die Erstellung eines Endberichts erforderlich, um aggregierte Angaben zu den von den Vertragspartnern eigens entwickelten Evaluationskennziffern an das IQTIG zu übermitteln. Von dieser Übermittlungspflicht ausgenommen wurden Verträge mit keinen oder sehr geringen Fallzahlen, bei denen eine Aggregation der Daten keine hinreichend belastbaren Aussagen erlaubt und das Risiko verzerrender Schlussfolgerungen erhöht hätte. Insgesamt übermittelten zwei Drittel der berichtspflichtigen Verträge einen entsprechenden Bericht.

Da die jeweiligen Evaluationskennziffern im vorliegenden Berichtszeitraum jeweils nur in einem einzigen Vertrag Anwendung finden, ist eine Zusammenführung dieser Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll. Für den Abschlussbericht zeichnet sich indes ab, dass mehrere Verträge aus den Leistungsbereichen Menschen mit Behinderungen und Respiratorentwöhnung identische Kennziffern verwenden. Dies eröffnet die Perspektive einer zusammenführenden und vergleichenden Auswertung im Abschlussbericht, die fachlich aufschlussreich und methodisch sinnvoll sein dürfte.

Vertraulich

5 Ergebnisse der Analysen

Der Ergebnisteil des Berichts gliedert sich in drei Abschnitte, die die Fragengruppen aus Abschnitt 3.3 widerspiegeln. Im ersten Abschnitt (A) wird die Umsetzung von Qualitätsverträgen gemäß § 110a SGB V in der stationären Versorgung beleuchtet – mit Blick auf die Durchdringung in der stationären Versorgung, die beteiligten Einrichtungen, die Entwicklung und Ausgestaltung der Verträge sowie deren Umsetzung. Der zweite und dritte Abschnitt widmen sich den Effekten durch die Einführung der Verträge, die, soweit vorgesehen, anhand eines Vorher-Nachher-Vergleich analysiert werden. Dabei werden zunächst unmittelbare Effekte (B) in den Blick genommen – etwa Veränderungen in der Personalstruktur sowie in der Struktur- und Prozessqualität –, bevor abschließend mittelbare Effekte (C) analysiert werden, beispielsweise hinsichtlich der Ergebnisqualität oder des wahrgenommenen Nutzens.

A Wie gestaltet sich die Umsetzung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung?

Die nachfolgenden Abschnitte beleuchten zunächst die Durchdringung von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V in der stationären Versorgung (A.1). Daran anschließend werden die Merkmale der Krankenhäuser beschrieben, die Qualitätsverträge abgeschlossen haben, einschließlich ihrer regionalen Verteilung (A.2). Den Abschluss der Fragengruppe A bildet schließlich eine Betrachtung der Ausgestaltung und konkreten Umsetzung der Verträge (A.3).

A.1 Wie verbreitet sind Qualitätsverträge in der stationären Versorgung?

Gemäß der Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung können ab dem 1. August 2018 Qualitätsverträge abgeschlossen werden. Erste Projektpläne zu Qualitätsverträgen gingen ab Januar 2019 beim IQITG ein. Insgesamt wurden 44 Projektpläne zu Verträgen, deren Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 liegt, beim IQTIG eingereicht. Alle eingereichten Projektpläne erfüllten am Ende des Prüfprozesses die Mindestanforderungen an die Evaluation und wurden durch das IQTIG freigegeben. Zu einem der freigegebenen Projektpläne wurde der entsprechende Qualitätsvertrag nicht abgeschlossen, weil der Vorschlag der Krankenkasse, die Zahlung des Anreizes in Abhängigkeit zur Qualität vorzunehmen (*pay for erformance*), vom Leistungserbringer abgelehnt wurde. Insgesamt wurden demnach 43 Qualitätsverträge registriert, davon fast die Hälfte im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (Tabelle 16).

Vertraulich

Tabelle 16: Anzahl der Qualitätsverträge pro Leistungsbereich, Quelle: Datenbank Qualitätsverträge

Leistungsbereich	n	%
Gesamt	43	100,0
Respiratorentwöhnung	21	48,8
Endoprothetische Gelenkversorgung	14	32,6
Prävention des postoperativen Delirs	7	16,3
Menschen mit Behinderungen	1	2,3

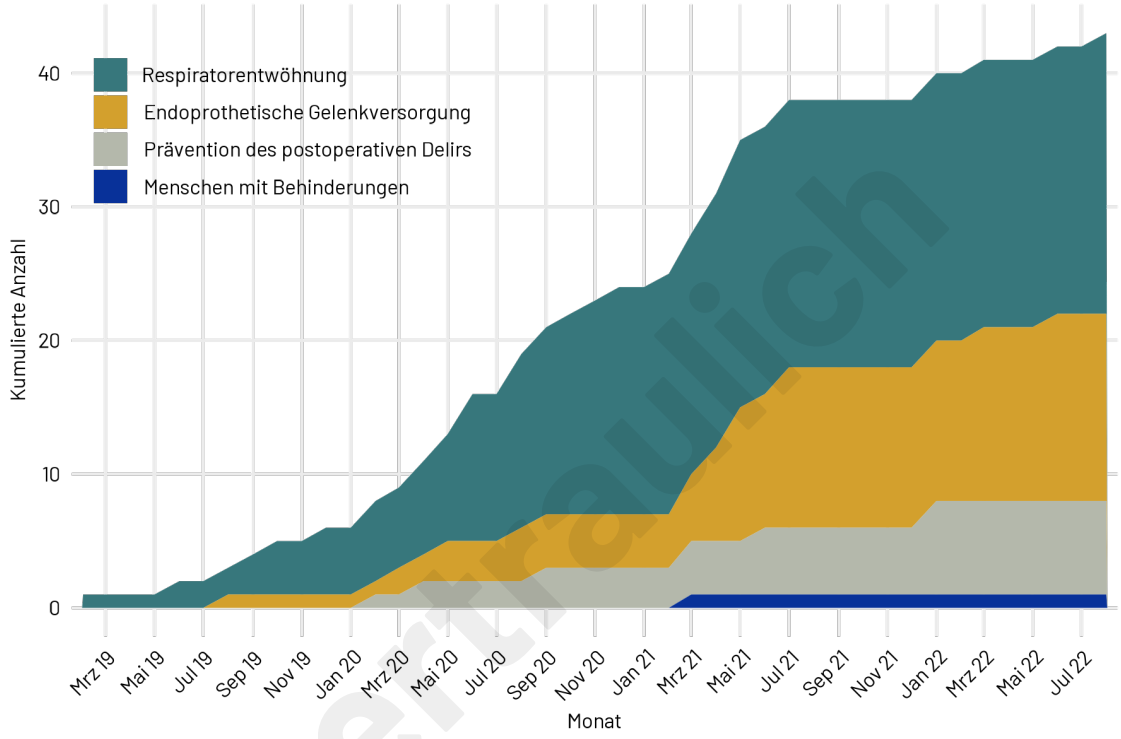


Abbildung 6: Kumulierte Anzahl der registrierten Qualitätsverträge pro Monat nach Leistungsbereichen (März 2019 bis Juli 2022), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge

Auf Grundlage der Auswertungen von Daten der Datenbank Qualitätsverträge zeigt Abbildung 6, dass die meisten Qualitätsverträge (41,9 %, n = 18) im Jahr 2020 registriert wurden. Im Jahr 2021 waren es 32,6 % (n = 14) und im Jahr 2019 14,0 % (n = 6) der Verträge mit Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022. Im Jahr 2022 wurden nochmals 11,6 % (n = 5) Verträge registriert, deren Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 lag. In den Jahren 2019 und 2020 wurden die meisten Qualitätsverträge im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung, im Jahr 2021 im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung registriert.

Sechs Qualitätsverträge wurden während ihrer regulären Laufzeit gekündigt (14,0 %), davon fünf im Jahr 2021 und einer im Jahr 2023. Fünf der gekündigten Verträge stammen aus dem Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung, einer aus dem Bereich Prävention des posto-

Vertraulich

perativen Delirs. Als Gründe wurden genannt: nicht durchgeführte Datenerhebungen und –übermittlungen zur Nullwertmessung in den Kliniken (n = 3); der für den Qualitätsvertrag zuständige Mitarbeiter des Leistungserbringers hat das Haus verlassen (n = 1); kein weiterer Aufbau der Fast-Track-Endoprothetik durch das Krankenhaus geplant (n = 1); hoher Aufwand bei der Datenübermittlung (n = 1). Durch die standardisierte Befragung wird als Kündigungsgrund ein nicht vorhandenes Patientenaufkommen für den Qualitätsvertrag (n = 1) genannt.

Insgesamt haben 1.629 Krankenhäuser im Jahr 2021 QB der Krankenhäuser erstellt und 43 Krankenhäuser einen Qualitätsvertrag in einem der vier Leistungsbereiche abgeschlossen. Betrachtet man nicht nur die Verträge, deren Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 liegt, sondern die mit Stand 31. Dezember 2025 geschlossenen Verträge aller acht Leistungsbereiche, haben 154 Krankenhäuser einen Qualitätsvertrag abgeschlossen. Bei den Krankenkassen sind gemäß Stand 15. Dezember 2021 28,2 % (n = 29) und gemäß Stand 31. Dezember 2025 91,5 % (n = 86) aller Krankenkassen an mindestens einem Qualitätsvertrag beteiligt (BMG 2021, BMG 2025).

An den 43 Qualitätsverträgen, deren Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 liegt, sind insgesamt 43 Krankenhäuser und 55 Krankenkassen beteiligt (Stand 31. Dezember 2025). 40 Krankenhäuser mit einem Vertrag sind an einem Qualitätsvertrag beteiligt, 3 Krankenhäuser sind jeweils an 2 Qualitätsverträgen beteiligt. Von den insgesamt 55 Krankenkassen, die an Qualitätsverträgen beteiligt sind, haben 8 Krankenkassen die Federführung beim Abschluss des Vertrags übernommen, davon hat eine Krankenkasse die Federführung für 23 Qualitätsverträge inne. 47 Krankenkassen sind ausschließlich als beigetretene Krankenkassen an Qualitätsverträgen beteiligt.

Abbildung 7 bezieht sich auf die Anzahl von Qualitätsverträgen und die jeweilige Häufigkeit je Krankenkasse. An nur einem Qualitätsvertrag sind 27,3 % (n = 15) der Krankenkassen beteiligt. Des Weiteren sind 16,4 % (n = 9) der Krankenkassen an 3 Qualitätsverträgen und 10,9 % (n = 6) an 2 Qualitätsverträgen beteiligt.

vertraulich

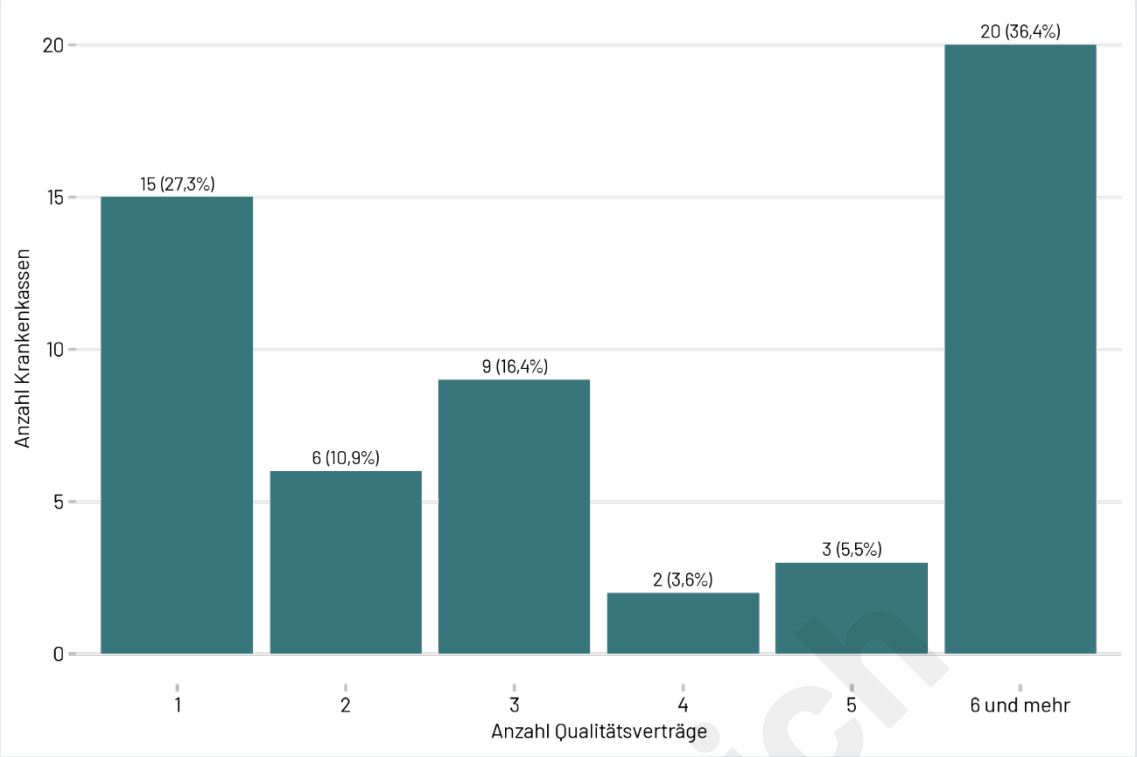


Abbildung 7: Anzahl der Qualitätsverträge pro Krankenkasse (federführend und beigetreten), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge

Im Durchschnitt ist eine Krankenkasse an 7,31 Qualitätsverträgen beteiligt (n = 55, Min: 1, Max: 24, Median: 3, SD: 7,41). Der Mehrzahl der Qualitätsverträge (67,4 %, n = 29) ist mindestens eine weitere Krankenkasse beigetreten.

Es gibt eine große Spannweite bei der Anzahl an Krankenkassen pro Leistungsbereich und damit an beigetretenen Krankenkassen pro Qualitätsvertrag. Qualitätsverträge in der Endoprothetischen Gelenkversorgung weisen bis auf einen Ausreißer eine sehr geringe Anzahl an Beitritten von Krankenkassen auf: Nur 3 von 14 Qualitätsverträgen können Beitritte von Krankenkassen verzeichnen, davon 2 Qualitätsverträge einen Beitritt und ein Qualitätsvertrag 22 Beitritte (n = 3, Min: 1, Max: 22, M: 8, Median: 1). Eine hohe Anzahl an beigetretenen Krankenkassen findet sich im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (n = 20, Min: 4, Max: 18, M: 14,9, Median: 17,5), eine moderate Anzahl an Krankenkassen-Beitritten im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs (n = 5, Min: 1, Max: 18, M: 5,8, Median: 4).

Eine zeitliche Aufschlüsselung der Qualitätsverträge nach der Anzahl der jeweils beigetretenen Krankenhäuser und Krankenkassen ist für Verträge mit Beginn vor dem 1. Januar 2022 auf der vorliegenden Datengrundlage nicht möglich. Untersucht man spätere Zeitverläufe auf diesen Aspekt hin, zeigt sich zu den bis zum 31. Mai 2025 registrierten Qualitätsverträgen, dass sich die Unterschiede in der Anzahl an Krankenkassen je Leistungsbereich nicht verstetigt haben (Anhang E). Darüber hinaus ist ersichtlich, dass die Beitritte von Krankenkassen zu Qualitätsverträgen im zeitlichen Verlauf zwischen den Leistungsbereichen variieren. Jeder Leistungsbereich kann hierbei

vertraulich

einen sprunghaften Anstieg der Krankenkassen-Beitritte verzeichnen. Im Bereich der Endoprothetischen Gelenkversorgung von März zu April 2024 (Anstieg von 51 auf 65 Krankenkassen), bei der Prävention des postoperativen Delirs von Oktober zu November 2023 (Anstieg von 11 auf 26 Krankenkassen), bei der Respiratorentwöhnung zwischen Januar und März 2023 (Anstieg von 29 auf 34 Krankenkassen) und bei den Menschen mit Behinderungen zwischen September und Oktober 2022 (Anstieg von 4 auf 9 Krankenkassen) und zwischen Juni und Juli 2024 (Anstieg von 17 auf 29 Krankenkassen). Der Verlauf der registrierten Qualitätsverträge und beteiligten Krankenhäuser entwickelt sich erwartungsgemäß analog, wobei ab dem 1. Januar 2022 nur in den Leistungsbereichen Endoprothetische Gelenkversorgung und Prävention des postoperativen Delirs eine nennenswerte Zunahme der Registrierungen von Qualitätsverträgen zu verzeichnen ist.

A.2 Wer sind die Vertragspartner der Qualitätsverträge und wie lassen sich diese charakterisieren?

Vergleicht man die mittlere Bettenzahl, die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten und Pflegkräften von Krankenhäusern, die im Jahr 2021 einen Qualitätsbericht erstellt haben, mit Krankenhäusern mit einem Qualitätsvertrag zeigt sich, dass tendenziell eher größere Einrichtungen mit einer entsprechend höheren Bettenanzahl bzw. breiterer Personalausstattung Qualitätsverträge abschließen. Auch das Mittel für die Anzahl vollstationärer Behandlungen und insbesondere ambulanter Behandlungen ist bei Krankenhäusern mit Qualitätsverträgen höher als bei den Krankenhäusern insgesamt (Tabelle 17).

Tabelle 17: Betten, Fachabteilungen, Personal und Behandlungen von Krankenhäusern mit Qualitätsverträgen und Krankenhäusern, die einen Qualitätsbericht erstellt haben, Quelle: Qualitätsberichte

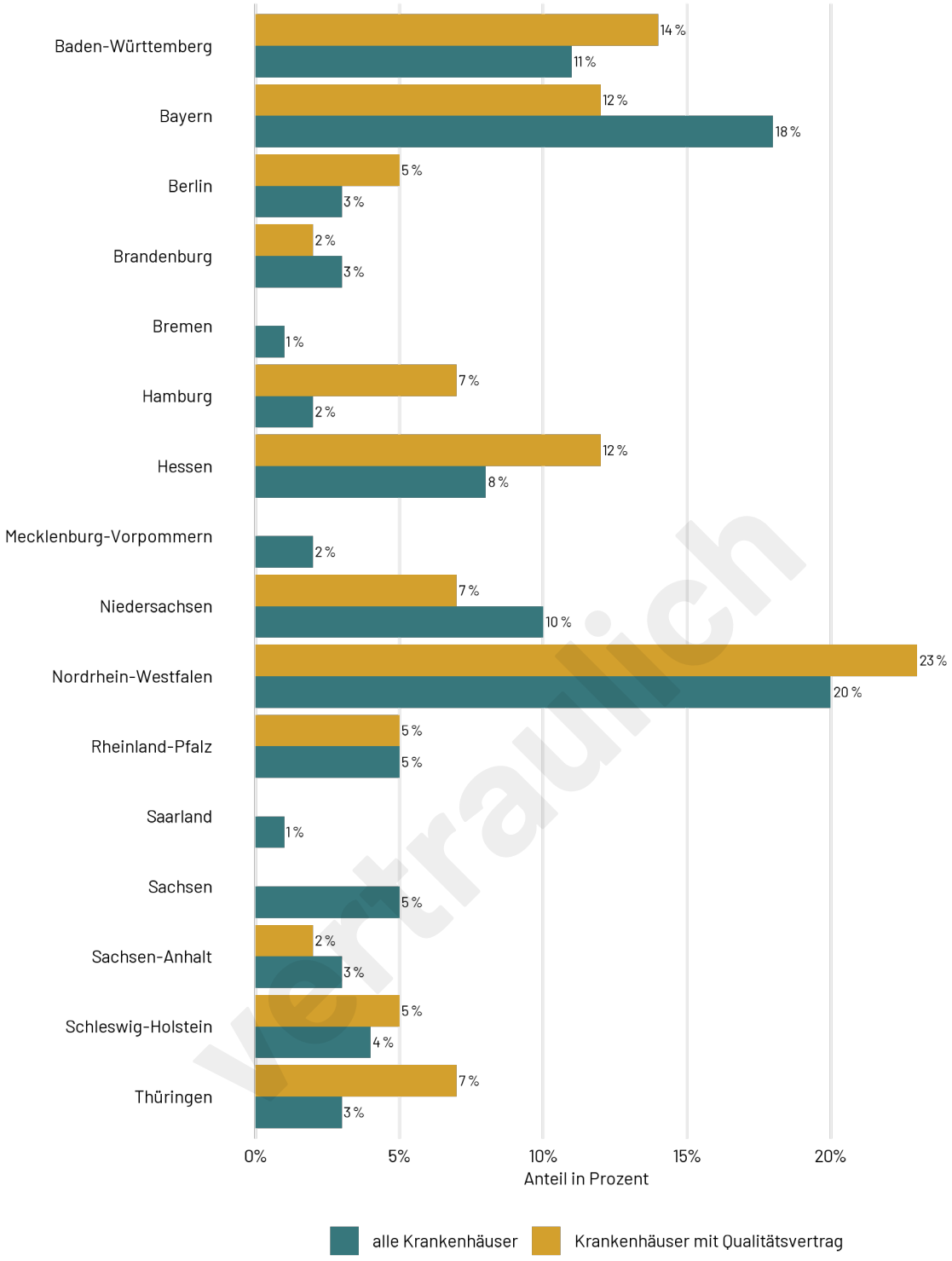
	Krankenhäuser mit Qualitätsbericht N = 1.629		Krankenhäuser mit Qualitätsvertrag N = 43	
	M (SD)	Median	M (SD)	Median
Betten	282 (291)	199	340 (245)	241
Fachabteilungen	9 (10)	6	11 (12)	6
Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte	341 (356)	231	507 (497)	335
vollstationäre Behandlungen	10.541 (12.708)	6.461	14.457 (18.115)	7.747
ambulante Behandlungen	29.875 (75.249)	12.605	61.796 (229.379)	22.198

Dies bestätigt auch die Betrachtung der 75%-Quantile: Bei der Anzahl der Betten bei Krankenhäusern mit Qualitätsverträgen liegt dieses bei 502, während es bei allen Krankenhäusern bei 395 liegt. Bei der personellen Ausstattung zeigt sich ein ähnliches Bild; hier liegt das 75%-Quantil bei Krankenhäusern mit Qualitätsverträgen bei 709 und bei allen Krankhäusern bei 469.

vertraulich

Abbildung 8 gibt für jedes Bundesland den Anteil an Krankenhäusern mit Qualitätsvertrag bezogen auf alle Krankenhäuser mit Qualitätsvertrag in Deutschland wieder. Im Vergleich dazu ist der Anteil aller Krankenhäuser (mit für das Jahr 2021 vorliegendem Qualitätsbericht) für jedes Bundesland bezogen auf alle Krankenhäuser in Deutschland dargestellt. Hieraus lässt sich eine Überrepräsentation von Krankenhäusern mit Qualitätsvertrag in Baden-Württemberg, Hamburg, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Schleswig-Holstein und Thüringen ableiten. In Niedersachsen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Bayern wurden gemessen an der Gesamtzahl der Krankenhäuser hingegen weniger Qualitätsverträge abgeschlossen. In Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und im Saarland wurden keine Qualitätsverträge abgeschlossen. Abbildung 9 zeigt ergänzend die regionale Lage der einzelnen teilnehmenden Krankenhäuser.

vertraulich



vertraulich

Abbildung 8: Anteil aller Krankenhäuser mit Qualitätsvertrag pro Bundesland (gelb) und Anteil aller Krankenhäuser insgesamt pro Bundesland (grün), Quelle: Qualitätsberichte

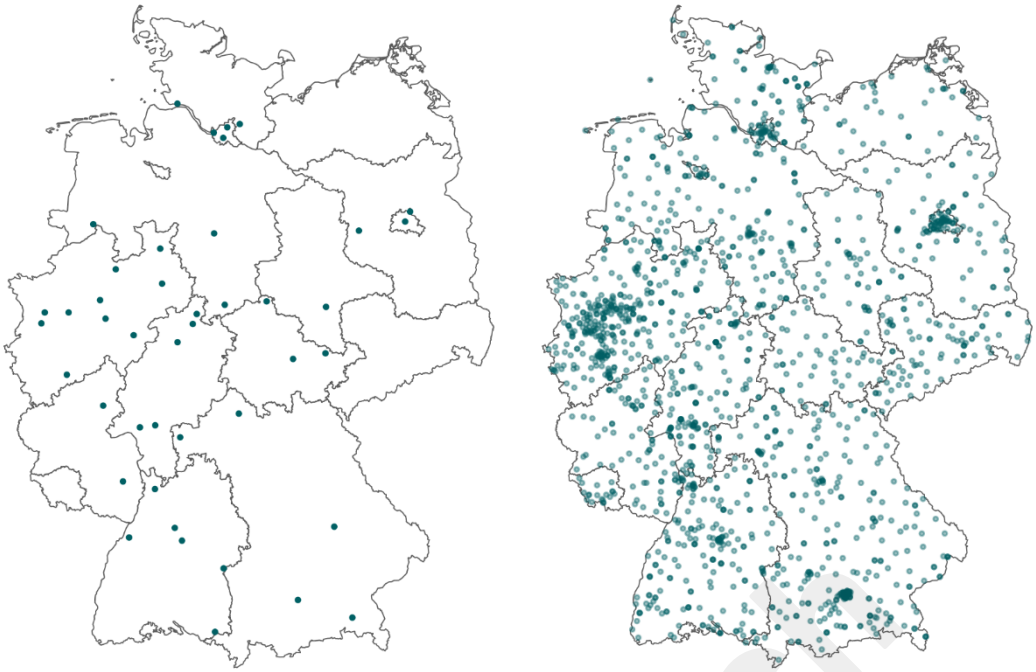


Abbildung 9: Standorte der Krankenhäuser mit Qualitätsvertrag (links) und Standorte insgesamt (rechts), Quelle: Qualitätsberichte

Vertraulich

A.3 Wie werden Qualitätsverträge in der stationären Versorgung umgesetzt?

Die nachfolgenden Abschnitte beleuchten die Entstehung und Ausgestaltung von Qualitätsverträgen in mehreren Dimensionen. Zunächst wird nachgezeichnet, wer die Vertragsinhalte entwickelt hat, welche Motive zum Vertragsabschluss geführt haben und von wem die Initiative ausgegangen ist. Ergänzend wird erörtert, ob bestimmte Anforderungen eine Voraussetzung für den Abschluss eines Vertrags darstellten und in welchem Maße abgeschlossene Verträge weiterentwickelt wurden. Anschließend wird dargelegt, auf welcher inhaltlichen Grundlage die Vereinbarungen beruhen, wie die Anreizmechanismen ausgestaltet sind und welche innovativen Versorgungsansätze vereinbart wurden. Darauf aufbauend wird die Umsetzung der Verträge hinsichtlich Laufzeit und Umsetzungsgrad beschrieben. Abschließend wird die Umsetzbarkeit aus Perspektive der Vertragspartner beleuchtet.

Entwicklung und Abschluss von Qualitätsverträgen

Mit Blick auf die Gründe für den Abschluss von Qualitätsverträgen zeigten sich beim Vergleich der Ergebnisse der Krankenhäuser mit den Krankenkassen aus der standardisierten Befragung in einigen Punkten Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede (Abbildung 10). Am häufigsten nannten die Befragten beider Institutionen die Einführung von neuen, qualitätsfördernden Leistungen und das Ausschöpfen des bestehenden Verbesserungspotenzials. Wobei diese Gründe für Krankenkassen eine stärkere Rolle für den Abschluss von Qualitätsverträgen spielten als für Krankenhäuser. In

der Häufigkeit der Nennung folgte der Grund, die eigene Institution stärker in der Qualitätsförderung zu etablieren. Hier zeigten sich nur leichte Unterschiede zwischen den Institutionen. Das Bestreben, bestehende Versorgungsstrukturen durch die Verträge zu verändern, nannte jeweils rund ein Drittel der Befragten. Einen finanziellen Ausgleich für bereits in der bisherigen Versorgung erbrachte, qualitativ hochwertige Leistungen hatte für die befragten Krankenhäuser mit rund 40 % eine hohe Relevanz. Dem steht ein Anteil von rund 10 % der befragten Krankenkassen gegenüber.

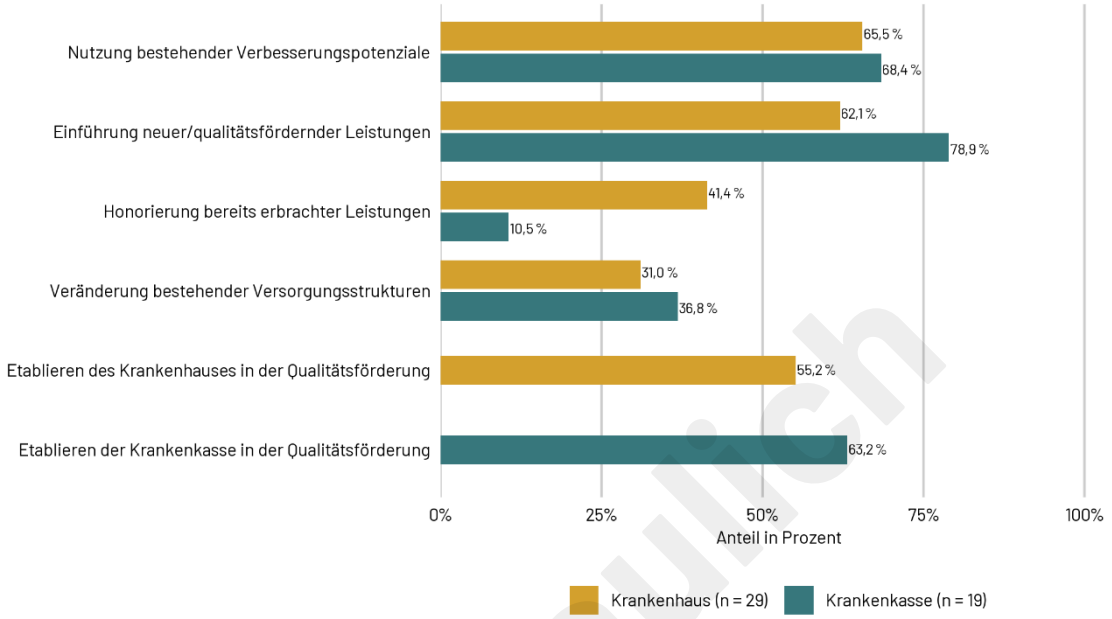


Abbildung 10: Intentionen, Motivationen und Auslöser zur Entwicklung und zum Abschluss eines Qualitätsvertrags (Mehrfachantwort möglich), Quelle: stand. Befragung

Aus den offenen Antworten (n = 3) der standardisierten Befragung gehen weitere spezifische Gründe für die Entwicklung und den Abschluss von Qualitätsverträgen hervor. Es wurden die Senkung der Inzidenz gesundheitlicher Störungen und die Verkürzung der Erkrankungsdauer genannt. Ebenfalls wurde als Intention beschrieben, bereits ein etabliertes, zertifiziertes Zentrum mit überregionalem Ruf im betreffenden Leistungsbereich zu sein. Ergänzend wurde die Motivation genannt, finanzielle Ressourcen gezielt einzusetzen, anstatt sie zurück in den Gesundheitsfonds fließen zu lassen.

Betrachtet man die Antworten auf Leistungsbereichsebene differenziert nach Institution, sofern jeweils mindestens drei Organisationen geantwortet haben, stellen sich die Ergebnisse heterogen dar (Tabelle 18).

vertraulich

Tabelle 18: Intentionen, Motivationen und Auslöser zur Entwicklung und zum Abschluss eines Qualitätsvertrags nach Leistungsbereich (Mehrfachantwort möglich), Quelle: stand. Befragung

	Endoprothetische Gelenkversorgung				Prävention des postoperativen Delirs				Respirator-entwöhnung	
	Krankenhaus		Krankenkasse		Krankenhaus		Krankenkasse		Krankenhaus	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamt	9	-	8	-	6	-	7	-	13	-
Nutzung bestehender Verbesserungspotenziale	8	88,9	5	62,5	5	83,3	5	71,4	5	38,5
Einführung neuer/qualitätsfördernder Leistungen	8	88,9	6	75,0	6	100,0	5	71,4	5	23,1
Honorierung bereits erbrachter Leistungen	6	66,7	1	12,5	2	33,3	1	14,3	1	30,8
Veränderung bestehender Versorgungsstrukturen	0	0,0	3	37,5	4	66,7	1	14,3	1	38,5
Etablieren des Krankenhauses in der Qualitätsförderung	2	22,2			6	100,0			3	53,8
Etablieren der Krankenkasse in der Qualitätsförderung			6	75,0			3	42,9		

vertraulich

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurden von allen befragten Krankenhäusern (100,0 %, n = 6) die Einführung neuer qualitätsfördernder Leistungen und die Etablierung des Krankenhauses im Bereich der Qualitätsförderung als Intentionen zum Abschluss eines Qualitätsvertrags genannt. Ebenfalls häufig wurde das Ausschöpfen von bestehenden Verbesserungspotenzialen (83,3 %, n = 5) als Motivationsgrund angegeben. Ähnliche Auslöser lagen bei den befragten Krankenhäusern im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung (n = 9) vor. Hier wurden die Nutzung von bestehenden Verbesserungspotenzialen (88,9 %, n = 8) und die Einführung neuer qualitätsfördernder Leistungen (88,9 %, n = 8) von den Befragten am häufigsten angeführt. Bestehende Versorgungsstrukturen zu verändern, spielte bei diesen Befragten keine Rolle (0,0 %, n = 0). Von etwas mehr als 65 % der Befragten wurde als Motivationsgrund die Honorierung von bereits erbrachten Leistungen genannt, die über die Regelversorgung hinausgehen.

Ergänzend lässt sich aus einer Einzelaussage aus den vertiefenden Interviews ableiten, dass sich die Vergütung nicht zwingend als ein Treiber für den Abschluss von Qualitätsverträgen darstellt. Auch im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs zeigte sich dies bei den befragten Krankenkassen (n = 7) als untergeordneter Motivationsgrund (14,3 %, n = 1). Ebenfalls von geringer Relevanz wurde von diesen Befragten der Erhalt eines finanziellen Ausgleichs für bereits in der bisherigen Versorgung erbrachte, qualitativ hochwertige Leistungen (14,3 %, n = 1) eingeordnet. Gleiches (12,5 %, n = 1) zeigte sich im diesbezüglichen Antwortverhalten aufseiten der Krankenkassen im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung (n = 8).

Die Antworten der befragten Krankenhäuser im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (n = 13) wichen von denen anderer Leistungsbereiche ab. Bestehende Verbesserungspotenziale zu nutzen (38,5 %, n = 5) und neue qualitätsfördernde Leistungen zu etablieren (23,1 %, n = 3) waren für sie von untergeordneter Bedeutung beim Abschluss eines Qualitätsvertrags.

Über die Hälfte der Befragten (55,3 %, n = 26) berichteten von einer überwiegend gemeinsamen Initiative zum Abschluss eines Qualitätsvertrags (Abbildung 11). Wenn einer der beiden Vertragspartner überwiegend als Initiator wahrgenommen wurde, rechneten Krankenkassen und Krankenhäuser die Initiative häufiger den Krankenkassen zu.

Die befragten Krankenkassen sahen entweder eine gemeinsame oder eine krankenkassenseitige Initiative. Aufseiten der Krankenhäuser wurde am häufigsten eine überwiegend gemeinsame oder krankenkassenseitige Initiative von den Befragten wahrgenommen. Etwas über 20 % der befragten Krankenhäuser sahen aber auch das Krankenhaus als hauptsächlichen Initiator für den Abschluss des Qualitätsvertrags.

vertraulich

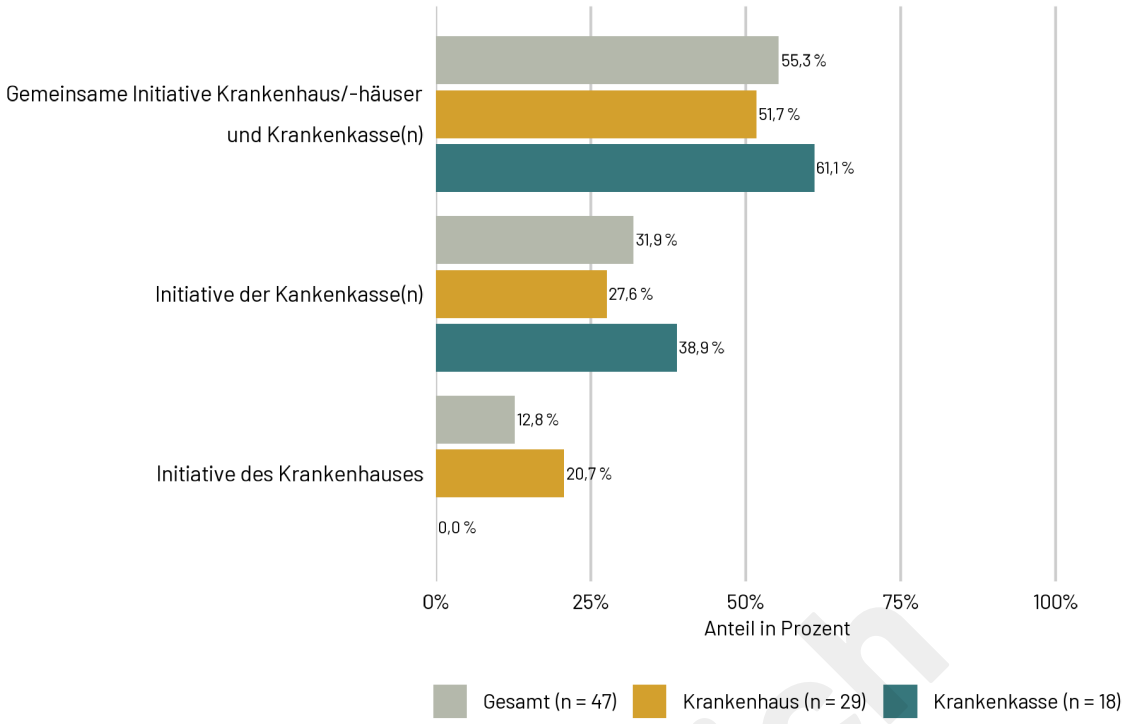


Abbildung 11: Initiator(en) zum Abschluss des Qualitätsvertrags, Quelle: stand. Befragung

vertraulich

In der standardisierten Befragung wurden die Krankenhäuser und Krankenkassen nach dem (den) Hauptakteur(en) bei der Entwicklung der Vereinbarungen des Qualitätsvertrags gefragt (Abbildung 12).

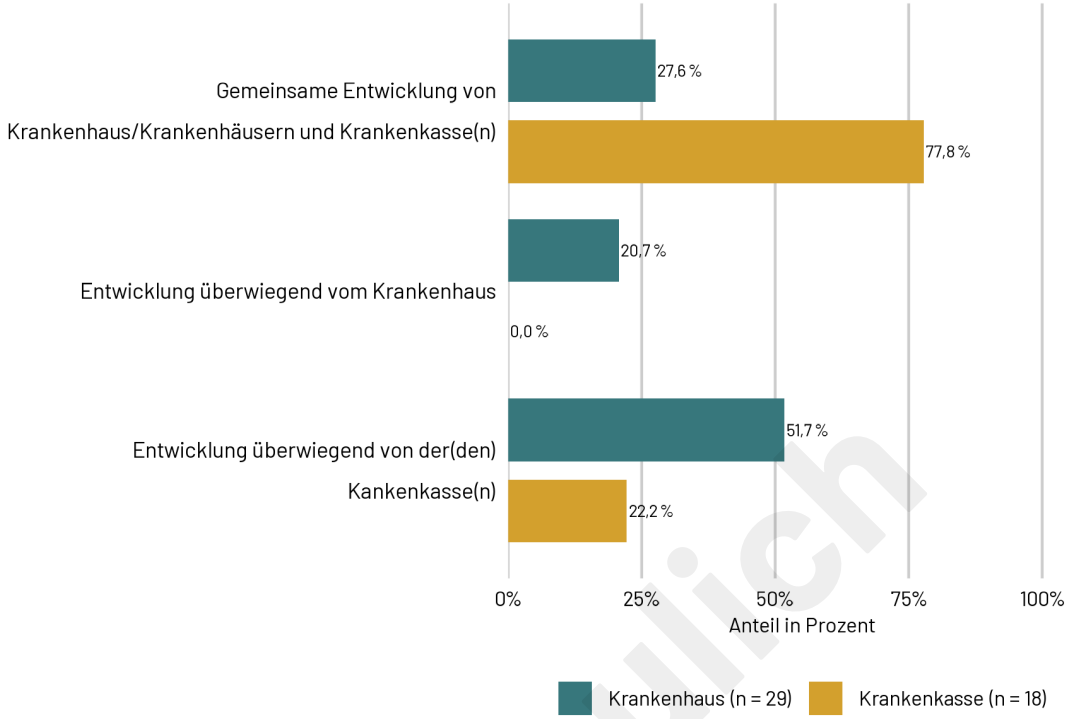


Abbildung 12: Hauptakteure bei der Entwicklung der Vereinbarungen des Qualitätsvertrags, Quelle: stand. Befragung

Betrachtet man die Antworten von Krankenhäusern und Krankenkassen getrennt voneinander, werden Unterschiede deutlich. Über die Hälfte der befragten Krankenhäuser sahen die Krankenkasse(n) als Hauptakteur(e) bei der Entwicklung des jeweiligen Qualitätsvertrags. Eine gemeinschaftliche Entwicklung der Vertragsvereinbarungen nannten 8 der 29 Befragten (27,6 %). Die verbliebenen 6 Befragten (20,7 %) beschrieben eine überwiegend krankenhausseitige Entwicklung der Vertragsvereinbarungen. Dies steht im Gegensatz zur Wahrnehmung der befragten Krankenkassen, sie gaben hauptsächlich (77,8 %, n = 14) eine gemeinschaftliche Entwicklung des Qualitätsvertrags an. Danach erfolgt die Angabe einer überwiegend von den Krankenkassen geleisteten Entwicklungsarbeit. Eine Entwicklung überwiegend durch das Krankenhaus wurde nicht gesehen.

Bei der Differenzierung der Ergebnisse nach Leistungsbereichen zeigt sich, dass im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung aus Sicht der Krankenhäuser die Entwicklung des Vertrags am häufigsten von der Krankenkasse bzw. den Krankenkassen übernommen wurde (44,4 %, n = 4). Die Krankenkassen selbst sahen entweder eine Entwicklung durch sich selbst (50,0 %, n = 4) oder gemeinsam mit den Krankenhäusern (50,0 %, n = 4). Hiervon unterscheidet sich der Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs dahingehend, dass die Krankenhäuser am häufigsten die Entwicklung bei sich selbst (66,7 %, n = 4) und die Krankenkassen ausschließlich

Vertraulich

eine gemeinsame Entwicklung (100,0 %, n = 6) wahrnahmen. Im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung, in dem aufgrund der geringen Anzahl von Fallzahlen nur Antworten der Krankenhäuser berichtet werden, gaben fast 85 % (n = 11) eine Entwicklung durch die Krankenkasse(n) an (Tabelle 19). Der Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen wird aufgrund der geringen Anzahl an Verträgen an dieser Stelle nicht berichtet.

vertraulich

Tabelle 19: Akteure bei der Entwicklung der Vereinbarungen der Qualitätsverträge nach Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung

	Endoprothetische Gelenkversorgung				Prävention des postoperativen Delirs				Respirator-entwöhnung	
	Krankenhaus		Krankenkasse		Krankenhaus		Krankenkasse		Krankenhaus	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamt	9	100,0	8	100,0	6	100,0	6	100,0	13	100,0
gemeinsame Entwicklung von Krankenhaus/Krankenhäusern und Krankenkasse(n)	3	33,3	4	50,0	2	33,3	6	100,0	2	15,4
Entwicklung überwiegend vom Krankenhaus	2	22,2	0	0,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0
Entwicklung überwiegend von der(den) Krankenkasse(n)	4	44,4	4	50,0	0	0,0	0	0,0	11	84,6

vertraulich

Strukturelle Voraussetzungen für den Abschluss von Qualitätsverträgen

Ausgenommen im Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen wurde bei den Krankenhäusern erfragt, ob es eine Zugangsbedingung zum Qualitätsvertrag im Sinne einer vorhandenen Zertifizierung des Krankenhauses oder der Erfüllung spezifischer Kriterien gab. Insgesamt gaben 17 (60,7 %) der 28 befragten Krankenhäuser an, dass eine Zertifizierung oder die Erfüllung spezifischer Kriterien eine Grundvoraussetzung für den Abschluss ihres Qualitätsvertrags darstellte. Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs betraf dies alle Krankenhäuser (100 %, n = 6). Sie mussten ein entsprechendes Multikomponentenprogramm als Voraussetzung für den Abschluss eines Qualitätsvertrags anbieten. Im Bereich der Endoprothetischen Gelenkversorgung nannten 44,4 % (n = 4) die Erfüllung der Kriterien für Endoprothetikzentre und im Bereich der Respiratorentwöhnung 53,8 % (n = 7) eine vorhandene oder beabsichtigte Zertifizierung durch eine Fachgesellschaft (z. B. DGAI, DGP) als Voraussetzungen für den Abschluss eines Vertrags.

Auch die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (n = 19) wurden gefragt, inwieweit ihrerseits im Vorfeld eines Qualitätsvertrags (über ein Ausschreibungsverfahren o. ä.) Kriterien zur Teilnahme von Krankenhäusern festgelegt worden sind. Insgesamt gaben 11 (57,9 %) der Befragten an, dass Teilnahmekriterien festgelegt wurden. Insbesondere im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung war dies häufig der Fall (75,0 %, n = 6).

Vertragsweiterentwicklung und Anschlussverträge

Die Weiterentwicklung eines bestehenden Qualitätsvertrags (Initialvertrag) oder auch die Aushandlung eines neuen Vertrags auf Grundlage eines Initialvertrags (Anschlussvertrag) adressieren 12 der 14 Interviewten. Die Spannweite der Anpassungen reicht hierbei von kleineren Veränderungen bis hin zu umfangreichen Änderungen des Vertragswerks.

Während der Laufzeit von initialen Verträgen sowie bei Anschlussverträgen kam es zu **Änderungen der Vergütung**. In bestehende Verträge wurden monetäre Anreize nachträglich aufgenommen oder die Vergütungshöhe wurde angepasst. Dies betraf insbesondere Verträge, bei denen die ursprünglich angenommenen Aufwände die realen Kosten nicht mehr abbildeten. Als Gründe wurden veränderte Rahmenbedingungen und gestiegene Kosten genannt. Anschlussverträge wiesen in der Regel eine insgesamt höhere Honorierung auf als die entsprechenden initialen Verträge.

Ein weiterer Grund für Anpassungen bestehender Qualitätsverträge war die **Behebung von Umsetzungshindernissen** in der Versorgungspraxis. Beispielsweise mussten vertraglich festgelegte Screeningintervalle angepasst werden, da sich die Screeningfrequenz als nicht praktikabel erwiesen hatte. In der Folge wurde die Anzahl an Screenings reduziert und die Durchführung auf die wesentlichen Zeitpunkte fokussiert. An anderer Stelle wurden Patientenfragebögen überarbeitet oder erweitert sowie Referenzwerte für erhobene Laborparameter angepasst, um die Praktikabilität der Maßnahmen insgesamt zu erhöhen.

Vertraulich

Darüber hinaus kam es zu **inhaltlichen Konditionsänderungen**. Hierbei wurden bspw. verstärkt Parameter der Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt. Teilweise wurden auch neue Vergütungsbestandteile eingeführt oder bestehende angepasst. Konkret wurden unter anderem eine einjährige Nachverfolgung mit quartalsweiser Überprüfung sowie Indikatoren wie Inzidenzraten, Verweildauer, Revisionsraten und patientenberichtete Outcomes (PROM) integriert. Außerdem wurden Maßnahmen zur Förderung des Empowerments der Patientinnen und Patienten als Vertragsgegenstand aufgenommen, indem Patientinnen und Patienten frühzeitig in die Versorgung eingebunden und zusätzliche Informations- und Kontaktmöglichkeiten angeboten wurden. Ebenfalls kam es zu Anpassungen der Zielgruppen, insbesondere durch eine Ausweitung auf jüngere Patientinnen und Patienten. In Anschlussverträgen wurden vermehrt digitale Anwendungen, etwa Apps, integriert. Deren Nutzung beschränkte sich ausschließlich auf die Anwendung bzw. Versorgung der Patientinnen und Patienten in Abgrenzung zu Anwendungen mit Verwaltungszwecken.

Darüber hinaus änderte sich bei Anschlussverträgen die **Zusammensetzung der Vertragspartner**. Im Rahmen eines Vertrags konnte bspw. eine größere Krankenkasse als federführender Vertragspartner gewonnen werden. Die zuvor federführende kleinere Krankenkasse nutzte im Anschlussvertrag die Möglichkeit des Vertragsbeitritts. Hierdurch konnte eine Einbindung zusätzlicher Patientinnen und Patienten in den Vertrag ermöglicht werden.

Abschließend wurde angeregt, erarbeitete und **gut funktionierende Konzepte** von Qualitätsverträgen als Blaupause für andere Krankenhäuser zu nutzen und diese deutschlandweit weiterzugeben und zu etablieren.

Inhalte von Qualitätsverträgen

Im Folgenden wird zunächst beleuchtet, worauf die in Qualitätsverträgen vereinbarten Qualitätsanforderungen gründen. Anschließend werden die Ausgestaltung der Anreizmechanismen sowie die vereinbarten innovativen Versorgungsansätze eingehender beschrieben.

Grundlagen der vereinbarten Qualitätsanforderungen

In den vertiefenden Interviews äußerten sich 8 von 14 Befragten zu den Quellen der vereinbarten Qualitätsanforderungen.

Grundsätzlich basieren die Qualitätsanforderungen und Maßnahmen in Qualitätsverträgen überwiegend auf bestehender Evidenz beziehungsweise auf bereits etablierten Versorgungsansätzen. Ziel der vertraglich vereinbarten Qualitätsanforderungen ist es laut den Befragten, Krankenhäuser dabei zu unterstützen, bislang nicht oder nur teilweise bestehende Qualitätsstandards zu etablieren beziehungsweise verbindlich festzulegen. Mehrere Krankenhäuser nannten als Ziel der Umsetzung der Qualitätsanforderungen eine schnellere und stärker patientenzentrierte Versorgung. Ein Befragter betonte darüber hinaus, dass Qualitätsverträge dazu beitragen sollen, bestehende Unterschiede in der Versorgungsqualität transparent zu machen. Aus Sicht der Krankenkassen ermöglichen Qualitätsverträge, ihren Versicherten eine möglichst hochwertige Versorgung sicherzustellen.

vertraulich

Als zentrale Quelle für umsetzbare Qualitätsanforderungen nannten die Befragten insbesondere den Abschlussbericht des IQTIG. Dieser stellt eine leistungsbereichsbezogene Zusammenfassung der aktuellen Evidenz dar und leitet daraus einen optimalen Patientenpfad ab. Darüber hinaus bilden Empfehlungen einschlägiger Leitlinien sowie Einzelstudien mit entsprechender Evidenz die Grundlage für die Qualitätsanforderungen in den Verträgen.

In einem Teil der Verträge wurden Qualitätsanforderungen aufgenommen, die in den Einrichtungen bereits vor Vertragsabschluss bestanden. Diese wurden durch die Qualitätsverträge erneut oder erstmals formalisiert. Genannt wurden unter anderem bestehende Zertifizierungen, Kooperationen mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie die Durchführung von Screeninguntersuchungen. Die betroffenen Krankenhäuser gaben an, dass die Umsetzung dieser Anforderungen nur geringe Veränderungen in der Versorgungspraxis zur Folge hatte.

In Krankenhäusern ohne zuvor etablierte Qualitätsanforderungen führten die Qualitätsverträge zur Einführung neuer Versorgungsansätze. So wurden beispielsweise Screenings neu eingeführt oder psychosoziale Faktoren der Patientinnen und Patienten mittels standardisierter Fragebögen systematisch erhoben. In einem Qualitätsvertrag aus dem Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurde als Qualitätsanforderung die Etablierung eines interdisziplinären Teams zur Diagnose und Versorgungssteuerung vereinbart, das über den Qualitätsvertrag finanziert werden konnte. Nach Angaben des Krankenhauses ist dieses Team inzwischen fest in den Versorgungsstrukturen verankert.

Ein Krankenhaus hob hervor, die Qualitätsanforderungen mit Blick auf einen ganzheitlichen Versorgungsansatz entwickelt zu haben. Durch die Umsetzung der entsprechenden Qualitätsanforderungen wurden klinikinterne Schnittstellenprobleme sowie Kommunikationsschwierigkeiten adressiert und reduziert. Zudem wurde im Ergebnis berichtet, dass sich die Mitarbeitenden in hohem Maße mit dem Konzept der ganzheitlichen Versorgung identifiziert haben.

Anreizmechanismen

Anreizmechanismen stellen einen Teil der Vereinbarungen in Qualitätsverträgen dar, deren nachfolgende Auswertung nach einer auf Qualitätsverträge übertragenen Typologie nach Ogundeji et al. (2018) (IQTIG 2021) erfolgt. Die Typologie charakterisiert Anreizmechanismen anhand von vier Dimensionen:

1. Typus des Anreizes: monetär/nicht-monetär
2. Höhe eines monetären Anreizes
3. Empfänger des monetären Anreizes
4. wahrgenommenes Risiko der Leistungserbringer mit Blick auf die Realisierung des Anreizes

42 der 43 Qualitätsverträge (97,7 %) sehen monetäre Anreize in Form von finanziellen Vergütungen, Abschlägen o. ä. vor. Bei einem Qualitätsvertrag sind explizit finanzielle Abschläge, Kürzungen oder Mitteleinbehaltungen vorgesehen. Ein Vertrag beschränkt sich nach eigenen Angaben im Projektplan auf nicht-monetäre Anreize. Weitere zehn Verträge kombinieren finanzielle Vergütungen mit nicht-monetären Anreizen.

vertraulich

Die im Evaluationsplan vorgesehene Berechnung von Terzilen zur Bewertung der Höhe der Vergütungen ist bei der vorliegenden Datengrundlage nicht sinnvoll. Zum einen sind die Fallzahlen je Leistungsbereich gering, sodass die Ergebnisse zu Fehlinterpretationen führen können. Zum andern trüge eine Berechnung über alle Leistungsbereiche hinweg den Unterschieden von Aufwendungen und Kosten in den Leistungsbereichen nicht Rechnung, was ebenfalls zu Interpretationsfehlern führen kann. Ergebnisse zur Höhe der Vergütungen finden sich in Abschnitt B.1 zur Mittelallokation aus Qualitätsverträgen

Alle Qualitätsverträge sehen Gruppen als Empfänger finanzieller Anreize vor (n = 43), d. h. der jeweilige Krankenhausträger fungiert als Anreizadressat. Eine direkte finanzielle Incentivierung einzelner Beschäftigter ist im Rahmen der Qualitätsverträge nicht vorgesehen.

In Anlehnung an die von Ogundeji et al. (2018) vorgeschlagene, auf der Risk Aversion Theory basierende Dimension des „perceived risk of not earning the incentive" wurde das antizipierte wahrgenommene Risiko der Anreizrealisierung auf Vertragsebene operationalisiert. Dieses beschreibt die Unsicherheit der Leistungserbringer hinsichtlich der tatsächlichen Auszahlung eines finanziellen Anreizes trotz Verhaltensanpassung und kann durch bestimmte Gestaltungsmerkmale von Pay-for-Performance-Programmen beeinflusst werden. Hierzu zählen insbesondere lange Zeitverzögerungen zwischen Leistungserbringung und Vergütung, eine vergleichsbasierte Leistungsbemessung sowie eine Ergebnisorientierung der Zielgrößen, da diese Faktoren entweder die Kontrollierbarkeit der Zielerreichung durch die Leistungserbringer reduzieren oder die Auszahlung vom Verhalten Dritter abhängig machen.

Das antizipierte wahrgenommene Risiko wurde als hoch eingestuft, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind: (1) Der Zeitraum zwischen dem Zeitpunkt der Qualitätsbemessung bzw. der Abrechnung der im Qualitätsvertrag vereinbarten Leistungen und dem Zeitpunkt der Vergütung bzw. eines möglichen Abschlags beträgt mehr als vier Monate; (2) die Bemessung des Anreizes erfolgt relativ zur Leistung anderer Krankenhäuser und/oder (3) die Anreizbemessung basiert ausschließlich oder überwiegend auf Ergebnisindikatoren.

Auf dieser Grundlage ist das antizipierte wahrgenommene Risiko bei sieben Qualitätsverträgen hoch (16,3 %) und bei 36 Qualitätsverträgen niedrig (83,7 %,). Sämtliche Qualitätsverträge mit einem hohen wahrgenommenen Risiko stammen aus dem Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung.

Ergänzend äußerten sich in den Interviews 13 der 14 Befragten zu den vereinbarten Anreizen in ihren Qualitätsverträgen. In der Regel wurden Aussagen sowohl zu nicht-monetären als auch zu monetären Anreizen gemacht. Diese werden im Folgenden getrennt voneinander betrachtet.

Aussagen zu **monetären Anreizen** enthielten 13 Interviews. Unter monetären Anreizen werden sämtliche finanzielle Vergütungsformen gefasst, wie diese in der Literatur (Amelung und Zahn 2009, Klusen et al. 2011) zusammengetragen sind:

- Festgehalt
- Kopfpauschale
- Fallpauschale

vertraulich

- Einzelleistungsvergütung
- Tagespauschale
- Leistungskomplex
- Erstattung der Faktorkosten
- erfolgsorientierte bzw. qualitätsorientierte Vergütung

Aufgrund der Ziele von Qualitätsverträgen und ihrer rechtlichen Verortung sind grundsätzlich alle Vergütungsformen denkbar, wobei die gesetzliche Intention nach Einschätzung des IQTIG auf der erfolgsorientierten bzw. qualitätsorientierten Vergütung liegt (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015).

Ergebnisorientierte Vergütungsansätze in den Qualitätsverträgen richten sich u. a. nach der Anzahl der erfüllten Evaluationskennziffern, anhand derer entstandene Personalkosten ermittelt und entsprechend vergütet werden. Ein anderer berichteter Ansatz ist der historische Vergleich bspw. von Ergebnissen zur Implementierung von Prozessen (bspw. Screening), der Erkrankungsdauer oder des Auftretens von Komplikationen nach einem operativen Eingriff. Aus den Vertragsdokumenten soll an dieser Stelle ergänzt werden, dass vereinzelt Verträge auch einen Vergleich mit anderen Krankenhäusern anstrebten, bei dem die Incentivierung an der Leistung aller Krankenhäuser im Rahmen der Ergebnisse zur Qualitätssicherung bemessen wird.

Mit Blick auf die **Auszahlungsmodalitäten** gaben die Befragten an, dass häufig (Fall-)Pauschalen bei der Erreichung bestimmter Ergebnisparameter vereinbart waren, es aber auch zu einer Vergütung für die Umsetzung von Prozessvorgaben kam. Als Nachteil einer ergebnisorientierten Vergütung wurde dargelegt, dass teilweise aufgrund der Nachverfolgung von Patientinnen und Patienten der Erhalt einer vollumfänglichen Vergütung erst mit großem zeitlichem Abstand von bis zu zwei Jahren nach dem stationären Aufenthalt möglich war.

Die durch den Qualitätsvertrag bereitgestellten Mittel wurden zur **Finanzierung** der durch den Qualitätsvertrag anfallenden Personal-, Bearbeitungs- und Materialkosten für beispielsweise Lotsen, die Einrichtung eines fachspezifischen Teams, studienbegleitende Medizinpädagoginnen und -pädagogen, ärztliche Versorgung, Verwaltung und Datenpflege sowie die Bereitstellung und Auswertung der Fragebögen (in Papierform), Papier und Druckerkosten, Telefonate und Porto genutzt. Die Dokumentation für die Evaluation wurde in der Regel über gesonderte Pauschalen vergütet.

Bezüglich des **Umfangs der finanziellen Anreize** wurde vonseiten einer Klinik darauf hingewiesen, dass vorgelagerte Aufwände zum Qualitätsvertrag (bspw. Entwicklung eines Versorgungskonzepts) finanziell nicht bedacht waren. Darüber hinaus wurde angegeben, dass die vereinbarte Vergütung nicht im Verhältnis zum zu leistenden Aufwand stand. Es wurde aber auch von mehreren Befragten von einer regelmäßigen Erhöhung der Vergütungspauschalen berichtet, um die Vergütung den realen Aufwänden anzupassen. Ein Befragter gab zudem an, dass zu Beginn des Qualitätsvertrags keine finanzielle Vergütung vereinbart war, sondern diese auf Initiative des beteiligten Krankenhauses zu einem späteren Zeitpunkt in den Vertrag mit aufgenommen wurde.

Vonseiten einer Krankenkasse wurde die Vereinbarung von monetären Anreizen für Krankenhäuser als motivationsfördernd bezeichnet, Behandlungsprozesse und Strukturen zu verändern und

Vertraulich

Qualitätsergebnisse zu verbessern. Speziell im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung wurde das Fehlen von monetären Anreizen für zuweisende Kliniken, außerklinische Intensivpflege und Pflegeeinrichtungen mit langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten angemahnt. Dies wurde als ein Grund für ein geringes Interesse an Qualitätsverträgen in diesem Leistungsbereich genannt.

Aussagen zu **nicht-monetären Anreizen** finden sich in zwölf Interviews. Hierunter wurde primär die Veröffentlichung bestimmter Informationen zum entsprechenden Qualitätsvertrag oder zu Qualitätsverträgen im Allgemeinen verstanden. Die Absicht zur Veröffentlichung war teilweise bereits vertraglich vereinbart. Nicht alle Verträge setzten aber nicht-monetäre Anreize um (siehe Absatz oben), was auch durch die Ergebnisse der Interviews bestätig wird. Von einer Krankenkasse wurde hierzu ergänzt, dass die Umsetzung nicht-monetärer Anreize im Wesentlichen ein Bestandteil des klinikeigenen Marketings darstellt.

Darüber hinaus nannten die Befragten weitere Faktoren, die vertraglich nicht explizit vereinbart und vergütet wurden, aber als motivierend für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Qualitätsverträge wahrgenommen wurden (Kapitel 5, C.2).

Innovative Versorgungsansätze

Die Frage nach innovativen Versorgungsansätzen, die bei der Entwicklung von Qualitätsverträgen entstanden bzw. durch Qualitätsverträge umgesetzt wurden, wurde in den vertiefenden Interviews mit allen eingeschlossenen Vertragspartnern eruiert, sofern Patientinnen und Patienten im entsprechenden Qualitätsvertrag versorgt wurden. Aus zehn Interviews konnten nachfolgende Aussagen generiert werden.

In sechs Interviews wurde die Durchführung von **Screenings** zur Identifikation von Gesundheitsproblemen als innovativer Versorgungsansatz hervorgehoben. Mehrere Interviewte gaben an, dass der durch das Screening gesetzte frühzeitige Erhebungszeitpunkt als für die Versorgung neuartig bezeichnet werden kann. Dieser liegt zum Teil vor dem Krankenhausaufenthalt. Als ebenfalls innovativ wurde die Erweiterung von bereits bestehenden Screenings und die Einführung von neuen Screeninginhalten bezeichnet. Diese umfassen physische und psychische Faktoren und gehen über die jeweiligen Leitlinienempfehlungen hinaus. In mehreren Fällen wurde berichtet, dass es bei Auffälligkeiten in den Screeningergebnissen zu einem (strukturierten) fachlichen Austausch mit anderen medizinischen Disziplinen wie Neurologinnen und Neurologen, Psychologinnen und Psychologen oder Hausärztinnen und Hausärzten gekommen ist, der zuvor nicht in diesem Umfang stattgefunden hat. Die Interviewten können zur Hälfte dem Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung und dem Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs zugeordnet werden. Die Befragten mit Qualitätsverträgen im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung gaben eine frühzeitige Erhebung von Laborparametern an. Ziel war eine Optimierung auffälliger Laborwerte vor der Operation. Ebenfalls erhoben wurden bestehende Begleiterkrankungen, psychische Erkrankungen und ein mögliches postoperatives Delir. Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs umfassten die als innovativ berichte-

Vertraulich

ten Inhalte ein frühzeitiges Screening auf Risikofaktoren des postoperativen Delirs und assoziative Faktoren wie Schmerz oder Angst. Ebenfalls berichtet wurden ein kognitives Frailtyscreening und Elektroenzephalografie-(EEG)-Messungen. Dies zielte darauf ab, das Wissen über mögliche Risiken herzustellen sowie eine schnellere und gezieltere Versorgung zu ermöglichen.

Vier der sechs Interviewten führten nachgelagerte Untersuchungen (**Nachsorge**) als zusätzlichen innovativen Ansatz an. Diese Follow-up-Untersuchungen wurden zum Teil unter Zuhilfenahme von standardisierten Fragebögen durchgeführt. Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurde in einem Fall über eine Gedächtnissprechstunde berichtet. In dieser konnten Patientinnen und Patienten bei Auffälligkeiten im Follow-up und fehlenden ambulanten Nachsorgestrukturen weiterversorgt werden. Als weiterer innovativer Versorgungsansatz wurde von zwei Befragten ein umfassender Ansatz der Versorgung genannt. Durch den Qualitätsvertrag wurde demnach eine ganzheitliche Perspektive auf die Versorgung beginnend mit dem gesamten Präventionsspektrum von der Aufnahme bis zur Entlassung und zum Teil zur Nachsorge verfolgt. Ein Befragter betonte, dass die Stringenz der Versorgung des gesamten Spektrums der Delir-Prävention und -versorgung und deren strukturierte Umsetzung als neuartig im Vergleich zur bisherigen Versorgungspraxis zu bewerten ist, in der sich eher auf Teilaspekte fokussiert worden war. Als innovativ wurde auch benannt, Patientinnen und Patienten sowie Hausärztinnen und Hausärzte frühzeitig und nachgelagert in die Versorgung praktisch einzubinden, um eine präoperative Kontrolle von Vitalparametern, Medikamenten, Polypharmazie und deren Optimierung durchzuführen. Gleichwohl aber auch die Nachsorge durch die Information der Patientin oder des Patienten sowie der Hausärztin oder des Hausarztes über die Ergebnisse des Frailty Assessments mithilfe eines sogenannten Risikopasses. Die hierin enthaltenen Informationen sollen auch bei nachgelagerten Krankenhausaufenthalten genutzt werden können. Die Patientendaten und die Daten der Follow–up-Untersuchung werden in einem mit anderen Stakeholdern (Netzwerk aus Hausärztinnen und Hausärzten und einem anderen Krankenhaus) gemeinsam etablierten Qualitätsregister verwaltet.

Die Befragten der Leistungsbereiche Respiratorentwöhnung und Versorgung von Menschen mit Behinderungen formulierten innovative Versorgungsansätze allgemeiner. Sie gaben an, dass die Qualitätsverträge dazu beitrugen, den jeweiligen Leistungsbereich mit **Qualitätsstandards** zu belegen bzw. den Qualitätsanspruch der Krankenkassen bezüglich einer sachgerechten, zertifizierten Patientenversorgung zu forcieren. Ergänzend wurde hervorgehoben, dass durch die Qualitätsverträge eine engere **Kooperation** von ambulanter und stationärer Versorgung ermöglicht wurde. Es wurde ergänzt, dass es in ihrem Leistungsbereich vorrangig um die Bereitstellung eines Rahmens und Unterstützungssettings geht. Dies ist wichtig, um beispielsweise die Compliance der Betroffenen zu ermöglichen, und weniger, um konkrete einzelne medizinische Maßnahmen durchzuführen.

Ein Befragter aus einem Krankenhaus merkte an, dass aus seiner Sicht der Sinn eines Qualitätsvertrags nicht darin besteht, **innovative Versorgungsansätze** zu initiieren oder zu fördern. Seiner Meinung nach ist das Ziel von Qualitätsverträgen, strukturelle Abläufe in einer Klinik zu unterstützen und zu verbessern. Beispiele hierfür sind die Einführung von Scores und Bewertungskriterien zur Überprüfung von Qualitätsanforderungen.

vertraulich

Umsetzung von Qualitätsverträgen

Im Rahmen der Umsetzung von Qualitätsverträgen wird zunächst der Umsetzungsgrad der Verträge betrachtet. Anschließend wird die Laufzeit der Verträge sowie die Überprüfung der Qualitätsanforderungen dargestellt.

Umsetzungsgrad

Der Grad, mit dem die im jeweiligen Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen und Interventionen in der Versorgung umgesetzt wurden, wurde von den befragten Krankenhäusern in der standardisierten Befragung subjektiv eingeschätzt. Die Einschätzung erfolgte in Prozent von 0 (überhaupt nicht umgesetzt) bis 100 (vollständig, immer, für alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe umgesetzt). Wie Tabelle 20 zu entnehmen ist, erfolgte bei einem Viertel der Qualitätsverträge (25,0 %, n = 7) keine Umsetzung. Dieser Befund bezieht sich fast ausschließlich auf den Leistungsbereich Respiratorentwöhnung. Eine punktuelle Umsetzung (1 % bis < 50 %) der im Qualitätsvertrag vorgesehenen Interventionen und Maßnahmen gab ein Krankenhaus (3,6 %), eine teilweise Umsetzung (50 % bis < 100 %) gaben die Hälfte (50,0 %, n = 13) der befragten Krankenhäuser (n = 28) an. Eine vollständige Umsetzung wurden von ungefähr einem Fünftel der Befragten (21,4 %, n = 6) berichtet.

Tabelle 20: Grad der Umsetzung der vereinbarten Qualitätsanforderungen bzw. der Maßnahmen und Interventionen (Selbstangabe der Krankenhäuser), Quelle: stand. Befragung

	Gesamt	nicht umgesetzt 0 %		punktuell umgesetzt 1 bis < 50 %		teilweise umgesetzt 50 bis < 100 %		vollständig umgesetzt 100 %	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamt	28	7	25,0	1	3,6	14	50,0	6	21,4
Endoprothetische Gelenkversorgung	9	1	11,1	0	0,0	7	77,8	1	11,1
Prävention des postop. Delirs	6	0	0,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3
Respiratorentwöhnung	13	6	46,2	1	7,7	3	23,1	3	23,1

Hinweis: Der Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen ist zum Schuz einrichtungs-/vertragsbezogener Angaben nicht berücksichtigt.

Allen Befragten ohne vollumfängliche Umsetzung (78,6 %, n = 22) wurde in der standardisierten Befragung mittels Freitextangabe eine Begründungsmöglichkeit gegeben. Als am häufigsten genannter Grund wurde von zehn Befragten eine fehlende oder eingeschränkte Möglichkeit der Patientenzuweisung und -rekrutierung genannt. Acht dieser Befragten sind dem Bereich Respiratorentwöhnung zuzuordnen. Ergänzt wurden die Zuweisungs- und Rekrutierungsschwierigkeiten durch patientenseitige Hinderungsgründe (n = 3). Weitere Umsetzungsschwierigkeiten wurden

vertraulich

von den Befragten bei personellen Ressourcen (n = 4) sowie in organisatorischen (n = 6) und strukturellen Bereichen (n = 3) gesehen.

Bei den **patientenseitigen Hinderungsgründen**, die einer vollumfänglichen Umsetzung des Qualitätsvertrags entgegenstanden, zeigten die Aussagen der Befragten keine Überschneidungen. Die Einhaltung von Terminen durch Patientinnen und Patienten und die Vermittlung der Vertragsinhalte des Qualitätsvertrages gegenüber den Patientinnen und Patienten wurden genannt. Zusätzlich wurde angeführt, dass individuelle Patientenbedürfnisse dem Einschluss in den Qualitätsvertrag entgegengestanden hätten. Dies führte in der Regel zu einer geringen Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, am Qualitätsvertrag teilzunehmen.

Personelle Ressourcenprobleme wurden auf verschiedene Arten beschrieben. Zum einen im Mangel an Personal oder Ausfällen von Personal durch Krankheit. Zum anderen im Mangel von Fachkräften beispielsweise im Bereich der Informationstechnologie (IT), um System- und Digitalisierungsprobleme des Krankenhauses bei der Umsetzung des Qualitätsvertrags zu adressieren. Ebenfalls wurden Wissensverluste durch Ausscheiden von Schlüsselpersonen aus der Institution beschrieben.

In den vertiefenden Interviews wurde diesbezüglich als Lösungsstrategie für Schwierigkeiten der Implementierung vonseiten eines Krankenhauses die Bildung eines kleinen Implementierungsteams angeregt. Das Team sollte die Umsetzung vor Ort aktiv unterstützen, um Problemen bei der Implementierung von Qualitätsverträgen entgegenzuwirken. Im weiteren Verlauf sollte es als Ansprechpartner fungieren. Dieses Team sollte neben medizinischem Know-how auch den technischen Aspekt (IT) abdecken können. Als mögliche Verantwortliche für ein solches Implementierungsteam wurden das IQTIG, Krankenkassen, der Gesetzgeber sowie übergeordnete Stellen genannt.

Als **organisatorische Schwierigkeiten** wurden Durchführungsschwierigkeiten beim Timed-up-and-go-Test (Leistungsbereich: Endoprothetische Gelenkversorgung), eine inkonsequente Umsetzung der Interventionen oder Maßnahmen durch die Akteure im Krankenhaus und technische Probleme, die durch manuelle Arbeit kompensiert werden mussten, angeführt. Darüber hinaus gaben zwei Befragte an, dass die Covid-19-Pandemie im Sinne anderer Prioritätensetzungen als hinderlich bei der Umsetzung von Qualitätsverträgen gewesen ist. Auch Schnittstellenprobleme und die Verlegung von Patientinnen oder Patienten auf Stationen, die nicht in den Qualitätsvertrag eingeschlossen waren, wurden in diesem Zusammenhang berichtet.

Die angeführten **strukturellen Hindernisse** wurden von zwei Befragten näher ausgeführt. Es wurden neu eingeführte Regelungen (AKI-RL, Beatmungsstatus/Beatmungsentwöhnungspotenzial [B-BEP], Weaning-Operationen- und Prozedurenschlüssel [Weaning-OPS] mit Zusatzentgelt) genannt. Diese machten ein Stück weit den Einsatz von Qualitätsverträgen in diesem Bereich redundant. Ebenfalls als hemmend empfunden wurde die Beschränkung der Patientinnen und Patienten auf die Versicherten der am Qualitätsvertrag teilnehmenden Krankenkassen. Die daraus resultierende unterschiedliche Versorgung von Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Krankenkassen wurde als ethisch fragwürdig bewertet. Um den Konflikt aufzulösen, hat sich ein

Vertraulich

Krankenhaus entschlossen, die höheren Aufwände für die Versorgung gemäß Qualitätsvertrag aller Patientinnen und Patienten selbst zu übernehmen.

Weitere zwei Befragte gaben explizit an, dass die Maßnahmen nach Behebung von Anlaufschwierigkeiten bis auf wenige Ausnahmen vollumfänglich umgesetzt werden konnten.

Laufzeit

Die durchschnittliche Laufzeit eines Qualitätsvertrags, dessen Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 liegt, beträgt 42 Monate (n = 43, Min: 11, Max:105, Median: 36,0, SD: 23,5). Abbildung 13 veranschaulicht die unterschiedlichen Spannweiten und Zeitdifferenzen der Laufzeit zwischen den einzelnen Leistungsbereichen.[18] Die im Mittel geringste Laufzeit (30 Monate) weisen Qualitätsverträge aus dem Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung auf (n = 14, Min: 11, Max: 95, Median: 25,5, SD: 19,9). Qualitätsverträge im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs haben die größte Spannweite in der Laufzeit (n = 7, Min: 21, Max: 105, Median: 42,0, M: 61,6, SD: 35,4). Die insgesamt kürzeste Laufzeit beträgt 11 Monate (Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung), die längste Laufzeit 105 Monate (Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs).

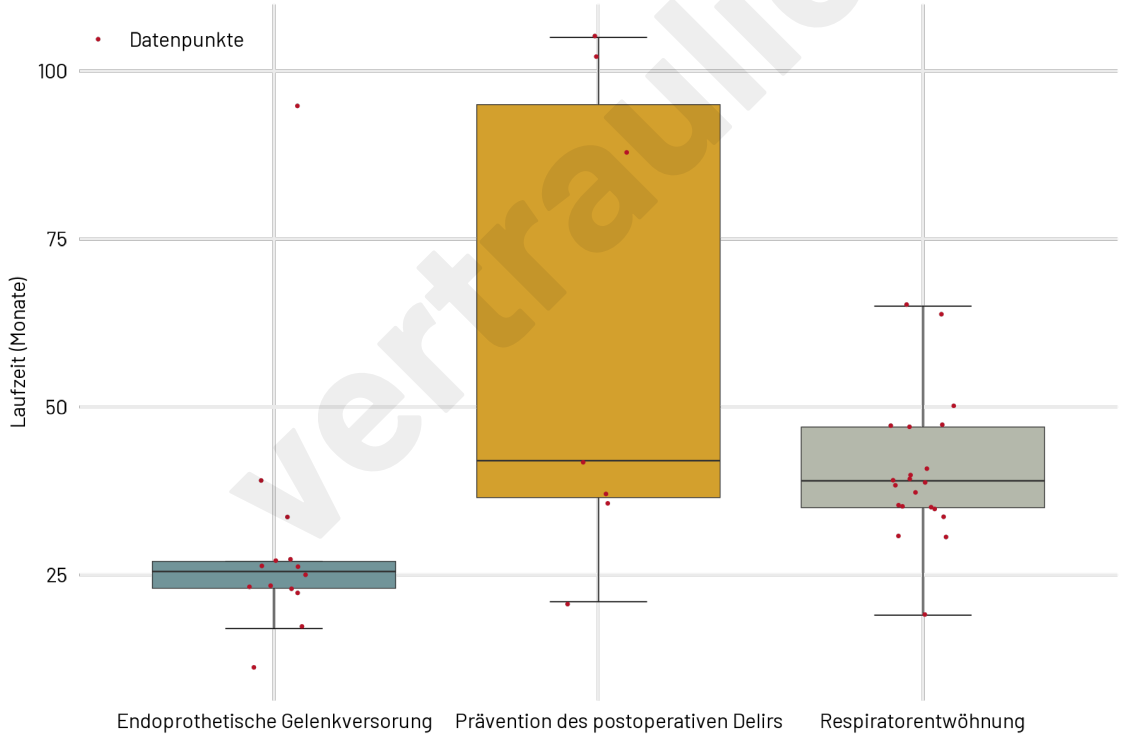


Abbildung 13: Laufzeit Qualitätsverträge (in Monaten), Quelle: Datenbank Qualitätsverträge

[18] Laufzeit der Qualitätsverträge zum Stand 31. Mai 2025; beinhaltet auch Verlängerungen der Laufzeit gemäß § 110a Abs. 1 Satz 3 SGB V.

vertraulich

Vertragsverlängerung

Tabelle 21: Vertragsverlängerung, Quelle: stand. Befragung

	Endoprothetische Gelenkversorgung		Prävention des postoperativen Delirs		Respirator-entwöhnung		Menschen mit Behinderungen	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamt	8	100,0	6	100,0	12	100,0	1	100,0
ja	0	0,0	3	50,0	1	8,3	1	100,0
nein	8	100,0	3	50,0	11	91,7	0	0,0

Die Möglichkeit zur Verlängerung eines Qualitätsvertrags haben nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelung (GVWG) am 20. Juli 2021 bis zur Befragung durch das IQTIG (5. September 2023 bis 27. März 2024) insgesamt 18,5 % der Verträge genutzt. Dies zeigen die Ergebnisse der standardisierten Befragung unter 27 Befragten. Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen zeigt Tabelle 21.

Überprüfung der Qualitätsanforderungen

Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden gefragt, welche Möglichkeiten genutzt wurden, um die vertraglich vereinbarten Qualitätsanforderungen zu überprüfen. Voraussetzung war, dass im jeweiligen Qualitätsvertrag Patientinnen und Patienten versorgt wurden. Aus zehn Interviews liegen Ergebnisse vor.

In einigen Interviews wurde die Regelmäßigkeit von Überprüfungen thematisiert. Zum Teil wurde von einer jährlichen Rückmeldung von Daten an die jeweilige Krankenkasse berichtet, andere Verträge tauschten sich regelmäßig über den Umsetzungsstand aus. Der Austausch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgte vereinzelt auch durch Telefon- und Videokonferenzen.

Grundlage der Prüfungen waren in den meisten Fällen die im Qualitätsvertrag vereinbarten Qualitätsanforderungen. Eine Überprüfung der Qualitätsanforderungen wurde sowohl mithilfe der Daten, die für die Evaluation durch das IQTIG erhoben wurden, als auch mit Abrechnungsdaten durchgeführt. Ergänzend wurden mit standardisierten Fragebögen zusätzliche Informationen von Patientinnen und Patienten erhoben und an die jeweilige Krankenkasse übermittelt. Ein weiteres Prüfkriterium war das Vorliegen einer Zertifizierung und die Durchführung von Fallkonferenzen anhand von rechnungsbegründenden Unterlagen des Krankenhauses. Es gab aber auch Verträge, bei denen abgesehen von regelmäßigen Videokonferenzen keine zusätzlichen Überprüfungen bezüglich der Umsetzung der Qualitätsverträge stattfanden.

vertraulich

Umsetzbarkeit von Qualitätsverträgen

Bei der Umsetzbarkeit von Qualitätsverträgen spielen mehrere Aspekte eine Rolle. Zunächst wird der Blick auf die Akzeptanz der Verträge innerhalb der teilnehmenden Organisationen geworfen. Die bei der Umsetzung der Verträge entstehenden zusätzlichen Aufwände sind Inhalt des darauffolgenden Abschnitts. Schließlich werden die Praktikabilität der Verträge sowie fördernde und hemmende Faktoren bei der Umsetzung betrachtet.

Akzeptanz von Qualitätsverträgen

Näher untersucht wurde krankenhaus- und krankenkassenseitig die Akzeptanz der Führungsebene hinsichtlich der Einführung eines Qualitätsvertrags (Tabelle 22). Ergänzend wurde bei den Krankenhäusern die wahrgenommene Akzeptanz der Mitarbeitenden im Versorgungsbereich erfragt. Dies geschah im Hinblick auf die Umsetzung der im Qualitätsvertrag vereinbarten Interventionen und Maßnahmen.

Tabelle 22: Akzeptanz von Qualitätsverträgen (standardisierte Befragung), Quelle: stand. Befragung

Wie hoch war die Akzeptanz …						
	… auf Führungsebene im Hinblick auf die Einführung eines Qualitätsvertrags?				**… der Mitarbeitenden im Versorgungsbereich im Hinblick auf die Umsetzung der im Qualitätsvertrag vereinbarten Interventionen und Maßnahmen?**	
	Krankenhaus		**Krankenkasse**		**Krankenhaus**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Gesamt	29	100,0	19	100,0	29	100,0
sehr hoch	12	41,4	4	21,1	6	20,7
hoch	15	51,7	11	57,9	11	37,9
mittel	2	6,9	2	10,5	8	27,6
gering	0	0,0	0	0,0	2	6,9
sehr gering	0	0,0	2	10,5	2	6,9

Von 79,0 % (n = 15) der befragten Krankenkassen wurde eine hohe bis sehr hohe Akzeptanz auf Führungsebene wahrgenommen. Bei den Krankenhäusern wurde diese höher eingeschätzt. Hier nahmen 93,1 % (n = 27) eine hohe bis sehr hohe Akzeptanz wahr. Die Akzeptanz der Mitarbeitenden bezogen auf die Umsetzung des Qualitätsvertrags im Krankenhaus wurde ebenfalls von etwas mehr als 85 % der Befragten als mittel bis sehr hoch eingeschätzt. 17 (58,6 %) Befragte bewerten sie als hoch bis sehr hoch. Das beschriebene Antwortverhalten auf Ebene der Vertragspartner spiegelt sich weitestgehend auch auf Ebene der Leistungsbereiche wider. Die einzige Abwei-

vertraulich

chung betrifft den Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs. Hier wurde eine höhere Akzeptanz sowohl auf Führungsebene als auch bei den Mitarbeitenden durch die befragten Krankenhäuser wahrgenommen.

Aufwände bei der Umsetzung

Ergänzend zur wahrgenommenen Akzeptanz wurden die Befragten gebeten, die Höhe des Aufwandes, der mit dem Qualitätsvertrag in Verbindung stand, zu beurteilen (Tabelle 23). Näher erfragt wurde die Höhe des entstandenen Aufwandes für:

- Verwaltungsaufgaben bei der Vertragsvorbereitung
- Verwaltungsaufgaben bei der Umsetzung
- Personal-, Sachaufwände und Investitionen

Von allen Befragten (N = 48) wurden die Aufwände in allen drei Bereichen mehrheitlich als mittel bis sehr hoch eingeschätzt. Die Aufwände für Verwaltungsaufgaben bei der Vertragsvorbereitung umfassen beispielsweise die Entwicklung eines Versorgungskonzepts oder der Vertragsdokumente. Sie wurden krankenkassenseitig neben den Aufwänden für die Umsetzung des Qualitätsvertrags am höchsten bewertet. Alle befragten Krankenkassen (n = 19) bezeichneten die vertragsvorbereitenden Aufwände als sehr hoch (84,2 %, n = 16) bis hoch (15,8 %, n = 3). Die befragten Krankenhäuser stuften diese Aufwände niedriger ein.

Tabelle 23: Aufwände, Quelle: stand. Befragung

Wie hoch beurteilen Sie den Aufwand für ...				
... Verwaltungsaufgaben bei der Vertragsvorbereitung?				
	Krankenhaus		**Krankenkasse**	
	n	**%**	**n**	**%**
Gesamt	29	100,0	19	100,0
sehr hoch	5	17,2	16	84,2
hoch	15	51,7	3	15,8
mittel	7	24,1	0	0,0
gering	2	6,9	0	0,0
sehr gering	0	0,0	0	0,0

vertraulich

... Verwaltungsaufgaben bei der Umsetzung des Qualitätsvertrags?				
	Krankenhaus		**Krankenkasse**	
	n	**%**	**n**	**%**
Gesamt	29	100,0	19	100,0
sehr hoch	14	48,3	15	78,9
hoch	6	20,7	2	10,5
mittel	6	20,7	1	5,3
gering	1	3,4	1	5,3
sehr gering	2	6,9	0	0,0
... Personal-, Sach- und Investitionen, die durch den Qualitätsvertrag entstanden sind?				
	Krankenhaus		**Krankenkasse**	
	n	**%**	**n**	**%**
Gesamt	29	100,0	19	100,0
sehr hoch	3	10,3	8	42,1
hoch	16	55,2	10	52,6
mittel	5	17,2	0	0,0
gering	3	10,3	1	5,3
sehr gering	2	6,9	0	0,0

Die Aufwände für Verwaltungsaufgaben zur Umsetzung der Qualitätsverträge wurden von 78,9 % (n = 15) der befragten Krankenkassen als sehr hoch eingestuft. Diese Aufwände umfassen unter anderem die Dokumentation, das Einholen von Einwilligungserklärungen, aber auch die Aufklärung der Patientinnen und Patienten sowie die Abrechnung. Fast die Hälfte der Krankenhäuser schätzten diese Auswände ebenfalls als sehr hoch ein.

Die Personal- und Sachaufwände sowie die Investitionen, die durch den Qualitätsvertrag entstanden, wurden ebenfalls von beiden Vertragspartnern als hoch bis sehr hoch bewertet. Auch in diesem Fall wurden die Aufwände von den befragten Krankenkassen höher eingestuft als von den befragten Krankenhäusern. Fast alle befragten Krankenkassen bezeichneten sie als hoch bis sehr hoch (94,7 %, n = 18). Wobei die meisten Nennungen auf hoch entfielen (52,6 %, n = 10). Krankenhausseitig empfanden 65,5 % (n = 19) der Befragten diese Aufwände ebenfalls als hoch bis sehr hoch. Auch hier entfielen die meisten Nennungen auf hoch (55,2 %, n = 16). Die verbliebenen fast 45 % der Nennungen verteilten sich auf die anderen Ausprägungen.

Vertraulich

Praktikabilität der Vorgaben für Qualitätsverträge

Bezüglich der Praktikabilität von Qualitätsverträgen wurden zwei Aspekte näher untersucht. Zum einen die Praktikabilität der rechtlichen Regelungen und Vorgaben für die Entwicklung, den Abschluss und die Umsetzung eines Qualitätsvertrags (Abbildung 14). Zum anderen die Praktikabilität der Vorgaben des IQTIG für die Durchführung der Evaluation (Abbildung 15).

Von insgesamt 83,3 % (n = 40) der Befragten wurden die **rechtlichen Regelungen und Vorgaben** als mittel bis sehr praktikabel bewertet. Die befragten Krankenhäuser sahen die Regelungen und Vorgaben insgesamt als praktikabler und umsetzbarer an als die befragten Krankenkassen.

Krankenhausseitig bezeichneten etwas mehr als 85 % der Befragten die rechtlichen Grundlagen als mittel bis sehr praktikabel, wobei der größte Anteil die Praktikabilität als mittel einstufte (44,8 %, n = 13). Krankenkassenseitig lag die Einschätzung der Praktikabilität der rechtlichen Grundlagen niedriger. Fast 80 % bezeichneten sie als mittel bis praktikabel. Die Mehrheit bezeichnete sie als praktikabel (63,2 %, n = 12).

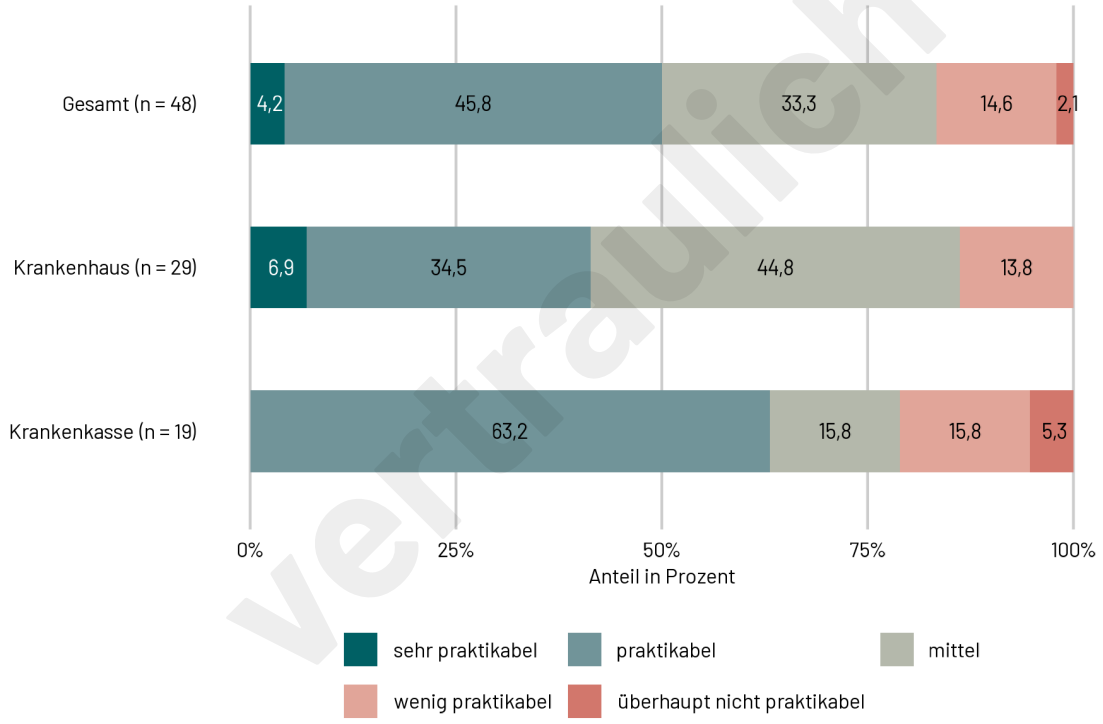


Abbildung 14: Praktikabilität der rechtlichen Regelungen und Vorgaben, Quelle: stand. Befragung

Betrachtet man die Angaben bezüglich der Vorgaben des IQTIG, so bewerteten insgesamt 70,9 % (n = 34) der Befragten diese als mittel bis sehr praktikabel. Die durch das IQTIG gemachten Vorgaben dienen der Evaluation des Instrumentes der Qualitätsverträge und beziehen sich insbesondere auf Berichtspflichten, Dokumentation und Datenübermittlung. Die Krankenkasse bezeichnen die Vorgaben des IQTIG überwiegend als praktikabel (52,6 %, n = 10). Etwas mehr als ein Viertel bezeichnete sie jedoch als überhaupt nicht praktikabel (26,3 %, n = 5). Auf Krankenhausseite stufte

vertraulich

jeweils etwa ein Drittel die Vorgaben als praktikabel bis sehr praktikabel (34,5 % n = 10), mittel (34,5 % n = 10) beziehungsweise wenig bis überhaupt nicht praktikabel (31,0 %, n = 9) ein.

In den allgemeinen Anmerkungen zur Befragung wurde sich für die Unterstützung und Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen des IQTIG bedankt.

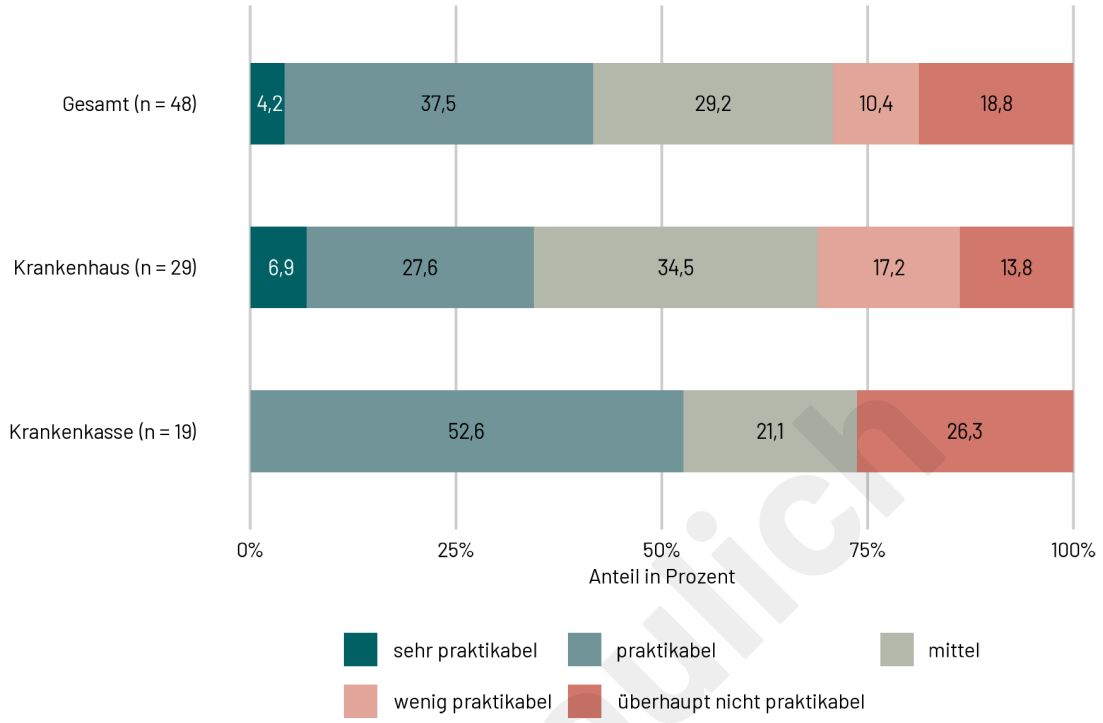


Abbildung 15: Praktikabilität der IQTIG-Vorgaben, Quelle: stand. Befragung

Aufschluss über **Hemmnisse von Regelungen und Vorgaben** bei der Ausarbeitung von Qualitätsverträgen gaben in den vertiefenden Interviews 12 der 14 Befragten. Die Befragten thematisierten die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen, die Definition der Zielgruppen (in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Leistungsbereiche), den Umgang mit Beitritten von Krankenkassen, die Einführung die Qualitätsverträge flankierender Regelungen sowie anfängliche Unsicherheiten beim Datenschutz. Teilweise wurden auch Anregungen formuliert, um die benannten Hürden abzubauen.

Die **rechtlichen Rahmenbedingungen** der Qualitätsverträge wurden von mehreren der Befragten als umsetzbar, vereinzelt jedoch auch als einschränkend beschrieben.

In Bezug auf § 110a SGB V wurde hervorgehoben, dass dieser eine große Freiheit in der Vertragsgestaltung ermöglicht. Gleichzeitig wurde aber auch die Beschränkung auf einzelne Indikationsbereiche als restriktiv bewertet, weshalb sich einige Befragte für eine Ausweitung der Leistungsbereiche aussprachen. Vorgeschlagen wurden u. a. weitere chronische Erkrankungen wie beispielsweise Herzinsuffizienz, Diabetes, Bluthochdruck oder chronische Nierenerkrankungen. Als weitere Möglichkeit wurden Bereiche angeregt, für die ein gesetzliches Qualitätssicherungsverfahren besteht. Darüber hinaus wurde als Weiterentwicklung die Möglichkeit der Entfristung

vertraulich

von Qualitätsverträgen thematisiert, welche dazu beiträgt, durch Qualitätsverträge etablierte Versorgungsstrukturen zu sichern.

Auch die aus dem Gesetz resultierende Rahmenvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG wurde als offen und nicht einschränkend bewertet.

Als hemmend wurde die Beschränkung der Verträge auf den stationären Sektor beschrieben. Dies begrenzte die Vernetzung mit ambulanten Strukturen, etwa die Einbindung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte oder Ärztenetzen (bspw. aus Facharztverträgen). Es führte nach Aussage eines Befragten zu einer Beschränkung der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten aus dem ambulanten Bereich. Darüber hinaus müssen in manchen Leistungsbereichen vor dem Hintergrund kurzer stationärer Aufenthaltszeiten von Patientinnen und Patienten Teile des (im Vertrag beschriebenen) Patientenpfads faktisch in den ambulanten Versorgungsbereich verlagert werden, der grundsätzlich nicht mehr im Einflussbereich des Qualitätsvertrags liegt. Daher konnten laut den Befragten Prävention, präoperative Versorgung und Nachsorge nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Darüber hinaus wurde anhand einzelner Aussagen deutlich, dass unklar geblieben ist, ob Qualitätsverträge in ihrer Vergabe einer Ausschreibung bedürfen. In der Folge kam es zu unterschiedlichen Formen wie bspw. Open-House-Verträgen und Einzelverträgen mit Krankenhäusern.

Zur **Zielgruppendefinition** in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 18. Mai 2017 äußerten sich mehrere Befragte. Die Zielgruppendefinition wurde grundsätzlich als zielführend und umsetzbar beschrieben. Positiv hervorgehoben wurde die Möglichkeit, die in den Tragenden Gründen definierten Zielgruppen weiter einzuschränken (bspw. im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung auf Erstimplantationen). Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die Zielgruppendefinition teilweise neuere Erkenntnisse und internationale Empfehlungen berücksichtigt (bspw. wird inzwischen mit Blick auf das postoperative Delir eine Hochrisikogruppe von Personen ab 70 Jahren beschrieben).

Der **Beitritt von Krankenkassen** zu einem Vertrag wurde von mehreren Befragten als Hürde bei der Ausarbeitung und späteren Umsetzung von Qualitätsverträgen genannt. Kritisiert wurde insbesondere die in der Praxis eingeschränkte oder nicht vorhandene Möglichkeit, bereits bestehenden Qualitätsverträgen beizutreten. Es wurde u. a. darauf hingewiesen, dass Krankenkassen mit wenigen Versicherten Schwierigkeiten haben, Verträgen mit großen Kliniken oder versichertenstarken Krankenkassen beizutreten. Es wurde daher vorgeschlagen, klarere Regelungen zu Beitritten zu treffen.

Zu Einschränkungen bei Beitritten erklärte eine Krankenkasse, dass sich bestimmte vertragliche Vereinbarungen – etwa die Datengrundlage zur Feststellung, dass die Anforderungen für eine ergebnisorientierte Vergütung erfüllt sind – nicht ohne Weiteres auf andere Krankenkassen übertragen oder von diesen übernehmen lassen. Von einer anderen Krankenkasse (Leistungsbereich Respiratorentwöhnung) wurde angemerkt, dass durch eine bewusste Beschränkung auf wenige aufwandsarm zu überprüfende Anforderungen und Versorgungskriterien nur das Interesse von

vertraulich

kleineren Krankenkassen am Qualitätsvertrag geweckt werden konnte. Größere Krankenkassen meldeten zurück, dass ihnen diese Anforderungen nicht weitreichend genug seien.

Für den Leistungsbereich Respiratorentwöhnung wurde darauf hingewiesen, dass die Einführung einer neuen **flankierenden Regelung** – der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) – die Notwendigkeit von Qualitätsverträgen in diesem Leistungsbereich einschränkt. Die Regelung, die Ähnliches wie die Vereinbarungen in Qualitätsverträgen beinhaltet, birgt das Risiko einer Doppelfinanzierung, schränkt deren breiten Ansatz (Vereinbarung von Anreizen und Qualitätsanforderungen) ein oder macht diese gar redundant. Gleichzeitig wurde bei Weiterführung von Qualitätsverträgen im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung der Bedarf einer klaren Ausgestaltung der Verträge angemerkt. Durch die neuen Rahmenbedingungen muss der Fokus von Verträgen auf einer intensiveren Versorgung der Patientinnen und Patienten liegen und über die Versorgung im Rahmen der neuen Regelungen hinausgehen.

Schließlich wurden Unsicherheiten mit Blick auf **datenschutzrechtliche Vorgaben** angesprochen, die vor allem zu Beginn der Qualitätsverträge auftraten und die zur Evaluation der Qualitätsverträge erhobenen Daten betreffen. Da es an klaren Regelungen fehlt, war von jedem Vertrag bzw. von jeder Institution im Vorfeld zu klären, inwieweit eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme von Patientinnen und Patienten am Qualitätsvertrag erforderlich ist. Der Informationsfluss von Daten musste geklärt werden. Krankenhausseitig wurde Interesse an Daten, die von Krankenkassenseite an das IQTIG übermittelt werden müssten, geäußert.

Fördernde Faktoren für die Umsetzung von Qualitätsverträgen

Bei den Vertreterinnen und Vertretern sowohl der Krankenhäuser als auch der Krankenkassen wurde erfragt, wie förderlich sich eine Reihe von Faktoren auf die Umsetzung der Qualitätsverträge ausgewirkt hat. Eingeschätzt wurden hierbei:

- Möglichkeit, finanzielle Anreize zu vereinbaren
- Freiheit bei der Vertragsgestaltung
- bereits vorhandene Gegebenheiten
- Schulungs- und/oder Informationsangebote für Mitarbeitende
- Bereitstellung von Informationen für Patientinnen und Patienten
- enge Zusammenarbeit der Vertragspartner

Zu den einzelnen Faktoren gaben jeweils bis zu 8 (19,2 %) der Befragten (N = 48) an, dass die Frage nicht zutrifft oder von ihnen nicht beurteilt werden kann.

Fast alle zur Auswahl gestellten Aspekte wurden von mehr als der Hälfte der befragten Krankenhäuser und Krankenkassen als förderlich (mittel, stark, sehr stark) eingeschätzt. Das Ausmaß der förderlichen Wirkung wurde von den befragten Krankenkassen tendenziell höher eingestuft als von den befragten Krankenhäusern.

Vertraulich

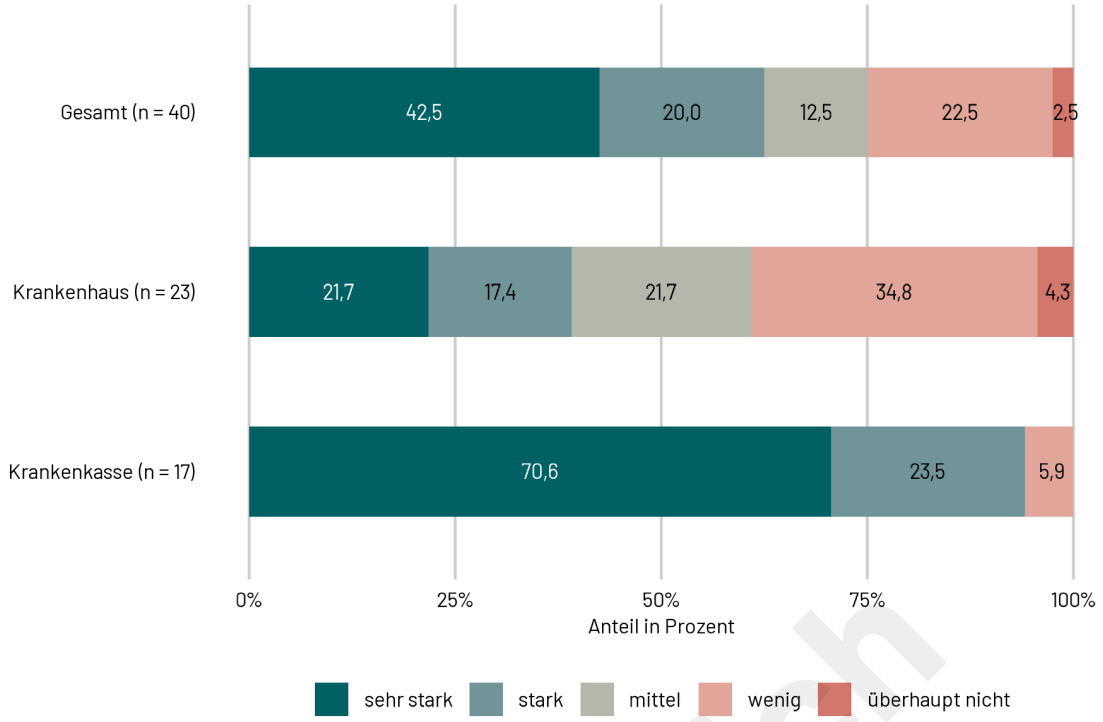


Abbildung 16: Fördernde Faktoren (finanzielle Anreize), Quelle: stand. Befragung

Die Auswirkungen der **Möglichkeit, finanzielle Anreize zu vereinbaren**, wurden von 40 Befragten bewertet (Abbildung 16). Am häufigsten wurde angegeben, dass diese Möglichkeit einen sehr stark fördernden Einfluss auf die Umsetzung von Qualitätsverträgen hatte (42,5 %, n = 17). Insgesamt wurde der Einfluss im Mittel als stark förderlich eingeschätzt.

Die befragten Krankenkassen bewerteten die Möglichkeit der Vereinbarung finanzieller Anreize im Vergleich insgesamt höher. Mehrheitlich stuften sie diesen Aspekt als sehr stark fördernd ein (70,6 %, n = 12). Im Vergleich aller fördernden Aspekte erhielt dieser Aspekt aus Sicht der befragten Krankenkassen die höchste Anzahl an Nennungen in der Kategorie sehr stark. Die Krankenhäuser schätzten die Wirkung dieses Aspektes geringer ein. Fast 40 % bezeichneten ihn als sehr stark (21,7 %, n = 5) beziehungsweise stark förderlich (17,4 %, n = 4). Ebenfalls fast 40 % der Befragten bezeichneten ihn aber auch als wenig förderlich (34,8 %, n = 8) bzw. überhaupt nicht förderlich (4,3 %, n = 1).

vertraulich

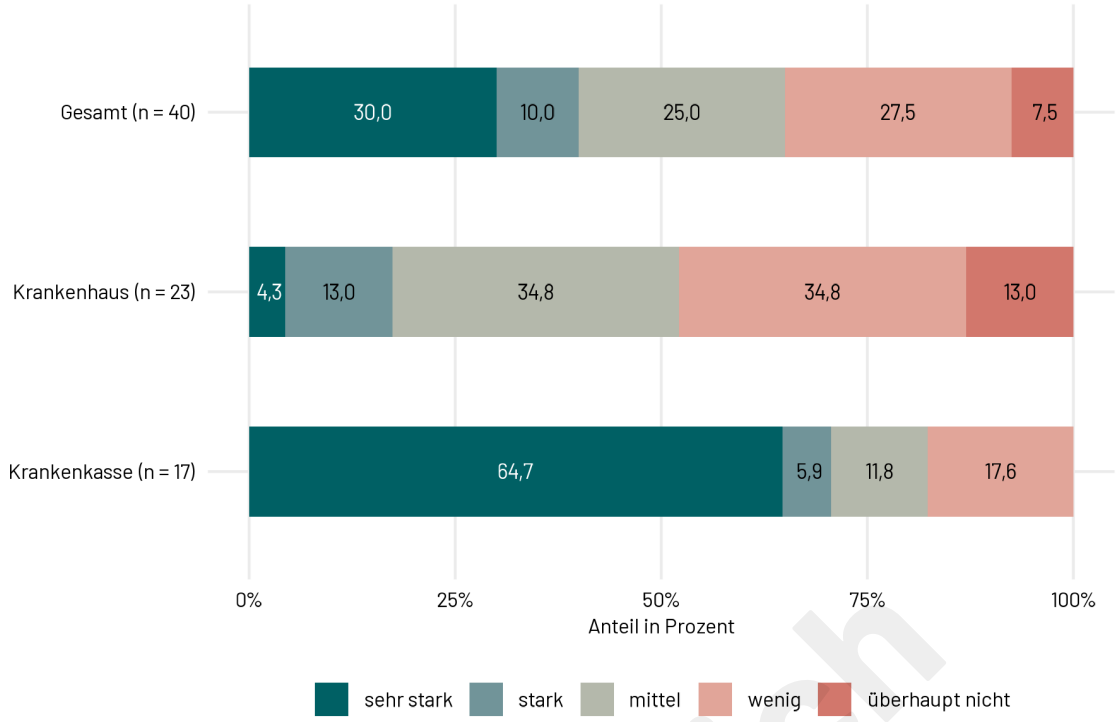


Abbildung 17: Fördernde Faktoren (Freiheit bei der Vertragsgestaltung), Quelle: stand. Befragung

Die fördernden Auswirkungen der **Möglichkeit, Qualitätsverträge frei zu gestalten**, wurden von den Befragten (n = 40) am häufigsten als sehr stark eingeschätzt (30,0 %, n = 12) (Abbildung 17). Insgesamt wurde diesem Aspekt im Mittel eine mittlere unterstützende Wirkung zugeschrieben.

Auch bei diesem Aspekt zeigten sich Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen den befragten Krankenhäusern und Krankenkassen. Die Krankenkassen bewerteten die fördernde Wirkung mehrheitlich als sehr stark (64,7 %, n = 11). Die befragten Krankenhäuser maßen diesem Aspekt eine geringere fördernde Wirkung bei. Sie schätzten die Wirkung überwiegend als mittel (34,8 %, n = 8) beziehungsweise als gering (34,8 %, n = 8) ein.

vertraulich

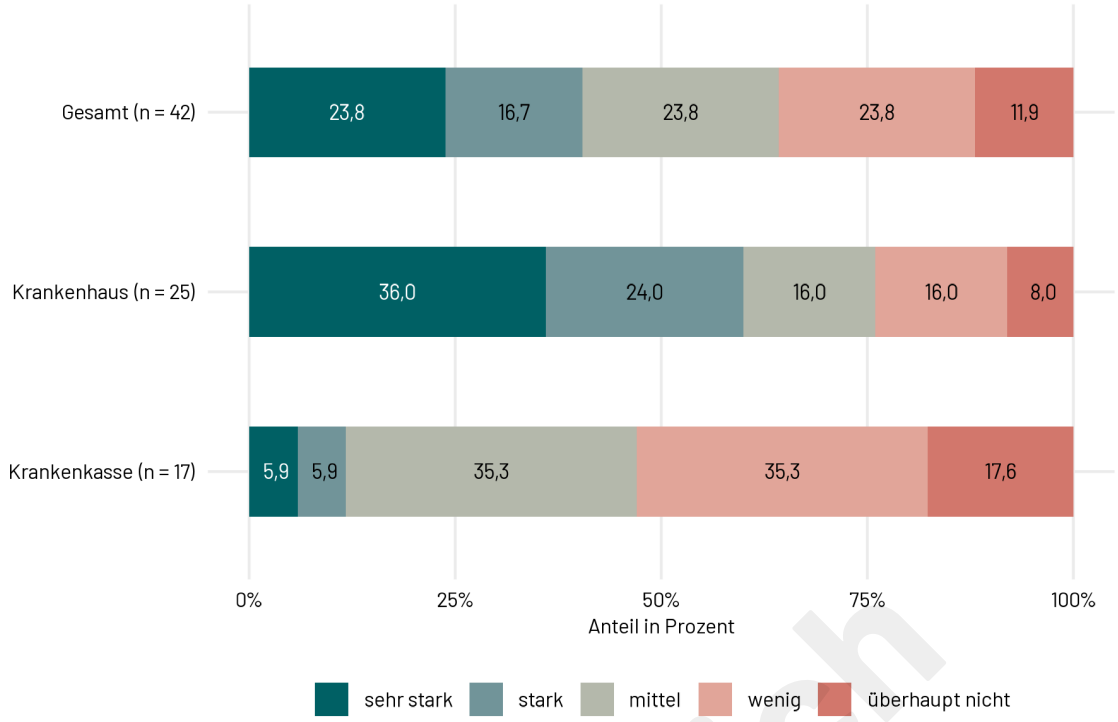


Abbildung 18: Fördernde Faktoren (bereits vorhandene Gegebenheiten), Quelle: stand. Befragung

Bereits vorhandene Gegebenheiten wurden insgesamt als geringer und heterogen in ihrem unterstützenden Charakter für die Umsetzung der Qualitätsverträge eingeschätzt (Abbildung 18). Jeweils nahezu ein Viertel der Befragten bewertete diesen Aspekt als sehr stark, mittel beziehungsweise wenig förderlich (häufigste Nennung jeweils 23,8 %, n = 10). Im Median wurde den bereits vorhandenen Gegebenheiten eine mittlere fördernde Wirkung auf die Umsetzung der Qualitätsverträge zugeschrieben.

Bei differenzierter Betrachtung nach Befragtengruppen zeigten sich deutliche Unterschiede. Die befragten Krankenhäuser nannten am häufigsten die Kategorie sehr stark (36,0 %, n = 9). Im Vergleich aller förderlichen Faktoren wies dieser Aspekt aus Sicht der Krankenhäuser damit den höchsten Anteil sehr starker Bewertungen auf. Die befragten Krankenkassen berichteten hingegen eine abweichende Wahrnehmung und stuften die fördernde Wirkung am häufigsten als mittel und gering ausgeprägt ein (jeweils 35,3 %, n = 6).

Auch bei der Bewertung des förderlichen Charakters von **Schulungs- und Informationsangeboten für Mitarbeitende** zeigte sich insgesamt ein differenziertes Bild (Abbildung 19). Der Einfluss dieser Angebote auf die Umsetzung der Qualitätsverträge wurde am häufigsten als stark (28,6 %, n = 12) und im Median als mittel eingestuft.

Zwischen den Befragtengruppen traten Unterschiede zutage. Die Krankenkassen schrieben diesem Aspekt einen höheren Einfluss zu. Er wurde am häufigsten als stark bewertet (44,4 %, n = 8). Die befragten Krankenhäuser stuften die Angebote hingegen überwiegend als wenig (29,2 %, n = 7) bis überhaupt nicht (25,0 %, n = 6) förderlich ein.

vertraulich

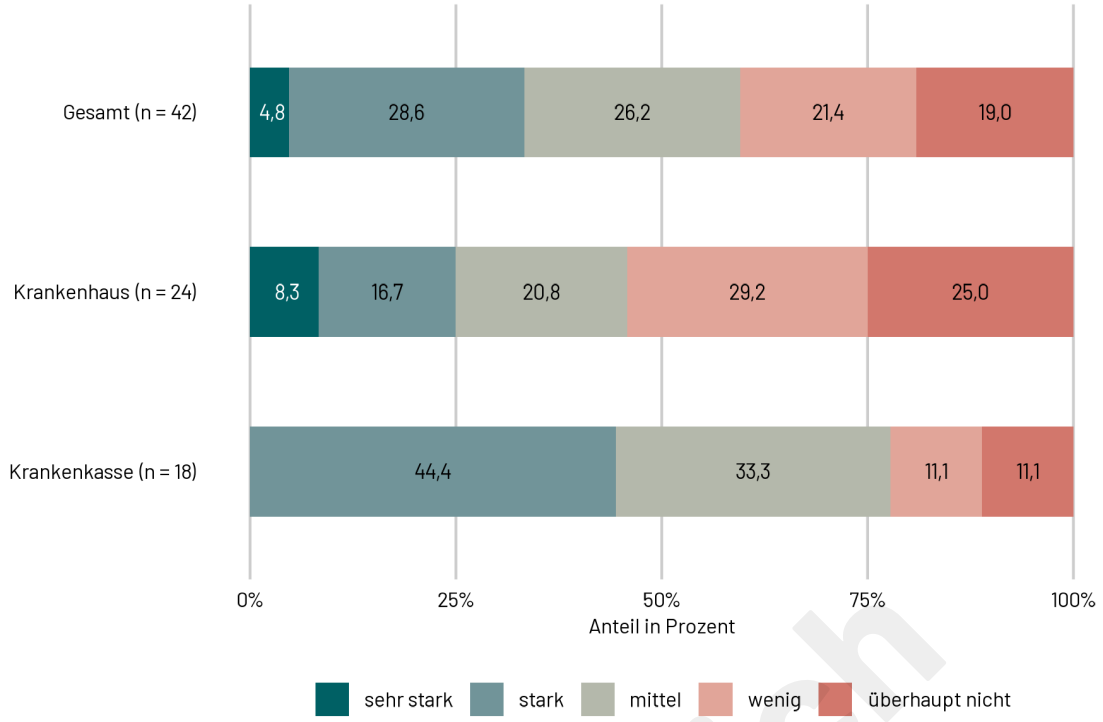


Abbildung 19: Fördernde Faktoren (Schulungs- und Informationsangebote für Mitarbeitende), Quelle: stand. Befragung

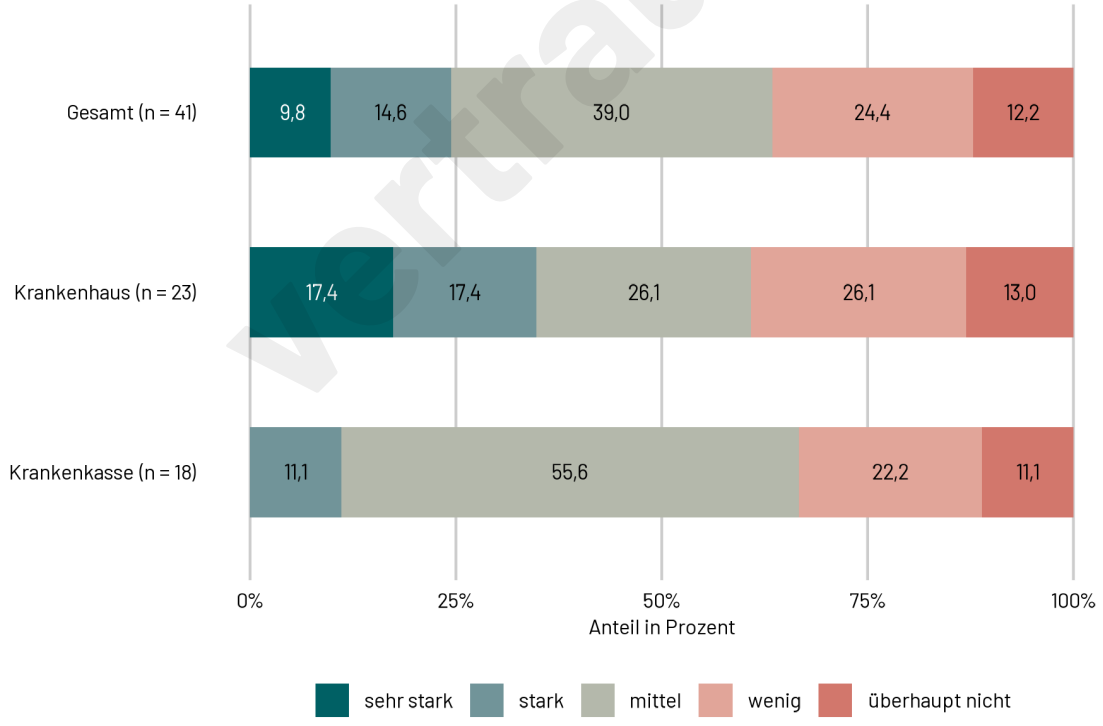


Abbildung 20: Fördernde Faktoren (Bereitstellung von Patienteninformationen), Quelle: stand. Befragung

vertraulich

Die förderliche Wirkung der **Bereitstellung von Informationen für Patientinnen und Patienten** wurde insgesamt am häufigsten dem mittleren Bereich zugeordnet (39,0 %, n = 16) (Abbildung 20).

Bei den Krankenhäusern und Krankenkassen zeigten sich deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung dieses Aspekts. Etwas mehr als die Hälfte der Krankenkassen schätzten die Bereitstellung von Informationen als moderat förderlich ein (55,6 %, n = 10). Die befragten Krankenhäuser bewerteten die förderliche Wirkung insgesamt höher, zwar wurden die Kategorien mittel und wenig ebenfalls am häufigsten genannt (jeweils 26,1 %, n = 6), etwas über 30 % bezeichneten diesen Aspekt aber auch als stark bis sehr stark förderlich.

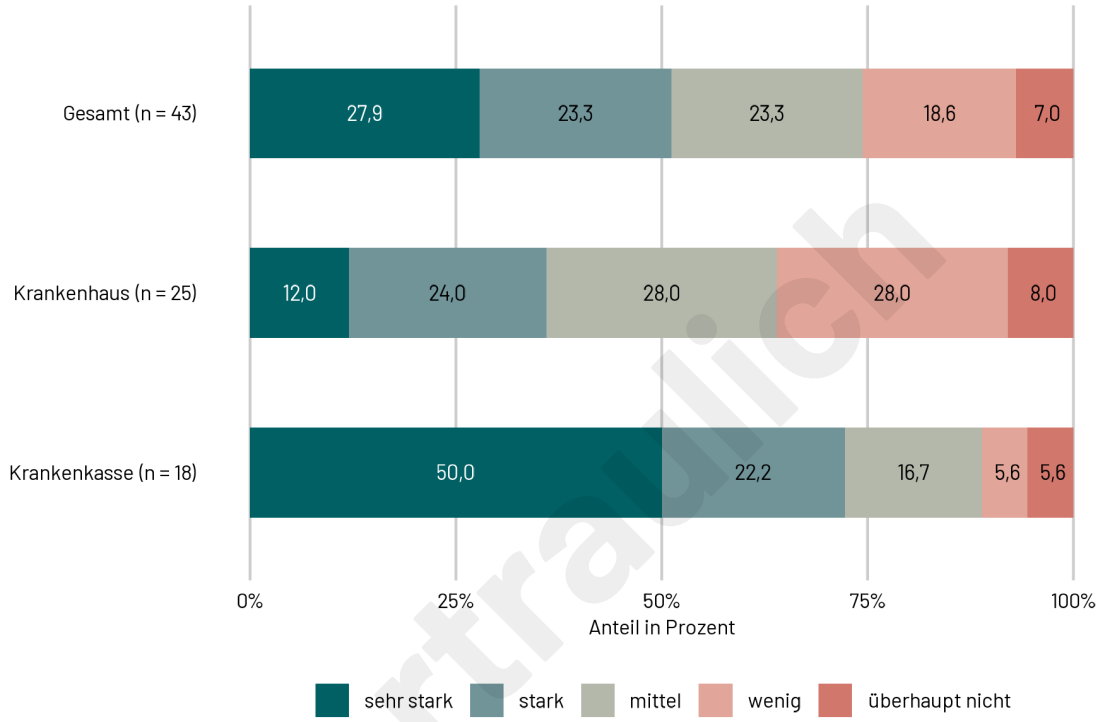


Abbildung 21: Fördernde Faktoren (enge Zusammenarbeit der Vertragspartner), Quelle: stand. Befragung

Eine **enge Zusammenarbeit der Vertragspartner** wurde von den Befragten am häufigsten als sehr unterstützend für die Umsetzung der Qualitätsverträge bezeichnet (27,9 %, n = 12) (Abbildung 21). Im Mittel wurde sie als stark förderlich wahrgenommen.

Diese Einschätzung beruht überwiegend auf den Angaben der befragten Krankenkassen. Die Hälfte dieser Befragten (n = 9) bewertete die förderliche Wirkung einer engen Vernetzung der Vertragspartner als sehr stark. Die befragten Krankenhäuser nahmen demgegenüber eine geringere Wirkung wahr (sehr stark 12,0 % n = 3, stark 24,0 %, n = 6). Sie stuften den Einfluss am häufigsten als mittel (28,0 %, n = 7) beziehungsweise als gering (28,0 %, n = 7) ein.

Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, weitere fördernde Faktoren zu benennen, von der 4 der 48 Befragten Gebrauch machten. Sämtliche Nennungen stammten von Vertretenden der Krankenhäuser. Genannt wurden zusätzliche Unterstützungsleistungen durch externe und interne Institutionen und Personen sowie teilweise bereits vor Abschluss des Qualitätsvertrags bestehende

vertraulich

einrichtungsbezogene förderliche Rahmenbedingungen. Als externe fördernde Faktoren wurde insbesondere die Unterstützung durch eine federführende Krankenkasse sowie durch die zuständigen Mitarbeitenden des IQTIG hervorgehoben. Auf interner Ebene wurden die Rolle der Klinikleitung als Projektleitung, die Eigeninitiative und Motivation der Mitarbeitenden, die Motivation der Patientinnen und Patienten sowie die Bereitstellung bedarfsorientierter Informationsmaterialien (Video, Audio und analoge Broschüren) genannt. Als weiterer motivierender Faktor wurde der Wunsch der Mitarbeitenden benannt, eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu ermöglichen und hierzu beizutragen. Ergänzend wurden eine bereits im Vorfeld bestehende langjährige Erfahrung und Zertifizierung im jeweiligen Leistungsbereich mit etablierten Versorgungsformen sowie das Vorliegen eines leistungsbereichsspezifischen Versorgungsauftrags für die Region als förderlich beschrieben.

Hemmende Faktoren für die Umsetzung von Qualitätsverträgen

Von den Vertragspartnern wurde erfragt, inwieweit sich eine Reihe von Faktoren hemmend auf die Umsetzung der Qualitätsverträge ausgewirkt haben. Folgende Faktoren wurden hierzu eingeschätzt:

- fehlende inhaltliche Vorgaben zur Vertragsausgestaltung
- Beschränkung auf die Versicherten der teilnehmenden Krankenkasse
- fehlende Beitritte weiterer Krankenkassen
- verringerte Zahl an Behandlungsfällen durch die Covid-19-Pandemie
- fehlende Zuweisung von Behandlungsfällen durch Dritte
- Schwierigkeiten bei der Identifizierung der Zielgruppe
- Voraussetzung einer Patienteneinwilligung zur Teilnahme
- Voraussetzung einer Patienteneinwilligung in die Datenübermittlung
- Weiterentwicklung der bestehenden IT-Infrastruktur

Zu den einzelnen Aspekten gaben jeweils bis zu 8 (19,2 %) der Befragten (N = 48) an, dass die Frage nicht zutrifft oder von ihnen nicht beurteilt werden kann. Um ihre Einschätzung der Schwierigkeiten bei der Identifizierung der Zielgruppe wurden ausschließlich die Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser (n = 29) gebeten. Eine Einschätzung hierzu wurde von 89,6 % (n = 26) der Befragten vorgenommen.

Fehlende inhaltliche Vorgaben zur Vertragsausgestaltung der Qualitätsverträge wurden von keinem der Vertragspartner als sehr stark hemmender Faktor wahrgenommen (Abbildung 22). Insgesamt wurde dieser Faktor am häufigsten und im Mittel als wenig einschränkend bewertet (39,0 %, n = 16).

Mehr als die Hälfte der befragten Krankenhäuser bewertete das Fehlen inhaltlicher Vorgaben als nicht hinderlich (52,0 %, n = 13). Die Krankenkassen stellten mehrheitlich eine wenig hemmende (43,8 %, n = 7) beziehungsweise nicht hemmende (12,5 %, n = 2) Wirkung fest.

In den allgemeinen Anmerkungen zur Befragung wurde empfohlen, für zukünftige Qualitätsverträge Standards bei Screenings und Präventionsmaßnahmen festzulegen. Dies würde eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Krankenhäusern ermöglichen.

Vertraulich

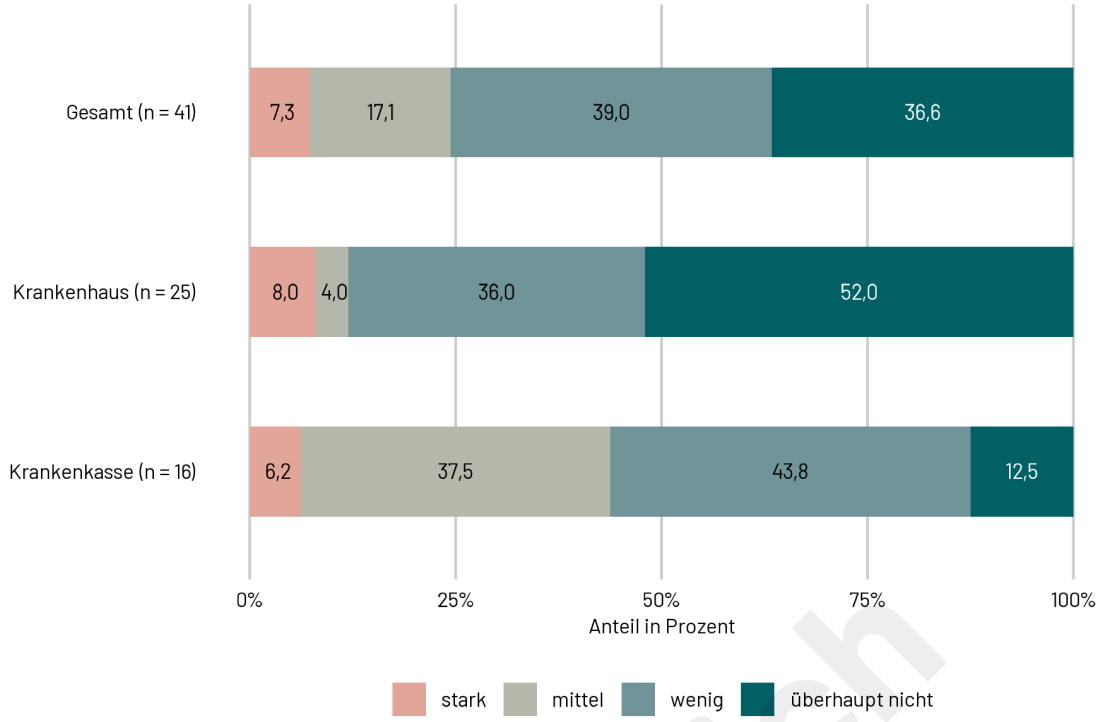


Abbildung 22: Hemmende Faktoren (fehlende inhaltliche Vorgaben zur Vertragsausgestaltung), Quelle: stand. Befragung

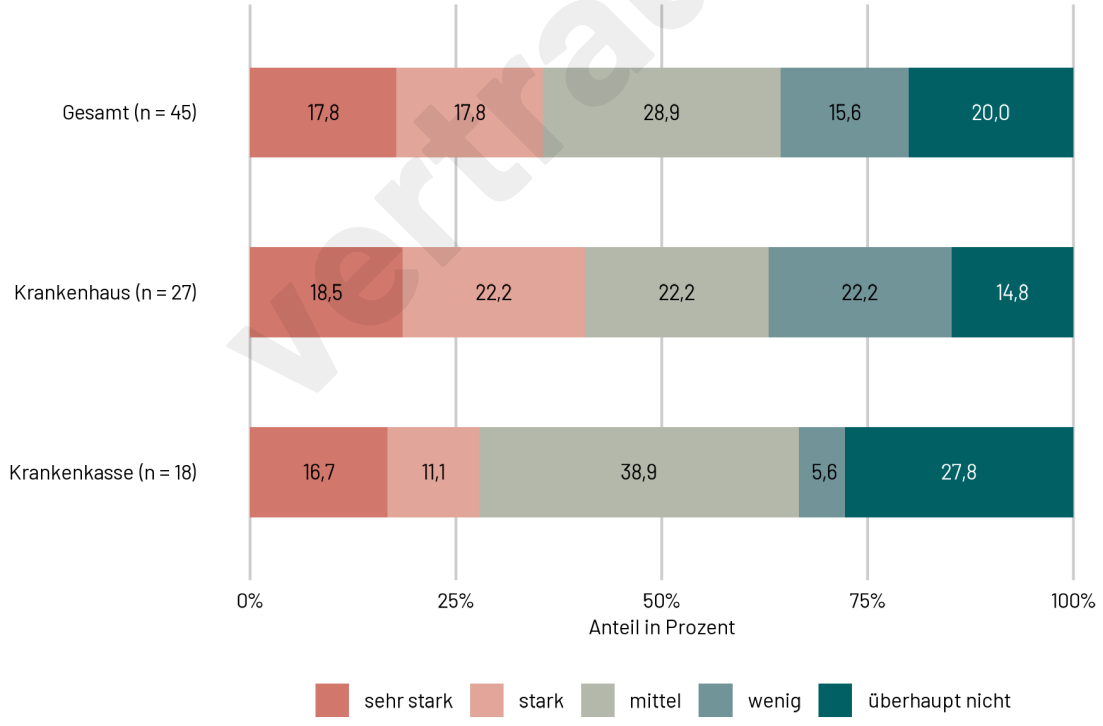


Abbildung 23: Hemmende Faktoren (Beschränkung auf die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen), Quelle: stand. Befragung

vertraulich

Der **Zugang** zur Teilnahme an Qualitätsverträgen ist auf die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen beschränkt (Abbildung 23). Diese Einschränkung wurde von der Mehrheit der Befragten als mittel hinderlich eingeschätzt (Median und Kategorie mit den meisten Nennungen; mittel, 28,9 %, n = 13). Jeweils leicht über 35 % der Befragten bezeichneten die Zugangsbeschränkungen als sehr stark oder stark beziehungsweise wenig oder überhaupt nicht einschränkend.

Die Einschätzungen der befragten Krankenhäuser zeigen ein ausgeglichenes Antwortverhalten über die einzelnen Kategorien: Jeweils 22,2 % (n = 6) stuften die Zugangsbeschränkung als stark, mittel beziehungsweise wenig hemmenden Faktor ein. Bei den Krankenkassen entfielen die meisten Nennungen auf die Kategorie mittel (38,9 %, n = 7). Etwas mehr als 30 % dieser Befragten bezeichneten die Zugangsbeschränkungen als wenig (5,6 %, n = 1) bzw. nicht hemmend (27,8 %, n = 5).

Neben der Vereinbarung und Ausarbeitung eigener Qualitätsverträge bestand für Krankenkassen die Möglichkeit, bereits bestehenden Qualitätsverträgen beizutreten. Fehlende Beitritte anderer Krankenkassen zu bereits bestehenden Qualitätsverträgen wurden am häufigsten als nicht hemmend eingeschätzt (27,9 %, n = 12) (Abbildung 24). Insgesamt wurde dieser Aspekt im Mittel als wenig hemmend bewertet.

Unter den befragten Krankenhäusern bezeichneten fast 30 % diesen Umstand als überhaupt nicht hemmend, weitere fast 20 % als wenig hemmend. Unter den Krankenkassen gehen die Meinungen stärker auseinander. Am häufigsten wurden die Kategorien sehr stark hemmend (31,2 %, n = 5) und wenig hemmend (31,2 %, n = 5) genannt. Insgesamt bezeichneten etwas mehr als 55 % der befragten Krankenkassen den Aspekt als wenig oder überhaupt nicht hemmend.

vertraulich

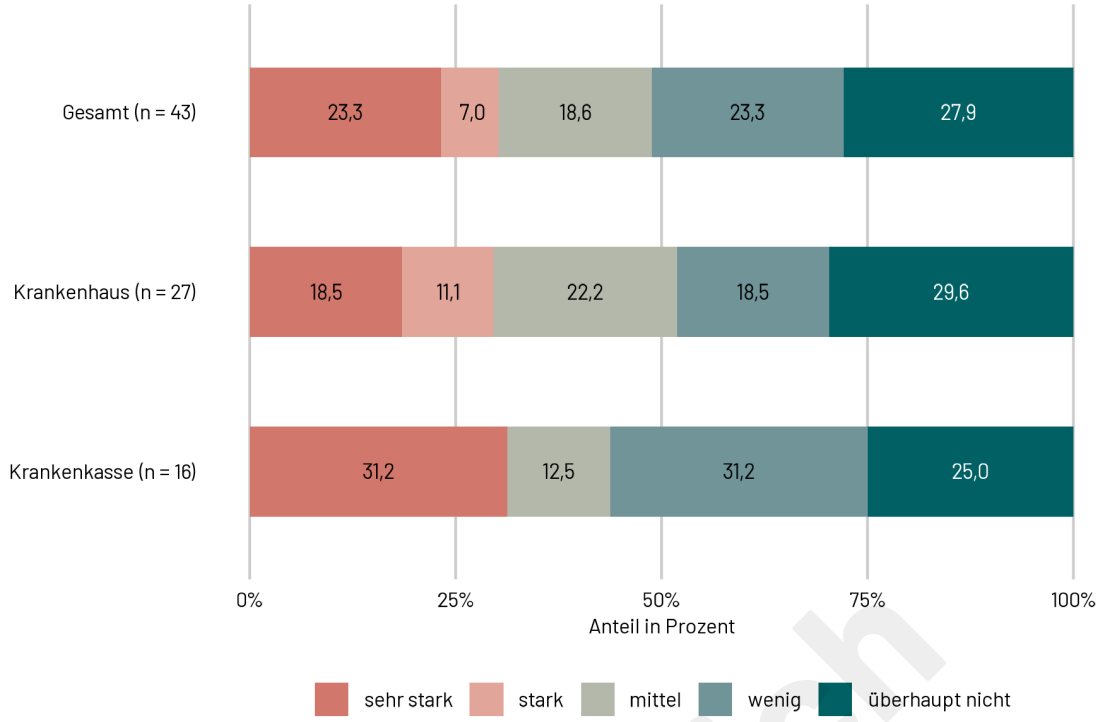


Abbildung 24: Hemmende Faktoren (fehlende Beitritte weiterer Krankenkassen), Quelle: stand. Befragung

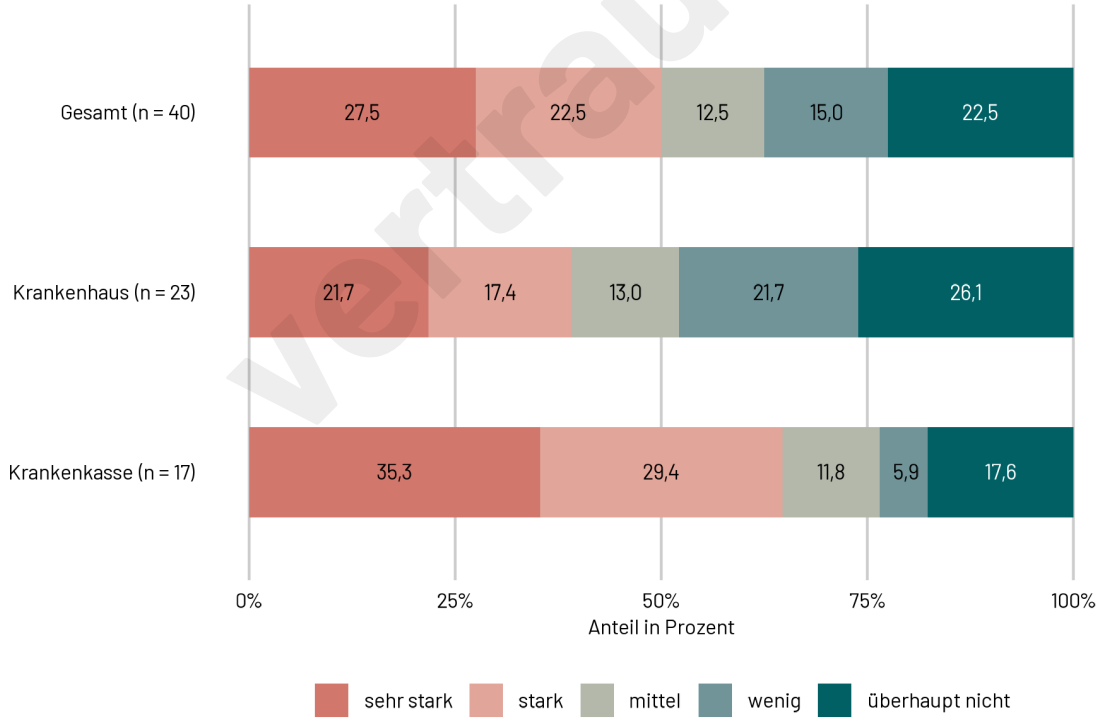


Abbildung 25: Hemmende Faktoren (verringerte Zahl an Behandlungsfällen durch die Covid-19-Pandemie), Quelle: stand. Befragung

vertraulich

Die **Covid-19-Pandemie** fiel in den Umsetzungszeitraum der Qualitätsverträge und wurde in diesem Zusammenhang ebenfalls als möglicher hemmender Faktor bewertet (Abbildung 25). Insgesamt wurde dieser Faktor am häufigsten als sehr stark hemmend eingeschätzt (27,5 %, n = 11), insbesondere in den Leistungsbereichen Respiratorentwöhnung (45,5 %, n = 5) und Endoprothetische Gelenkversorgung (25,0 %, n = 4). Jeweils die Hälfte der Befragten ordnete den Einfluss entweder den Kategorien sehr stark beziehungsweise stark hemmend oder den Kategorien mittel, wenig bzw. überhaupt nicht einschränkend zu.

Von den befragten Krankenhäusern wurde die Covid-19-Pandemie am häufigsten als überhaupt nicht einschränkend bewertet (26,1 %, n = 6), gefolgt von Einschätzungen als sehr stark hemmend oder als wenig hemmend (jeweils 21,7 %, n = 5). Die Befragten der Krankenkassen beschrieben den Einfluss der Covid-19-Pandemie hingegen überwiegend als hemmend: Fast 65 % stuften ihn als sehr stark (35,3 %, n = 6) oder stark hemmend (29,4 %, n = 5) für die Umsetzung der Qualitätsverträge ein.

Ein Teil der Qualitätsverträge, insbesondere im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung, war zur Rekrutierung von Behandlungsfällen auf **Zuweisungen durch Dritte** angewiesen. Diese Abhängigkeit wurde am häufigsten als sehr stark einschränkend für die Umsetzung der Qualitätsverträge bewertet (31,7 %, n = 13) (Abbildung 26), wobei sich 11 der 13 Nennungen auf Verträge im Bereich der Respiratorentwöhnung bezogen. Im Mittel wurde die fehlende Zuweisung von Behandlungsfällen als wenig einschränkend eingeschätzt.

Die befragten Krankenhäuser bewerteten im Vergleich zu den befragten Krankenkassen das Fehlen von Zuweisungen durch Dritte in höherem Maße als sehr stark hemmend (38,5 %, n = 10). Fast alle Befragten dieser Kategorie stammten wiederum aus dem Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (9 von 10). Bei den Krankenkassen überwog dagegen die Einschätzung einer geringen Einschränkung; am häufigsten wurde die Kategorie wenig (33,3 %, n = 5) und überhaupt nicht (26,7 %, n = 4) genannt.

vertraulich

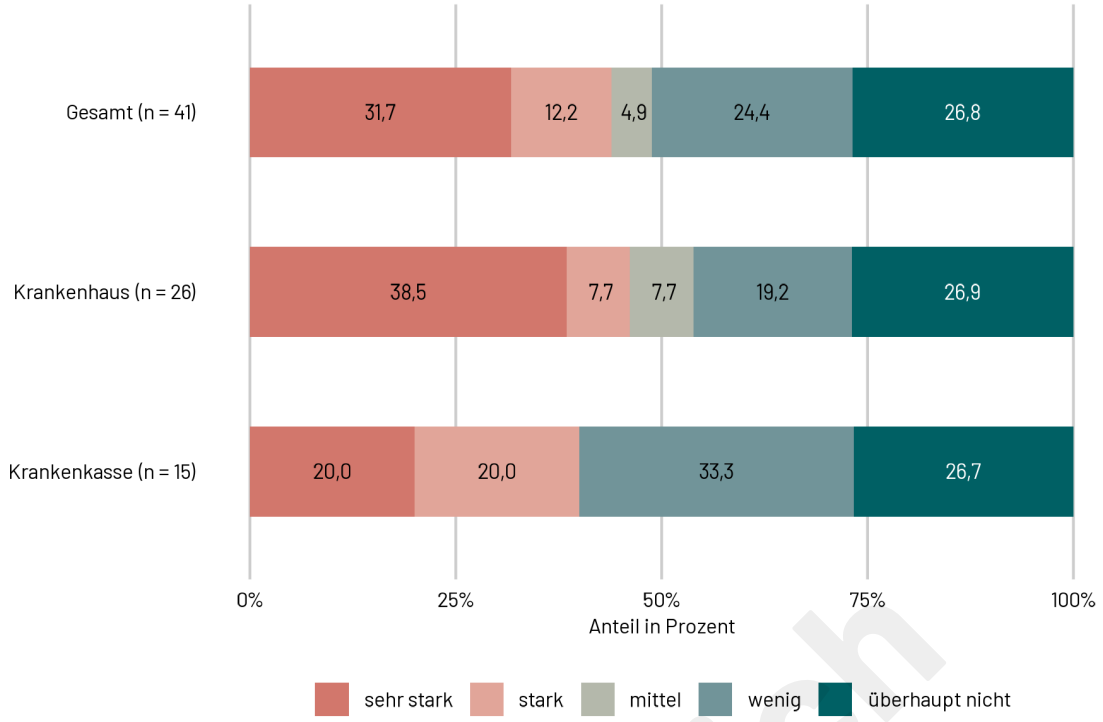


Abbildung 26: Hemmende Faktoren (fehlende Zuweisung von Behandlungsfällen durch Dritte), Quelle: stand. Befragung

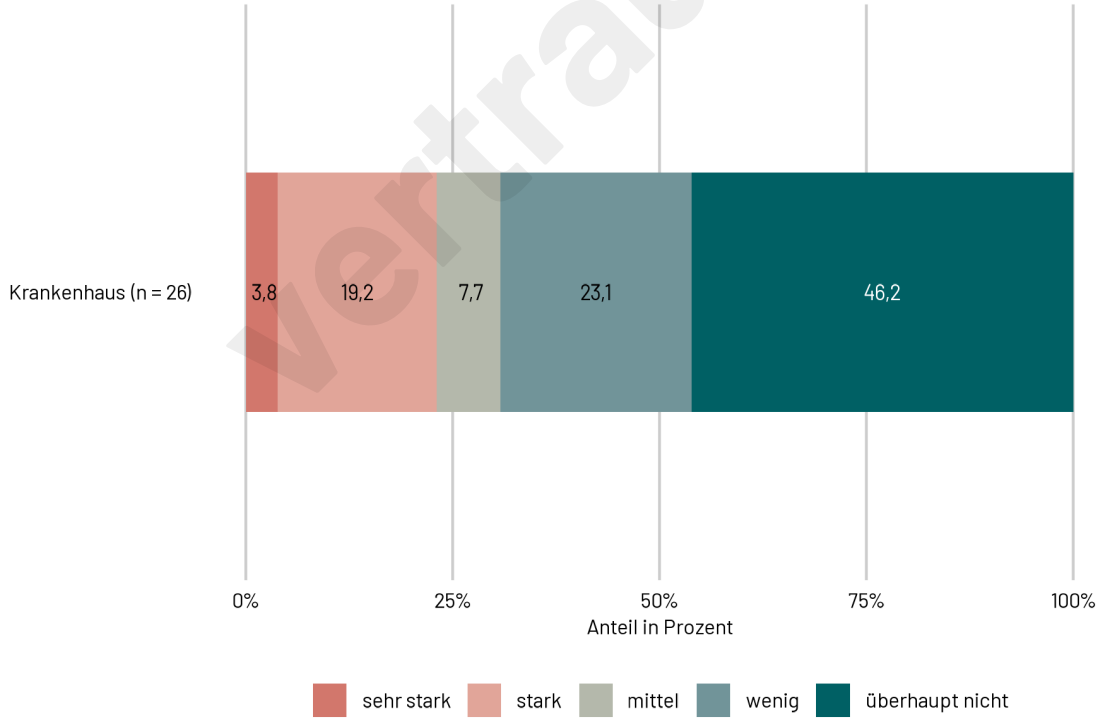


Abbildung 27: Hemmende Faktoren (Schwierigkeiten bei der Identifizierung der Zielgruppe), Quelle: stand. Befragung

vertraulich

Zu Problemen bei der Identifizierung der in einen Qualitätsvertrag einzuschließenden Patientinnen und Patienten (Zielgruppe) äußerten sich die befragten Krankenhäuser (Abbildung 27). Am häufigsten wurde angegeben, dass in diesem Zusammenhang keine Schwierigkeiten auftraten (überhaupt nicht, 46,2 %, n = 12). Im Mittel wurde dieser Faktor als wenig hemmend eingeschätzt.

Für die Einschreibung von Patientinnen und Patienten in einen Qualitätsvertrag war deren Einwilligung beziehungsweise die Einwilligung der gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertreter erforderlich (Abbildung 28). Diese Voraussetzung wurde insgesamt und im Mittel am häufigsten als wenig problematisch bewertet (36,6 %, n = 15). Unter den Krankenhäusern war diese Einschätzung deutlicher ausgeprägt als unter den Krankenkassen. Etwas über 40 % der befragten Krankenhäuser bewerteten dies als wenig, weitere fast 40 % als überhaupt nicht einschränkend. Die Einwilligung als mittel bzw. wenig hemmend, erachteten jeweils fast 30 % der befragten Krankenkassen.

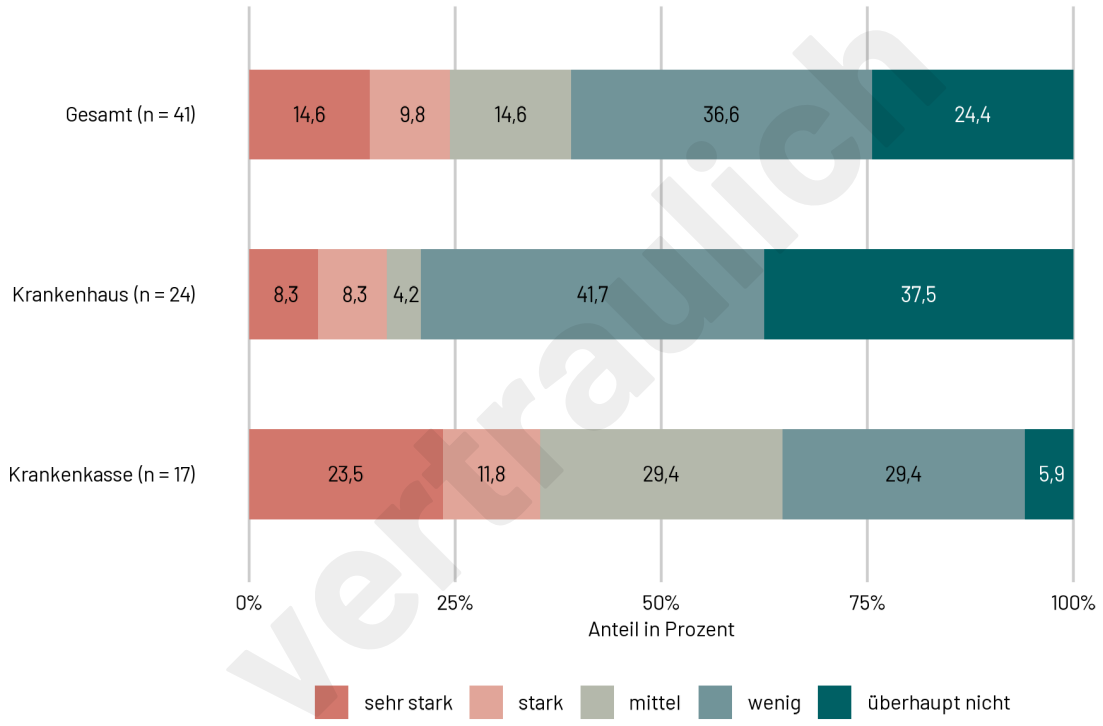


Abbildung 28: Hemmende Faktoren (Voraussetzung einer Patienteneinwilligung zur Teilnahme), Quelle: stand. Befragung

Neben der Einwilligung zur Teilnahme am Qualitätsvertrag war die Zustimmung der Patientinnen und Patienten zur Übermittlung ihrer teilweise personenbezogenen Daten erforderlich (Abbildung 29). Die Datenübermittlung diente unter anderem dem Nachweis der Erfüllung von Qualitätsanforderungen gegenüber der teilnehmenden Krankenkasse sowie der Evaluation des Instruments der Qualitätsverträge durch das IQTIG. Dieser Aspekt wurde von der Mehrheit der Befragten als nicht hinderlich eingeschätzt (31,7 %, n = 13) und im Mittel als wenig einschränkend bewertet.

vertraulich

Bei den Krankenhäusern war diese Wahrnehmung stärker ausgeprägt als bei den Krankenkassen. Die befragten Krankenhäuser stuften die Einwilligung zur Datenübermittlung am häufigsten als nicht hemmend (50,0 %, n = 12) und wenig hemmend ein (25,0 %, n = 6). Von den befragten Krankenkassen wurde dieser Aspekt überwiegend als wenig hemmend bewertet (35,3 %, n = 6). Weitere fast 30 % der Befragten bezeichneten die Voraussetzung der Patienteneinwilligung als moderat hemmend.

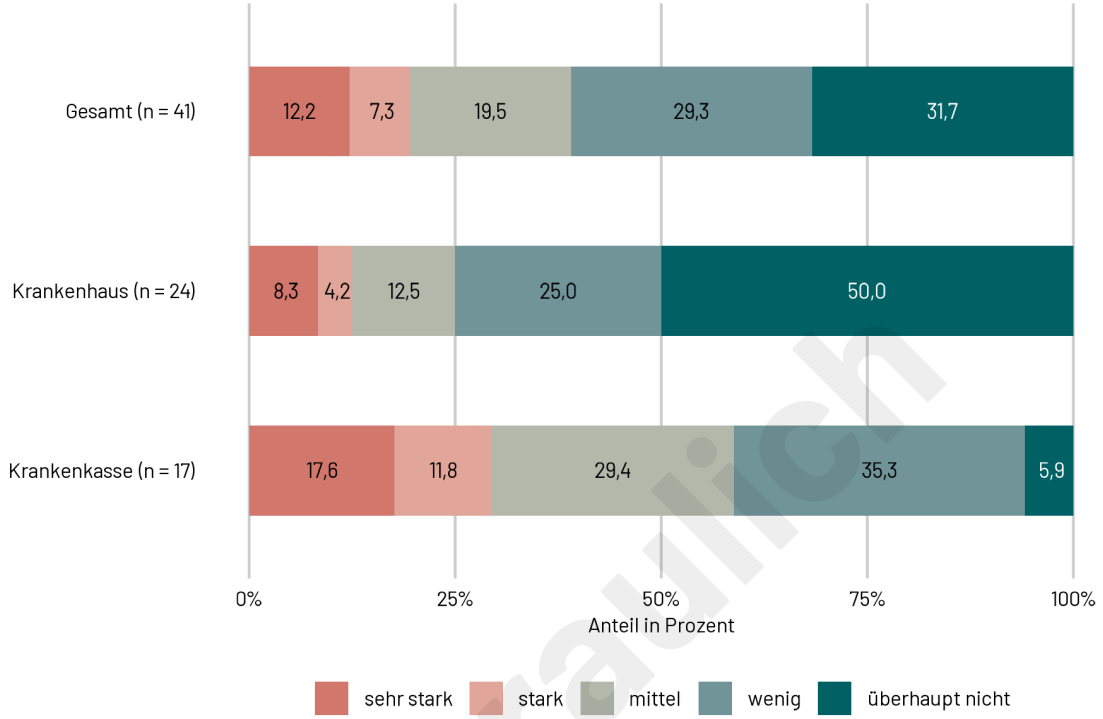


Abbildung 29: Hemmende Faktoren (Voraussetzung einer Patienteneinwilligung in die Datenübermittlung), Quelle: stand. Befragung

Zur Erfüllung der Anforderungen der Qualitätsverträge war es teilweise erforderlich, die IT-Infrastruktur der Vertragspartner anzupassen oder weiterzuentwickeln (Abbildung 30). Die Mehrheit der Befragten bewertete diesen Aspekt als wenig hinderlich (26,8 %, n = 11) beziehungsweise als nicht hinderlich (überhaupt nicht, 26,8 %, n = 11). Im Mittel wurde die Notwendigkeit der Anpassung der IT-Infrastruktur als wenig hinderlich eingeschätzt.

Die Hälfte der befragten Krankenkassen stufte den Faktor als sehr stark hemmend (häufigste Nennung; 37,5 %, n = 6) beziehungsweise stark hemmend (12,5 %, n = 2) ein. Die befragten Krankenhäuser bewerteten ihn hingegen überwiegend als überhaupt nicht hemmend (40,0 %, n = 10) beziehungsweise wenig hemmend (28,0 %, n = 7).

vertraulich

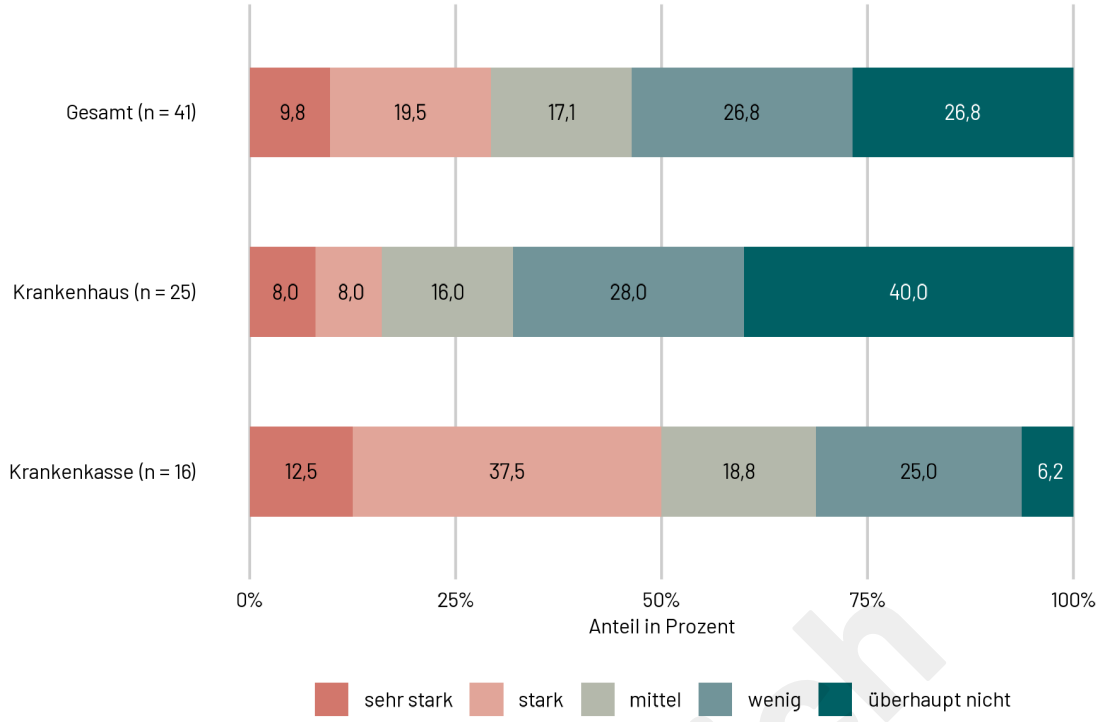


Abbildung 30: Hemmende Faktoren (Weiterentwicklung der bestehenden IT-Infrastruktur), Quelle: stand. Befragung

Ergänzende hemmende Faktoren wurden in der standardisierten Befragung von 10 (20,8 %) der 48 Befragten (Krankenhäuser: n = 6, Krankenkassen: n = 4) genannt.

Das Spektrum der genannten hemmenden Faktoren umfasste:

- fehlende Ausweitung der Beitrittsmöglichkeiten
- begrenzte personelle Ressourcen
- hohe Dokumentationsaufwände und Aufwände der Vertragsanbahnung
- Datenübermittlung
- Änderungen von Vorgaben/Richtlinien bzw. deren Einführung

Von den Vertretenden der Krankenhäuser wurde hervorgehoben, dass der Beitritt großer Krankenkassen zu Qualitätsverträgen zum Teil ausgeblieben ist, wodurch nur ein begrenztes Versichertenkollektiv für einzelne Verträge zur Verfügung stand. Bemängelt wurde von Krankenkassenseite, dass Beitrittsmöglichkeiten über die beteiligten Krankenkassen hinaus fehlten, was den Zugang für Teile der Zielgruppe weiter einschränkte. Weitere hemmende Faktoren auf Krankenhausseite waren krankheitsbedingte Personalausfälle, Fachkräftemangel sowie Engpässe bei IT-Fachkräften, die zu Verzögerungen in der Implementierung führten.

Mehrere Befragte (n = 4) bewerteten den Dokumentationsaufwand als zu hoch; betroffen waren alle Phasen der Qualitätsverträgen von der Rekrutierung über Versorgung und Abrechnung bis zur Datenübermittlung. Trotz erhöhter Dokumentationspauschalen konnten die entstehenden Kosten nach Angaben einzelner Befragter nicht vollständig kompensiert werden. Zudem wurde die Ver-

vertraulich

tragsanbahnung als langwierig beschrieben, mit Zeiträumen von ein bis zwei Jahren. Die Datenübermittlung an das IQTIG wurde insbesondere aufgrund fehlender Schnittstellen (bspw. CSV-Datenschnittstellen) als umständlich bewertet. Für Messung und Evaluation wurde in diesem Zusammenhang vorgeschlagen, auf Daten zurückzugreifen, die bereits für die Qualitätssicherung erhoben werden. Aus Sicht der Befragten ließe sich so für den G-BA, das IQTIG und die Leistungserbringer ein erheblicher Aufwand einsparen. Zur weiteren Reduktion des Aufwands für Krankenhäuser wurde zudem angeregt, die Dokumentationsbögen für die Evaluation zu vereinfachen und zu reduzieren. Es wurde eingeschätzt, dass sich dadurch die Attraktivität von Qualitätsverträgen erhöhen würde.

Aus dem Leistungsbereich Respiratorentwöhnung wurden zusätzlich die Einführung der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) sowie Änderungen der Abrechnungspauschalen im Zusammenhang mit dem Beatmungsstatus beziehungsweise dem Beatmungsentwöhnungspotenzial (B-BEP-Abschlagsvereinbarung) als erschwerend für den Einsatz von Qualitätsverträgen benannt. In einem Fall führte dies dazu, dass die Fortführung eines Qualitätsvertrags als nicht mehr notwendig erachtet wurde. Darüber hinaus nahmen Befragte der Krankenkassen (n = 2) eine geringe Motivation der Krankenhäuser zum Abschluss von Qualitätsverträgen wahr.

In den vertiefenden Interviews äußerten sich 10 der 14 Interviewteilnehmenden zu Umsetzungshindernissen. Während einige keine Hindernisse sahen, wurden von anderen der eingeschränkte Zugang zu Qualitätsverträgen, rechtliche Vorgaben, sektorenbezogene Problemlagen sowie vertragsindividuelle Hemmnisse thematisiert. Krankenkassen verwiesen auf zu kleine Patientenkollektive, Krankenhäuser kritisierten die Beschränkung auf Versicherte teilnehmender Krankenkassen, die teilweise weniger als 10 % der relevanten Patientinnen und Patienten ausmachten. Dies begrenzte sowohl die Versorgung im Rahmen der Qualitätsverträge als auch die Evaluation. Als Wunsch wurde formuliert, Qualitätsverträge für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit zu öffnen.

Die Einschätzung rechtlicher Vorgaben fiel heterogen aus: Während einige Befragte diese nicht als hinderlich einstuften, bewerteten andere enge rechtliche Rahmenbedingungen sowie die verbindliche Nutzung bestimmter PROM als erschwerend. Als weitere Hemmnisse wurden sektorenübergreifende Probleme genannt, insbesondere Vergütungsfragen bei notwendiger ambulanter Anschlussversorgung. Vor diesem Hintergrund wurde ein Ausbau intersektoraler Versorgungsstrukturen angeregt, verbunden mit dem Hinweis auf einen erhöhten Finanzierungsbedarf im ambulanten Bereich.

Schließlich wurden auch patientenbezogene Umsetzungsschwierigkeiten beschrieben. Der Einwilligungsvordruck wurde als zu komplex eingeschätzt und teilweise in Leichte Sprache übertragen. In einzelnen Leistungsbereichen, etwa der Prävention des postoperativen Delirs, erschwerte die akute Situation der Patientinnen und Patienten die rechtzeitige Einholung der Einwilligung, sodass eine Einschreibung nicht immer möglich war.

vertraulich

Ursachen für Qualitätsverträge ohne Patientenintegration im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung

Insgesamt drei Personen aus Krankenhäusern und Krankenkassen wurden zu den Ursachen, die dazu geführt haben, dass in Qualitätsverträgen des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung keine Patientinnen und Patienten versorgt werden konnten, befragt. Alle Befragten beschrieben, dass die Spezifika der Zielgruppe hier ursächlich seien: Durch fehlende Beitritte weiterer, versichertenstarker Krankenkassen stand nur eine geringe Anzahl an potenziellen Patientinnen und Patienten für den jeweiligen Vertrag zur Verfügung. Es wurde auch die Herausforderung der zur Rekrutierung notwendigen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit genannt. Diese bestand in der mangelnden Information der Klinik über potenzielle Patientinnen und Patienten durch die Hausärztinnen und Hausärzte. Gleichzeitig wurde von Krankenhausseite versäumt, die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte wiederholt diesbezüglich zu kontaktieren. Auch wird festgehalten, dass eine außerklinische Beatmung einen wirtschaftlichen Anreiz für die ambulanten Versorger darstellt, der wirtschaftlichen Einbußen, die mit einer Entwöhnung verbunden sind, gegenübersteht. Letztlich fand aufgrund der genannten Bedingungen keine Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus der ambulanten Versorgung statt. Einen weiteren Faktor stellt die Covid-19-Pandemie dar, da zur stationären Versorgung schwerer Covid-19-Fälle insbesondere Beatmungskapazitäten erforderlich waren. Mit Blick auf die Aufwände wird berichtet, dass diese im Bezug zur Honorierung als zu hoch empfunden wurden. Von den Krankenhäusern konnte einmalig eine Pauschale für Vertragsvorbereitung, -verhandlung und -durchführung abgerechnet werden. Folgeaufwände zur Führung von laufenden Verträgen wurden nicht vergütet. Als weiteres Hemmnis wurde beschrieben, dass es im Krankenhaus schwierig war, etablierte Vorgehensweisen im klinischen Alltag aufzubrechen und neue Vertragsstrukturen zu implementieren.

Bedingungen für einen erneuten Abschluss eines Qualitätsvertrages

Zu den Bedingungen für einen erneuten Abschluss von Qualitätsverträgen äußerten sich insgesamt vier Befragte in den vertiefenden Interviews. Die Befragten schätzten ein, dass die an der Umsetzung beteiligten Mitarbeitenden in der Klinik grundsätzlich nicht zu den Bedenkenträgern gehören. Vonseiten der Verantwortlichen wurde die Bedingung einer vereinfachten Umsetzung insbesondere mit Blick auf erforderliche EDV-Prozesse genannt. Zugleich wurde angemerkt, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen durch kleinere Krankenkassen aufgrund einer begrenzten Anzahl an Versicherten erschwert ist und weitere Verträge durch Zusammenschlüsse von Krankenkassen erleichtert werden könnten.

Bei den Befragten des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung zeigt sich in diesem Zusammenhang ein differenziertes Bild: Zum einen werden Qualitätsverträge weiterhin als Chance insbesondere für den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gesehen. Zum anderen ist der Leistungsbereich durch die AKI-RL inzwischen ausreichend abgebildet. Verträge wie die initial vereinbarten Qualitätsverträge haben demnach eine verringerte Relevanz.

Vertraulich

B Welche unmittelbaren Effekte sind nach der Einführung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung zu beobachten?

Im Rahmen der Fragengruppe B werden zunächst die erwartbaren Effekte in der Versorgung dargestellt, die im Zuge der Einführung von Qualitätsverträgen kurzfristig beobachtet wurden (B.1). Anschließend werden unerwartete kurzfristige Effekte – sowohl positive als auch negative – in den Blick genommen (B.2).

B.1 Welche unmittelbaren intendierten Effekte sind zu beobachten?

Als unmittelbare intendierte Effekte Änderungen im Personalwesen sowie in Organisationsprozessen und bei eingesetzten Anwendungen untersucht. Dahinter steht die Frage, inwiefern sich die Struktur- und Prozessqualität der Versorgung nach Einführung von Qualitätsverträgen konkret gegenüber dem Ausgangszustand verbessert hat. Als weiteren unmittelbaren Effekt der Qualitätsverträge wird am Ende dieses Abschnitts die Allokation finanzieller Mittel betrachtet.

Personalwesen

Die Vertretenden der Krankenhäuser (n = 29) wurden gefragt, inwieweit im Rahmen des Qualitätsvertrags zusätzliche personelle Ressourcen zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in ihrem Krankenhaus geschaffen wurden. Von einer Erweiterung der Personalressourcen berichteten 7 (24,1 %) Befragte. Diese Befragten stammten vorwiegend aus dem Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs. In 5 der 6 Verträge dieses Leistungsbereichs wurden bestehende personelle Ressourcen erhöht. In den Leistungsbereichen Endoprothetische Gelenkversorgung und Respiratorentwöhnung berichteten nur wenige Befragte von einem Aufbau der Personalressourcen aufgrund des Qualitätsvertrags.

Erfragt wurde ebenfalls, inwieweit es im Rahmen des Qualitätsvertrags zu weiterqualifizierenden Maßnahmen für Mitarbeitende gekommen ist. Gemeint waren Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden, die über allgemeine Informationsveranstaltungen hinausgehen. Dies wurde in 31,0 % (n = 9) der Fälle berichtet, wovon sechs Befragte aus dem Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs stammten. In allen Qualitätsverträgen dieses Leistungsbereichs wurden somit weiterqualifizierende Fort- und Weiterbildungen angeboten.

Strukturqualität

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Vergleichs zur Strukturqualität, differenziert nach den drei hierzu auswertbaren Leistungsbereichen, dargestellt. Im Mittelpunkt steht dabei die leitende Fragestellung, ob und in welchem Umfang sich die Versorgungsqualität durch die Einführung von Qualitätsverträgen verändert hat.

Endoprothetische Gelenkversorgung

Im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung wird die Strukturqualität durch die Evaluationskennziffern *Fallzahlen pro Hauptoperateur* und *Erfüllung der Kriterien für Endoprothetikzentren* repräsentiert.

vertraulich

Fallzahlen pro Hauptoperateur

Das Qualitätsziel der Evaluationskennziffer *Fallzahlen pro Hauptoperateur* legt fest, dass alle Operationen mit mindestens einem Hauptoperateur mit ausreichender Erfahrung operiert oder assistiert werden.[19] 12 (85,7 %) von 14 Qualitätsverträgen haben während ihrer Laufzeit Angaben hierzu gemacht. Von diesen gaben alle zu allen Zeitpunkten an, dass ihre Einrichtung über zwei Hauptoperateure verfügt, unabhängig von der Einführung des Qualitätsvertrags.

Erfüllung der Kriterien für Endoprothetikzentren

Die *Erfüllung der Kriterien für Endoprothetikzentren* orientiert sich an dem EndoCert-Zertifizierungssystem der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und kann als Grundvoraussetzung für den Abschluss eines Qualitätsvertrags vorgegeben sein. Von den zwölf Qualitätsverträgen, zu denen hierzu eine Information vorliegt, erfüllt die Mehrzahl die Kriterien für Endoprothetikzentren (58,3 %, n = 7). Zwei Qualitätsverträge (16,7 %) haben die Zertifizierung im Rahmen des Qualitätsvertrags abgeschlossen (Tabelle 24).

Tabelle 24: Erfüllung der Kriterien für Endoprothetikzentren, Quelle: Dokumentation

Zertifizierung im Rahmen des Qualitätsvertrags	**Qualitätsverträge**	
	n	**%**
Gesamt	12	100,0
keine Zertifizierung vorgenommen	5	41,7
Zertifizierung erfolgreich abgeschlossen	2	16,7
Zertifizierung bestand bereits	5	41,7

Von allen Qualitätsverträgen mit abgeschlossener Zertifizierung sind fünf Qualitätsverträge als Endo-Prothetik-Zentrum (EPZ) und zwei als Endo-Prothetik-Zentrum der Maximalversorgung (EPZmax) zertifiziert.[20]

Wahl des Implantats

Die Kennziffer zur *Wahl des Implantats* umfasst sowohl struktur- als auch prozessbezogene Aspekte. Da die Anforderungen einrichtungsbezogen erhoben, zu einer gemeinsamen Kennziffer zusammengeführt und wesentlich über organisatorische Voraussetzungen zur Gewährleistung der Implantatsicherheit operationalisiert wurden, wird die Kennziffer der Strukturqualität zugeordnet.

[19] Qualitätsmerkmale gemäß (Haas et al. 2013): Die Einrichtung verfügt über mindestens zwei Hauptoperateure, die namentlich zu benennen sind. Jeder verfügt über mindestens 50 endoprothetische Versorgungen am Hüft- und/oder Kniegelenk (einschließlich Wechseloperationen) pro Jahr. Die Hauptoperateure sind vertraglich an das Zentrum angebunden und müssen die überwiegende Anzahl (> 50 %) ihrer endoprothetischen Operationen in der Einrichtung erbringen. Eine Operation ist einem Hauptoperateur nur dann zur Ermittlung der Mindestfallzahlen zuzuordnen, wenn dieser den Eingriff selbst durchgeführt bzw. zu Weiterbildungszwecken assistiert hat. Bei einer Operation, die durch zwei Hauptoperateure durchgeführt wird, ist dieser Fall nur einem der beiden Operateure zuzuordnen.

[20] https://endocert.de/zertifizierung

vertraulich

Zur Erfüllung des Qualitätsziels der Kennziffer müssen folgende Kriterien gegeben sein:

- Die Implantate sind weder beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) noch bei der U.S. Food and Drug Administration (FDA) auffällig geworden.
- Neue Produkte, die noch nicht länger als drei Jahre auf dem Markt sind, werden nur in Studien eingesetzt.
- Sicherheitskonzept zum Umgang mit Produktfehlern (den Meldeverpflichtungen nach § 294a SGB V gegenüber BfArM und Krankenkassen wird nachgekommen).

Alle drei Kriterien werden von neun Qualitätsverträgen erfüllt (75,0 %). Betrachtet man die einzelnen Kriterien separat, ergibt sich folgendes Bild: Alle zwölf Qualitätsverträge, zu denen Informationen vorliegen, erfüllen das Kriterium, dass keine Implantate verwendet wurden, die von den entsprechenden Stellen und Registern (z. B. BfArM) als auffällig eingestuft waren. 11 von 12 Qualitätsverträge gaben an, dass Produkte, die noch nicht länger als drei Jahre auf dem Markt waren, nur im Rahmen von Studien verwendet wurden. Bei 10 von 12 Qualitätsverträgen verfügte die Einrichtung über ein Sicherheitskonzept zum Umgang mit Produktfehlern der Implantate. Im Vorher-Nachher-Vergleich zeigen sich bei allen Verträgen keine Veränderungen durch die Einführung des Qualitätsvertrags.

Prävention des postoperativen Delirs

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wird die Strukturqualität durch die Evaluationskennziffer *Geschultes Personal* repräsentiert.

Geschultes Personal
Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wird im Zusammenhang mit der Strukturqualität die Evaluationskennziffer *Anteil des geschulten Personals am Gesamtpersonal* (Schulungsquote) erhoben. Sechs (85,7 %) von 7 Qualitätsverträgen haben Angaben zur Durchführung von Schulungen gemacht. Es werden von allen sechs Qualitätsverträgen Schulungen durchgeführt, eine Einrichtung führte die Schulungen erst nach Einführung des Qualitätsvertrags ein.

Die Schulungsquote konnte auf Basis der eingereichten Dokumentationen für fünf Qualitätsverträge (71,4 %) berechnet werden. Die Schulungsquote der Einrichtungen im letzten verfügbaren Messzeitraum der Interventionsmessung liegt im Mittel bei 46,7 %, bei einer Spannweite von 56 Prozentpunkten zwischen dem minimalen und maximalen Wert (Tabelle 25).

Tabelle 25: Anteil an geschulten Mitarbeitenden (Schulungsquote) zum jeweiligen letzten Messzeitraum, Quelle: Dokumentation

	n	Mittel	Median	Min	Max
Schulungsquote (%)	5	46,6	38,8	30,67	86,71

Bei drei Qualitätsverträgen liegen Angaben sowohl zur Nullwert- als auch zur Interventionsmessung vor, welche einen Vorher-Nachher-Vergleich ermöglichen. Der Mittelwert des Anteils an geschulten Mitarbeitenden erhöht sich nach Einführung des Qualitätsvertrags um 5,9 Prozentpunkte von 28,5 % auf 34,4 % (n = 3, relativer Mittelwert der Erhöhung: 20,7 %). Bei einem der drei

Vertraulich

Verträge lässt sich nach der Einführung des Qualitätsvertrags keine Erhöhung der Schulungsquote feststellen, bei einem anderen Vertrag kommt es erst bei der letzten Datenerfassung zu einer Erhöhung.

Respiratorentwöhnung

Im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung wird die Strukturqualität durch die Evaluationskennziffer *Zertifizierung durch Fachgesellschaft* repräsentiert.

Zertifizierung durch Fachgesellschaft
Die Strukturqualität im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung wird durch die Evaluationskennziffer *Zertifizierung durch Fachgesellschaft* abgebildet. Eine Zertifizierung der Intensiv- oder Weaningstation durch eine Fachgesellschaft (z. B. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, DGP, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, DGAI) oder eine angestrebte Zertifizierung kann zwischen Kassen und Weaningzentren als Grundvoraussetzung zur Schließung eines Qualitätsvertrags vorausgesetzt werden oder aber Teil der Maßnahmen des Qualitätsvertrags sein. Insgesamt haben 19 von 21 Qualitätsverträgen des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung Angaben zu den Zertifizierungen durch eine Fachgesellschaft gemacht. An einem Qualitätsvertrag sind drei Krankenhäuser beteiligt, aus diesem Grund werden die Angaben für 21 Krankenhäuser ausgewertet.

Bei 12 Krankenhäusern (57,1 %) bestand eine Zertifizierung bereits; diese Angabe ist im ersten und letzten Messezeitraum identisch. Bei 7 Krankenhäusern (33,3 %) wurde eine Zertifizierung im Rahmen des Qualitätsvertrags erfolgreich abgeschlossen und 2 (9,5 %) Krankenhäuser machten hierzu keine Angabe.

Prozesse/Anwendungen

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse zur Veränderung von Prozessen und Anwendungen durch die Einführung von Qualitätsverträgen berichtet. Hierbei werden die Themen internes Qualitätsmanagement und hiermit verbundene Veränderungen bei den operativen Zielen, der Standardisierung von Prozessen, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der Nutzung von Informationstechnologien betrachtet.

Internes Qualitätsmanagement und operative Ziele

Die Frage, inwieweit die Qualitätsverträge Einfluss auf operative Ziele oder das interne Qualitätsmanagement des Krankenhauses genommen haben, wurde allen Krankenhäusern gestellt, die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihres Qualitätsvertrags versorgt haben. Auskunft dazu gaben insgesamt sechs Befragte.

Ein Teil der Befragten des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung gab an, dass der Qualitätsvertrag keinen Einfluss auf ihr internes Qualitätsmanagement oder ihre operativen Ziele hatte. Die Vereinbarungen konnten demnach in die bestehenden Strukturen integriert werden.

vertraulich

Es gab aber auch Befragte, die über unterschiedliche Einflüsse der Qualitätsverträge auf operative Ziele und das interne Qualitätsmanagement berichteten. Aus dem Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung wurde beispielsweise die Entwicklung von Qualitätskriterien inkl. Referenzwerte für das präoperative Patient-Blood-Management beschrieben. In der konkreten Umsetzung wurde der Prozess als hausinterne Anweisung im Behandlungspfad hinterlegt; eine Verankerung als Standard Operating Procedure (SOP) im internen Qualitätsmanagement wird perspektivisch als sinnvoll erachtet. Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurde ebenfalls berichtet, dass bei Maßnahmen, die vor der Einführung des Qualitätsvertrags zwar vorhanden, aber noch nicht nachhaltig verankert waren, durch den Qualitätsvertrag und die hierdurch eingebrachten (finanziellen) Ressourcen eine Überführung in eine interdisziplinäre SOP möglich war. Darüber hinaus konnten eingeführte Schulungen als Pflichtschulungen in den Klinikalltag integriert werden.

Standardisierung von Prozessen

Die befragten Krankenhäuser (n = 25) wurden gebeten einzuschätzen, wie groß der Einfluss der Vereinbarungen des Qualitätsvertrags auf eine Standardisierung von Versorgungsprozessen war (Abbildung 31). Dreizehn (52,0 %) Befragte schätzten den Einfluss als mittel, stark oder sehr stark ein.

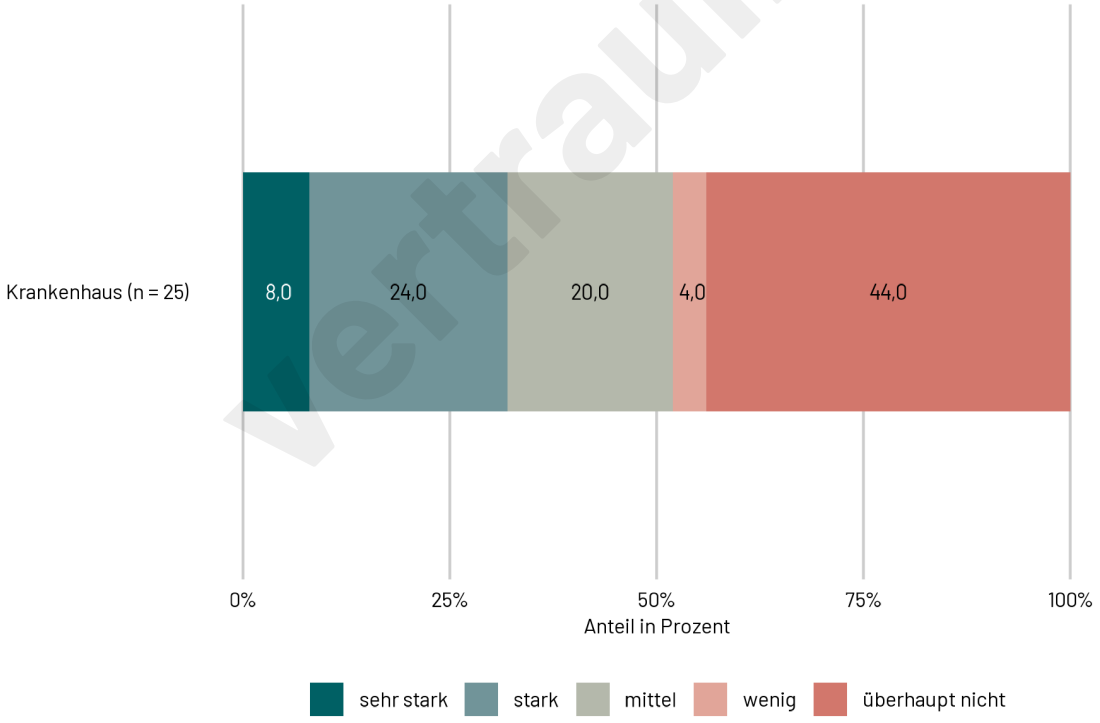


Abbildung 31: Einfluss der Qualitätsverträge auf die Standardisierung von Versorgungsprozessen, Quelle: stand. Befragung

vertraulich

Vor allem im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurden die Auswirkungen des Qualitätsvertrags auf Prozessstandardisierungen als sehr ausgeprägt bewertet. Die Befragten bewerteten den Einfluss ausschließlich als stark oder sehr stark. In den Leistungsbereichen Endoprothetische Gelenkversorgung und Respiratorentwöhnung zeigt sich ein anderes Antwortverhalten. Insgesamt elf Befragte aus diesen Leistungsbereichen gaben an, keinen Einfluss auf Prozessstandardisierungen wahrgenommen zu haben. Dies waren jeweils über die Hälfte der Befragten (Endoprothetische Gelenkversorgung [55,6 %, n = 5], Respiratorentwöhnung [66,7 %, n = 6]).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation

Ergänzend wurden Auswirkungen der Qualitätsverträge auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und auf Kommunikationsprozesse innerhalb der Krankenhäuser betrachtet (Abbildung 32). Erfragt wurde, in welchem Maße die Vereinbarungen der Qualitätsverträge zu positiven Veränderungen beitragen konnten.

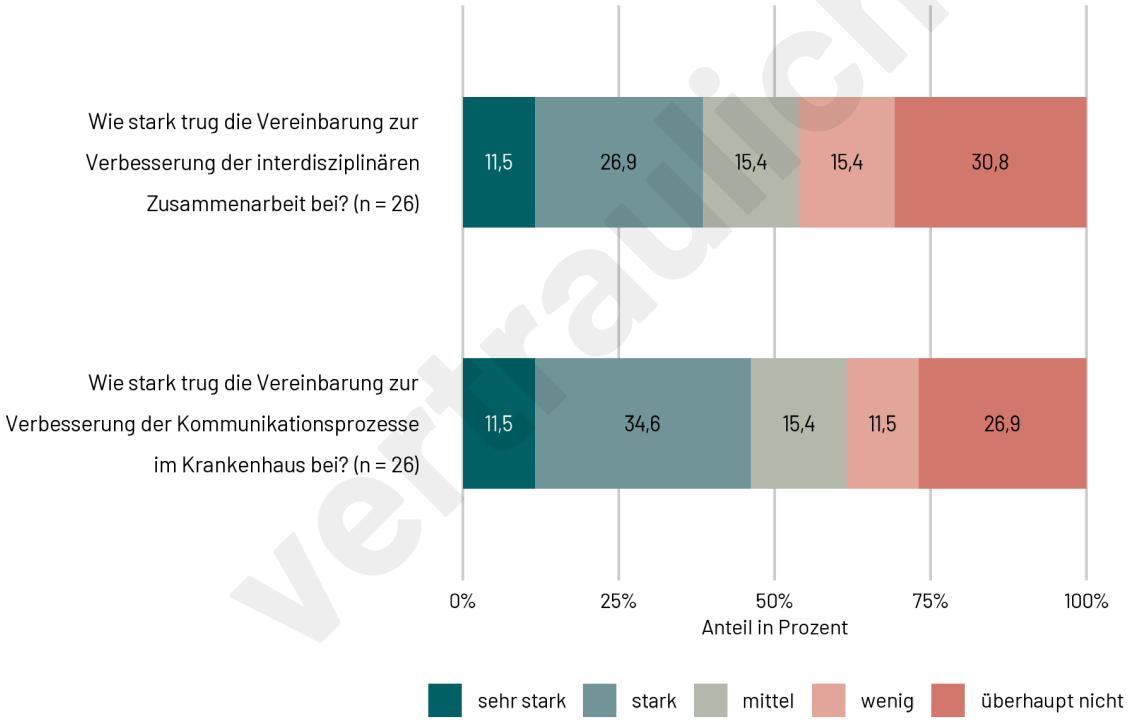


Abbildung 32: Auswirkungen der Qualitätsverträge auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation, Quelle: stand. Befragung

Der Beitrag zur Verbesserung der Kommunikationsprozesse wurde von 61,5 % (n = 16) der Befragten als mittel, stark oder sehr stark bezeichnet. Erfragt wurden Verbesserungen der Kommunikationsprozesse zwischen Mitarbeitenden, aber auch zwischen organisatorischen Einheiten der Krankenhäuser. Die Auswirkungen der Vertragsvereinbarungen auf die Verbesserung der inter-

vertraulich

disziplinären Zusammenarbeit wurde als etwas geringer eingeschätzt. 53,8 % (n = 14) der Befragten bezeichneten den Einfluss der Vereinbarungen der Qualitätsverträge als mittel, stark oder sehr stark.

Das für die Gesamtheit der Krankenhäuser dargelegte Meinungsbild spiegelt sich ebenfalls in der Betrachtung auf Leistungsbereichsebene wider.

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs ist eine stärkere Förderung von Kommunikationsprozessen und interdisziplinärer Zusammenarbeit zu beobachten.

In den vertiefenden Interviews wurde von einigen der Befragten grundsätzlich bestätigt, dass im Rahmen von Qualitätsverträgen die Kommunikation zwischen den einzelnen Professionen innerhalb des Krankenhauses gestärkt wird.

Informationstechnologien

In den vertiefenden Interviews äußerten sich 12 der 14 Befragten zu den in Qualitätsverträgen etablierten bzw. neu eingeführten Informationstechnologien.

Neue Informationstechnologien wie beispielsweise neu erstellte qualitätsvertragsspezifische Websites oder Informationsvideos für Patientinnen und Patienten wurden demnach nur in Einzelfällen eingeführt bzw. genutzt. Der überwiegende Teil der Befragten berichtete hingegen von der Nutzung bereits in den Einrichtungen vorhandener Technologien und Systeme. Konkret kamen in mehreren Qualitätsverträgen bereits vorhandene Websites sowie Software zum Einsatz, die zuvor für Studien verwendet wurden oder bereits in anderen Bereichen des Krankenhauses etabliert waren. Teilweise waren Anpassungen der Software für die Nutzung im Rahmen der Qualitätsverträge erforderlich.

Teilweise wurde auch von **Weiterentwicklungen** bzw. der Integration von IT-Lösungen innerhalb schon bestehender Systeme berichtet. Voraussetzung für solche Lösungen sind laut den Befragten eine ausreichende IT-Expertise und tragfähige technische Voraussetzungen. In einem Einzelfall wurde zur Digitalisierung und zum Aufbau von Schnittstellen eine Kooperation mit dem Netzwerk Universitätsmedizin und der Medizininformatik-Initiative eingegangen. Auch die Krankenkassen berichteten über kasseneigene IT-Lösungen, mit denen die für die Qualitätsverträge benötigten Daten verarbeitet wurden.

Hinsichtlich **externer IT-Lösungen** berichteten sowohl eine Krankenkasse als auch ein Krankenhaus von gescheiterten Umsetzungsversuchen. Die Krankenkasse schilderte den Versuch, eine einheitliche Lösung für alle an ihren Qualitätsverträgen beteiligten Krankenhäuser zu etablieren. Dies sollte über einen spezialisierten externen Anbieter geschehen. Diese Lösung wurde jedoch aus Kostengründen von den beteiligten Krankenhäusern abgelehnt. Daraufhin wurde wiederum auf eigene IT-Lösungen zurückgegriffen. Das Krankenhaus, bei dem zunächst eine externe IT-Lösung angestrebt wurde, griff ebenfalls auf eine eigene IT-Lösung zurück, da am Markt keine zufriedenstellende Lösung angeboten wurde.

vertraulich

Im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Daten wurde von Befragten der Krankenhäuser auch von **manuellen Erfassungsprozessen** berichtet. Dies betraf beispielsweise das Befüllen von Fragebögen wie Patienten-Reported-Outcomes oder die Erfassung und Verarbeitung von Daten für die teilnehmenden Krankenkassen. Zum Teil wurden die Daten im Anschluss zur Weiterverarbeitung digitalisiert. Es wurde der Bedarf nach einer einheitlichen digitalen Lösung sowohl zur Datenübermittlung als auch zur Erfassung (bspw. elektronische Bearbeitung von Fragebögen) festgestellt. Unter den Vorschlägen war auch die Bereitstellung solcher Lösungen durch das IQTIG.

Die Einführung von **digitalen Lösungen** (bspw. Apps) für Patientinnen und Patienten zur eigenständigen Eingabe von Patienten-Reported-Outcomes oder anderer patientenspezifischer Daten, um manuelle Erfassungsprozesse zu minimieren, wurde von mehreren Befragten kritisch gesehen. Es wurde infrage gestellt, ob alle Patientinnen und Patienten in der Lage sind, mit technischen oder digitalen Lösungen umzugehen.

Zwei Befragte der Krankenkassen äußerten sich in der standardisierten Befragung bezüglich einer technischen Lösung der **Dokumentation** im Rahmen der Evaluation. Sie führten an, dass eine Datenübermittlung an das IQTIG im CSV-Format effizienter wäre. Auch könnten sich dadurch eine mögliche höhere Beteiligung an Qualitätsverträgen ergeben, da eine Vielzahl von Initiativen aufgrund des hohen Dokumentationsaufwands gescheitert ist.

Prozessqualität

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Vergleichs zur Prozessqualität, differenziert nach Leistungsbereichen, dargestellt. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine wissenschaftlich belastbare Auswertung des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung nicht sinnvoll möglich. Im Mittelpunkt steht dabei die leitende Fragestellung, ob und in welchem Umfang sich die Versorgungsqualität durch die Einführung von Qualitätsverträgen verändert hat.

Die Ergebnisse werden zunächst deskriptiv als Vorher-Nachher-Vergleich zwischen Nullwert- und Interventionsmessung dargestellt. Anschließend werden modellbasierte Effektschätzungen berichtet, die auf die Population der Interventionsmessung standardisiert sind und dabei die Struktur der Leistungserbringer bzw. Qualitätsverträge sowie den Messzeitraum berücksichtigen. Sofern für eine Evaluationskennziffer vorgesehen, werden darüber hinaus relevante Patientenmerkmale als Kovariablen in das Modell aufgenommen; die modellbasierten Ergebnisse sind daher als standardisierte und ggf. adjustierte Einordnung der deskriptiven Befunde zu verstehen.

Endoprothetische Gelenkversorgung

Im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung wird die Prozessqualität anhand von fünf Kennziffern abgebildet. Abbildung 33 gibt einen Überblick über die in den nachfolgenden Abschnitten näher betrachteten Ergebnisse. Relevante Effekte beschränken sich demnach auf die Kennziffer zur Durchführung einer Patientenschule mit den Patientinnen und Patienten.

Vertraulich

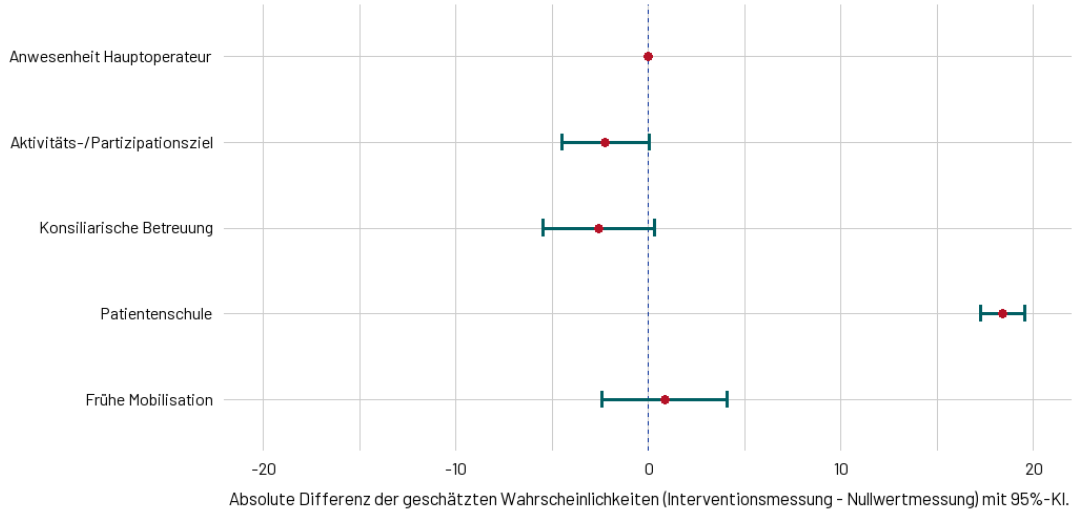


Abbildung 33: Übersicht der Ergebnisse zur Prozessqualität (Endoprothetische Gelenkversorgung): Für die Kennziffer Hauptoperateur ist die absolute Differenz der relativen Anteile (Interventionsmessung – Nullwertmessung) dargestellt, aufgrund von Deckeneffekten wurde kein Regressionsmodell berechnet. Quelle: Dokumentation

Die untersuchte Population bei der Auswertung dieser Kennziffern wird übergreifend in Tabelle 26 dargestellt. Anschließend werden zunächst die Ergebnisse der jeweiligen Kennziffer berichtet. Dies beinhaltet die Deskription der Kennziffer sowie anschließend die Ergebnisse der Regressionsanalyse, die gemäß dem in Abschnitt 2.5.2 beschriebenen Vorgehen durchgeführt wurde.

Durch den Ausschluss eines Qualitätsvertrags mit lediglich Fällen im Zeitraum der Nullwertmessung (vgl. Abschnitt 2.5.2, Tabelle 1) standen von den insgesamt 1.826 Fällen für Auswertungen 1.742 Datensätze zur Verfügung. Hiervon entfallen 512 Fälle auf die Nullwertmessung und 1.230 auf die Interventionsmessung. Das mittlere Alter lag bei 68,0 Jahren (n = 1.742), mit 62,5 % (n = 1.088) Patientinnen und 37,4 % (n = 652) Patienten (Tabelle 26).

Tabelle 26: Prozessqualität (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 1.742		**Nullwertmessung N = 512**		**Interventionsmessung N = 1.230**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	1.742	68,0 (11,2)	512	67,0 (11,1)	1.230	68,4 (11,3)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	652	37,4	197	38,5	455	37,0
weiblich	1.088	62,5	315	61,5	773	62,8
fehlende Werte	2		0		2	

vertraulich

Anwesenheit Hauptoperateur

Die Evaluationskennziffer stellt den Anteil an Fällen dar, bei denen die Anwesenheit mindestens eines Hauptoperateurs während der Operation gewährleistet wurde bzw. dokumentiert ist. Der Anteil lag in der Nullwertmessung bei 100,0 % (n = 512) und in der Interventionsmessung bei 99,9 % (n = 1.229) (Tabelle 27).

Tabelle 27: Anwesenheit Hauptoperateur (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 1.742		**Nullwertmessung N = 512**		**Interventionsmessung N = 1.230**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Hautoperateur anwesend						
ja	1.741	99,9	512	100,0	1.229	99,9
nein	1	0,1	0	0	1	0,1

Die garantierte Anwesenheit eines Hauptoperateurs in der Nullwert- und Interventionsmessung macht einen Vergleich zwischen den Messzeiträumen redundant. Demnach erfolgt hierzu keine Regressionsanalyse.

Aktivitäts-/Partizipationsziel

Die Kennziffer spiegelt den Anteil an Fällen wider, bei denen während des stationären Aufenthalts ein individuelles Aktivitäts-/Partizipationsziel definiert wurde. Der Anteil an Fällen sank von 69,7 % (n = 357) in der Nullwertmessung auf 64,1 %(n = 788) in der Interventionsmessung (Tabelle 28).

Tabelle 28: Aktivitäts-/Partizipationsziel (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 1.742		**Nullwertmessung N = 512**		**Interventionsmessung N = 1.230**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Definition eines Aktivitäts-/Partizipationsziels						
ja	1.145	65,7	357	69,7	788	64,1
nein	597	34,3	155	30,3	442	35,9

Nach Standardisierung zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit der Definition eines individuellen Aktivitäts-/Partizipationsziels von 66,3 % auf 64,1 % nach der Einführung von Qualitätsverträgen sinkt (Tabelle 29). Somit ergibt sich in der Interventionsmessung eine um 2,2 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit der Definition als in der Nullwertmessung (95%-KI: -0,045 – 0,001; p = 0,055) (Tabelle 29). Diese Veränderung erweist sich statistisch als nicht signifikant.

vertraulich

Tabelle 29: Aktivitäts-/Partizipationsziel (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Aktivitäts-/Partizipationsziel	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,663	< 0,001	0,644	0,682
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,641	< 0,001	0,628	0,653
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	-0,022	0,056	-0,045	0,001
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	0,967	0,058	0,933	1,001

Konsiliarische Betreuung

Anhand der Kennziffer wird der Anteil an Behandlungsfällen erfasst, die eine konsiliarische Betreuung der Bereiche Geriatrie und Psychosomatik erhalten haben. Der Anteil konsiliarisch betreuter Patientinnen und Patienten stieg von 3,1 % (n = 16) in der Nullwertmessung auf 3,3 % (n = 40) in der Interventionsmessung (Tabelle 30).

Tabelle 30: Konsiliarische Betreuung (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 1.742		Nullwertmessung N = 512		Interventionsmessung N = 1.230	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Konsiliarische Betreuung erfolgt						
ja	56	3,2	16	3,1	40	3,3
nein	1.686	96,8	496	96,9	1.190	96,7

Nach der Standardisierung zeigt sich, dass die geschätzte Wahrscheinlichkeit, eine konsiliarische Betreuung zu erhalten, von 5,8 % in der Nullwertmessung auf 3,3 % in der Interventionsmessung und damit um 2,6 Prozentpunkte (95%-KI: -0,055 - 0,003; p = 0,084) sinkt (Tabelle 31). Die Veränderung ist statistisch nicht signifikant.

vertraulich

Tabelle 31: Konsiliarische Betreuung (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Konsiliarische Betreuung	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,058	< 0,001	0,031	0,086
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,033	< 0,001	0,023	0,042
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	-0,026	0,084	-0,055	0,003
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	0,558	0,042	0,319	0,978

Patientenschule

Die Kennziffer erfasst den Anteil an Fällen, die eine Patientenschulung erhalten haben. Im Vergleich zur Nullwertmessung (71,3 %, n = 365) stieg der Anteil an durchgeführten Schulungen in der Interventionsmessung auf 84,9 % (n = 1.044) (Tabelle 32).

Tabelle 32: Patientenschule (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 1.742		Nullwertmessung N = 512		Interventionsmessung N = 1.230	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Patientenschule						
ja	1.409	80,9	365	71,3	1.044	84,9
nein	333	19,1	147	28,7	186	15,1

Nach Standardisierung der Population ergibt sich eine geschätzte Wahrscheinlichkeit von 66,5 % in der Nullwertmessung und 84,9 % in der Interventionsmessung (Tabelle 33). Somit steigt die Wahrscheinlichkeit um 18,4 Prozentpunkte (95%-KI: 0,172 - 0,195; p < 0,001). Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich damit nach der Einführung von Qualitätsverträgen um 27,7 %.

Tabelle 33: Patientenschule (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Patientenschule	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,665	< 0,001	0,654	0,676
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,849	< 0,001	0,843	0,855
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	0,184	< 0,001	0,172	0,195
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	1,277	< 0,001	1,252	1,302

Vertraulich

Frühe Mobilisation

Die Evaluationskennziffer erfasst den Anteil an Fällen, bei denen bereits am Tag des Eingriffs eine postoperative Mobilisierung der Patientin oder des Patienten erfolgte. Von den 1.742 einzuschließenden Fällen lagen für 1.572 Fälle zum Zeitpunkt der Mobilisation Daten vor – 363 aus der Nullwertmessung und 1.209 aus der Interventionsmessung (Tabelle 34). Das mittlere Alter dieser Fälle lag bei 68,3 Jahren (n = 1.572), bei einem Frauenanteil von 63,7 % (n = 1.002). Der Anteil an Fällen mit einer frühen Mobilisation stieg von 27,5 % (n = 100) in der Nullwertmessung auf 29,2 % (n = 353) in der Interventionsmessung.

Tabelle 34: Frühe Mobilisation (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 1.572		**Nullwertmessung N = 363**		**Interventionsmessung N = 1.209**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	1.572	68,3 (11,3)	363	67,7 (11,3)	1.209	68,5 (11,3)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	568	36,1	125	34,4	443	36,6
weiblich	1.002	63,7	238	65,6	764	63,2
fehlende Werte	2		0		2	
Frühe (postoperative) Mobilisation						
ja	453	28,8	100	27,5	353	29,2
nein	1.119	71,2	263	72,5	856	70,8

Durch die Standardisierung wurde die Wahrscheinlichkeit einer postoperativen Mobilisation auf 28,4 % in der Nullwertmessung und 29,2 % in der Interventionsmessung geschätzt. Die Differenz von 0,8 Prozentpunkten erwies sich nicht als statistisch signifikant (95%-KI: -0,024 – 0,041; p = 0,609).

Vertraulich

Tabelle 35: Frühe Mobilisation (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Frühe Mobilisation	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,284	< 0,001	0,255	0,312
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,292	< 0,001	0,276	0,308
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	0,008	0,609	-0,024	0,041
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	1,030	0,612	0,919	1,154

Prävention des postoperativen Delirs

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wird die Prozessqualität anhand von drei Kennziffern abgebildet. Abbildung 34 gibt einen Überblick über die in den nachfolgenden Abschnitten näher betrachteten Ergebnisse. Auffällig ist hierbei der ausgeprägte negative Effekt der Kennziffer Risikoeinschätzung.

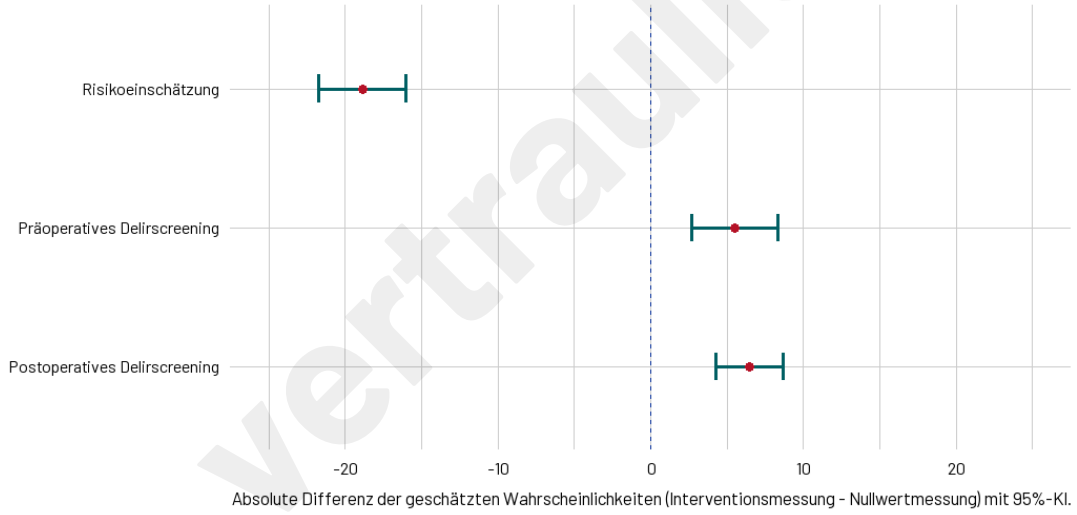


Abbildung 34: Übersicht der Ergebnisse zur Prozessqualität (Prävention des postoperativen Delirs), Quelle: Dokumentation

Für jede Kennziffer werden zunächst die untersuchte Population, anschließend die deskriptiven Ergebnisse und schließlich die im Rahmen der Regressionsanalyse (Abschnitt 2.5.2) geschätzten Wahrscheinlichkeiten berichtet.

vertraulich

Risikoeinschätzung

Die Kennziffer spiegelt den Anteil an Fällen wider, bei denen bei der Aufnahme oder beim Erstkontakt eine Risikoeinschätzung erfolgt ist, die mindestens die Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen und der Gebrechlichkeit anhand validierter Instrumente umfasst.

In die Auswertung fließen gemäß den Einschlusskriterien der Kennziffer Personen ab 65 Jahren ohne eine Demenz und damit 8.179 Fälle ein. Fünf von sechs Qualitätsverträgen lieferten sowohl Fälle in der Nullwert- (n = 906) als auch der Interventionsmessung (n = 7.260); insgesamt 8.166 Fälle (Tabelle 36). Das mittlere Alter lag bei 77,8 Jahren (n = 8.166); umfasst sind 53,4 % (n = 4.361) weibliche und 46,6 % (n = 3.805) männliche Patientinnen und Patienten. Insgesamt lag der Anteil an Fällen, die eine vollumfängliche Risikoeinschätzung erhalten haben, in der Nullwertmessung mit 77,2 % (n = 699) höher als in der Interventionsmessung (60,1 %, n = 4.365).

Tabelle 36: Risikoeinschätzung (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 8.166		**Nullwertmessung N = 906**		**Interventionsmessung N = 7.260**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	8.166	77,8 (5,89)	906	77,9 (6,21)	7.260	77,7 (5,85)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	3.805	46,6	418	46,1	3.387	46,7
weiblich	4.361	53,4	488	53,9	3.873	53,3
Risikoeinschätzung						
teilweise/nein	3.102	38,0	207	22,8	2.895	39,9
vollumfänglich	5.064	62,0	699	77,2	4.365	60,1

Die geschätzten Wahrscheinlichkeiten der Regressionsanalyse zeigen, dass die Durchführung einer vollumfänglichen Risikoeinschätzung bei 79,0 % vor der Einführung (Nullwertmessung) und 60,1 % nach der Einführung (Interventionsmessung) liegen (Tabelle 37). Demnach ergibt sich eine zwischen den beiden Gruppen um 18,9 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Risikoeinschätzung (95%-KI: -0,218 – -0,160; $p < 0,001$). Hieraus ergibt sich eine 24,0 % verringerte Wahrscheinlichkeit einer Risikoeinschätzung in der Interventionsmessung.

vertraulich

Tabelle 37: Risikoeinschätzung (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Risikoeinschätzung	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,790	< 0,001	0,764	0,817
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,601	< 0,001	0,591	0,612
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	-0,189	< 0,001	-0,218	-0,160
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	0,761	< 0,001	0,733	0,790

Präoperatives Delirscreening

Die Kennziffer gibt den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Demenz oder mit kognitiven Auffälligkeiten wieder, die im Rahmen der Risikoeinschätzung vor dem Eingriff (präoperativ) anhand eines validierten Diagnoseinstruments auf das Vorliegen eines Delirs untersucht wurden.

Insgesamt erfüllen 2.457 Fälle die Einschlusskriterien der Kennziffer. Durch Ausschluss von Verträgen ohne Fälle in der Nullwertmessung fließen schließlich aus vier Verträgen insgesamt 2.439 Fälle in die Analyse ein. Das mittlere Alter lag bei 79,2 Jahren (n = 2.439), bei einem Anteil von 51,2 % (n = 1.249) Patientinnen und 48,8 % (n = 1.190) Patienten (Tabelle 38). In der Interventionsmessung lag der Anteil der Durchführung eines präoperativen Delirscreenings mit 98,2 % (n = 2.089) höher im Vergleich zur Nullwertmessung (87,8 %, n = 273).

Tabelle 38: Präoperatives Delirscreening (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 2.439		Nullwertmessung N = 311		Interventionsmessung N = 2.128	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	2.439	79,2 (5,93)	311	79,6 (6,05)	2.128	79,1 (5,91)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	1.190	48,8	139	44,7	1.051	49,4
weiblich	1.249	51,2	172	55,3	1.077	50,6
Präoperatives Delirscreening						
erfolgt	2.362	96,8	273	87,8	2.089	98,2
nicht erfolgt	77	3,2	38	12,2	39	1,8

vertraulich

Nach Standardisierung liegt die geschätzte Wahrscheinlichkeit, ein präoperatives Delirscreening zu erhalten, bei 92,6 % in der Nullwert- und 98,2 % in der Interventionsmessung (Tabelle 39). Somit steigt die Wahrscheinlichkeit, ein präoperatives Delirscreening zu erhalten, insgesamt um 5,5 Prozentpunkte (95%-KI: 0,0271 – 0,0834; p < 0,001) bzw. liegt in der Interventionsmessung 6,0 % höher als in der Nullwertmessung.

Tabelle 39: Präoperatives Delirscreening (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Präoperatives Delirscreening	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,926	< 0,001	0,898	0,954
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,982	< 0,001	0,973	0,990
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	0,055	< 0,001	0,027	0,083
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	1,060	< 0,001	1,027	1,094

Postoperatives Delirscreening

Im Ergebnis der Kennziffer wird der Anteil an Fällen wiedergegeben, die ein postoperatives Delirscreening erhalten haben. Dabei werden alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren berücksichtigt, die im Rahmen der Risikoeinschätzung kognitive Auffälligkeiten oder eine Gebrechlichkeit aufweisen.

Für eine Auswertung stehen zunächst 4.171 Fälle zur Verfügung. Aufgrund von fehlenden Fällen in der Nullwertmessung wurden zwei Verträge ausgeschlossen; insgesamt fließen 4.152 Fälle in die Auswertung ein; hiervon 590 Fälle der Nullwertmessung und 3.562 Fälle der Interventionsmessung (Tabelle 40). Das mittlere Alter der 51,4 % (2.136) Patientinnen und 48,6 % (n = 2.016) Patienten lag bei 78,3 Jahren (n = 4.152). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein poststationäres Delirscreening erhalten haben, lag im Zeitraum der Interventionsmessung mit 98,5 % (n = 3.509) höher als in der Nullwertmessung (89,7 %, n = 529).

Vertraulich

Tabelle 40: Postoperatives Delirscreening (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 4.152		Nullwertmessung N = 590		Interventionsmessung N = 3.562	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	4.152	78,3 (5,88)	590	78,7 (6,11)	3.562	78,2 (5,84)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	2.016	48,6	270	45,8	1.746	49,0
weiblich	2.136	51,4	320	54,2	1.816	51,0
Postoperatives Delirscreening						
erfolgt	4.038	97,3	529	89,7	3.509	98,5
nicht erfolgt	114	2,7	61	10,3	53	1,5

Durch die Standardisierung in der Regressionsanalyse liegt die Wahrscheinlichkeit der Durchführung eines postoperativen Screenings bei 92,0 % in der Nullwert- und 98,5 % in der Interventionsmessung (Tabelle 41). Die Differenz hieraus beträgt 6,5 Prozentpunkte (95%-KI: 0,042 – 0,087; p < 0,001). Die geschätzte Wahrscheinlichkeit, ein postoperatives Delirscreening zu erhalten, steigt in der Interventionsmessung im Vergleich zur Nullwertmessung um 7,0 % an.

Tabelle 41: Postoperatives Delirscreening (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Postoperatives Delirscreening	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,921	< 0,001	0,899	0,942
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,985	< 0,001	0,981	0,989
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	0,065	< 0,001	0,042	0,087
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	1,070	< 0,001	1,045	1,096

Mittelallokation aus Qualitätsverträgen

Über die Höhe der Vergütung (abzüglich Vergütungen zu Dokumentationszwecken) liegen Angaben von 13 Qualitätsverträgen vor. Die meisten Angaben hierzu stammen von Vertragspartnern aus dem Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs (71 %, n = 5), die wenigsten aus dem Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (10 %, n = 2). Der Mittelwert der Anreizvergütung, also der gezahlten Vergütung pro Behandlungsfall, liegt bei 353 Euro (n = 13), der Median bei 197 Euro, die Standardabweichung bei 336. Die Mittelwerte der Anreizvergütung unterscheiden

vertraulich

sich je nach Leistungsbereich, die Spanne liegt hierbei zwischen 151 Euro im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung und 1.011 Euro im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (Tabelle 42).

Tabelle 42: Mittelallokation (in Euro) je Behandlungsfall und Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung

Leistungsbereich	Mittel	SD	Median	Min	Max
Endoprothetische Gelenkversorgung	151,70	54,14	160,01	60,00	196,55
Prävention des postoperativen Delirs	244,04	148,64	209,32	102,00	464,40
Respiratorentwöhnung	1.011,88	258,56	1.010,88	828,75	1.193,00

B.2 Welche unmittelbaren nicht intendierten Effekte sind zu beobachten?

Unmittelbare nicht intendierte Effekte wurden sowohl in der standardisierten Befragung als auch in den Interviews erfragt. Die optionale offen gestellte Frage nach unerwünschten Effekten und Wirkungen der Qualitätsverträge wurde in der standardisierten Befragung insgesamt von 6 der 48 befragten Krankenhäuser und Krankenkassen beantwortet.

Die befragten Krankenhäuser berichteten, dass es zu keinen unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen durch den Qualitätsvertrag gekommen ist. In einem Fall wurde ergänzt, dass durch die Implementierung des Qualitätsvertrags sehr viele positive Abläufe/Effekte angestoßen und implementiert wurden.

Die befragten Krankenkassen äußerten sich zu unerwünschten Effekten beziehungsweise Nebenwirkungen geäußert, dass sehr hohe Kosten und Aufwände entstanden sind. Es wurde negativ hervorgehoben, dass der für Krankenhäuser bestehende hohe Dokumentationsaufwand oft zu einer negativen Wahrnehmung der Krankenkasse als „Bürokratietreiber" geführt hat.

Ergänzend zu diesen Ergebnissen der standardisierten Befragung wurden in den vertiefenden Interviews die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser nach positiven und negativen nicht intendierten Effekten im Rahmen der Qualitätsverträge gefragt. In allen sechs Interviews wurden nicht intendierten Effekte thematisiert. Bei der Hälfte der Interviews wurde angegeben, dass keine nicht intendierten Effekte wahrgenommen wurden. Drei der Befragten berichteten, dass durch den Qualitätsvertrag neue Personalstrukturen implementiert wurden. In zwei Krankenhäusern wurde ein Delir-Team geschaffen, im dritten eine Lotsentätigkeit etabliert. Durch die Einführung der neuen Personalstrukturen konnte im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs laut der Befragten fachliches Wissen gebündelt und konnten Kompetenzen erhöht werden.

vertraulich

C Welche mittelbaren Effekte sind nach der Einführung von Qualitätsverträgen in der stationären Versorgung zu beobachten?

Im Rahmen der Fragengruppe C werden zunächst die erwartbaren mittel- und langfristigen Effekte in der Versorgung dargestellt, die im Zuge der Einführung von Qualitätsverträgen beobachtet wurden (C.1). Anschließend werden unerwartete mittel- und langfristige Effekte – sowohl positive als auch negative – in den Blick genommen (C.2).

C.1 Welche mittelbaren intendierten Effekte sind zu beobachten?

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse zu mittelbar intendierten Effekten dargestellt. Hierzu zählen:

- Veränderungen in der Kooperation der Vertragspartner untereinander und mit Dritten
- Effekte auf die Patientenzentrierung
- Vergleich der Ergebnisqualität nach Einführung der Qualitätsverträge mit der Ergebnisqualität des Ausgangszustands
- Betrachtung der mit den Verträgen zusammenhängenden Veröffentlichungen
- Bewertung des wahrgenommenen Nutzens von Qualitätsverträgen durch die Vertragspartner

Kooperation

Zur Ermittlung von mittelbaren Effekten in der stationären Versorgung in Bezug auf kooperative Aspekte wurde sich in der standardisierten Befragung auf die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse(n) sowie auf die Stärkung von Netzwerkstrukturen fokussiert.

Zusammenarbeit der Vertragspartner

Die Veränderung der Zusammenarbeit durch die Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsvertrags zwischen den Vertragspartnern wurde von den befragten Krankenhäusern und Krankenkassen unterschiedlich wahrgenommen.

Eine sehr starke, starke oder mittlere Förderung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse(n) durch die Einführung des Qualitätsvertrags nahmen etwas über 50 % der befragten Krankhäuser wahr (Abbildung 35). Dieser Anteil liegt unter dem der befragten Krankenkassen mit fast 80 % der Nennungen.

vertraulich

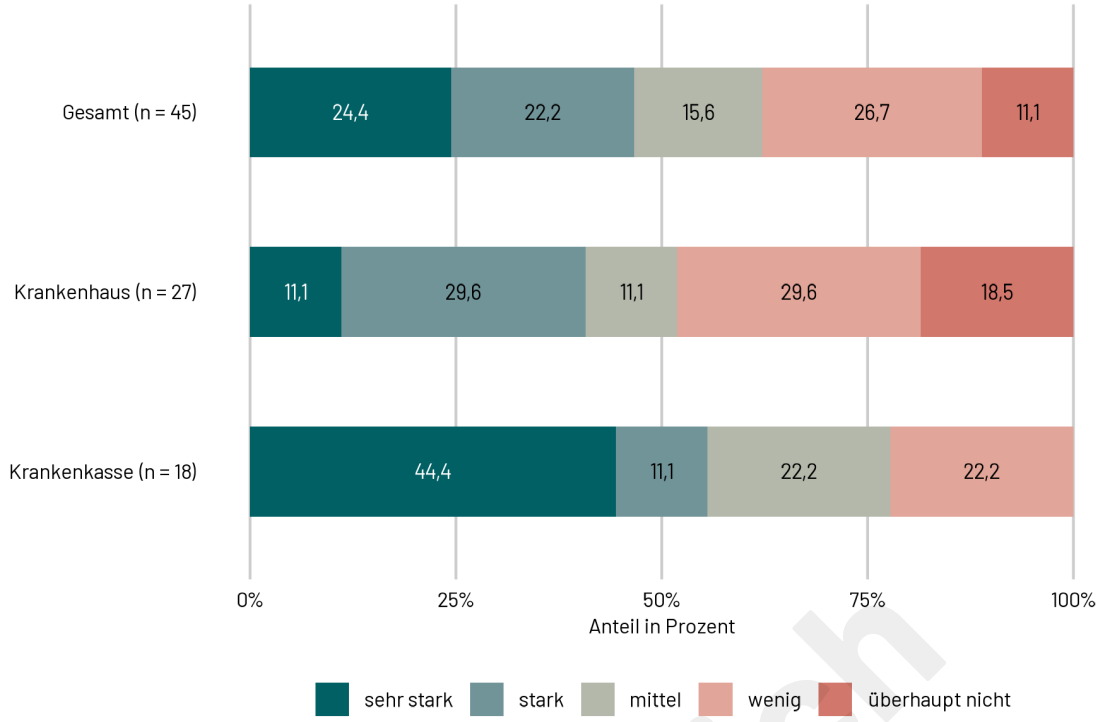


Abbildung 35: Beitrag zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse(n), Quelle: stand. Befragung

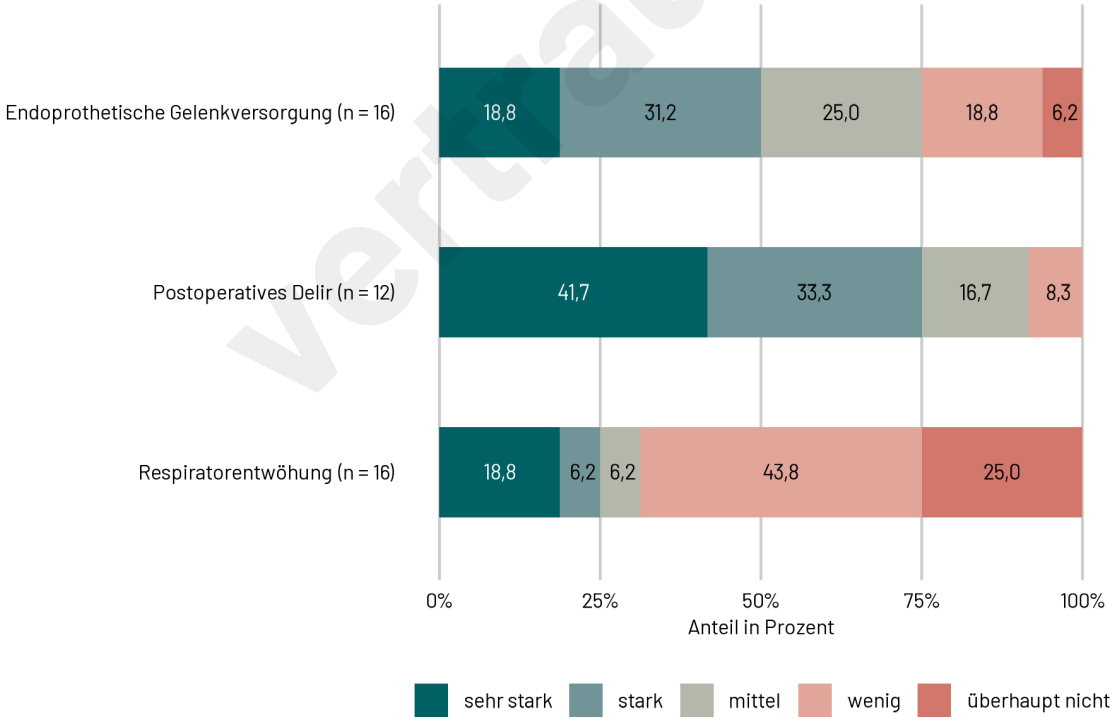


Abbildung 36: Beitrag zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse(n) nach Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung

vertraulich

Bei einer Betrachtung auf Ebene der Leistungsbereiche (Abbildung 36) wird ersichtlich, dass im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs der Qualitätsvertrag für die Förderung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Krankenkassen am stärksten beurteilt wird. Im Gegensatz hierzu schätzten die Befragten des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung die Förderung der Zusammenarbeit am geringsten ein.

Eine Betrachtung des Leistungsbereichs Versorgung von Menschen mit Behinderungen und von Unterschieden innerhalb der Leistungsbereiche zwischen Krankenhäusern und Krankenkasse(n) wird nicht berichtet, da die Fallzahlen in den einzelnen Kategorien ≤ 3 sind.

Netzwerkstrukturen

Die Auswirkungen des Abschlusses eines Qualitätsvertrags auf die Netzwerkstrukturen der Vertragspartner wurden von den befragten Krankenhäusern und Krankenkassen unterschiedlich wahrgenommen. Gefragt nach einem positiven Einfluss von Qualitätsverträgen auf Netzwerkstrukturen zeigte sich, dass die befragten Krankenkassen diesen stärker einschätzen als die befragten Krankenhäuser (Abbildung 37).

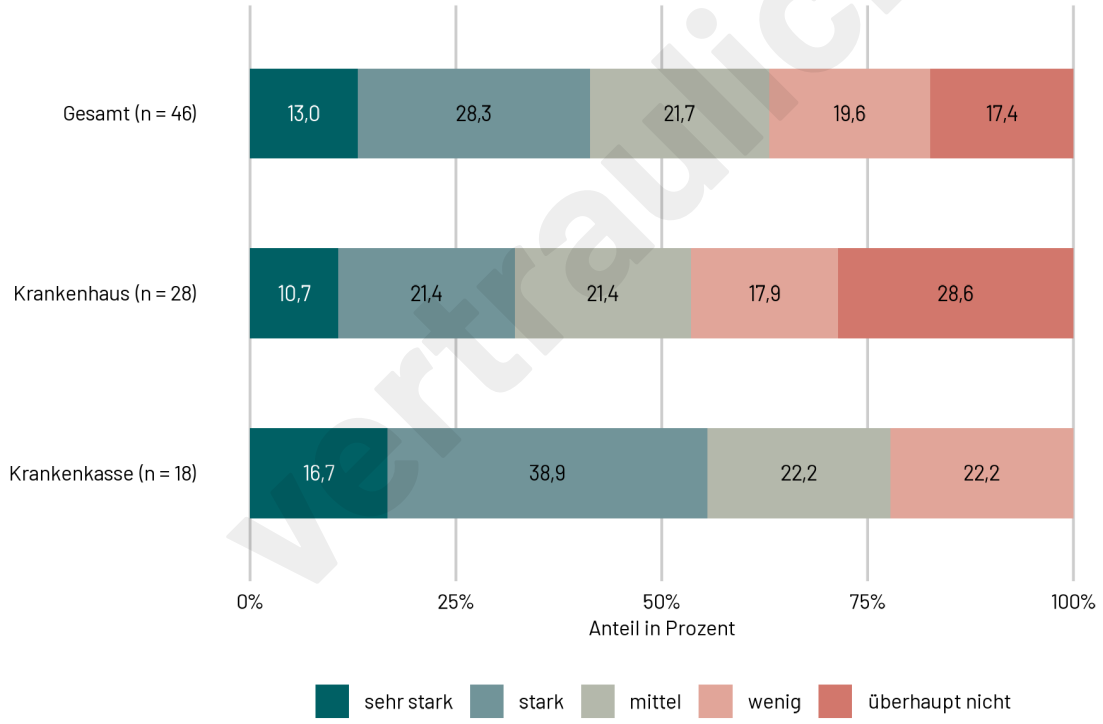


Abbildung 37: Beitrag zur Stärkung der Netzwerkstrukturen, Quelle: stand. Befragung

Insgesamt berichteten bei den Krankenkassen rund 55 % der Befragten von einer starken bis sehr starken Bedeutung des Qualitätsvertrags für die Stärkung von Netzwerkstrukturen gegenüber einem knappen Drittel der Krankenhäuser. Eine geringe bis keine Bedeutung gaben fast die Hälfte der befragten Krankenhäuser an.

vertraulich

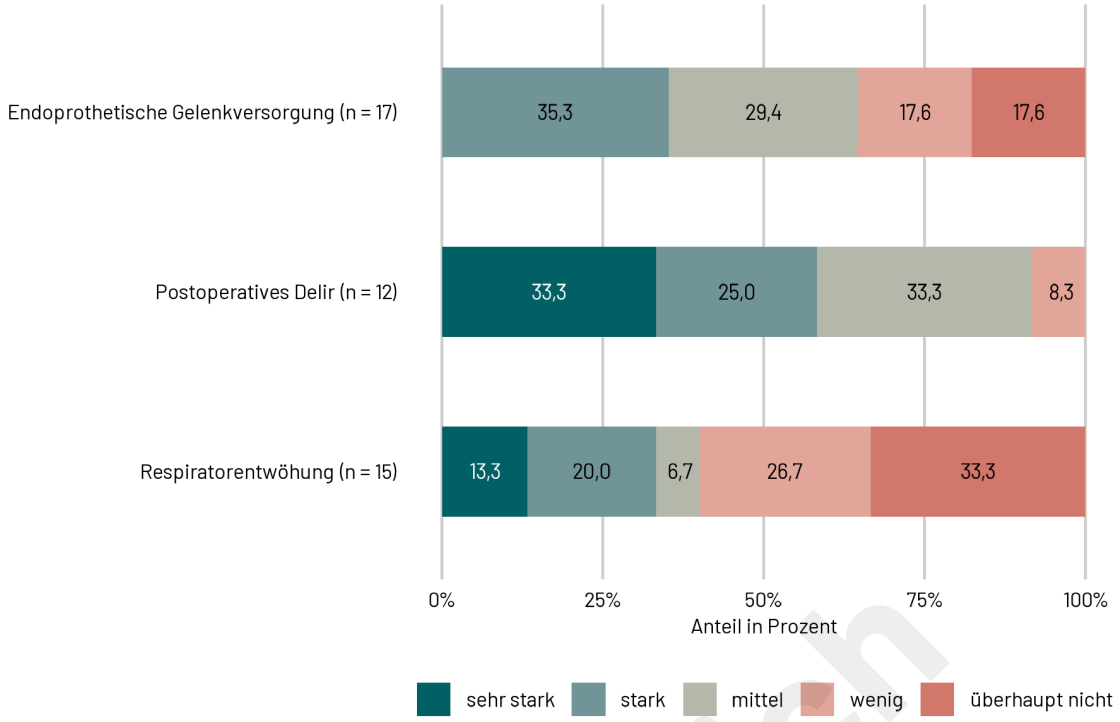


Abbildung 38: Beitrag zur Stärkung der Netzwerkstrukturen nach Leistungsbereich, Quelle: stand. Befragung

Bei Betrachtung auf Ebene der Leistungsbereiche fallen ebenfalls Unterschiede auf (Abbildung 38). Vor allem bei Qualitätsverträgen im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wurde eine Bedeutung des Qualitätsvertrags zur Stärkung der Netzwerkstrukturen wahrgenommen. Eine etwas geringere Bedeutung gaben die Befragten des Leistungsbereichs Endoprothetische Gelenkversorgung an. Innerhalb des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung gehen die Meinungen auseinander – 60 % der Befragten nahmen wenig bis keine Bedeutung wahr.

Von einem Bericht von Unterschieden innerhalb der Leistungsbereiche zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird aufgrund der geringen Fallzahlen in den einzelnen Kategorien (≤ 3) abgesehen.

Bezogen auf die beiden kooperativen Aspekte ist eine positive Tendenz von Qualitätsverträgen auf die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern und Netzwerkstrukturen zu beobachten. Diese Effekte wurden in den meisten Fällen von den befragten Krankenkassen höher eingestuft als von den befragten Krankenhäusern, wobei zwischen den einzelnen Leistungsbereichen spezifische Unterschiede beobachtet werden können. So waren die positiven Effekte im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs ausgeprägter im Vergleich zu den anderen Leistungsbereichen.

vertraulich

Patientenzentrierung

Der Bereich der Patientenzentrierung wurde sowohl in den vertiefenden Interviews als auch in der standardisierten Befragung adressiert. In den vertiefenden Interviews wurden alle Interviewpartnerinnen und -partner (n = 11), in deren Qualitätsverträgen Patientinnen und Patienten versorgt wurden, befragt. Erhoben wurde, inwieweit es durch den Qualitätsvertrag zu Veränderungen der Patientenzentrierung kam, die auf den Qualitätsvertrag zurückzuführen waren. Der Bereich der Patientenzentrierung wurde dabei in folgende Teilaspekte unterteilt:

- allgemeine Aussagen zur Patientenzentrierung
- Patientenkommunikation
- Patientensicherheit
- Patientenbeteiligung
- Beteiligung der Angehörigen
- Ungleichbehandlung

Auch hinsichtlich möglicher Auswirkung von Qualitätsverträgen auf die Patientenzentrierung wurden alle Krankenhäuser (n = 29) in der standardisierten Befragung befragt. Hierbei wurde die Stärke der Auswirkungen der Vereinbarungen bzw. Maßnahmen des Qualitätsvertrags auf

- kommunikative Aspekte zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten,
- Patientensicherheit,
- Patientenbeteiligung, und hierbei
  - die Berücksichtigung von Interessen, Bedürfnissen und Wünschen von Patientinnen und Patienten und
  - die patientenseitige Mitbestimmung bei Behandlungsprozessen und -entscheidungen sowie
- die stärkere Einbindung von Angehörigen

untersucht.

Je nach Frage gaben bis zu 31,0 % (n = 9) der Befragten an, die Veränderungen der Patientenzentrierung durch den Qualitätsvertrag nicht beurteilen zu können. Aus weiteren Angaben der standardisierten Befragung lässt sich ableiten, dass dies insbesondere Verträge betrifft, in die keine Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden konnten. Hiervon sind vor allem Verträge des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung betroffen.

Bei den Antworten auf die Fragen zur Patientenzentrierung zeigt sich ein heterogenes Bild mit teilweise sehr geringen Fallzahlen in den einzelnen Kategorien. Dennoch werden im Nachfolgenden die Tendenzen in den Ergebnissen berichtet.

Die Ergebnisse zur Patientenzentrierung aus den vertiefenden Interviews sowie der standardisierten Befragung wurden thematisch zusammengeführt und werden nachfolgend beschrieben.

vertraulich

Stellenwert und Ziele der Patientenzentrierung

Sieben der elf befragten Personen äußerten sich in den Interviews zur Patientenzentrierung im Kontext des Qualitätsvertrags. Dabei wurde Patientenzentrierung nahezu durchgängig als zentraler Bestandteil des Vertrags beschrieben. In einigen Fällen diente der Qualitätsvertrag als konkreter Anlass, bereits zuvor geplante Maßnahmen – wie etwa die Einführung eines Screenings – tatsächlich umzusetzen. In anderen Einrichtungen wurde ein ganzheitlicher patientenzentrierter Versorgungsansatz, der bereits vor Vertragsbeginn etabliert war, durch den Qualitätsvertrag konsequent weitergeführt und ausgebaut. Krankenhäuser mit einem bereits bestehenden Schwerpunkt auf Patientenzentrierung berichteten überwiegend von keinen oder allenfalls geringfügigen Veränderungen. Einrichtungen hingegen, die in diesem Bereich bislang keine spezifischen Maßnahmen verfolgt hatten, entwickelten durch den Qualitätsvertrag neue Ansätze.

Als übergeordnete Ziele des Qualitätsvertrags nannten die Befragten insbesondere die Linderung von Symptomen sowie eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus wurde der Aufbau eines Versorgungsnetzwerks mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Umfeld als wichtiges Ziel hervorgehoben, um die prä- und postoperative Betreuung zu optimieren. Schließlich wurde der Qualitätsvertrag auch als Instrument der Patientenakquise wahrgenommen, da die beteiligten Krankenkassen geeignete Patientinnen und Patienten gezielt an die jeweiligen Krankenhäuser vermitteln konnten.

Ungleichbehandlung durch Versicherungszugehörigkeit

Eine Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten mit und ohne Zugang zum Qualitätsvertrag wurde von zehn Befragten thematisiert. Manche befragten Krankenhäuser berichteten, dass die Versorgung von in den Qualitätsvertrag eingeschriebenen Patientinnen und Patienten gar nicht oder nur geringfügig von der in der Klinik üblichen Versorgung abwich, wodurch aus Sicht der Patientinnen und Patienten keine Ungleichheit in der Versorgung bestand. Ein anderer Teil der Befragten bemängelte, dass ein Einschluss in den Qualitätsvertrag nur für Patientinnen und Patienten der teilnehmenden Krankenkassen möglich war. Dies wurde als medizinisch unethisch bezeichnet. Nach Meinung dieser Befragten sollten alle Versicherten Zugang zu Maßnahmen aus Qualitätsverträgen haben. Es wurde angemerkt, dass durch die beschränkte Teilnahmemöglichkeit nur ein Bruchteil der entsprechenden Zielgruppen in die Qualitätsverträge eingeschlossen werden konnten. Mehrere Krankenhäuser lösten diesen Konflikt krankenhausintern. So wurde beispielsweise ein Teil der Maßnahmen, der als besonders zielführend angesehen wurde, flächendeckend allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt. Ein anderer Lösungsweg bestand darin, im medizinischen Notfall Patientinnen und Patienten die Maßnahmen des Qualitätsvertrags zukommen zu lassen. Dies geschah in diesen Fällen unabhängig davon, ob sie in den Qualitätsvertrag eingeschrieben waren oder nicht. Voraussetzung war, dass sie mutmaßlich von den Maßnahmen des Qualitätsvertrags profitierten würden. Eine andere beschriebene Möglichkeit war, jenen Patientinnen und Patienten, die proaktiv Interesse an einer Teilnahme am Qualitätsvertrag geäußert hatten, diese zu ermöglichen. Um Ressourcen nicht weiter zu belasten, wurden die so versorgten zusätzlichen Patientinnen und Patienten von den Krankenhäusern nicht in die Evaluation aufgenommen.

Vertraulich

Patientenkommunikation

Bezüglich kommunikativer Aspekte äußerten sich im Rahmen der vertiefenden Interviews sieben Befragte. Thematisiert wurde eine große Bandbreite unterschiedlicher Schwerpunkte, die überwiegend einzelne Aspekte der Kommunikation betrafen. Dazu zählten Kommunikationsmittel und -hilfen, die direkte Kommunikation zwischen Klinikpersonal und Patientinnen und Patienten beziehungsweise deren Angehörigen, Zeitpunkte der Kommunikation sowie Schulungen.

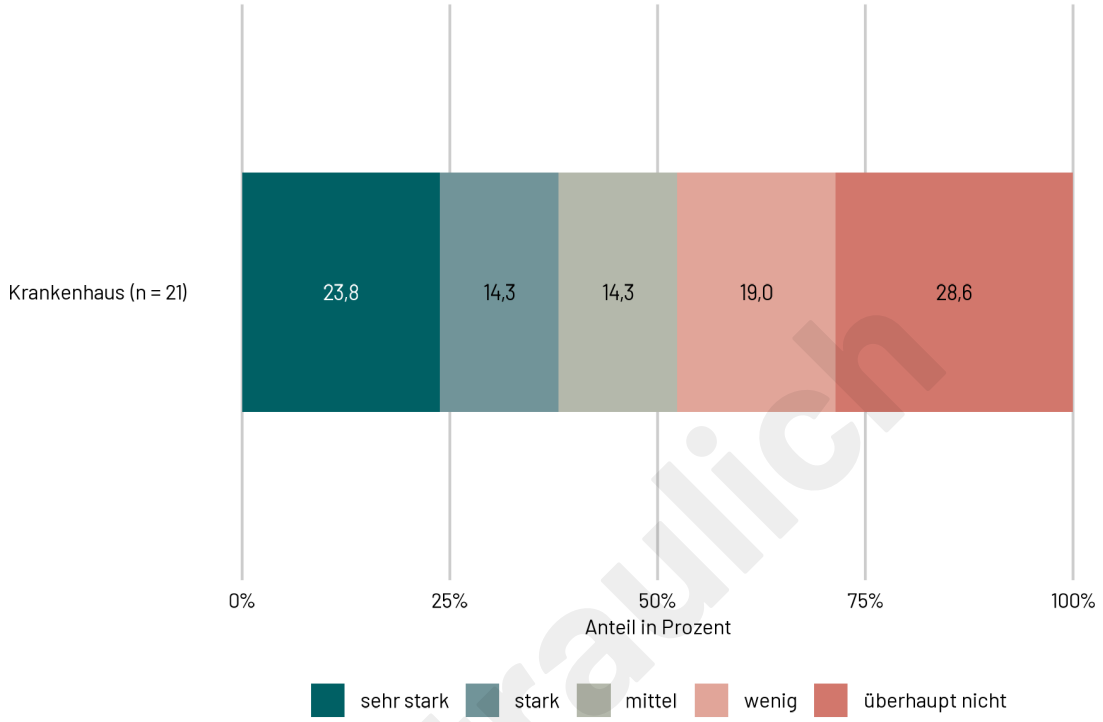


Abbildung 39: Beitrag zur Stärkung der Patientenkommunikation, Quelle: stand. Befragung

In der standardisierten Befragung wurde der fördernde Einfluss der Vereinbarungen und Maßnahmen der Qualitätsverträge auf die Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erhoben (Abbildung 39). Insgesamt zeigte sich ein heterogenes Antwortverhalten. Am häufigsten wurden die Kategorien überhaupt nicht (28,6 %, n = 6) und sehr stark (23,8 %, n = 5) genannt. Im Median wurde der fördernde Einfluss als mittel bewertet. Die Wahrnehmung eines fehlenden Einflusses wurde überwiegend im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung berichtet, während ein sehr starker Einfluss vor allem im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wahrgenommen wurde.

Ergänzend zu den standardisierten Angaben beschrieben die Befragten eine breite Palette an Kommunikationsmitteln und -hilfen, die bei der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten zum Einsatz kam. Genutzt wurden unter anderem Flyer, Podcasts, Patientenvideos sowie die Websites von Krankenhäusern und Krankenkassen. Die Flyer wurden den Krankenhäusern teilweise von den beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt und vereinzelt zur besseren Verständlichkeit in Leichte Sprache übersetzt. Für Patientinnen und Patienten bestand zudem die Möglichkeit, sich über Podcasts und Videos über Erkrankungen oder Maßnahmen im Rahmen der

vertraulich

Qualitätsverträge zu informieren. Klinikinterne Websites boten ergänzende Informationen sowie Kontaktmöglichkeiten; in einzelnen Fällen wurden auch die Websites der Krankenkassen zur Informationsvermittlung genutzt.

Zur Überwindung von Sprachbarrieren kamen zusätzlich spezifische Kommunikationshilfen zum Einsatz, darunter Piktogramme, Angebote in Leichter Sprache sowie technische Unterstützung. Ziel dieser Maßnahmen war eine möglichst patientenzentrierte Kommunikation. Standardisierte Fragebögen wurden als weiteres Instrument genutzt, um für die Versorgung relevante Patientendaten systematisch zu erfassen.

In mehreren Krankenhäusern stand den Patientinnen und Patienten im Rahmen der Qualitätsverträge festes Ansprechpersonal zur Verfügung, beispielsweise in Form von Study Nurses, Lotsinnen und Lotsen oder leistungsbereichsspezifischen Teams zur Diagnose- und Versorgungssteuerung. Diese waren den Patientinnen und Patienten teilweise bereits vor dem stationären Aufenthalt bekannt und unterstützten sowohl die medizinische Versorgung als auch die Informationsvermittlung. Darüber hinaus halfen sie bei organisatorischen Fragen, etwa im Umgang mit Formularen und Fragebögen, und fungierten als Ansprechpersonen für Sorgen und Unterstützungsbedarfe. Weitere Berufsgruppen, darunter Operateurinnen und Operateure, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Pflegepersonal, waren ebenfalls in die Kommunikation eingebunden und informierten sowie motivierten Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätsverträge.

Zusätzlich zur Kommunikation während des stationären Aufenthalts wurden prä- und poststationäre kommunikative Aspekte adressiert. Für den stationären Aufenthalt relevante patientenspezifische Informationen wurden systematisch erhoben. Bei Auffälligkeiten, etwa nicht optimalen Blutparametern, erfolgte eine gezielte Kontaktaufnahme mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt. Ziel war es, die weitere Versorgung zu optimieren und eine kontinuierliche Betreuung sicherzustellen.

Mehrere Krankenhäuser berichteten zudem von poststationären Befragungen, beispielsweise ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. Diese erfolgten persönlich, telefonisch oder schriftlich. Sie dienten unter anderem der Einladung zu Nachuntersuchungen, der Nachsorge in der Sprechstunde oder der Erhebung standardisierter Fragebögen. Ergänzend wurden leistungsbereichsspezifische Schulungen für Mitarbeitende durchgeführt, die neben fachlichen Inhalten auch Aspekte der Kommunikationsförderung umfassten.

Medieneinsatz

Durch die standardisierte Befragung wurde ebenfalls die allgemeine Mediennutzung der Vertragspartner ermittelt. Die Mediennutzung bezog sich auf die Information der Öffentlichkeit sowie Patientinnen und Patienten über Inhalte, Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätsverträge.

Etwas über zwei Drittel der Vertragspartner gaben die Nutzung von mindestens einem Medium an. Sie setzten sich aus 78,9 % (n = 15) der befragten Krankenkassen und 62,1 % (n = 18) der Krankenhäuser zusammen. Verträge ohne Mediennutzung finden sich größtenteils im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (10 der 15 Verträge).

Vertraulich

Die Vertragspartner mit Mediennutzung wurden gebeten, aus einer Reihe von Medien anzugeben, welche von ihrer Institution zur Informationsweitergabe genutzt wurden. Die Anzahl an Nennungen war nicht beschränkt.

Tabelle 43: Mittlere Anzahl eingesetzter Medien, Quelle: stand. Befragung

	n	Mittel	SD	Median	Min	Max
Gesamt	33	3,5	2,12	3	1	9
Krankenhaus	18	4,0	2,63	3	1	9
Krankenkasse	15	2,8	1,01	2	2	5

Die Befragten berichteten von der Nutzung von bis zu neun verschiedenen Medienformen. Aufseiten der Krankenhäuser wurde von einer höheren Vielfalt an unterschiedlichen Medien im Vergleich zu den Krankenkassen berichtet (Tabelle 43).

Von den Krankenhäusern wurden alle zur Auswahl gestellten Medien genutzt (Abbildung 40). Am weitesten verbreitet war der Einsatz von Flyern und Broschüren, der eigenen Internetseite und von Presseartikeln. Eine moderate Relevanz stellte die Nutzung von Präsenzveranstaltungen und Newslettern zur Informationsweitergabe dar. Eine geringe Relevanz hatten virtuelle Veranstaltungen, Audio, Video sowie Social Media.

Die Mediennutzung der Krankenkassen kann Abbildung 41 entnommen werden. Hier lag das Hauptaugenmerk auf Presseartikeln, der eigenen Internetseite sowie Präsenzveranstaltungen. Ein untergeordneter Einsatz wurde von den Befragten bezüglich der Nutzung von Social Media, Flyern und Broschüren sowie Newslettern angegeben. Keine Relevanz für die krankenkassenseitige Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf Qualitätsverträge hatten Video, Audio sowie virtuelle Veranstaltungen.

vertraulich

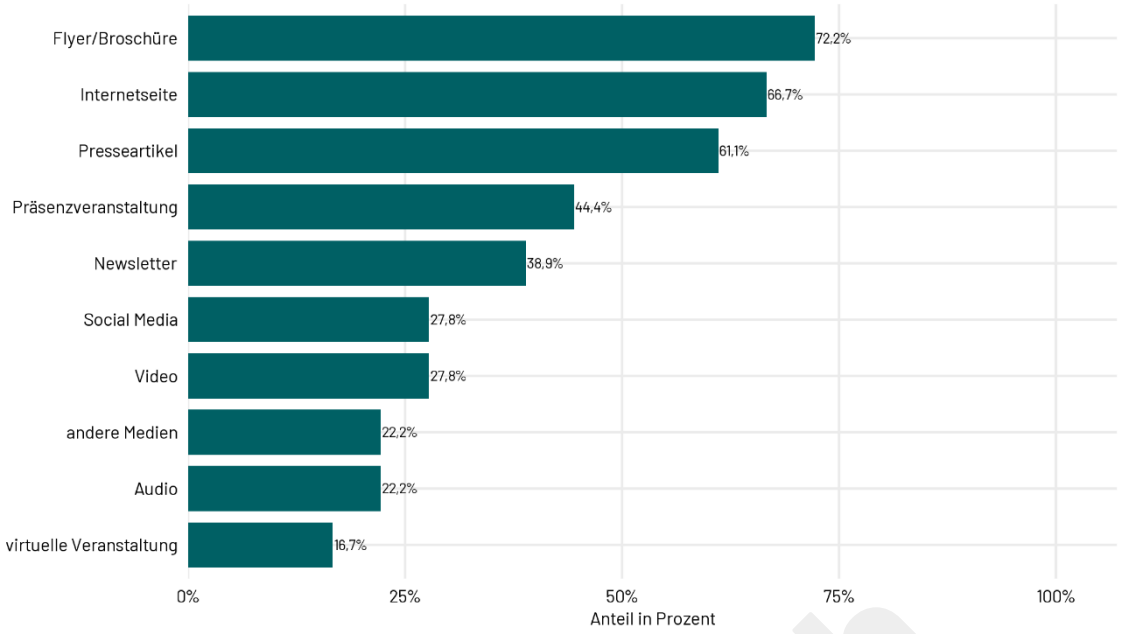


Abbildung 40: Eingesetzte Medien der Krankenhäuser (Mehrfachnennungen möglich), Quelle: stand. Befragung

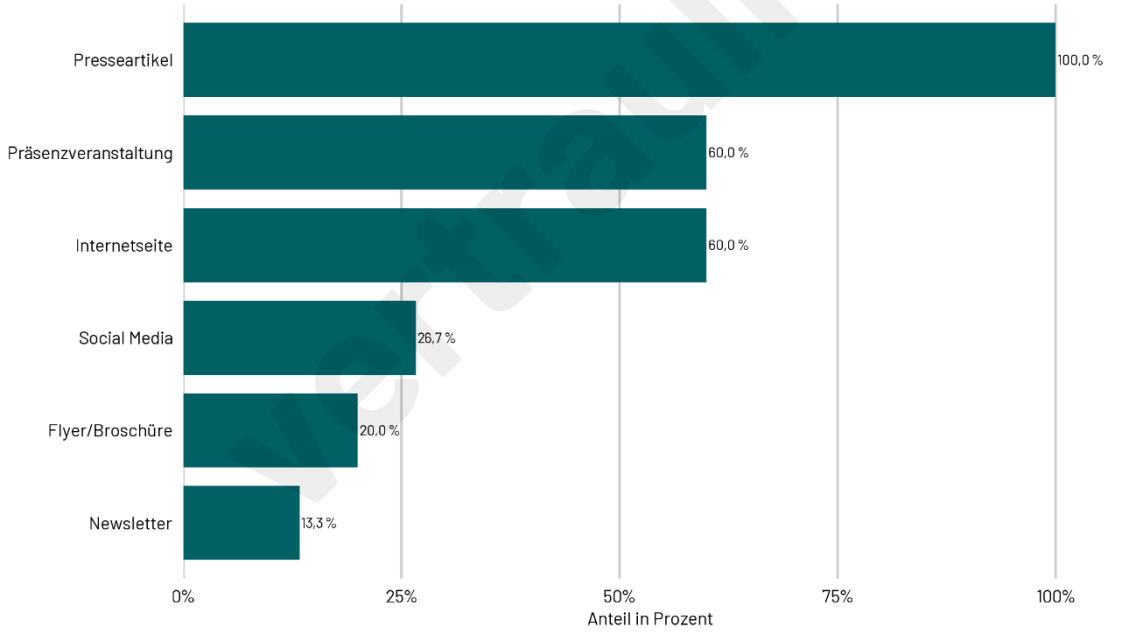


Abbildung 41: Eingesetzte Medien der Krankenkassen (Mehrfachnennungen möglich), Quelle: stand. Befragung

vertraulich

Ergänzend kann den vertiefenden Interviews entnommen werden, dass zur Dissemination von Informationen Printmedien und digitale Medien genutzt wurden. Der Printbereich umfasste vor allem (krankenhausübergreifend gestaltete) Flyer, die zum Teil mit krankenhausindividuellen Einlegern versehen wurden, in denen allgemeine Informationen über Qualitätsverträge enthalten waren. Darüber hinaus wurde von Presseartikeln in lokalen und regionalen, klassischen Printmedien ggf. mit Onlineangebot berichtet. Durch die Veröffentlichung konnte nach Einschätzung der Befragten ein öffentliches Interesse für die jeweilige Zielgruppe des Leistungsbereichs geweckt werden.

Die Nutzung digitaler Medien bezog sich auf die Websites der beteiligten Krankenkassen und des beteiligten Krankenhauses sowie die Onlinezeitschrift für die Versicherten einer Krankenkasse. Auf diesen Wegen wurden allgemeine Informationen über Qualitätsverträge sowie spezifische Informationen zu einzelnen Leistungsbereichen bereitgestellt.

Von mehreren Krankenhäusern wurden wiederholt öffentliche Veranstaltungen zur allgemeinen Information über den Qualitätsvertrag bzw. dessen Versorgungsansätze angeboten, welche laut den Befragten auf eine breite Resonanz stießen.

Patientensicherheit

Informationen zum Einfluss des Qualitätsvertrags auf die Patientensicherheit gaben in den vertiefenden Interviews sechs Befragte. Thematisiert wurden diesbezüglich prästationäre Maßnahmen wie eine frühzeitige Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie der behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte in die Versorgung. Es erfolgten eine Weitergabe von Informationen, die Erhebung von patientenspezifischen Daten und Risiken sowie die Erhebung von für die Versorgung relevanten Besonderheiten.

In der standardisierten Befragung wurde die Stärke des Einflusses der Maßnahmen und Anforderungen der Qualitätsverträge auf die Patientensicherheit erfragt (Abbildung 42). Es zeigte sich ein heterogenes Antwortbild mit den meisten Nennungen in den Kategorien wenig Einfluss (30,0 %, n = 6) und sehr starker wahrgenommener Einfluss (25,0 %, n = 5). Bei der tiefergehenden Betrachtung der Ergebnisse zeigten sich leistungsbereichsspezifische Tendenzen. Die Wahrnehmung eines geringen Einflusses stützte sich auf die Wahrnehmung der Befragten der Leistungsbereiche Respiratorentwöhnung und Endoprothetische Gelenkversorgung. Die Anzahl der Nennungen eines sehr starken Einflusses auf die Patientensicherheit geht auf die Wahrnehmung der Befragten im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs zurück.

vertraulich

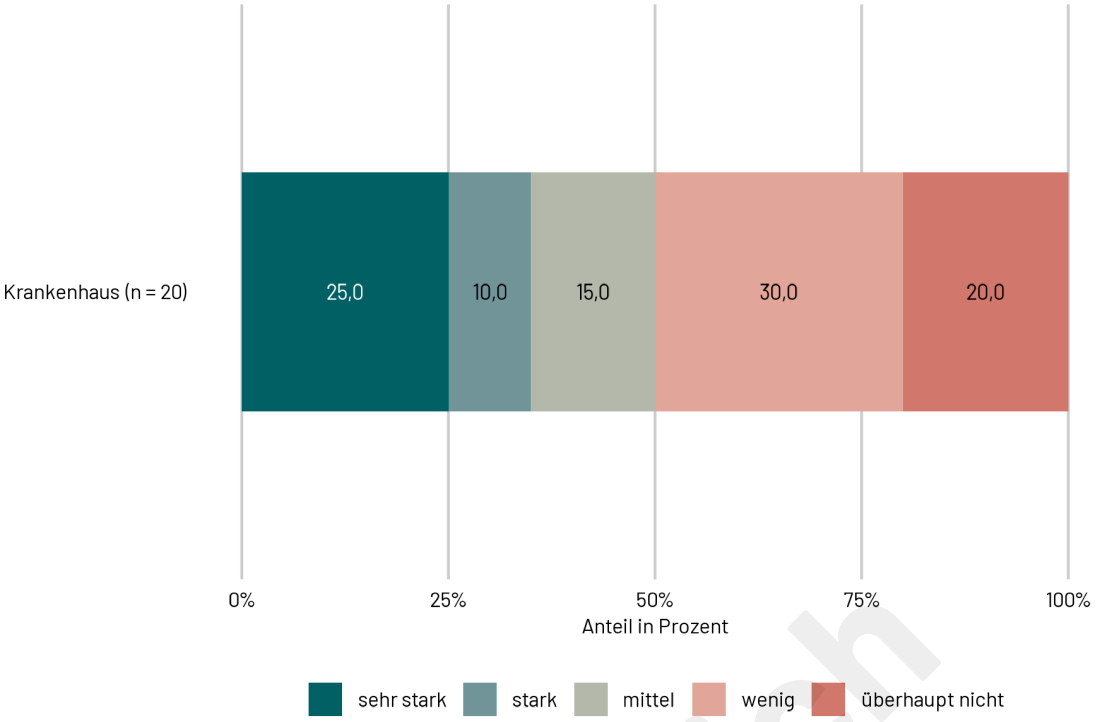


Abbildung 42: Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit, Quelle: stand. Befragung

In den vertiefenden Interviews wurden ergänzend mögliche Ziele und Wirkungen berichtet. Angeführt wurden frühzeitige Maßnahmen wie die Einbindung der Patientinnen und Patienten und der Hausärztinnen und Hausärzte in die Versorgung vor dem Klinikaufenthalt. Neben der Informationsweitergabe wurde hier die Erhebung von patientenspezifischen Daten und Laborwerten genannt. Mehrere Befragte bezogen sich auf die Erhebung von Daten in der prästationären und stationären Versorgung. Die Erhebung von patientenspezifischen Daten erfolgte zumeist mittels standardisierter Fragebögen. Erfasst wurden beispielsweise Laborwerte, der Schmerz- und Funktionsstatus, psychische Faktoren, mögliche Risikofaktoren und Besonderheiten der Patientinnen und Patienten. In der Versorgung wurden bei pathologischen Befunden Maßnahmen ergriffen, um diese zu optimieren. Zusätzlich wurde versucht, auf persönliche Besonderheiten in der stationären Versorgung einzugehen. Im Einzelfall wurde für prospektiv erhobene Patientendaten ein Qualitätsregister eingerichtet. Andere Befragte berichteten von einer möglichst ganzheitlichen Betrachtung der Patientinnen und Patienten, was neben der Akutsituation die Vorgeschichte und alle Risikofaktoren inkludiert. Ebenfalls wurde angemerkt, dass eine durch die Qualitätsverträge verbesserte Kommunikation Auswirkungen auf die Patientensicherheit hatte. Es kam zum Teil zu einer verbesserten Information und Beteiligung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Auch der direkte Austausch mit anderen medizinischen Disziplinen (Neurologie und Psychologie) wurde als wichtiger Punkt herausgestellt, der zur Erhöhung der Patientensicherheit führte. Durch die Maßnahmen der Qualitätsverträge konnten je nach Leistungsbereich unterschiedliche Auswirkungen auf die Versorgung beobachtet werden. Es konnten patientenseitig Ängste und Schwierigkeiten vermieden werden. Reduziert werden konnten

vertraulich

Wartezeiten im Klinikablauf, Komplikationsraten, Inzidenzraten und Erkrankungsdauer, Transfusionsraten, Beatmungszeiten und Kodierung von Beatmungs-DRGs, Überwachungszeiten auf der Intensivstation sowie die Krankenhausverweildauer.

Die Maßnahmen der Qualitätsverträge hatten ebenfalls Auswirkungen auf die poststationäre Patientensicherheit. Hierbei lag der berichtete Fokus auf der Weitergabe von Informationen an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige sowie auf der Durchführung von Follow-up-Erhebungen. Ziel war es, einer Wiederaufnahme in die stationäre Versorgung vorzubeugen. Durch Follow-up-Untersuchungen konnten Erkenntnisse über den langfristigen Versorgungserfolg gewonnen werden. Mit Blick auf die Erfolge hinsichtlich der Patientensicherheit wurden in einer Einrichtung entsprechende im Qualitätsvertrag vereinbarte Maßnahmen für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit implementiert.

Patientenbeteiligung

In den vertiefenden Interviews äußerten sich fünf Befragte zu einer veränderten Patientenbeteiligung, die auf die Einführung des Qualitätsvertrags zurückzuführen war. Die Befragten berichteten von einer Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Behandlung. Hierbei wurden zumeist standardisierte Fragebögen eingesetzt sowie Gespräche mit Patientinnen, Patienten und Versorgenden geführt. In diesem Zusammenhang wurden Informationen vermittelt, Daten erhoben, gemeinsame Entscheidungen ermöglicht und Versorgungsziele festgelegt. Die Aspekte Patientenkommunikation und Patientenbeteiligung sind in vielen Fällen eng miteinander verknüpft.

Die Stärke des Einflusses der Qualitätsverträge auf die Patientenbeteiligung wurde in der standardisierten Befragung in zwei Teilbereiche unterteilt. Erfragt wurde zum einen die Stärke des Einflusses auf eine vermehrte Berücksichtigung von Interessen, Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen und Patienten. Zum anderen wurde die Stärke des Einflusses auf die Möglichkeit für Patientinnen und Patienten, sich an Behandlungsprozessen und-entscheidungen zu beteiligen, ermittelt (Abbildung 43).

vertraulich

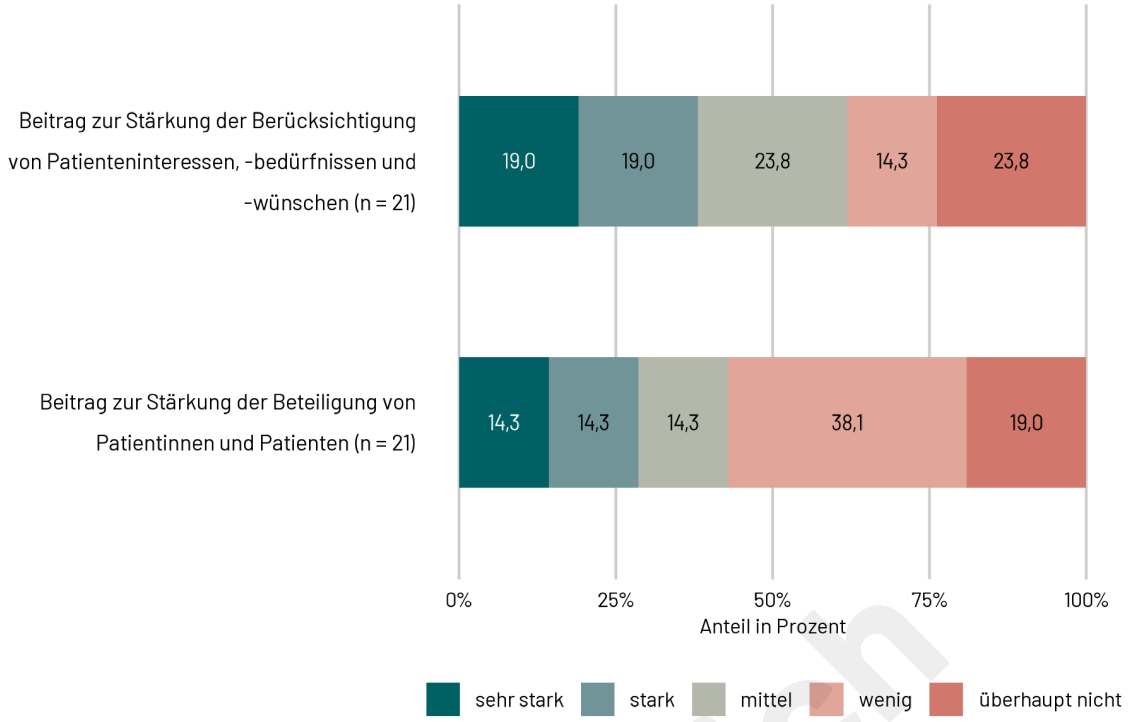


Abbildung 43: Patientenbeteiligung, Quelle: stand. Befragung

Bezüglich der wahrgenommenen Stärke des Einflusses der Qualitätsverträge auf eine vermehrte Berücksichtigung von Interessen, Bedürfnissen und Wünschen von Patientinnen und Patienten zeigte sich ein heterogenes Antwortverhalten. Am häufigsten wurden ein mittlerer oder kein Einfluss wahrgenommen (jeweils 23,8 %, n = 5). Bei leistungsbereichsspezifischer Betrachtung stützen sich diese Ergebnisse in großen Teilen auf die Aussagen aus den Leistungsbereichen Endoprothetische Gelenkversorgung und Respiratorentwöhnung. Im Mittel wurde der Einfluss als mittelmäßig stark bezeichnet.

Der Einfluss bezogen auf die Beteiligung von Patientinnen und Patienten an Behandlungsprozessen und -entscheidungen wurde von den Befragten weniger stark wahrgenommen. Mehrheitlich und im Mittel wurde er als gering eingestuft (38,1 %, n = 8).

Aus den vertiefenden Interviews konnten ergänzend Ziele und Wirkungen der Anforderungen und Maßnahmen der Qualitätsverträge auf die Patientenbeteiligung gewonnen werden.

Während des Krankenhausaufenthalts wurden die Patientinnen und Patienten zum Teil durch eine Study-Nurse, Lotsinnen und Lotsen beziehungsweise ein leistungsbereichsspezifisches Team unterstützt. Sie standen den Patientinnen und Patienten unter anderem für Information, Kommunikation und Motivation zur Verfügung und boten bei Bedarf auch persönlichen Beistand und emotionale Unterstützung. Ebenfalls gab es Ansätze einer frühzeitigen Einbindung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten, um den Krankenhausaufenthalt gut vorzubereiten. Dies geschah durch Kontaktaufnahme, Information und zum Teil durch die Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Ziel des Empowerments und einer Compliance-Unterstützung

vertraulich

bereits vor dem stationären Aufenthalt. Während des Aufenthalts wurden patientenbezogene Gesundheitsdaten wie beispielsweise Delir, Schmerz- und Funktionsstatus erhoben, anhand derer die Patientinnen und Patienten in die Behandlung einbezogen wurden.

Beteiligung von Angehörigen

Ebenfalls wurden die Auswirkungen der Qualitätsverträge auf die Beteiligung von Angehörigen an der Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten dargelegt. In den vertiefenden Interviews äußerten sich drei Interviewpartnerinnen und -partner. Getätigt wurden vertragsindividuelle Aussagen. In einer Einrichtung gab es bereits vor der Einführung des Qualitätsvertrags eine enge Einbindung der Angehörigen in die Versorgung. Daher wurde diese nicht noch einmal im Qualitätsvertrag adressiert. Die anderen Befragten berichteten, dass die Angehörigen durch Information, gemeinsame Entscheidungsfindung und das Besprechen von gemeinsamen Zielen in die Versorgung eingebunden wurden.

Auch in der standardisierten Befragung wurde die Stärke des Einflusses der Qualitätsverträge auf eine vermehrte Einbindung von Angehörigen von Patientinnen und Pateinten betrachtet (Abbildung 44). Die Stärke des Einflusses wurde von jeweils einem Viertel der befragten Krankenhäuser als wenig oder überhaupt nicht vorhanden bezeichnet (jeweils 25,0 %, n = 5). Diese stellten die am häufigsten genannten Kategorien dar; sie stützen sich hauptsächlich auf die Aussagen aus den Leistungsbereichen Endoprothetische Gelenkversorgung und Respiratorentwöhnung. Jeweils die Hälfte der Befragten stuften die Stärke des Einflusses als mittel, stark oder sehr stark beziehungsweise wenig oder überhaupt nicht vorhanden ein.

Vertraulich

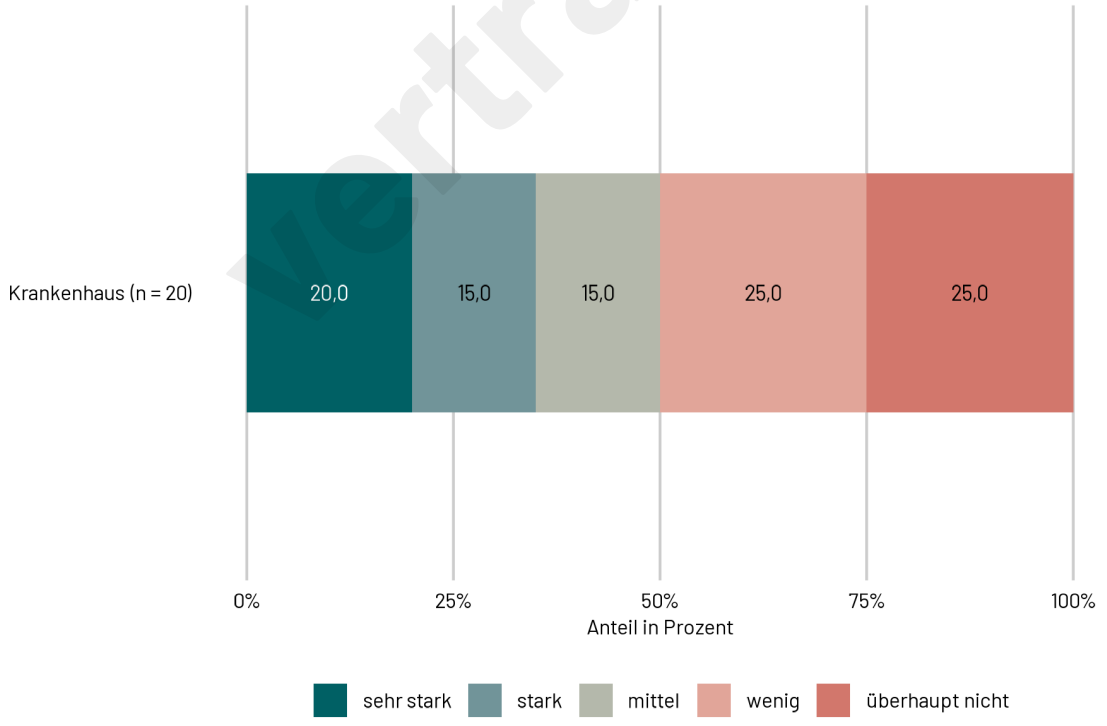


Abbildung 44: Beitrag zur Stärkung der Beteiligung von Angehörigen, Quelle: stand. Befragung

Durch die Interviews konnten ergänzend zur Stärke des Einflusses der Qualitätsverträge Informationen zu Zielen und Wirkungen der Einbindung von Angehörigen gewonnen werden. Durch die Einbindung der Angehörigen erhielten die Krankenhäuser wichtige Informationen in Bezug auf die Patientinnen und Patienten, um deren Befindlichkeiten und Bedarfe besser zu ermitteln. Die Einbindung und Beteiligung von Angehörigen stellte die Krankenhäuser während der Covid-19-Pandemie vor besondere Herausforderungen. Da nicht die Möglichkeit regelmäßiger Besuche bestand, wurde von Klinikseite versucht, dies durch Information über das konkrete Prozedere während des Krankenhausaufenthaltes und feste Ansprechpersonen bei Fragen auszugleichen. Über den direkten Krankenhausaufenthalt hinaus wurde in einem Interview berichtet, dass bei Entlassung den Angehörigen in Schriftform das weitere Vorgehen der Nachsorge mitgeteilt wurde, um einem erneuten Krankenhausaufenthalt vorzubeugen.

Von einem Bericht von Unterschieden innerhalb der Leistungsbereiche auf Krankenhausebene wird aufgrund der geringen Fallzahlen in den einzelnen Kategorien (≤ 3) abgesehen.

Die befragten Krankenkassen ergänzten, dass sie nicht oder nur in Einzelfällen auf eine Ungleichbehandlung durch das Vorhandensein/Nichtvorhandensein eines Qualitätsvertrags angesprochen wurden. Im Einzelfall wurde berichtet, dass es als systemisch problematisch angesehen wird, wenn bestimmte Versicherte aufgrund ihrer Krankenkassenzugehörigkeit keinen Zugang zu einer bestimmten Versorgung erhalten.

Ergebnisqualität

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Vergleichs zur Ergebnisqualität, differenziert nach Leistungsbereichen, dargestellt. Im Mittelpunkt steht dabei die leitende Fragestellung, ob und in welchem Umfang sich die Versorgungsqualität durch die Einführung von Qualitätsverträgen verändert hat. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine wissenschaftlich belastbare Auswertung des Leistungsbereichs Respiratorentwöhnung in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll.

Die Ergebnisse werden zunächst deskriptiv als Vorher-Nachher-Vergleich zwischen Nullwert- und Interventionsmessung dargestellt. Anschließend werden modellbasierte Effektschätzungen berichtet, die auf die Population der Interventionsmessung standardisiert sind und dabei die Struktur der Leistungserbringer bzw. Qualitätsverträge sowie den Messzeitraum berücksichtigen. Sofern für eine Evaluationskennziffer vorgesehen, werden darüber hinaus relevante Patientenmerkmale als Kovariablen in das Modell aufgenommen; die modellbasierten Ergebnisse sind daher als standardisierte und ggf. adjustierte Einordnung der deskriptiven Befunde zu verstehen.

Endoprothetische Gelenkversorgung

Im Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung wird die Ergebnisqualität anhand von vier Kennziffern abgebildet. Für jede Kennziffer wird zunächst die untersuchte Population, anschließend die Ergebnisse deskriptiv und schließlich die Ergebnisse der Regressionsanalyse berichtet, die gemäß dem in Abschnitt 2.5.2 beschriebenen Vorgehen durchgeführt wurde.

vertraulich

Gute Mobilisation

Die Kennziffer basiert auf dem am Vortag der Entlassung erhobenen Timed-up-and-go-Test (TUG), der die funktionelle Mobilität erfasst, indem die Zeit gemessen wird, die eine Person benötigt, um aus einem Stuhl aufzustehen, eine drei Meter lange Strecke zu gehen, umzudrehen, zurückzugehen und sich wieder hinzusetzen.

Gemäß der in der Literatur beschriebenen Einflussfaktoren für den TUG wurde das Regressionsmodell hinsichtlich Alter, Geschlecht, Dauer des Eingriffs, Gelenktyp (Hüfte, Knie) sowie präoperativer Gesundheitszustand operationalisiert und mittels HOOS oder KOOS[21] ergänzt (Abschnitt 2.5.2, Endoprothetische Gelenkversorgung, Risikoadjustierung, Tabelle 3).

Durch den Ausschluss eines Qualitätsvertrags mit lediglich Fällen im Zeitraum der Nullwertmessung (Abschnitt 2.5.2, Tabelle 1) stehen von den insgesamt 1.826 Fällen für Auswertungen 1.742 Datensätze zur Verfügung. Die Anzahl an auswertbaren Datensätzen reduziert sich weiter auf 942 Fälle durch dokumentierte fehlende Messungen (n = 790, 45,4 %) sowie unplausible (definiert als unter 3 Sekunden oder über 100 Sekunden) oder fehlende TUG-Werte (n = 10).

Das mittlere Alter lag bei 68,0 Jahren (n = 942) mit 62,6 % (n = 590) Patientinnen und 37,3 % (n = 351) Patienten (Tabelle 44). Der eingeschlossene Anteil an hüftendoprothetischen Eingriffen war mit 78,0 % (n = 1.358) höher als der von knieendoprothetischen Eingriffen. Im Mittel lag die Dauer des operativen Eingriffs bei 73,6 Minuten (n = 942). Die mittleren präoperativen Werte des HOOS bzw. KOOS zeigen tendenziell mittlere Einschränkungen. Als Hinweis sei gegeben, dass die Messung des HOOS bzw. KOOS teilweise unvollständig war und daher vermehrt Fälle mit fehlenden Werten auftreten, bis zu insgesamt 3,8 % (n = 36). Die mittlere Dauer der Durchführung des TUG lag in der Nullwertmessung mit 21,1 Sekunden (n = 338) unwesentlich höher als in der Interventionsmessung mit 20,8 Sekunden (n = 604).

Tabelle 44: TUG (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 942		**Nullwertmessung N = 338**		**Interventionsmessung N = 604**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	942	68,0 (10,5)	338	66,5 (10,5)	604	68,7 (10,5)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	351	37,3	134	39,6	217	35,9
weiblich	590	62,6	204	60,4	386	63,9
fehlende Werte	1		0		1	

[21] Zu Erläuterungen zum HOOS und KOOS siehe Abschnitt HOOS/KOOS weiter unten.

vertraulich

	Gesamt N = 942		**Nullwertmessung N = 338**		**Interventionsmessung N = 604**	
Versorgungsbereich						
Hüfte	1.358	78,0	390	76,2	968	78,7
Knie	384	22,0	122	23,8	262	21,3
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
HOOS/KOOS (präoperativ)						
Symptome	911	43,0 (21,6)	330	38,9 (19,5)	581	45,2 (22,3)
fehlende Werte	31		8		23	
Schmerzen	918	42,7 (20,2)	330	38,7 (17,7)	581	45,0 (21,1)
fehlende Werte	24		8		23	
Alltag	918	43,4 (20,5)	330	39,3 (17,0)	581	45,7 (21,9)
fehlende Werte	24		8		23	
Sport	906	28,7 (30,0)	328	18,8 (18,4)	578	34,4 (33,7)
fehlende Werte	36		10		26	
Lebensqualität	915	30,4 (29,2)	329	20,6 (17,9)	586	36,0 (32,7)
fehlende Werte	27		9		18	
Dauer des Eingriffs	942	73,6 (62,9)	338	70,8 (24,9)	604	74,8 (73,1)
TUG	942	20,9 (10,7)	338	21,1 (10,2)	604	20,8 (10,9)

Nach Standardisierung und Risikoadjustierung steigt mit Blick auf den Einfluss des Alters der TUG-Wert mit jedem ansteigenden Lebensjahr um 0,16 Sekunden ($p < 0,001$). Im Vergleich zu den Patienten benötigen Patientinnen 2,44 Sekunden ($p < 0,001$) länger für die Absolvierung des TUG-Tests. Die Operationsdauer korrelierte im geringen Maße positiv mit einer längeren Testdauer (0,031; $p = 0,020$) (Anhang F). Der geschätzte Mittelwert des TUG-Tests liegt bei 20,0 Sekunden in der Nullwertmessung und 20,5 Sekunden in der Interventionsmessung. Die Differenz von 0,5 Sekunden erweist sich als statistisch nicht signifikant (95%-KI: -0,996 – 1,989; $p = 0,514$).

vertraulich

Tabelle 45: TUG (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

TUG	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzter Mittelwert (NWM)	20,003	< 0,001	18,701	21,305
geschätzter Mittelwert (INT)	20,500	< 0,001	19,771	21,229
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	0,496	0,514	-0,996	1,989

Schmerz in Ruhe und unter Belastung

Die Kennziffern geben die mittlere Schmerzintensität der Patientinnen und Patienten in Ruhe und unter Belastung wieder. Diese wurden mithilfe der Numerischen Rating-Skala (NRS) oder der Visuellen Analogskala (VAS) erfasst. Die Skalen reichen hierbei von „keine Schmerzen" (0) bis „schlimmste vorstellbare Schmerzen" (10). Die Erhebung erfolgte einen Tag vor der Entlassung.

Zur Berücksichtigung der in der Literatur benannten Einflussfaktoren (Abschnitt 2.5.2, Endoprothetische Gelenkversorgung, Risikoadjustierung, Tabelle 3) wurden Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten sowie die Dauer des Eingriffs, der Gelenktyp (Hüfte, Knie) und die präoperative Schmerzerfahrung – erfasst durch HOOS bzw. KOOS[22] – berücksichtigt.

Durch den Ausschluss eines Qualitätsvertrags mit lediglich Fällen der Nullwertmessung (Abschnitt 2.5.2, Tabelle 1) stehen von den insgesamt 1.826 Fällen für Auswertungen 1.742 Datensätze zur Verfügung. Für die Erfassung des Schmerzes in Ruhe können von den 1.742 identifizierten Fällen 1.543 eingeschlossen werden, da in 199 Fällen keine dokumentierten Messwerte unter der Anmerkung, den Test nicht durchführen zu können, vorliegen. Die mittlere Schmerzintensität in Ruhe war in der Nullwertmessung mit 1,39 (n = 464) niedriger als in der Interventionsmessung mit 1,54 (n = 1.079). In der Erhebung des Schmerzes unter Belastung wurde in 203 Fällen angegeben, dass der Schmerztest nicht durchgeführt werden konnte, wonach 1.539 Fälle in die Auswertung eingehen können. Auch unter Belastung zeigte sich in der Interventionsmessung mit 2,49 (n = 1.077) im Vergleich zur Nullwertmessung mit 2,25 (n = 462) eine höhere Schmerzintensität.

In der Erfassung des Schmerzes in Ruhe wurden von den insgesamt 1.543 Fällen 464 der Nullwertmessung und 1.079 der Interventionsmessung zugeordnet (Tabelle 46). Das mittlere Alter lag bei den 62,2 % (n = 959) Patientinnen und 37,7 % (n = 582) Patienten bei 67,9 Jahren (n = 1.543). Die mittlere Operationsdauer lag bei 74,7 Minuten (n = 1.543). Es handelte sich mit 80,2 % (n = 1.237) um hüftendoprothetische Eingriffe. Die mittlere präoperative Schmerzerfahrung gemäß HOOS oder KOOS lag in der Nullwertmessung mit 38,0 (n = 464) etwas niedriger als in der Interventionsmessung mit 41,2 (n = 1.079), was einer mittleren Einschränkung entspricht. Hierbei finden sich vermehrt Fälle mit fehlenden Werten, die einen Anteil von insgesamt 2,7 % (n = 42) einnehmen.

[22] Zu Erläuterungen zu HOOS und KOOS siehe Abschnitt HOOS/KOOS weiter unten.

veröffentlicht

Tabelle 46: Schmerz in Ruhe (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 1.543		**Nullwertmessung N = 464**		**Interventionsmessung N = 1.079**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	1.543	67,9 (11,2)	464	67,0 (10,8)	1.079	68,3 (11,4)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	582	37,7	182	39,2	400	37,1
weiblich	959	62,2	282	60,8	677	62,7
fehlende Werte	2		0		2	
Versorgungsbereich						
Hüfte	1.237	80,2	363	78,2	874	81,0
Knie	306	19,8	101	21,8	205	19,0
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
HOOS/KOOS (präoperativer mittlerer Wert)						
Schmerzen	1.501	40,3 (20,0)	454	38,0 (18,3)	1.047	41,2 (20,6)
fehlende Werte	42		10		32	
Operationsdauer	1.543	74,7 (65,8)	464	71,4 (24,4)	1.079	76,2 (77,0)
Schmerz in Ruhe	1.543	1,50 (1,24)	464	1,39 (1,22)	1.079	1,54 (1,24)

vertraulich

Messwerte zum Schmerz unter Belastung liegen für 1.539 Fälle vor – 462 in der Nullwertmessung und 1.077 in der Interventionsmessung (Tabelle 47). Bei den 62,1 % (n = 956) Patientinnen und 37,8 % (n = 581) Patienten lag das mittlere Alter bei 67,9 Jahren (n = 1.539). Analog zur Erfassung des Schmerzes in Ruhe überwog der Anteil hüftendoprothetischer Eingriffe (80,2 %, n = 1234), die Eingriffsdauer betrug 74,7 Minuten (n = 1.539). Der Wert der mittleren präoperativen Schmerzerfahrung lag in der Nullwertmessung (38,0, n = 462) niedriger als in der Interventionsmessung (41,2, n = 1.077).

Tabelle 47: Schmerz unter Belastung (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 1.539		**Nullwertmessung N = 462**		**Interventionsmessung N = 1.077**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	1.539	67,9 (11,2)	462	67,1 (10,8)	1.077	68,3 (11,4)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	581	37,8	181	39,2	400	37,1
weiblich	956	62,1	281	60,8	675	62,7
fehlende Werte	2		0		2	
Versorgungsbereich						
Hüfte	1.234	80,2	361	78,1	873	81,1
Knie	305	19,8	101	21,9	204	18,9
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
HOOS/KOOS (präoperativer mittlerer Wert)						
Schmerzen	1.497	40,2 (19,9)	452	38,0 (18,3)	1.045	41,2 (20,5)
fehlende Werte	42		10		32	
Operationsdauer	1.539	74,7 (65,9)	462	71,5 (24,4)	1.077	76,1 (77,1)
Schmerz unter Belastung	1.539	12,42 (1,44)	462	2,25 (1,36)	1.077	2,49 (1,47)

vertraulich

Nach Standardisierung und Adjustierung zeigt sich eine Assoziation zwischen der präoperativen Schmerzerfahrung (HOOS/KOOS) und einer höheren postoperativen Schmerzintensität in Ruhe und unter Belastung (jeweils $p < 0.001$). Bei Patientinnen zeigt sich in Ruhe (0,26 Punkte; $p < 0.001$) und unter Belastung (0,22 Punkte; $p = 0.002$) eine als höher wahrgenommene Schmerzintensität als bei Patienten. Gelenktyp und Dauer des operativen Eingriffs sowie das Alter der Patientinnen und Patienten zeigen hingegen keine signifikanten Assoziationen in diesem Zusammenhang (Anhang F).

Die mittlere Schmerzintensität in Ruhe von 1,45 in der Nullwertmessung und 1,55 in der Interventionsmessung mit einem Unterschied von 0,1 Punkten auf der NRS ist zwischen den Messzeiträumen statistisch nicht signifikant (95%-KI: -0,052 - 0,240; p = 0,206). Gleiches zeigt sich in der Betrachtung der Schmerzintensität unter Belastung (0,05 Punkte; 95%-KI: -0,124 - 0,228; p = 0,563) (Tabelle 48 und Tabelle 49).

Tabelle 48: Schmerz in Ruhe (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Schmerz in Ruhe	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzter Mittelwert (NWM)	1,456	< 0,001	1,327	1,585
geschätzter Mittelwert (INT)	1,550	< 0,001	1,482	1,618
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	0,094	0,206	-0,052	0,240

Tabelle 49: Schmerz unter Belastung (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Schmerz unter Belastung	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzter Mittelwert (NWM)	2,441	< 0,001	2,285	2,597
geschätzter Mittelwert (INT)	2,493	< 0,001	2,411	2,575
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	0,052	0,563	-0,124	0,228

Vertraulich

HOOS/KOOS

Die Evaluationskennziffer beruht auf der Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten (siehe hierzu Abschnitt 2.5.2: Endoprothetische Gelenkversorgung) . Für die vorliegende Auswertung wurde die Differenz zwischen dem postoperativen Wert als Minuend und dem präoperativen Wert als Subtrahend berechnet, also der präoperative Wert vom postoperativen abgezogen. Positive Werte weisen somit auf eine (mittlere) Verbesserung, negative Werte auf eine (mittlere) Verschlechterung der Situation nach einem Jahr in der jeweiligen Dimension hin.

Gemäß der in der Literatur identifizierten Einflussfaktoren (Abschnitt 2.5.2, Endoprothetische Gelenkversorgung, Risikoadjustierung, Tabelle 3) werden im statistischen Modell die Kovariablen Alter und Geschlecht zur Risikoadjustierung berücksichtigt.

Durch den Ausschluss von Qualitätsverträgen mit lediglich Fällen im Zeitraum der Nullwertmessung (Abschnitt 2.5.2, Tabelle 1) standen 1.826 Datensätze zur Verfügung. Die Anzahl an auswertbaren Datensätzen reduzierte sich durch den weiteren Ausschluss eines Vertrags aufgrund fehlender Fälle in einem Messzeitraum (n = 84) sowie eines Vertrags mit unplausiblen Messwerten (n = 313). Somit blieben insgesamt 1.429 Fälle für eine Auswertung.

Von den 1.429 Fällen beziehen sich 1.045 Fälle auf einen hüftendoprothetischen Eingriff. Hierbei reduzieren fehlende Werte in den Dimensionen des HOOS die Anzahl an verfügbaren Datensätzen

auf insgesamt 401 (38,4 % aller hüftendoprothetischen Fälle), die mindestens eine gültige Angabe in einer Dimension aufweisen – 169 in der Nullwertmessung und 232 in der Interventionsmessung.

Das mittlere Alter der 64,6 % (n = 259) Patientinnen und 35,4 % (n = 142) Patienten lag bei 68,7Jahren (n = 401) (Tabelle 50).

In der Nullwertmessung erreichten die Patientinnen und Patienten in der Dimension Symptome mit 43,1 (n = 169) einen höheren Wert als in der Interventionsmessung (40,7, n = 228). In allen anderen Dimensionen konnte eine Steigerung des Mittelwerts in der Interventionsmessung beobachtet werden, wobei bei den Werten der Dimension Schmerzen (n = 400) mit 4,8 Punkten und Alltag (n = 397) mit 5,4 Punkten der höchste Anstieg zu verzeichnen ist. Die HOOS-Werte zu Sport (n = 390) und zu Lebensqualität (n = 395) zeigen hingegen eine Steigerung um 2,3 und 3,2 Punkte.

Tabelle 50: HOOS (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 401		**Nullwertmessung N = 169**		**Interventionsmessung N = 232**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M(SD)**	**n**	**M(SD)**
Alter bei Aufnahme	401	68,7 (10,1)	169	68,2 (10,1)	232	69,0 (10,1)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	142	35,4	64	37,9	78	33,6
weiblich	259	64,6	105	62,1	154	66,4
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
HOOS (mittlere Differenz von postoperativem zu präoperativem Scorewert)						
Symptome	397	41,7 (20,2)	169	43,1 (18,9)	228	40,7 (21,1)
Schmerzen	400	46,5 (22,3)	169	43,7 (21,8)	231	48,5 (22,5)
Alltag	397	44,2 (21,4)	168	41,1 (20,1)	229	46,5 (22,1)
Sport	390	44,6 (27,9)	169	43,3 (28,8)	221	45,6 (27,2)
Lebensqualität	395	51,7 (27,5)	169	49,9 (27,6)	226	53,1 (27,4)

Die geschätzten Scorewerte nach Standardisierung und Risikoadjustierung in der Dimension Symptome zeigten einen signifikanten (p = 0.048) altersbedingten Abfall der Differenz zwischen präoperativer Erhebung und Erhebung 1 Jahr nach dem Eingriff. Das heißt, dass Patientinnen und Patienten ab ungefähr 60 Jahren eine geringere mittlere Differenz in der Dimension erreichen als jüngere Patientinnen und Patienten. In der Betrachtung der Lebensqualität zeigt sich, dass Patientinnen mit einem um 8,8 Punkte höher geschätzten Mittelwert der Lebensqualität zwischen den Zeitpunkten assoziiert sind als Patienten (p = 0.002) (Anhang F).

vertraulich

Mit Blick auf die geschätzten mittleren Differenzen zwischen Nullwertmessung und Interventionsmessung zeigen sich in den Dimensionen Symptome, Schmerzen, Alltag und Sport leicht positive geschätzte Mittelwerte. In der Dimension Lebensqualität zeigt sich hingegen ein leicht negativer geschätzter Mittelwert. Keine dieser Veränderungen ist statistisch signifikant (Tabelle 51).

Tabelle 51: HOOS (Regression), Quelle: Dokumentation

HOOS	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
Symptome				
geschätzter Mittelwert (NWM)	39,972	< 0,001	35,749	44,195
geschätzter Mittelwert (INT)	40,662	< 0,001	38,113	43,212
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	0,691	0,784	-4,242	5,624
Schmerzen				
geschätzter Mittelwert (NWM)	45,429	< 0,001	40,706	50,151
geschätzter Mittelwert (INT)	48,498	< 0,001	45,675	51,320
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	3,069	0,274	-2,433	8,571
Alltag				
geschätzter Mittelwert (NWM)	45,023	< 0,001	40,509	49,536
geschätzter Mittelwert (INT)	46,459	< 0,001	43,749	49,168
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	1,436	0,593	-3,829	6,701
Sport				
geschätzter Mittelwert (NWM)	41,434	< 0,001	35,625	47,244
geschätzter Mittelwert (INT)	45,588	< 0,001	41,974	49,202
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	4,154	0,234	-2,688	10,996
Lebensqualität				
geschätzter Mittelwert (NWM)	54,220	< 0,001	48,435	60,006
geschätzter Mittelwert (INT)	53,119	< 0,001	49,639	56,600
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	-1,101	0,749	-7,852	5,651

Vertraulich

Abbildung 45 gibt einen grafischen Überblick zur absoluten Differenz der geschätzten Mittelwerte in den einzelnen Dimensionen des HOOS zwischen Interventions- und Nullwertmessung.

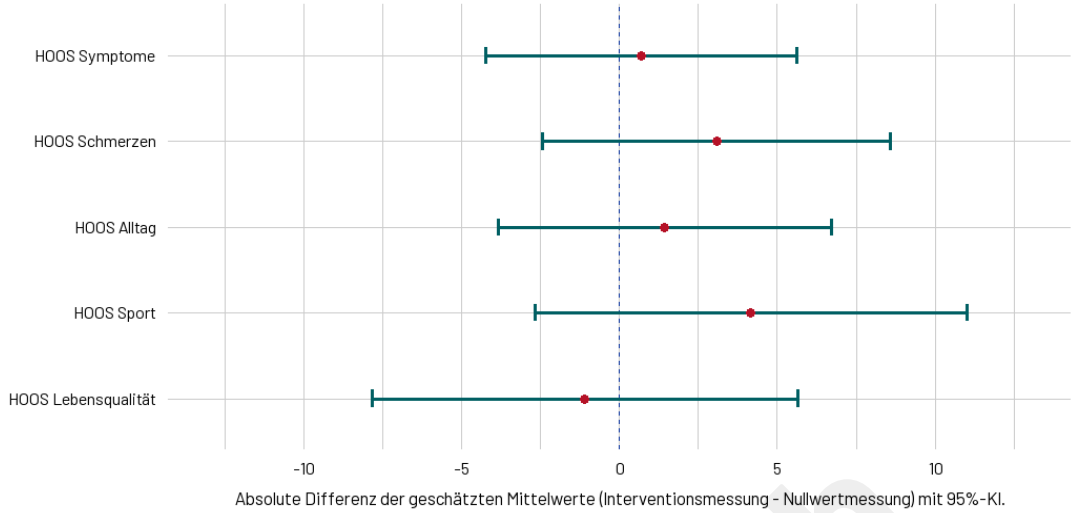


Abbildung 45: Übersicht Ergebnisse HOOS, Quelle: Dokumentation

Von den 1.429 verfügbaren Fällen beziehen sich 384 auf einen knieendoprothetischen Eingriff. Hierbei reduzieren fehlende Werte in den Dimensionen des KOOS die Anzahl an verfügbaren Datensätzen auf insgesamt 291 Fälle (75,8 % aller knieendoprothetischen Fälle), in denen mindestens eine Dimension eine gültige Erfassung aufweist – 102 in der Nullwertmessung und 189 in der Interventionsmessung.

Das mittlere Alter der 71,5 % (n = 208) Patientinnen und 28,5 % (n = 83) Patienten lag bei 69,7 Jahren (n = 291) (Tabelle 52).

In der Nullwertmessung erreichten die Patientinnen und Patienten in der Dimension Symptome mit 32,6 (n = 102) einen höheren Wert als in der Interventionsmessung (28,9, n = 180). In allen anderen Dimensionen kann eine Steigerung des Mittelwerts in der Interventionsmessung beobachtet werden, wobei bei den Werten zu Schmerzen (n = 285) mit 4,7 Punkten und zu Sport (n = 254) mit 5,3 Punkten der höchste Anstieg zu verzeichnen ist. Mit einem Unterschied von 0,3 Punkten blieb die Verbesserung des Werts der Dimension Alltag (n = 286) nahezu unverändert. Der KOOS-Wert zur Lebensqualität (n = 285) erhöhte sich um 1,7 Punkte.

Tabelle 52: KOOS (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 291		**Nullwertmessung N = 102**		**Interventionsmessung N = 189**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M(SD)**	**n**	**M(SD)**
Alter bei Aufnahme	291	69,7 (9,4)	102	67,2 (9,49)	189	71,1 (9,616)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**

vertraulich

	Gesamt N = 291		Nullwertmessung N = 102		Interventionsmessung N = 189	
Geschlecht						
männlich	83	28,5	33	32,4	50	26,5
weiblich	208	71,5	69	67,6	139	73,5
	n	**M (SD)**	**n**	**M(SD)**	**n**	**M(SD)**
KOOS (Differenz von postoperativem und präoperativem Scorewert)						
Symptome	282	30,3 (24,3)	102	32,6 (25,4)	180	28,9 (23,7)
Schmerzen	285	37,9 (25,3)	101	34,9 (25,6)	184	39,6 (25,1)
Alltag	286	32,1 (24,1)	101	31,9 (22,6)	185	32,2 (24,9)
Sport	254	34,6 (28,9)	89	31,2 (27,0)	165	36,5 (29,8)
Lebensqualität	285	39,1 (27,0)	101	38,0 (26,7)	184	39,7 (27,2)

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zeigen zur Lebensqualität, dass Patientinnen mit einer um 7,5 Punkte geringeren geschätzten mittleren Differenz der Lebensqualität assoziiert sind als Patienten (p = 0,040) (Anhang F).

Mit Blick auf die mittleren Differenzen zwischen Nullwertmessung und Interventionsmessung zeigen sich in den Dimensionen Schmerzen und Sport leicht positive geschätzte Mittelwerte. In den Dimensionen Symptome, Alltag und Lebensqualität finden sich hingegen zum Teil ausgeprägte negative geschätzte Mittelwerte. Keine dieser Veränderungen ist statistisch signifikant (Tabelle 53).

Tabelle 53: KOOS (Regression), Quelle: Dokumentation

KOOS	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
Symptome				
geschätzter Mittelwert (NWM)	34,086	< 0,001	28,058	40,113
geschätzter Mittelwert (INT)	28,944	< 0,001	25,452	32,437
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	-5,141	0,148	-12,107	1,825
Schmerzen				
geschätzter Mittelwert (NWM)	38,604	< 0,001	32,428	44,780
geschätzter Mittelwert (INT)	39,576	< 0,001	36,038	43,114
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	0,972	0,789	-6,145	8,090

vertraulich

KOOS	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
Alltag				
geschätzter Mittelwert (NWM)	35,178	< 0,001	29,133	41,222
geschätzter Mittelwert (INT)	32,168	< 0,001	28,757	35,579
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	-3,010	0,395	-9,951	3,930
Sport				
geschätzter Mittelwert (NWM)	32,431	< 0,001	24,908	39,954
geschätzter Mittelwert (INT)	36,479	< 0,001	32,250	40,708
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	4,048	0,358	-4,583	12,678
Lebensqualität				
geschätzter Mittelwert (NWM)	40,355	< 0,001	33,624	47,085
geschätzter Mittelwert (INT)	39,696	< 0,001	35,868	43,524
absolute Differenz der geschätzten Mittelwerte (INT-NWM)	-0,659	0,868	-8,402	7,084

Abbildung 46 gibt einen grafischen Überblick zur absoluten Differenz der geschätzten Mittelwerte in den einzelnen Dimensionen des HOOS zwischen Interventions- und Nullwertmessung.

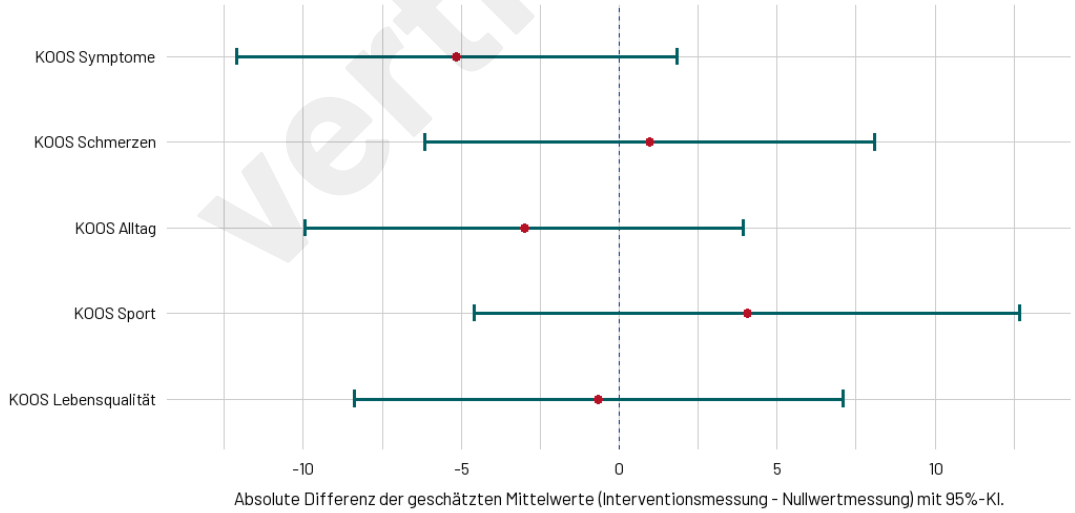


Abbildung 46: Übersicht Ergebnisse KOOS, Quelle: Dokumentation

vertraulich

Revision

Die Kennziffer gibt Auskunft über den postoperativen Status, indem der Anteil an Behandlungsfällen, bei denen keine Revision innerhalb von 24 Monaten anhand entsprechender OPS dokumentiert wurde, ermittelt wird. Hierbei kann der Eingriff im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Primärimplantation, aber auch bereits eine Revision darstellen.

Gemäß der in der Literatur identifizierten Einflussfaktoren (Abschnitt 2.5.2, Endoprothetische Gelenkversorgung, Risikoadjustierung, Tabelle 3) werden im statistischen Modell die Kovariablen Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten sowie die Dauer des Eingriffs und der Gelenktyp (Hüfte, Knie) herangezogen.

Insgesamt liegen von 1.826 Fällen für 1.266 (69.3 %) entsprechende Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vor. Insgesamt drei Verträge haben auf dieser Ebene entweder keine Fälle in der Nullwert- oder Interventionsmessung und werden von der Analyse ausgeschlossen. Es verbleiben 1.191 Fälle. Nach Prüfungen der Verwertbarkeit der Angaben aus den Sozialdaten können 884 Fälle (48,4 %) in der Auswertung berücksichtigt werden – 172 aus der Nullwertmessung und 712 aus der Interventionsmessung (Tabelle 54).

Von den 61,8 % (n = 546) Patientinnen und 38,2 % (n = 338) Patienten lag das mittlere Alter bei 68,5 Jahren (n = 884). Es handelt sich überwiegend um hüftendoprothetische Eingriffe (89,8 %, n = 794). Die Dauer der Operation lag im Mittel bei 77,1 Minuten (n = 884). Insgesamt sank der Anteil an Fällen mit einer Revision innerhalb von 24 Monaten nach Eingriff von 14,0 % (n = 24) in der Nullwertmessung auf 7,4 % (n = 53) in der Interventionsmessung.

Tabelle 54: Revision (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 884		**Nullwertmessung N = 172**		**Interventionsmessung N = 712**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	884	68,5 (11,2)	172	67,8 (11,6)	712	68,7 (11,1)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	338	38,2	63	36,6	275	38,6
weiblich	546	61,8	109	63,4	437	61,4
	n	**M (SD)**	**n**	**M(SD)**	**n**	**M(SD)**
Dauer des Eingriffs	884	77,1 (56,1)	172	79,3 (32,3)	712	76,6 (60,5)

vertraulich

	Gesamt N = 884		Nullwertmessung N = 172		Interventionsmessung N = 712	
	n	%	n	%	n	%
Versorgungsbereich						
Hüfte	**794**	**89,8**	**151**	**87,8**	**643**	**90,3**
Knie	**90**	**10,2**	**21**	**12,2**	**69**	**9,7**
	n	%	n	%	n	%
Revision (innerhalb von 24 Monaten nach Eingriff)						
keine Revision	807	91,3	148	86,0	659	92,6
Revision	77	8,7	24	14,0	53	7,4

In der Regressionsanalyse zeigen sich keine signifikanten Einflüsse der eingeschlossenen Kovariablen (Anhang F). Die geschätzte Wahrscheinlichkeit einer Revision sinkt in der Interventionsmessung um 7,2 Prozentpunkte (95%-KI: -0.130 - -0.015; p = 0,014). Das Risiko einer Revision nach der Einführung von Qualitätsverträgen reduziert sich demnach um 49,3 %.

Tabelle 55: Revision (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Revision	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,147	< 0,001	0,093	0,201
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,074	< 0,001	0,056	0,093
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	-0,072	0,014	-0,130	-0,015
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	0,507	0,003	0,324	0,793

vertraulich

Prävention des postoperativen Delirs

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs wird die Ergebnisqualität anhand von zwei Kennziffern abgebildet. Für die Kennziffer Postoperative Delirrate wird zunächst die untersuchte Population dargestellt, anschließend werden die Ergebnisse der Regressionsanalyse berichtet, die gemäß dem in Abschnitt 2.5.2 beschriebenen Vorgehen durchgeführt wurde. Bei der Kennziffer Pflegegrad werden die Ergebnisse ausschließlich deskriptiv betrachtet.

Postoperative Delirrate

Die Kennziffer stellt den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein postoperatives Delir dar, bei denen auf Grundlage eines Delirscreenings ein postoperatives Delir festgestellt wurde.

Um die in der Literatur benannten Einflussfaktoren für ein postoperatives Delir zu berücksichtigen (Abschnitt 2.5.2, Prävention des postoperativen Delirs, Risikoadjustierung, Tabelle 4), wurden das Alter und das Geschlecht der Patientinnen und Patienten, eine vorliegende Demenz und falls ermittelt, eine Gebrechlichkeit sowie kognitive Einschränkungen im Modell berücksichtigt.

Die Kennziffer schließt nach ihrer Definition zunächst 4.171 Fälle ab 65 Jahren und mit einem erhöhten Risiko für ein postoperatives Delir ein – für die Nullwertmessung 590 (14,1 %) und die Interventionsmessung 3.581 Fälle (85,9 %). Hiervon haben postoperativ 4.081 ein Delirscreening erhalten – in der Nullwertmessung 529 (13,1 %) und in der Interventionsmessung 3.519 (86,9 %). Nach Ausschluss von drei Verträgen, die auf dieser Ebene lediglich Fälle (n = 42) in ihrer Interventionsmessung aufweisen, liegen insgesamt 4.039 Fälle für eine Auswertung vor.

Das mittlere Alter betrug 78,2 Jahre (n = 4.039); 51,2 % (n = 2.066) der Patientinnen und Patienten waren weiblich und 48,8 % (n = 1.973) männlich. Die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten weisen mit 84,2 % (n = 3.401) einen hohen Anteil an Personen mit Gebrechlichkeit auf. Zudem liegt bei jeder zweiten Person eine kognitive Einschränkung vor (53,6 %, n = 2.164). Vereinzelt lag eine Demenz vor (2,0 %, n = 79) (Tabelle 56).

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein postoperatives Delir aufweisen, liegt in der Nullwertmessung mit 12,5 % (n = 67) etwas höher als in der Interventionsmessung (10,9 %, n = 382).

Tabelle 56: Postoperatives Delir (untersuchte Population), Quelle: Dokumentation

	Gesamt N = 4.039		**Nullwertmessung N = 537**		**Interventionsmessung N = 3.502**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Alter bei Aufnahme	4.039	78,2 (5,86)	537	78,8 (6,08)	3.502	78,2 (5,82)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	1.973	48,8	246	45,8	1.727	49,3
weiblich	2.066	51,2	291	54,2	1.775	50,7
Demenz						
liegt vor	79	2,0	8	1,5	71	2,0
liegt nicht vor	3.960	98,0	529	98,5	3.431	98,0
Kognitive Einschränkung						
liegt vor	2.164	53,6	260	48,4	1.904	54,4
liegt nicht vor	1.676	41,5	267	49,7	1.409	40,2
keine Angabe	199	4,9	10	1,9	189	5,4

vertraulich

	Gesamt N = 4.039		Nullwertmessung N = 537		Interventionsmessung N = 3.502	
Gebrechlichkeit (*frailty*)						
liegt vor	3.401	84,2	483	89,9	2.918	83,3
liegt nicht vor	630	15,6	54	10,1	576	16,4
keine Angabe	8	0,2	0	0	8	0,2

Nach Standardisierung und Risikoadjustierung lässt sich beobachten, dass Patientinnen und Patienten ohne Demenz ($p < 0.001$) und ohne kognitive Einschränkungen ($p < 0.001$) ein signifikant geringeres Risiko für ein postoperatives Delir aufweisen. Wurde in der Risikoeinschätzung keine Gebrechlichkeit festgestellt, reduziert sich das Risiko ebenfalls ($p < 0.001$). Hingegen bleibt mit ansteigendem Alter das Risiko eines postoperativen Delirs in der untersuchten Gruppe zunächst konstant und steigt dann in höheren Lebensjahren ($p = 0{,}053$) (Anhang F).

Darüber hinaus zeigt sich eine höhere geschätzte Wahrscheinlichkeit eines postoperativen Delirs von 11,6 % in der Nullwertmessung im Vergleich zu 10,9 % in der Interventionsmessung. Somit sank die geschätzte Wahrscheinlichkeit um 0,7 Prozentpunkte, was sich als nicht signifikant darstellt (95%-KI: -0.035 - 0.022, $p < 0{,}637$) (Tabelle 57).

Tabelle 57: Postoperatives Delir (Regressionsanalyse), Quelle: Dokumentation

Postoperatives Delir	Wert	p-Wert	95%-KI untere Grenze	95%-KI obere Grenze
geschätzte Wahrscheinlichkeit (NWM)	0,116	< 0,001	0,089	0,143
geschätzte Wahrscheinlichkeit (INT)	0,109	< 0,001	0,099	0,119
absolute Differenz der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT-NWM)	-0,007	0,637	-0,035	0,022
Verhältnis der geschätzten Wahrscheinlichkeiten (INT/NWM)	0,941	0,630	0,734	1,206

Institutionalisierung (Pflegegrad)

Die Erfassung der Pflegegrade der Patientinnen und Patienten drei Monate vor und nach dem stationären Aufenthalt steht für die Summe kognitiver und funktionaler Einschränkungen und bildet den Institutionalisierungsgrad der Patientinnen und Patienten ab.

Der Pflegegrad wird als versorgungsrelevantes Ergebnismaß ausschließlich deskriptiv ausgewertet. Er spiegelt kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen sowie den Unterstützungsbedarf wider, ist jedoch multifaktoriell determiniert (u. a. durch Gebrechlichkeit, chronische Erkrankungen und Multimorbidität). Delir und eine spätere Pflegegraderhöhung können durch gemeinsame Ursachen (z. B. Alter, Morbidität, kognitive Einschränkungen, Gebrechlichkeit, präoperativer

Vertraulich

funktioneller Status sowie Art und Schwere des Eingriffs) beeinflusst sein; damit besteht ein substanzielles Confounding-Risiko. Da relevante Kovariaten und der Ausgangszustand in den verfügbaren Daten nicht hinreichend erfasst sind und der Pflegegrad zudem von Dokumentations- und Begutachtungsprozessen im Kontext der Pflegeversicherung abhängen kann, wird auf inferenzstatistische Modelle zur Effektabschätzung verzichtet. Entsprechend werden die Ergebnisse rein beschreibend berichtet und nicht kausal interpretiert.

In der Auswertung der Kennziffer wurden 7.598 Fälle mit Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren berücksichtigt, die kein präoperatives Delir aufweisen. Davon waren 52,8 % (n = 3.967) Patientinnen und 47,2 % Patienten (n = 3.553). Bei 78 Personen liegt keine Angabe zum Geschlecht vor. Das mittlere Alter lag bei 78,0 Jahren (n = 7.598) (Tabelle 58).

Tabelle 58: Pflegegrad, Quelle: Dokumentation

	Gesamt (N = 7.598)		**Nullwertmessung (N = 766)**		**Interventionsmessung (N = 6.832)**	
	n	**M (SD)**	**n**	**M(SD)**	**n**	**M(SD)**
Alter bei Aufnahme	7.598	78,0 (5,81)	766	78,0 (6,18)	6.832	78,0 (5,77)
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Geschlecht						
männlich	3.553	47,2	358	47,5	3.195	47,2
weiblich	3.967	52,8	396	53,5	3.571	52,8
fehlende Werte	78		12		66	
Pflegegrad						
gesunken	70	1,0	12	1,9	58	0,9
unverändert	5.776	85,3	506	80,2	5.270	85,8
gestiegen	928	13,7	113	17,9	815	13,3
fehlende Werte	824		135		689	

Von den 7.598 Fällen lassen sich 766 der Nullwertmessung und 6.832 Fälle der Interventionsmessung zuordnen (Tabelle 58). Der Anteil an fehlenden Angaben lag in der Interventionsmessung mit 10,1 % (n = 689) deutlich unter dem der Nullwertmessung mit 17,6 % (n = 135).

Insgesamt blieb der Pflegegrad bei der Mehrheit der Fälle unverändert. Hierbei lag der Anteil in der Interventionsmessung höher als in der Nullwertmessung (Tabelle 58). In nur wenigen Fällen ist eine Verringerung des Anteils zu beobachten. Ein Anstieg des Pflegegrads wurde in der Nullwertmessung häufiger beobachtet als in der Interventionsmessung.

vertraulich

Nutzen

Die befragten Krankenhäuser und Krankenkassen wurden gebeten, eine Nutzenbewertung abzugeben. Diese bezog sich zum einen auf den Gesamtnutzen des Qualitätsvertrags im Verhältnis zu den entstandenen Kosten und Aufwänden (Abbildung 47). Zum anderen bezog sie sich auf die Beurteilung des Instruments der Qualitätsverträge (Abbildung 48).

Bei der Kosten-Nutzen-Betrachtung ist unter Nutzen beispielsweise eine qualitativ höhere Versorgung zu verstehen. Etwas weniger als die Hälfte aller Befragten (48,0 %, n = 23) bewerten den Nutzen der Qualitätsverträge positiv bis sehr positiv. Fast 30 % (29,2 %, n = 14) zogen bei dem Kosten-Nutzen-Vergleich ein neutrales, die verbliebenen 22,9 % (n = 11) der Befragten ein negatives Resümee.

Betrachtet man die Ergebnisse getrennt nach Vertragspartnern, so zeigen sich deutliche Unterschiede. Das Ergebnis der Kosten–Nutzen–Betrachtung fiel bei den Krankenkassen deutlich positiver aus als bei den Krankenhäuern. 78,9 % (n = 15) der befragten Krankenkassen bewerten den Nutzen als positiv bis sehr positiv. Bei den befragten Krankenhäusern gab etwas über ein Viertel (27,6, n = 8) eine gleiche Einschätzung ab. Die meisten Krankenhäuser stuften den Nutzen im Vergleich zu den entstandenen Kosten und Aufwänden als weder positiv noch negativ ein (44,8 %, n = 13).

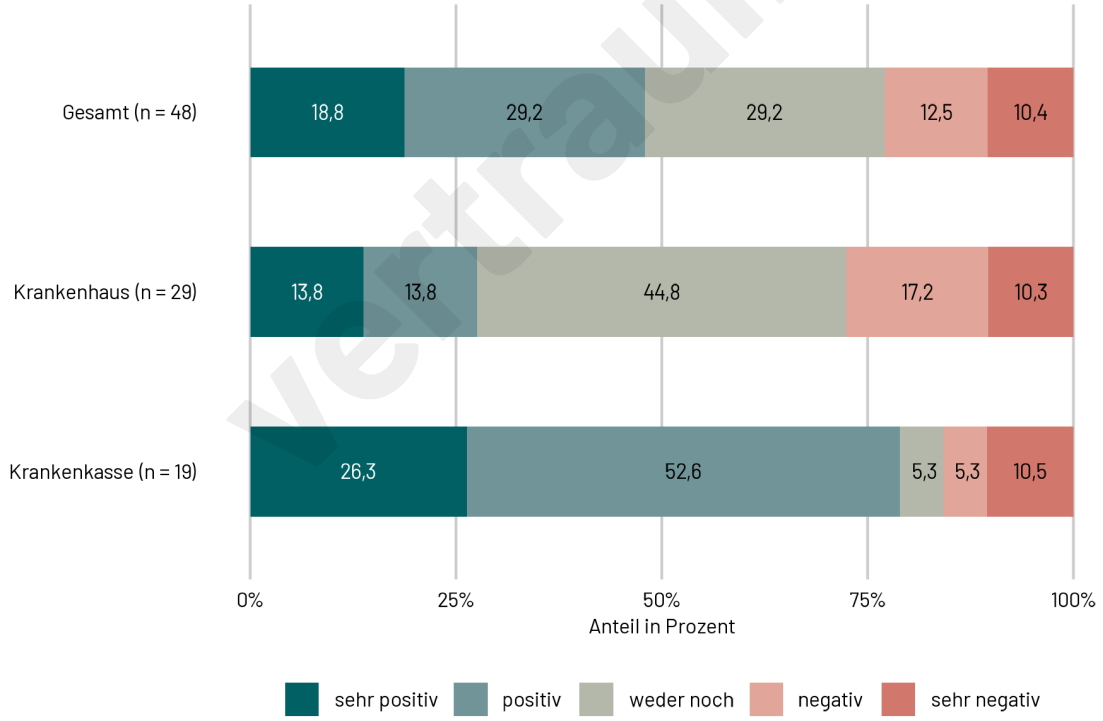


Abbildung 47: Beurteilung des Nutzens im Verhältnis zu den entstandenen Kosten und Aufwänden, Quelle: stand. Befragung

vertraulich

Bezüglich des Instruments der Qualitätsverträge wurde von den Befragten eine Einschätzung vorgenommen, inwieweit Qualitätsverträge zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten führen konnten. Bei der Gesamtbewertung beurteilten 58,3 % (n = 28) der Befragten die Wirkung des Instruments positiv bis sehr positiv. Ungefähr 10 % der Befragten äußerten sich negativ bis sehr negativ.

Krankenkassenseitig fiel die Bewertung des Nutzens des Instruments im Vergleich zu den Krankenhäusern positiver aus. Von 73,7 % (n = 14) der Befragten wurden die Auswirkungen des Instruments der Qualitätsverträge als positiv bis sehr positiv bewertet. Bei den Krankenhäusern wurde diese Wahrnehmung von 48,3 % (n = 14) der Befragten geteilt. In dieser Gruppe wurde eine weder positive noch negative Beurteilung am häufigsten abgegeben (37,9 %, n = 11). Diese wird zu einem hohen Prozentsatz durch den Leistungsbereich Respiratorentwöhnung gestützt. In diesem Leistungsbereich wurde von etwas über der Hälfte der Befragten eine weder positive noch negative Beurteilung (weder noch: 56,3 %, n = 9) abgegeben.

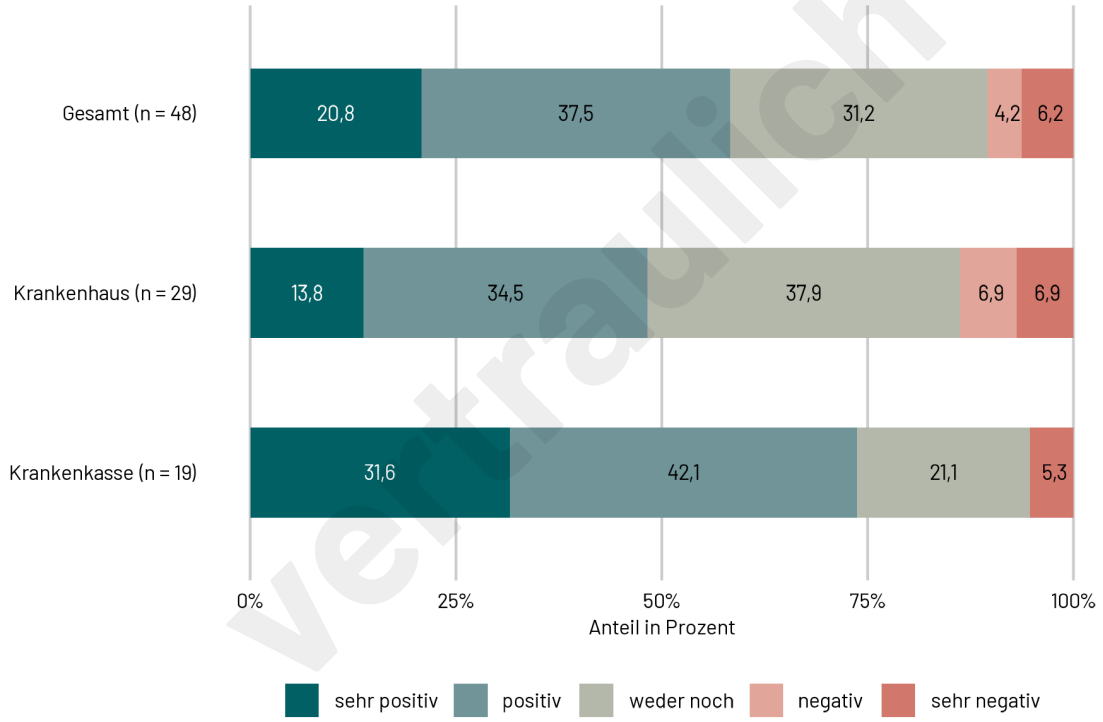


Abbildung 48: Beurteilung des Instruments Qualitätsverträge, Quelle: stand. Befragung

Von zwei befragten Krankenhäusern wurde in den Anmerkungen der standardisierten Befragung darauf hingewiesen, dass durch bereits vorhandene hohe Standards der Versorgung durch Zertifizierung bzw. Verortung als Zentrum der Maximalversorgung in den entsprechenden Häusern Prozesse kaum verändert werden mussten. Dies führte zu geringen bis keinen Veränderungen der Versorgung durch die Qualitätsverträge.

vertraulich

Veröffentlichungen

In welchem Umfang werden Qualitätsergebnisse von und Informationen zu Qualitätsverträgen durch die Vertragspartner veröffentlicht?

39 von 43 Qualitätsverträgen (90,7 %) haben im Projektplan angegeben, dass Qualitätsergebnisse veröffentlicht werden sollen. In den jährlichen Zwischenberichten wurde abgefragt, welche Informationen in welchen Medien im Berichtsjahr veröffentlicht wurden und ob die Ergebnisse gemeinsam oder nur durch einen Vertragspartner veröffentlicht wurden. In den Zwischenberichten des Berichtsjahres 2018 bis einschließlich des Berichtsjahres 2024 wurden von sechs Qualitätsverträgen (13,94 %) insgesamt 37 Veröffentlichungen genannt. Die Anzahl der Veröffentlichungen je Qualitätsvertrag reicht von 1 bis maximal 14 Veröffentlichungen. Von den insgesamt 37 Veröffentlichungen wurden 12 Veröffentlichungen für zwei Qualitätsverträge aufgeführt, d. h. es gab insgesamt 25 unterschiedliche Veröffentlichungen. Bei diesen 25 Veröffentlichungen handelt es sich um sieben 7 wissenschaftliche Publikationen, 4 Artikel in Fachzeitschriften, 4 Posterpräsentationen, 2 Presseartikel, 2 Pressemitteilungen, 2 Videos, einen Rundfunkbeitrag, einen Vortrag, eine Veröffentlichung auf einer Internetseite und eine Präsentation.

C.2 Welche mittelbaren nicht intendierten Effekte sind zu beobachten?

Mittelbare nicht intendierte Effekte wurden weder in der standardisierten Befragung noch in den vertiefenden Interviews direkt adressiert. Es gab jedoch in den vertiefenden Interviews entsprechende Aussagen hierzu:

Die befragten Krankenhäuser und Krankenkassen äußerten sich zu Faktoren, die zur Umsetzung der Verträge motovierten (n = 5). Hier wurden genannt: die Veröffentlichung von Ergebnissen zu den Verträgen in Fach- und Presseartikeln, das Halten öffentlicher Vorträge (insbesondere auf Nachfrage), die Veröffentlichung der entwickelten Ansätze im Sinne von Best Practice und die Anfragen anderer Krankenhäuser nach Hospitationen, um Einblick in die Versorgungsansätze des Qualitätsvertrags zu erhalten. Dies kann beispielhaft für einen Vertrag skizziert werden, bei dem sich innerhalb des regulären Pflegepersonals Interesse und „Mitverantwortung" an der neuen Versorgungsform zeigte. Auf Führungsebene wurde zudem die Möglichkeit gesehen, dass durch neue Personalstrukturen den Beschäftigten eine Chance auf berufliche Weiterentwicklung gegeben wird. Das Versorgungskonzept weckte darüber hinaus bei nationalen und internationalen Stakeholdern Interesse, was sich bspw. in Einladungen zu Fachtagungen äußerte.

Darüber hinaus berichteten die befragten Krankenhäuser, die durch ihre Qualitätsverträge Veränderungen an ihrer Personalstruktur vorgenommen haben, über mittelbare Veränderungen in verschiedenen Bereichen:

Es ist zu einer Steigerung der interdisziplinären Kommunikation und des fachlichen Austauschs innerhalb des Krankenhauses gekommen. Den neuen Personalstrukturen wurde eine hohe Akzeptanz durch das pflegerische, therapeutische und medizinische Personal entgegengebracht, was teilweise auch zu Anfragen (Konsilen) aus Bereichen außerhalb des Versorgungsbereichs des Vertrags führte. Außerdem hat das positive interne und externe Feedback von medizinischem und pflegerischem Personal bei den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sowie

vertraulich

der Fachwelt nach Vorträgen zu einer Motivationssteigerung in den Teams geführt. Zudem wurde von einer Entlastung des Stammpersonals durch die neuen Strukturen und einer Verbesserung der Organisation (bspw. Verringerung von Wartezeiten) berichtet.

Von einer bzw. einem Befragten wurde ferner von einer vereinzelten Versorgung von Versicherten, deren Krankenkasse nicht dem Qualitätsvertrag angehörte, berichtet. Begründet wurde dies durch ein bereits bestehendes Delir bei den betroffenen Patientinnen und Patienten oder ein proaktiv geäußertes Interesse von Versicherten an dem entsprechenden Versorgungspfad. Zudem kam es zu einer Verschiebung von Patientenströmen: Patientinnen und Patienten nahmen längere Fahrwege auf sich, um die durch den Qualitätsvertrag implementierte Versorgung im Krankenhaus wahrnehmen zu können. Als Grund hierfür wurde von dem befragten Krankenhaus die Angst der Patientinnen und Patienten vor einem Delir und seinen möglichen kognitiven Schäden genannt.

vertraulich

6 Zusammenfassung, Limitationen und Synthese

In diesem Kapitel werden zunächst in Abschnitt 6.1 die Befunde aus dem vorangehenden Kapitel 5 zusammengefasst. Anschließend werden übergreifende Limitationen aufgezeigt (Abschnitt 6.2) und schließlich wird in Abschnitt 6.3 eine Synthese der Ergebnisse vorgenommen.

6.1 Zusammenfassung

Analog der Struktur des Kapitels 5 werden nachfolgend die wichtigsten empirischen Befunde zusammengefasst. Leistungsbereichsspezifische Auffälligkeiten werden ausgewiesen; ausgenommen sind Ergebnisse des Leistungsbereichs Menschen mit Behinderungen, die mangels ausreichender Vertragszahl zum Schutz einrichtungs-/vertragsbezogener Angaben nicht separat dargestellt werden.

Umfang und Verbreitung der Qualitätsverträge

Qualitätsverträge der ersten Generation (Vertragsbeginn vor dem 1. Januar 2022 in den ersten vier Leistungsbereichen) wurden in einem begrenzten Maße umgesetzt. Es wurden insgesamt 44 Projektpläne eingereicht und 43 Qualitätsverträge registriert. Die meisten Verträge entfielen auf die Respiratorentwöhnung mit 21 Verträgen (48,8 %), gefolgt von der endoprothetischen Gelenkversorgung mit 14 Verträgen (32,6 %), der Prävention des postoperativen Delirs mit sieben Verträgen (16,3 %) und einem Vertrag im Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen (2,3 %). Im Jahr 2020 wurden mit 41,9 % (n = 18) die meisten Qualitätsverträge registriert. Sechs Verträge wurden während der Laufzeit gekündigt, davon fünf in der endoprothetischen Gelenkversorgung und einer in der Prävention des postoperativen Delirs. Insgesamt haben 43 von 1.629 Krankenhäusern einen Vertrag mit Beginn vor dem 1. Januar 2022 abgeschlossen. Bei den Krankenkassen sind mit Stand 15. Dezember 2021 30,9 % (n = 29) an mindestens einem Qualitätsvertrag mit Beginn vor dem 1. Januar 2022 beteiligt (BMG 2025).[23] Der Evaluation liegen insgesamt aus 20 von 43 Qualitätsverträgen 10.784 dokumentierte Fälle vor – 9.110 Fälle, die unter den vereinbarten Bedingungen des jeweiligen Qualitätsvertrags versorgt wurden, und 1.674 Fälle zu Vergleichszwecken, die vor der Einführung des jeweiligen Qualitätsvertrags dokumentiert wurden.

An den 43 Qualitätsverträgen der ersten Generation waren 43 Krankenhäuser und 55 Krankenkassen beteiligt. Krankenhäuser mit Qualitätsverträgen waren im Vergleich zu allen nach § 108 SGB V zur Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten zugelassenen Krankenhäuser tendenziell größere Einrichtungen; insbesondere ambulante Behandlungen, Personal und Bettenzahl lagen im Mittel höher. Geografisch zeigten sich Unterschiede im Anteil an Krankenhäusern mit Qualitätsvertrag im Vergleich zu Krankenhäusern ohne Vertrag. Hierbei zeigen unter anderem Baden-Württemberg, Hamburg, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Schleswig-Holstein und

[23] Bei der Berechnung der Prozentwerte wurde die Anzahl der Krankenkassen zum Stand 1. Januar 2025 übernommen. Demnach gibt es insgesamt 94 Krankenkassen in Deutschland.

vertraulich

Thüringen höhere Anteile. In Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und im Saarland gab es keine Krankenhäuser mit einem Qualitätsvertrag dieser Generation.

Entwicklung, Ausgestaltung und Umsetzung

Die Entwicklung und der Abschluss von Qualitätsverträgen wurden überwiegend mit der Einführung neuer qualitätsfördernder Leistungen und dem Ausschöpfen bestehender Verbesserungspotenziale begründet. Die Initiative zum Abschluss wurde in 55,3 % (n = 26) der Antworten als überwiegend gemeinsam von Krankenhaus und Krankenkasse beschrieben. Bei der Entwicklung der Vereinbarungen unterschieden sich die Perspektiven: Krankenhäuser sahen häufiger die Krankenkassen als Hauptakteure, während Krankenkassen überwiegend eine gemeinschaftliche Entwicklung sahen. In 60,7 % (n = 17) der Antworten von Krankenhäusern bestanden strukturelle Anforderungen als Voraussetzung für den Vertrag. Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs war dies bei allen befragten Krankenhäusern der Fall.

Die vereinbarten Qualitätsanforderungen wurden überwiegend von etablierten Versorgungsansätzen übernommen oder auf Basis bestehender Evidenz neu entwickelt. Zweiteres basierte auf dem Abschlussbericht des IQTIG, einschlägigen Leitlinien oder belastbaren Einzelstudien. In einzelnen Fällen formalisierten Qualitätsverträge bereits bestehende Anforderungen, in anderen Fällen wurden neue Versorgungsansätze eingeführt, etwa Screenings, standardisierte Erhebungen psychosozialer Faktoren oder interdisziplinäre Teams. Als innovative Versorgungsansätze wurden vor allem Screeningverfahren, Nachsorgeuntersuchungen, ganzheitliche Versorgungsansätze und eine stärkere Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie Hausärztinnen und Hausärzten berichtet. Bei Vertragsweiterentwicklungen und Anschlussverträgen wurden unter anderem Vergütungen angepasst, Screeningintervalle verändert, Fragebögen überarbeitet, Prozess- und Ergebnisparameter ergänzt, Zielgruppen angepasst und digitale Anwendungen aufgenommen.

Die Anreizgestaltung war fast durchgängig finanziell geprägt: 42 von 43 Qualitätsverträgen sahen finanzielle Vergütungen, in Einzelfällen auch Abschläge vor. Ein Vertrag beschränkte sich auf nicht-monetäre Anreize, zehn Verträge kombinierten monetäre Anreize mit nicht-monetären Anreizen. Alle finanziellen Anreize waren an die Krankenhausträger adressiert. Eine direkte finanzielle Incentivierung einzelner Beschäftigter war nicht vorgesehen. Bei sieben Qualitätsverträgen (16,3 %) wurde das antizipierte wahrgenommene Risiko der Anreizrealisierung nach der Typologisierung von Ogundeji et al. (2018) als hoch eingestuft; alle diese Verträge stammten aus der endoprothetischen Gelenkversorgung.

Der Umsetzungsgrad der in den Qualitätsverträgen vereinbarten Maßnahmen fiel insgesamt sehr unterschiedlich aus. Eine vollständige Umsetzung wurde nur von rund einem Fünftel der befragten Krankenhäuser angegeben (21,4 %, n = 6), während bei einem Viertel keine Umsetzung erfolgte (25,0 %, n = 7). Am häufigsten wurde eine teilweise Umsetzung berichtet (50,0 %, n = 14); eine nur punktuelle Umsetzung kam selten vor (3,6 %, n = 1). Besonders auffällig war der niedrige Umsetzungsgrad im Bereich der Respiratorentwöhnung: Hier wurde in fast der Hälfte der Fälle angege-

Vertraulich

ben (46,2 %, n = 6), dass keine Umsetzung erfolgt sei. In den Bereichen endoprothetische Gelenkversorgung und Prävention des postoperativen Delirs überwog dagegen die teilweise Umsetzung (77,8 %, n = 7 bzw. 66,7 %, n = 4). Eine vollständige Umsetzung wurde am häufigsten im Bereich Prävention des postoperativen Delirs berichtet (33,3 %, n = 2).

Die Akzeptanz der Qualitätsverträge wurde für die Führungsebene überwiegend hoch bis sehr hoch eingeschätzt: auf Krankenkassenseite von 79,0 % (n = 14) und auf Krankenhausseite von 93,1 % (n = 27) der Befragten. Für die Mitarbeitenden im Versorgungsbereich wurde die Akzeptanz von den befragten Krankenhäusern zu 58,6 % (n = 17) als hoch bis sehr hoch bewertet. Gleichzeitig wurden die Aufwände in allen abgefragten Bereichen mehrheitlich als moderat bis sehr hoch eingeschätzt. Besonders hoch wurden die Verwaltungsaufwände bei Vertragsvorbereitung und -umsetzung durch die Krankenkassen bewertet. Auch Krankenhäuser berichteten hohe Aufwände, insbesondere bei Umsetzung, Dokumentation, Einwilligungen, Aufklärung, Abrechnung sowie Personal und Sachmitteln.

Als förderliche Faktoren wurden insbesondere finanzielle Anreize, die Freiheit der Vertragsgestaltung und die enge Zusammenarbeit der Vertragspartner benannt. Die Krankenkassen bewerteten diese Faktoren tendenziell stärker förderlich als die Krankenhäuser. Als hemmende Faktoren traten die Covid-19-Pandemie, fehlende Zuweisungen durch Dritte, eingeschränkte Beitritte weiterer Krankenkassen, hohe Dokumentationsaufwände, fehlende Schnittstellen bei der Datenübermittlung, personelle Engpässe und sektorenbezogene Begrenzungen hervor. Die Covid-19-Pandemie wurde insgesamt am häufigsten als sehr stark hemmend bewertet (27,5 %, n = 11), besonders in der Respiratorentwöhnung und der endoprothetischen Gelenkversorgung.

Unmittelbare intendierte Effekte

Bei den unmittelbaren intendierten Effekten berichteten 24,1 % (n = 7) der Krankenhäuser über zusätzliche personelle Ressourcen im Rahmen des Qualitätsvertrags. Diese Angaben stammten überwiegend aus dem Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs. Weiterqualifizierende Maßnahmen für Mitarbeitende wurden in 31,0 % (n = 9) der Fälle berichtet, ebenfalls mit Schwerpunkt im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs. In allen Qualitätsverträgen dieses Leistungsbereichs wurde von weiterqualifizierenden Fort- und Weiterbildungen berichtet. Bei Prozessen und Anwendungen gaben 52,0 % (n = 13) der Krankenhäuser, die Patientinnen und Patienten im Vertrag versorgt hatten, einen mittleren, starken oder sehr starken Einfluss auf die Standardisierung von Versorgungsprozessen an.

Für die Struktur- und Prozessqualität lagen auswertbare Ergebnisse insbesondere für die endoprothetische Gelenkversorgung, die Prävention des postoperativen Delirs und die Respiratorentwöhnung vor.

In der endoprothetischen Gelenkversorgung machten 12 von 14 Verträgen Angaben zu Fallzahlen pro Hauptoperateur; alle 12 verfügten zu allen Zeitpunkten über zwei Hauptoperateure. Bei 7 von 12 Verträgen bestand eine Zertifizierung als Endoprothetikzentrum, davon wurden 2 Zertifizierungen im Rahmen des Qualitätsvertrags abgeschlossen. Prozessbezogen lag die Anwesenheit eines Hauptoperateurs durchgängig bei nahezu 100,0 %. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die

vertraulich

eine Patientenschule im Vorfeld absolvierten, stieg von 71,3 % (n = 365) in der Nullwertmessung auf 84,9 % (n = 1.044) in der Interventionsmessung. Nach Adjustierung für Krankenhauseffekte entsprach dies einem signifikanten Effekt von 18,3 Prozentpunkten. Bei der frühen Mobilisation zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs führten 6 von 7 Qualitätsverträgen Schulungen durch. Für fünf Verträge konnte die Schulungsquote berechnet werden. Im letzten verfügbaren Messzeitraum der Interventionsmessung lag die Schulungsquote im Mittel bei 46,7 % (n = 5). Bei drei Verträgen mit Angaben sowohl zur Nullwert- als auch zur Interventionsmessung erhöhte sich der Mittelwert der Schulungsquote von 28,5 % auf 34,4 %. Die geschätzte Wahrscheinlichkeit einer vollumfänglichen Risikoeinschätzung sank von 79,0 % auf 60,1 %. Währenddessen stieg die geschätzte Wahrscheinlichkeit für die Durchführung eines präoperativen Delirscreenings von 92,6 % auf 98,1 % und eines postoperativen Delirscreenings von 92,0 % auf 98,5 % an. Beide Kennziffern zur Durchführung des Screenings zeigten statistisch signifikante Anstiege.

Im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung bestand bei zwölf Krankenhäusern bereits eine Zertifizierung durch eine Fachgesellschaft; bei sieben Krankenhäusern wurde eine Zertifizierung im Rahmen des Qualitätsvertrags erfolgreich abgeschlossen.

Für die Mittelallokation lagen Angaben aus insgesamt 13 Qualitätsverträgen vor. Der Mittelwert der Anreizvergütung pro Behandlungsfall lag bei 353 Euro, der Median bei 197 Euro; leistungsbereichsspezifisch reichte die Spanne der Mittelwerte von 151 Euro in der endoprothetischen Gelenkversorgung bis 1.011 Euro in der Respiratorentwöhnung.

Mittelbare intendierte Effekte

Bei den mittelbaren intendierten Effekten wurde die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen unterschiedlich bewertet. Etwas über die Hälfte der Krankenhäuser und fast 80 % der Krankenkassen nahmen eine sehr starke, starke oder moderate Förderung der Zusammenarbeit wahr. Der stärkste Einfluss von Qualitätsverträgen in diesem Zusammenhang wurde im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs berichtet, der geringste in der Respiratorentwöhnung. Für Netzwerkstrukturen schätzten Krankenkassen den Einfluss ebenfalls höher ein als Krankenhäuser. Auch hier wurden im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs die stärksten Effekte berichtet.

Zur Patientenzentrierung wurden Befunde aus Interviews und Befragungen zusammengeführt. Hierbei wurde ein moderater Beitrag von Qualitätsverträgen auf die Patientenkommunikation, Patientensicherheit, Patientenbeteiligung und Beteiligung von Angehörigen berichtet. In einzelnen Leistungsbereichen, vor allem der Respiratorentwöhnung, konnten Patientinnen und Patienten nicht oder nur in sehr geringer Zahl eingeschlossen werden, sodass Befragte Veränderungen der Patientenzentrierung teilweise nicht beurteilen konnten. Bei der Verwendung von Medien zeigte sich ein heterogenes Bild zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Insgesamt wurden insbesondere Flyer, Internetseiten, Presseartikel und Präsenzveranstaltungen zur Dissemination von Informationen genutzt.

Vertraulich

Die Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten mit und ohne Zugang zum Qualitätsvertrag wurde von Befragten unterschiedlich bewertet. Während ein Teil der Krankenhausbefragten keine wesentliche Ungleichheit sah, da die Versorgung im Rahmen des Qualitätsvertrags kaum von der Regelversorgung abwich, wurde von anderen die Beschränkung des Zugangs auf Versicherte teilnehmender Krankenkassen als medizinisch unethisch kritisiert. Mehrere Krankenhäuser begegneten diesem Konflikt durch interne Lösungsansätze, indem sie ausgewählte Maßnahmen situativ oder auf Patientenwunsch auch nicht eingeschriebenen Personen zugänglich machten, ohne diese in die Evaluation aufzunehmen.

Für die Ergebnisqualität der endoprothetischen Gelenkversorgung zeigte sich beim Timed-up-and-go-Test kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Nullwert- und Interventionsmessung. Auch die Schmerzintensität in Ruhe und unter Belastung unterschied sich nach Adjustierung für Krankenhaus- und Patienteneffekte nicht signifikant. Bei HOOS- und KOOS-Scores ergaben sich in mehreren Dimensionen deskriptive Verbesserungen, modellbasiert jedoch keine übergreifenden signifikanten Unterschiede zwischen Nullwert- und Interventionsmessung. Der Anteil der Revisionen sank von 14,0 % (n = 24) auf 7,4 % (n = 53); modellbasiert wurde eine signifikante Reduktion der Revisionswahrscheinlichkeit um 7,2 Prozentpunkte berichtet.

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs lag die postoperative Delirrate in der Nullwertmessung bei 12,5 % (n = 67) und in der Interventionsmessung bei 10,9 % (n = 382). Nach Standardisierung der Populationen und Adjustierung der Einflussfaktoren sank die geschätzte Wahrscheinlichkeit von 11,5 % auf 10,9 %; der Unterschied war nicht statistisch signifikant. Der Pflegegrad blieb in der Mehrheit der Fälle unverändert. Ein Anstieg wurde in der Nullwertmessung häufiger beobachtet als in der Interventionsmessung.

Nicht intendierte Effekte

Zusammenfassend zeigen die Hinweise zu nicht intendierten unmittelbaren und mittelbaren Effekten kein breites Muster unerwünschter unmittelbarer oder mittelbarer Effekte. Die berichteten negativen Aspekte konzentrieren sich vor allem auf Kosten, Aufwände, Dokumentationslast und damit verbundene Wahrnehmungen der Krankenkassen. Daneben treten mehrere positive nicht intendierte Effekte hervor, insbesondere neue Personalstrukturen, Wissensbündelung, stärkere interdisziplinäre Kommunikation, Motivationsgewinne, Entlastung des Stammpersonals, externe Sichtbarkeit sowie punktuelle Diffusion von Versorgungsansätzen über den eigentlichen Vertragskontext hinaus. Diese Befunde beruhen überwiegend auf offenen Antworten und Interviewaussagen und sind daher als explorative Hinweise, nicht als quantifizierbare Effektnachweise einzuordnen.

Nutzenbewertung und Veröffentlichungen

Die Nutzenbewertung fiel zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen unterschiedlich aus. Insgesamt bewerteten 48,0 % (n = 23) der Befragten den Nutzen der Qualitätsverträge im Verhältnis zu Kosten und Aufwänden positiv bis sehr positiv, 29,2 % (n = 14) weder positiv noch negativ und 22,9 % (n = 11) negativ bis sehr negativ. Krankenkassen bewerteten den Nutzen häufiger positiv bis sehr positiv (78,9 %, n = 15) als Krankenhäuser (27,6 %, n = 8). Bezogen auf das Instrument

Vertraulich

Qualitätsverträge insgesamt bewerteten 58,3 % (n = 28) der Befragten die Wirkung auf die Versorgungsqualität positiv bis sehr positiv; auf Krankenkassenseite lag dieser Anteil bei 73,7 % (n = 14), auf Krankenhausseite bei 48,3 % (n = 14).

Zur Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen gaben 39 von 43 Qualitätsverträgen im Projektplan an, dass Qualitätsergebnisse veröffentlicht werden sollen. In den jährlichen Zwischenberichten wurden von sechs Qualitätsverträgen insgesamt 37 Veröffentlichungen genannt. Nach Abzug mehrfach genannter Veröffentlichungen blieben 25 originäre Veröffentlichungen, darunter wissenschaftliche Publikationen, Fachzeitschriftenartikel, Posterpräsentationen, Presseartikel, Pressemitteilungen, Videos, ein Rundfunkbeitrag, eine Internetveröffentlichung, ein Vortrag und eine Präsentation.

6.2 Limitationen

Die Interpretation der Ergebnisse ist durch mehrere übergreifende Einschränkungen begrenzt.

Erstens erlaubt das Evaluationsdesign keine kausalen Schlussfolgerungen im engeren Sinn. Die quantitativen Analysen beruhen auf Vorher-Nachher-Vergleichen innerhalb der Qualitätsverträge – eine externe Kontrollgruppe fehlt. Veränderungen zwischen Nullwert- und Interventionsmessung können daher neben den Qualitätsverträgen auch durch allgemeine Zeittrends, pandemiebedingte Veränderungen, veränderte Dokumentationsroutinen, regulatorische Entwicklungen oder eine nicht erfasste veränderte Zusammensetzung der Patientenkollektive beeinflusst sein.

Zweitens ist die Datenverfügbarkeit ungleich verteilt. Von den fallbezogen dokumentationspflichtigen Qualitätsverträgen wurden nur aus 20 von 43 Verträgen fallbezogene Dokumentationen übermittelt. Der größte Anteil der Fälle stammt aus dem Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs. Hierbei liegt der Schwerpunkt darüber hinaus bei einem Leistungserbringer. Insgesamt mussten Verträge und damit Fälle aus bestimmten Analysen ausgeschlossen werden, da entweder ein anderes Studiendesign verwendet wurde oder aber für einen der beiden Messzeiträume vertragsbezogen keine Fälle vorlagen. Darüber hinaus lagen für die Respiratorentwöhnung nur sehr wenige Fälle vor, sodass dort der vorgesehene Vorher-Nachher-Vergleich nicht durchgeführt werden konnte. Im Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen existierte im betrachteten Zeitraum nur ein Vertrag, was leistungsbereichsspezifische Schlussfolgerungen grundsätzlich ausschloss.

Drittens bestehen Hinweise auf Selektions- und Vollzähligkeitsprobleme. Die Datenübermittlung setzt eine Einwilligung der Patientinnen und Patienten voraus. Dadurch können unbekannte Selektionsprozesse entstehen, wenn bestimmte Patientengruppen systematisch seltener teilnehmen oder ihre Daten übermitteln. Darüber hinaus wurden in mehreren Leistungsbereichen nicht für alle eingeschlossenen Personen vollständige fallbezogene Daten geliefert. Auch die Verknüpfung mit Sozialdaten gelang nicht in allen Fällen, was insbesondere bei langfristigen Ergebniskennziffern die Aussagekraft beeinträchtigt.

Viertens sind qualitative und standardisierte Einschätzungsdaten durch die Einbindung der Befragten in die Verträge geprägt. Die standardisierte Befragung enthält zahlreiche Bewertungsfra-

vertraulich

gen, für die soziale Erwünschtheit, Recall-Bias und organisationsbezogene Interessenlagen relevant sein können. Hierzu passen auch die Aussagen von Befragten in den allgemeinen Anmerkungen, dass sich die Wirkung des Qualitätsvertrags zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vollumfänglich beurteilen lässt, da die Ergebnisse zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht vollständig vorlagen. Darüber hinaus wurde von einer rein hypothetischen Beurteilung der Wirkungen berichtet, da in den Qualitätsvertrag keine Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden konnten. Die vertiefenden Interviews ermöglichen eine kontextsensitive Einordnung, sind aber nicht als repräsentative Abbildung aller Verträge zu verstehen. Zudem wurden ausschließlich Personen aus Verträgen berücksichtigt, die an der standardisierten Befragung teilgenommen hatten.

Fünftens erschweren vertrags- und leistungsbereichsspezifische Besonderheiten eine einheitliche Synthese. Qualitätsverträge variieren deutlich hinsichtlich Zielgruppenstruktur, Anreizlogik, Interventionskomplexität, Laufzeit, Rekrutierungsmechanismus und Ausgangsniveau der Versorgung. Ein scheinbar gleicher Befund kann daher je nach Kontext unterschiedlich zu bewerten sein: Eine ausbleibende Veränderung kann auf fehlende Wirkung, aber auch auf eine bereits sehr hohe Ausgangsqualität oder auf eine geringe Umsetzungsintensität hinweisen. Umgekehrt können beobachtete Verbesserungen durch eine veränderte Dokumentation oder eine selektive Fallzusammensetzung mitbedingt sein.

Sechstens sind einzelne spezifische Kennziffern nur eingeschränkt interpretierbar. Dies betrifft etwa die deutlichen Unterschiede im Anteil durchgeführter kognitiver und Gebrechlichkeits-Tests im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs zwischen den Messzeiträumen, die die Bewertung von Kennziffern beeinflussen können. In der Endoprothetik schränkt der hohe Anteil fehlender Sozialdaten in der Nullwertmessung die Interpretation der Revisionskennziffer ein. Die Institutionalisierung beziehungsweise Veränderung des Pflegegrads wurde aus fachlichen Gründen nur deskriptiv ausgewertet, da die kausale Interpretation angesichts vielfältiger Confounder nicht tragfähig erscheint.

Insgesamt erlaubt die nachfolgende Synthese daher eine empirisch fundierte, aber bewusst vorsichtige Einordnung: Qualitätsverträge zeigen dort die klarsten Hinweise auf positive Veränderungen, wo sie praktisch umgesetzt werden, unmittelbar an beeinflussbare Prozesse anknüpfen und mit organisatorischen sowie personellen Maßnahmen flankiert sind. Für belastbare Aussagen zu nachhaltigen patientenbezogenen Ergebnisverbesserungen, zur Übertragbarkeit in die Regelversorgung und zur Bewertung einzelner Vertragsmodelle bedarf es jedoch weiterer Analysen im Abschlussbericht und – soweit methodisch möglich – einer noch stärkeren Berücksichtigung vergleichender und längerfristiger Perspektiven.

Vertraulich

6.3 Synthese

Die nachfolgende Synthese führt die in Kapitel 5 dargestellten und in Abschnitt 6.1 zusammengefassten Befunde entlang der im Bericht angelegten Wirklogik (Kapitel 3) zusammen. Sie orientiert sich an den methodischen Ausführungen zur narrativen Synthese in Abschnitt 2.10. Entsprechend werden quantitative und qualitative Ergebnisse nicht separiert dargestellt, sondern themenbezogen integriert, hinsichtlich ihrer Konsistenz eingeordnet und mit Blick auf die Tragfähigkeit der Schlussfolgerungen bewertet. Damit folgt die Darstellung dem Anspruch, die Verbindung zwischen Datenbasis, synthetisiertem Befund und Schlussfolgerung transparent zu machen. Zugleich wird berücksichtigt, dass sich bei komplexen Interventionen unterschiedliche Datenquellen nicht zwingend vollständig bestätigen müssen. Divergenzen können vielmehr auf Kontextbedingungen, unterschiedliche Perspektiven oder methodische Grenzen der Erhebung verweisen (Campbell et al. 2018, Campbell et al. 2020, Guetterman et al. 2015).

Im Mittelpunkt steht zunächst die Frage, ob Qualitätsverträge als freiwilliges Instrument der Qualitätsentwicklung Hinweise auf eine verbesserte stationäre Versorgungsqualität liefern.

> *Wird durch die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen grundsätzlich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen erreicht (§ 110a Abs. 1 Satz 2 SGB V)? (Abschnitt 3.3)*

Nach dem im Bericht zugrunde gelegten Wirkmodell (Abschnitt 3.2) setzt eine solche Wirkung zunächst voraus, dass Qualitätsverträge tatsächlich entwickelt, abgeschlossen und (vollständig) umgesetzt werden. Darauf aufbauend werden Veränderungen der Versorgungsqualität in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität diskutiert. Ergänzend werden Ausgestaltungsmerkmale der Verträge sowie ihre Bewertung durch die Vertragspartner und ihr beobachtbarer Output eingeordnet.

> *Welche Ausgestaltungsmerkmale der Qualitätsverträge erweisen sich als förderlich für die Erreichung der vereinbarten Qualitätsziele? (Abschnitt 3.3)*
>
> *Wie werden die Rahmenbedingungen von Qualitätsverträgen bewertet? (Abschnitt 3.3)*

6.3.1 Umsetzung von Qualitätsverträgen

Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass Qualitätsverträge in den vier betrachteten Leistungsbereichen zwar etabliert wurden, ihre praktische Durchdringung und Umsetzung jedoch deutlich variiert. Darüber hinaus bilden die Verträge kein einheitliches Interventionsformat, sondern ein heterogenes Bündel spezifischer Vereinbarungen (Qualitätsanforderungen und Anreize), das unterschiedliche Ausgangslagen, Zielgruppen und Umsetzungsvoraussetzungen adressiert. In den einzelnen Leistungsbereichen überschneiden sich Vereinbarungen teilweise; dennoch ist auch innerhalb eines Leistungsbereichs die Ausgestaltung der Verträge höchst unterschiedlich.

Die Entwicklung und der Abschluss der Verträge wurden überwiegend als gemeinsamer Prozess der Vertragspartner beschrieben. In der standardisierten Befragung berichteten 55,3 % (n = 26)

Vertraulich

der Befragten von einer überwiegend gemeinsamen Initiative. Zugleich unterscheiden sich die Perspektiven der Akteursgruppen bei der Wahrnehmung der Entwicklungsverantwortung. Während Krankenkassen häufiger eine gemeinschaftliche Entwicklung betonten, sahen Krankenhäuser die Krankenkassen vielfach als wesentliche Impulsgeber. Inhaltlich standen bei der Vertragsentwicklung insbesondere die Einführung neuer qualitätsfördernder Leistungen, das Ausschöpfen bestehender Verbesserungspotenziale und die stärkere Positionierung der eigenen Institution im Bereich der Qualitätsförderung im Vordergrund. Ein ebenfalls zu beachtendes Motiv von Krankenhäusern ist die Honorierung von Leistungen, die bereits in der Versorgung erbracht, aber aus Perspektive der Krankenhäuser nicht oder nur unzureichend vergütet werden.

Der Umsetzungsgrad ist zentral für die Einordnung der beobachteten Ergebnisse der Qualitätsverträge, da nur tatsächlich umgesetzte Maßnahmen potenziell Wirkungen entfalten können. Die Befunde zeigen jedoch, dass die vertraglich vereinbarten Maßnahmen und Interventionen nur begrenzt vollumfänglich umgesetzt wurden: Eine vollständige Umsetzung wurde lediglich von 21,4 % der befragten Krankenhäuser berichtet (n = 6), während bei 25,0 % keine Umsetzung erfolgte (n = 7). Am häufigsten lag eine teilweise Umsetzung vor (50,0 %, n = 14). Damit ist der Umsetzungsgrad als wichtiges Bindeglied zwischen Vertrag und möglicher Wirkung zu verstehen: Positive oder ausbleibende Ergebnisse der Qualitätsverträge sollten vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass ein erheblicher Teil der Maßnahmen nicht oder nur unvollständig umgesetzt wurde. Besonders deutlich zeigt sich dies im Bereich der Respiratorentwöhnung, in dem fast die Hälfte der Verträge nicht umgesetzt wurde (46,2 %, n = 6). Diese Heterogenität ist auch für die Interpretation der Ergebnisse relevant, da die Umsetzung von Qualitätsverträgen nicht unabhängig von den strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen der beteiligten Einrichtungen ist, sondern in hohem Maße von der Rekrutierbarkeit der Zielgruppen, verfügbaren Ressourcen, bestehenden Qualitätsstrukturen sowie der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen abhängig ist. Sofern hierdurch die Umsetzung eingeschränkt ist, muss auch davon ausgegangen werden, dass betroffene Verträge weniger auswertbares Material (bspw. Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten) für eine Auswertung und Bewertung von bestimmten Ansätzen liefern.

Mit Blick auf unmittelbare Effekte berichtet etwa ein Viertel der befragten Krankenhäuser von zusätzlichen personellen Ressourcen im Zusammenhang mit dem Qualitätsvertrag. Diese Beobachtung konzentriert sich auf den Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs. Weiterqualifizierende Maßnahmen für Mitarbeitende wurden in 31,0 % (n = 9) der Fälle genannt. In der Prävention des postoperativen Delirs sogar in allen an der Befragung beteiligten Verträgen. Die Interviews konkretisieren, dass Qualitätsverträge zur Bildung neuer interdisziplinärer Teams, zur Etablierung von Lotsenfunktionen oder zur Bündelung spezifischer Expertise beitragen konnten. Diese qualitativen Befunde sind mit den quantitativen Angaben zur personellen und organisatorischen Weiterentwicklung vereinbar und sprechen dafür, dass Qualitätsverträge vor allem dort wirksam in Versorgungsroutinen eingreifen können, wo sie an konkrete, arbeitsorganisatorisch verankerte Maßnahmen gekoppelt sind.

vertraulich

Auch hinsichtlich interner Prozesse zeigen sich Hinweise auf eine veränderte Versorgungspraxis. Von den Krankenhäusern, die Patientinnen und Patienten im Vertrag versorgt hatten, gaben 52,0 % (n = 13) einen mittleren, starken oder sehr starken Einfluss auf die Standardisierung von Versorgungsprozessen an. Ergänzend bewerteten 61,5 % (n = 16) der Befragten den Beitrag des Qualitätsvertrags zur Verbesserung von Kommunikationsprozessen als mittel, stark oder sehr stark; 53,8 % (n = 14) bewerteten den Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit entsprechend. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews stützen diese Tendenz, insbesondere für Verträge, die neue Schnittstellen, Screeningprozesse oder strukturierte fachübergreifende Abstimmungen zu Behandlungsfällen eingeführt haben. Leistungsbereichsspezifisch wurde dieser Effekt erneut besonders deutlich bei der Prävention des postoperativen Delirs. Dagegen wurde in der endoprothetischen Gelenkversorgung und der Respiratorentwöhnung häufiger kein oder nur ein geringer Einfluss auf Prozessstandardisierungen wahrgenommen, wozu anzunehmen ist, dass dies zum Teil auf bereits etablierte Qualitätsstandards beziehungsweise auf einen geringen Umsetzungsgrad zurückzuführen ist.

Ein weiterer Umsetzungsaspekt betrifft die Einbindung von Patientinnen und Patienten. Die Befunde zur Patientenzentrierung zeigen, dass Qualitätsverträge in mehreren Bereichen mit intensiverer Information, standardisierter Erhebung patientenbezogener Daten und stärkerer Beteiligung an Versorgungszielen verbunden wurden. Dies gilt insbesondere für Verträge, die prästationäre Aufklärung, standardisierte Fragebögen, strukturierte Gespräche oder Lotsenmodelle vorsahen. Gleichzeitig bleibt die Befundlage heterogen: Ein Teil der Befragten konnte Veränderungen der Patientenzentrierung nicht beurteilen, insbesondere wenn Verträge nur wenige oder keine Patientinnen und Patienten einschließen konnten. Die Umsetzung patientenzentrierter Elemente erscheint daher weniger als allgemeiner Effekt des Instruments, sondern als Ergebnis konkreter Vertragsinhalte und deren tatsächlicher Realisierung.

Limitationen

Die Aussagen zur Umsetzung beruhen zu einem erheblichen Teil auf Selbstauskünften der Vertragspartner. Damit sind Recall-Bias, soziale Erwünschtheit und eine interessengeleitete Bewertung der eigenen Implementierungsleistung nicht auszuschließen. Die standardisierte Befragung erfasst zwar die Perspektiven beider Vertragspartner, bildet jedoch keine direkte Beobachtung der Versorgungspraxis ab. Die vertiefenden Interviews liefern kontextreiche Ergänzungen, beziehen sich aber nur auf eine begrenzte und selektierte Teilgruppe. Zudem wurden nur solche Verträge in die Rekrutierung einbezogen, die zuvor an der standardisierten Befragung teilgenommen hatten. Besonders eingeschränkt ist die Interpretierbarkeit für den Leistungsbereich Menschen mit Behinderungen, da dort die Anzahl der Verträge die Datenlage und somit auch die leistungsbereichsspezifische Synthese begrenzen.

Vertraulich

6.3.2 Wirkungen in der Versorgungsqualität

Die Befunde zu Veränderungen der Versorgungsqualität sind differenziert zu bewerten. Die Ergebnisse sprechen nicht für einen einheitlichen, leistungsbereichsübergreifenden Effekt von Qualitätsverträgen. Vielmehr zeigen sich je nach Qualitätsdimension, Leistungsbereich und Evaluationskennziffer unterschiedliche Muster. Während sich bei einigen prozessnahen Kennziffern deutliche Verbesserungen zwischen Nullwert- und Interventionsmessung zeigen, sind die Ergebnisse bei Kennziffern der Ergebnisqualität überwiegend weniger eindeutig. Dies entspricht der plausiblen Annahme, dass komplexe Vertragsinterventionen zunächst eher strukturelle und prozessuale Veränderungen anstoßen, während patientenbezogene Outcomes von zahlreichen zusätzlichen Einflussfaktoren abhängen und daher schwerer empirisch zuzuordnen sind sowie Effekte tendenziell erst längerfristig beobachtbar werden.

Strukturqualität

In der Strukturqualität überwiegen Befunde, die auf bereits vorhandene Qualitätsstrukturen oder auf gezielte strukturelle Weiterentwicklungen hinweisen. In der endoprothetischen Gelenkversorgung gaben alle berichteten Verträge zu allen Zeitpunkten an, über zwei Hauptoperateure zu verfügen. Auch bei Kriterien für Endoprothetikzentren zeigt sich, dass ein relevanter Teil der Einrichtungen die Anforderungen bereits vor Einführung des Qualitätsvertrags erfüllte; zwei Qualitätsverträge schlossen die Zertifizierung während der Vertragslaufzeit ab. Diese Ergebnisse deuten weniger auf einen flächendeckenden Strukturaufbau als auf eine Kombination aus Selektionseffekten und der Nutzung von Entwicklungsmöglichkeiten hin: Qualitätsverträge werden teilweise von Einrichtungen mit ausgeprägten Qualitätsstrukturen abgeschlossen, können aber in einzelnen Fällen auch zusätzliche formale strukturelle Entwicklungen unterstützen.

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs zeigen die Schulungsdaten eine vorsichtige Tendenz zu struktureller Weiterentwicklung. Bei drei Verträgen, für die Angaben sowohl zur Nullwert- als auch zur Interventionsmessung vorlagen, stieg die mittlere Schulungsquote von 28,5 % auf 34,4 % (n = 5). Der Befund ist angesichts der sehr kleinen Fallzahl auf Vertragsebene nicht generalisierbar, passt aber zu den Befragungs- und Interviewergebnissen, wonach Qualifizierung, Teambildung und Kompetenzaufbau zentrale Elemente der Umsetzung waren.

In der Respiratorentwöhnung wurde bei sieben Krankenhäusern eine Zertifizierung im Rahmen des Qualitätsvertrags erfolgreich abgeschlossen. Zugleich bestand bei zwölf Krankenhäusern bereits zuvor eine Zertifizierung. Auch hier zeigt sich damit ein Nebeneinander von vorbestehender Strukturqualität und potenziell vertragsinduzierten strukturellen Fortschritten.

Prozessqualität

Die stärksten quantitativen Hinweise auf Veränderungen ergeben sich in der Prozessqualität, insbesondere im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs. Die Regressionsanalysen weisen für prä- und postoperative Delirscreenings statistisch signifikante Verbesserungen nach. Die geschätzte Wahrscheinlichkeit eines präoperativen Delirscreenings erhöhte sich nach Adjustierung für Krankenhauseffekte mit der Einführung von Qualitätsverträgen von 92,6 % auf 98,1 %,

vertraulich

also um 5,5 Prozentpunkte. Für postoperative Delirscreenings erhöhte sich die geschätzte Wahrscheinlichkeit von 92,0 % auf 98,5 %, entsprechend einer Differenz von 6,45 Prozentpunkten. Diese Ergebnisse sind bedeutsam, da die Screeningprozesse einen unmittelbaren Kernbestandteil der vertraglich angestrebten Versorgungsverbesserung darstellen und zugleich von den qualitativen Befunden zu stärker standardisierten und interdisziplinär getragenen Abläufen gestützt werden.

Demgegenüber zeigt die Regressionsanalyse zur vollständigen Risikoeinschätzung in der Prävention des postoperativen Delirs einen signifikanten Rückgang zwischen Nullwert- und Interventionsmessung. Die geschätzte Wahrscheinlichkeit sank von 79,0 % auf 60,1 %, entsprechend einer Differenz von -18,8 Prozentpunkten. Dieser Befund ist methodisch und inhaltlich besonders erklärungsbedürftig. In Abschnitt 4 wird darauf hingewiesen, dass sich die Anteile durchgeführter Tests zur kognitiven Einschätzung und zur Gebrechlichkeit zwischen Nullwert- und Interventionsmessung deutlich unterscheiden. Da die vollständige Risikoeinschätzung gerade von der Durchführung dieser Erhebungen abhängt, kann der beobachtete Rückgang sowohl auf tatsächliche Prozessunterschiede als auch auf veränderte Erfassungspraktiken oder Dokumentationslogiken zurückgehen. Für die Synthese bedeutet dies, dass der Rückgang nicht generell als Verschlechterung der Versorgung interpretiert werden sollte, sondern als inkonsistenter Befund innerhalb eines ansonsten eher auf Standardisierung hindeutenden Prozessmusters.

In der endoprothetischen Gelenkversorgung sind die Befunde gemischter. Besonders eindeutig ist die gestiegene Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Patientenschule im Vorfeld erhalten: Die geschätzte Wahrscheinlichkeit stieg von 66,4 % auf 84,8 %, also um 18,3 Prozentpunkte. Diese Veränderung ist statistisch signifikant und fügt sich plausibel in die qualitativen Befunde einer stärkeren patientenbezogenen Information und Vorbereitung ein. Für weitere Prozesskennziffern ergeben sich keine belastbaren Verbesserungen: Die postoperative Frühmobilisation zeigte nur einen kleinen, nicht signifikanten Anstieg, und die Definition individueller Aktivitäts- beziehungsweise Partizipationsziele nahm modelliert leicht ab. Die konsiliarische Betreuung zeigte deskriptiv eine minimale Zunahme, im Modell jedoch eine abnehmende Tendenz. In der Gesamtschau ist daher nicht von einer einheitlichen Prozessverbesserung in der Endoprothetik auszugehen, wohl aber von einem Signal einer edukativen Maßnahme.

Ergebnisqualität

Bei den Kennziffern der Ergebnisqualität fällt die Evidenz weniger konsistent aus als bei den prozessnahen Parametern. In der endoprothetischen Gelenkversorgung zeigen Mobilität, Schmerzintensität und patientenberichtete Outcomes keine statistisch gesicherten Verbesserungen zwischen Nullwert- und Interventionsmessung. Der adjustierte Erwartungswert des Timed-up-and-go-Tests unterschied sich nicht signifikant. Auch bei Schmerz in Ruhe und unter Belastung wurden keine signifikanten Veränderungen beobachtet. Die HOOS- und KOOS-Auswertungen weisen deskriptiv teils günstigere Mittelwerte in der Interventionsmessung auf, die modellbasierten Analysen ergaben jedoch keine statistisch gesicherten Unterschiede nach Einführung der Qualitätsverträge. Damit sprechen diese Kennziffern eher gegen kurzfristig eindeutig nachweisbare Ergebnisverbesserungen in funktionellen oder subjektiven Outcomes.

Vertraulich

Eine Ausnahme bildet die Revisionsfreiheit. In der Auswertung sank die geschätzte Wahrscheinlichkeit einer Revision nach Einführung der Qualitätsverträge signifikant um 7,24 Prozentpunkte; im relativen Vergleich wurde eine deutliche Risikoreduktion beobachtet. Dieser Befund ist fachlich relevant, muss aber aufgrund der in Abschnitt 4 beschriebenen Datenlage besonders vorsichtig eingeordnet werden. Gerade bei der Kennziffer Revision war in der Nullwertmessung der Anteil an Fällen ohne ergänzende Sozialdaten hoch, wodurch die Vergleichbarkeit der Messzeiträume stark eingeschränkt ist. Zudem wurden Verträge mit Vergleichsmessung aus methodischen Gründen ausgeschlossen. Der Befund kann daher ein Signal darstellen, liefert für sich genommen jedoch keine robuste Grundlage für eine Zuschreibung des Effekts an Qualitätsverträge.

Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs zeigte sich für die postoperative Delirrate eine geringe, statistisch nicht signifikante Abnahme. Die geschätzte Wahrscheinlichkeit sank von 11,5 % auf 10,9 %, entsprechend einer Differenz von -0,68 Prozentpunkten (p = 0,637). Der Befund weist die erwartete Richtung auf. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Screeningrate zwar bereits vor Einführung der Qualitätsverträge mit 89,7 % (n = 529) hoch war, aber dennoch davon auszugehen ist, dass die Steigerung der Rate auf 98,5 % (n = 3.509) mit einer höheren Detektion von zuvor übersehenen Deliren einhergehen könnte, was einer Absenkung der Delirrate zunächst einmal entgegenwirkt. Darüber hinaus sollte das Ergebnis aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren auf das Auftreten eines Delirs zurückhaltend interpretiert werden.

Die Analyse der Pflegegrade beziehungsweise der Institutionalisierung wurde im Bericht bewusst nur deskriptiv vorgenommen. Diese methodische Entscheidung beruht darauf, dass Veränderungen des Pflegegrads durch zahlreiche patientenbezogene und versorgungsbezogene Faktoren beeinflusst werden und der vorliegende Datensatz zentrale Confounder nur begrenzt abbildet.

Limitationen

Die quantitativen Analysen beruhen auf Vorher-Nachher-Vergleichen ohne externe Kontrollgruppe. Auch bei regressionsbasierter Adjustierung und Beschränkung auf Krankenhäuser, die Daten zu beiden Messzeiträumen bereitstellen, bleiben allgemeine zeitliche Trends, nicht gemessene Änderungen der Fallzusammensetzung oder pandemiebedingte Einflüsse als alternative Erklärungen bestehen. Je nach Leistungsbereich und Kennziffer kann die kausale Interpretation der geschätzten Effekte dadurch mehr oder weniger in Zweifel gezogen werden. Diese Limitation im Studiendesign lässt sich nicht vollständig ausräumen. Die Interventionsmessung umfasst häufig deutlich mehr Fälle als die Nullwertmessung, was die Vergleichbarkeit zusätzlich erschwert. Hinzu kommen leistungsbereichsspezifische Datenprobleme: Im Leistungsbereich Prävention des postoperativen Delirs unterscheiden sich die Anteile durchgeführter kognitiver und Frailtytests zwischen den Messzeitpunkten deutlich, weshalb es zwischen den Messzeiträumen zu unterschiedlich hohen Anteilen an nicht entdeckten Einschränkungen der Kognition bzw. Gebrechlichkeit kommen kann. Einzelne Kennziffern weisen Deckeneffekte auf, etwa die Anwesenheit eines Hauptoperateurs, sodass zusätzliche Verbesserungen kaum empirisch sichtbar werden können bzw. keine Relevanz haben. Darüber hinaus muss in der Interpretation der Ergebnisse der Evaluationskennziffer zur Revision innerhalb von 24 Monaten nach Eingriff die Vollzähligkeit der

vertraulich

Sozialdaten bei den Krankenkassen berücksichtigt werden. Der Anteil an verknüpfbaren Datensätzen liegt hierbei in der Nullwertmessung mit 44,1 % (n = 311) deutlich niedriger als in der Interventionsmessung (83,5 %, n = 1.089).

Aufgrund geringer Fallzahlen bzw. einer geringen Anzahl an Qualitätsverträgen sind Aussagen zur Veränderung der Versorgungsqualität durch Qualitätsverträge in den Leistungsbereichen Respiratorentwöhnung und Menschen mit Behinderungen – je nach Qualitätsebene – nur eingeschränkt oder nicht möglich.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich die Befunde zur Versorgungsqualität als gestuftes Wirkungsmuster interpretieren: Am klarsten zeigen sich Veränderungen bei prozessnahen Indikatoren, die unmittelbar an vertraglich vereinbarte Maßnahmen anschließen. Strukturveränderungen sind sichtbar, aber vielfach mit hohen Ausgangsniveaus oder selektiver Vertragsbeteiligung verbunden. Bei patientenbezogenen Outcomes bleibt die Evidenz insgesamt uneindeutiger; einzelne positive Signale sollten nicht überinterpretiert werden. In der Logik einer komplexen Intervention ist dieses Muster plausibel: Qualitätsverträge können Prozesse und organisatorische Voraussetzungen relativ direkt beeinflussen, während sich daraus resultierende Ergebnisveränderungen nur unter zusätzlichen günstigen Bedingungen und einer ausreichenden Beobachtungsdauer belastbar abbilden lassen.

6.3.3 Ausgestaltung der Verträge

Die Vertragsausgestaltung ist ein bedeutsamer erklärender Faktor für die beobachtete Heterogenität der Umsetzung und der Wirkungen. Die qualitativen Befunde zeigen, dass die vereinbarten Qualitätsanforderungen überwiegend an bestehende Evidenz, etablierte Versorgungsansätze, Leitlinien oder fachlich vorstrukturierte Patientenpfade anschließen. Qualitätsverträge enthalten damit weniger völlig neue Versorgungsmodelle, sondern dienen häufig als Instrument zur Formalisierung, Herstellung von Verbindlichkeit und Finanzierung qualitätsorientierter Maßnahmen. In Häusern mit bereits hohen Standards führte dies teilweise nur zu geringen praktischen Veränderungen, während in anderen Einrichtungen neue Screeningprozesse, interdisziplinäre Teams oder patientenbezogene Nachsorgeelemente eingeführt wurden.

Die Anreizmechanismen waren nahezu flächendeckend monetär ausgestaltet: 42 von 43 Verträgen sahen finanzielle Vergütungen, vereinzelt Abschläge oder vergleichbare Elemente vor. Zehn Verträge kombinierten monetäre mit nicht-monetären Anreizen. Zugleich zeigen die Interviews, dass die Wirkung finanzieller Anreize differenziert zu beurteilen ist. Einerseits wurden Vergütungen als motivationsfördernd und als Voraussetzung für die Finanzierung zusätzlicher Personal-, Dokumentations- und Sachaufwände beschrieben. Andererseits berichteten Krankenhäuser, dass vorgelagerte Entwicklungsaufwände nicht ausreichend berücksichtigt waren und die Vergütung teilweise nicht im Verhältnis zum Aufwand stand. Auch sehr lange Zeiträume bis zur vollständigen Vergütung bei ergebnisorientierten Modellen wurden als problematisch wahrgenommen.

Vertraulich

Die Vertragsentwicklung erwies sich im Verlauf vielfach als dynamischer Prozess. Anpassungen betrafen Vergütungshöhen, Screeningintervalle, Zielgruppen, Fragebögen, Referenzwerte oder die stärkere Berücksichtigung von Prozess- und Ergebnisindikatoren. Diese Weiterentwicklungen sprechen dafür, dass Qualitätsverträge als Instrument genutzt werden können, das praktische Umsetzungserfahrungen integriert. Die Einführung digitaler Anwendungen in Anschlussverträgen und der Ausbau patientenbezogener Empowerment-Elemente verdeutlichen zudem, dass sich Vertragsinhalte im Zeitverlauf ausdifferenzieren können.

Als besonders förderlich erscheinen solche Ausgestaltungen, die drei Merkmale verbinden: Erstens müssen sie an ein fachlich plausibles und operationalisierbares Versorgungskonzept anschließen. Zweitens sollten sie eine realistische Umsetzung unter den gegebenen strukturellen Bedingungen ermöglichen, einschließlich Rekrutierung, IT-Unterstützung und personeller Ressourcen. Drittens benötigen sie ein Anreiz- und Vergütungsmodell, das den tatsächlichen Zusatzaufwand hinreichend abbildet und zugleich klare Qualitätsziele erkennbar macht. Verträge, die diese Bedingungen nicht erfüllen, da die Zielgruppe kaum erreicht wird oder die sektorenübergreifende Zuweisung nicht realisiert werden kann, können selbst bei fachlich überzeugendem Konzept kaum ihre intendierte Wirkung entfalten.

Limitationen

Die Ausgestaltung der Verträge wird vor allem anhand von Vertragsdokumenten, Befragungen und Interviews rekonstruiert. Diese Quellen erlauben eine differenzierte qualitative Einordnung, bilden jedoch nicht in jedem Fall ab, welche Vertragsbestandteile in der Versorgung tatsächlich wirksam wurden. Zudem sind Vertragsinhalte und Anreizmechanismen gerade zwischen den Leistungsbereichen, aber auch innerhalb der Leistungsbereiche sehr heterogen. Generalisierende Aussagen dazu, welches Ausgestaltungsmerkmal ursächlich zu welchen Wirkungen führt, sind daher nicht möglich. Die geringe Zahl von Verträgen in einzelnen Leistungsbereichen und die teilweise fehlende Umsetzung begrenzen zudem den Vergleich unterschiedlicher Vertragsmodelle.

6.3.4 Bewertung und Output der Verträge

Die Bewertung der Qualitätsverträge durch die Vertragspartner fällt insgesamt ambivalent, aber überwiegend nicht negativ aus. Bei der Kosten-Nutzen-Betrachtung bewerteten 48,0 % (n = 23) der Befragten den Nutzen der Verträge positiv bis sehr positiv, 29,2 % (n = 14) neutral und 22,9 % (n = 11) negativ. Zwischen den Akteursgruppen bestehen deutliche Unterschiede: Krankenkassen beurteilten das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand wesentlich positiver als Krankenhäuser. Dieser Befund ist plausibel, da Krankenhäuser einen erheblichen Anteil der praktischen Implementierungs-, Dokumentations- und IT-Aufwände tragen, während Krankenkassen stärker die Steuerungs- und Versorgungsziele des Instruments in den Blick nehmen.

Auch die Einschätzung des Instruments als Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität zeigt eine insgesamt eher positive, aber keineswegs einheitliche Bewertung. 58,3 % (n = 28) der Befragten bewerteten die Wirkung von Qualitätsverträgen auf die Versorgungsqualität positiv bis

vertraulich

sehr positiv. Krankenkassen äußerten sich erneut positiver als Krankenhäuser. Besonders zurückhaltend fiel die Bewertung im Leistungsbereich Respiratorentwöhnung aus, was mit den dort dokumentierten Umsetzungshürden, geringen Fallzahlen und begrenzten Möglichkeiten zur Patientenintegration konsistent ist. Die Bewertungen stützen damit die übergreifende Synthese, dass der wahrgenommene Nutzen nicht allein vom Instrument als solchem abhängt, sondern maßgeblich von seiner Umsetzbarkeit im jeweiligen Versorgungskontext.

Ein beobachtbarer Output der Verträge zeigt sich unter anderem in Veröffentlichungen, der Erstellung von Informationsmaterialien und der Wissensdiffusion. Zwar hatten 39 von 43 Verträgen im Projektplan eine Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen vorgesehen, in den Zwischenberichten wurden jedoch nur für sechs Verträge insgesamt 37 Veröffentlichungen genannt. Bereinigt um Mehrfachnennungen handelte es sich um 25 unterschiedliche Veröffentlichungen. Diese umfassten wissenschaftliche Publikationen, Fachartikel, Poster, Pressebeiträge, Videos und weitere Kommunikationsformate. Aus den Interviews ergibt sich, dass Veröffentlichungen, Vorträge und Hospitationsanfragen als motivierend und reputationsbildend erlebt wurden. Solche Outputs können mittelbar zur Diffusion von Versorgungsansätzen beitragen, bleiben aber bislang punktuell.

Die Angaben zur Mittelallokation unterstreichen die ökonomische Heterogenität des Instruments. Für 13 Qualitätsverträge lagen Angaben zur Anreizvergütung vor. Der Mittelwert an Mitteln je Behandlungsfall betrug 353 Euro, der Median 197 Euro, mit deutlichen leistungsbereichsspezifischen Unterschieden (Spannweite der Mittelwerte: 151 Euro bis 1.011 Euro). Diese Streuung verweist darauf, dass Qualitätsverträge sehr unterschiedliche Ausgestaltungen annehmen und die Leistungsbereiche unterschiedlich kostenintensive Interventionen erfordern.

Insgesamt lässt sich die Bewertung und der Output der Verträge dahingehend zusammenfassen, dass Qualitätsverträge aus Sicht eines relevanten Teils der Vertragspartner als fachlich sinnvolles und potenziell qualitätsförderndes Instrument wahrgenommen werden. Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass die Akzeptanz durch einen hohen Umsetzungs- und Dokumentationsaufwand begrenzt sein kann und dass die positiven Effekte stärker ausfallen, wenn Vertragsinhalte, Patientenzugang und operative Rahmenbedingungen gut aufeinander abgestimmt sind.

Limitationen

Die Nutzenbewertung basiert auf subjektiven Einschätzungen der beteiligten Vertragspartner und ist daher nicht mit einer unabhängigen gesundheitsökonomischen Evaluation gleichzusetzen. Insbesondere die Kosten-Nutzen-Wahrnehmung dürfte von der jeweiligen institutionellen Rolle geprägt sein. Die Angaben zur Mittelallokation liegen nur für einen Teil der Verträge vor und sind angesichts der erheblichen leistungsbereichsspezifischen Unterschiede nur eingeschränkt vergleichbar und interpretierbar. Auch die Veröffentlichungsergebnisse beruhen auf berichteten Angaben der Vertragspartner und erfassen nicht zwingend alle Aktivitäten der Dissemination. Aussagen zur nachhaltigen Diffusion erfolgreicher Ansätze lassen sich auf dieser Grundlage nur vorsichtig treffen.

Vertraulich

Teil III: Ausblick

Der vorliegende Bericht ermöglicht eine erste wissenschaftlich fundierte Einschätzung der Umsetzung von Qualitätsverträgen sowie ihrer intendierten und nicht intendierten Effekte. Zugleich dient er der inhaltlichen und methodischen Vorbereitung des in § 136b Abs. 8 SGB V vorgesehenen Abschlussberichts zum 31. Dezember 2028.

In den Abschlussbericht werden insbesondere die Daten der zweiten Generation (Vertragsbeginn ab dem 1. Januar 2022) der in diesem Bericht untersuchten Leistungsbereiche sowie als dritte Generation die Daten der vier weiteren Leistungsbereiche einbezogen:

- Mangelernährung
- Multimodale Schmerztherapie
- Geburten
- Behandlung Tabakabhängigkeit

Das in diesem Bericht angewandte methodische Vorgehen sowie die Zielsetzung und die Fragestellungen der Evaluation werden im Grundsatz beibehalten. Gleichzeitig sind punktuelle Erweiterungen der Methodik vorgesehen, insbesondere:

- Bewertung der Verträge im Hinblick auf die Umsetzung von Ansätzen einer qualitätsorientierten Vergütung
- Analyse der Ergebnisse der Evaluationskennziffern daraufhin, ob und inwieweit Hinweise vorliegen, dass die in den Tragenden Gründen definierten leistungsbereichsspezifischen Ziele von Qualitätsverträgen adressiert werden
- Einbezug weiterer flankierender Regelungen, die mit den Vereinbarungen aus Qualitätsverträgen potenzielle Interdependenzen ausbilden
- Auswertung der Endberichte zur vertieften Analyse der Leistungsbereiche Respiratorentwöhnung und Menschen mit Behinderungen
- Ableitung von Empfehlungen für das Fortbestehen von Qualitätsverträgen in den einzelnen Leistungsbereichen sowie für Qualitätsanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 SGB V (§ 136b Abs. 8 Sätze 3 und 4 SGB V)

vertraulich

Literatur

Aldecoa, C; Bettelli, G; Bilotta, F; Sanders, RD; Audisio, R; Borozdina, A; et al. (2017): European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *European Journal of Anaesthesiology* 34(4): 192-214. DOI: 10.1097/EJA.0000000000000594. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert].

Amelung, V; Jensen, S; Krauth, C; Wolf, S (2013): Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung? *G+G Wissenschaft* 13(2): 7-15. URL: https://wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggwaufs1_0313_Amelung.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

Amelung, VE; Zahn, TP (2009): Pay-for-Performance (P4P). Der Business Case für Qualität? [Stand:] Juni 2009. München: DxCG Gesundheitsanalytik. URL: http://www.inav-berlin.de/images/PDFs/p4p_der_business_case_fuer_qualitaet_studie_2009.pdf (abgerufen am: 25.01.2017).

Andrade, C (2020): Mean Difference, Standardized Mean Difference (SMD), and Their Use in Meta-Analysis: As Simple as It Gets. *Journal of Clinical Psychiatry* 81(5): 20f13681. DOI: 10.4088/JCP.20f13681.

Arel-Bundock, V; Greifer, N; Heiss, A (2024): How to Interpret Statistical Models Using marginaleffects for R and Python. *Journal of Statistical Software* 111(9): 1-32. DOI: 10.18637/jss.v111.i09.

Basu, A (2017): How to conduct meta-analysis: A Basic Tutorial. *PeerJ Preprints* 5: e2978v1. DOI: 10.7287/peerj.preprints.2978v1.

Bilotta, F; Lauretta, MP; Borozdina, A; Mizikov, VM; Rosa, G (2013): Postoperative delirium: risk factors, diagnosis and perioperative care. *Minerva Anestesiologica* 79(9): 1066-1076. URL: https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php [Download: PDF] (abgerufen am: 10.06.2026).

Biring, GS; Masri, BA; Greidanus, NV; Duncan, CP; Garbuz, DS (2007): Predictors of quality of life outcomes after revision total hip replacement. *The Journal of Bone and Joint Surgery: British Volume* 89(11): 1446-1451. DOI: 10.1302/0301-620x.89b11.19617.

BMG [Bundesministeriums für Gesundheit] (2021): Daten des Gesundheitswesens. 2021. Stand: November 2021. Berlin: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/220125_BMG_DdGW_2021_bf.pdf (abgerufen am: 20.08.2026).

BMG [Bundesministeriums für Gesundheit] (2025): Aufgaben und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung. Stand: 10.06.2025 Berlin: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html (abgerufen am: 10.06.2026).

vertraulich

Bottle, A; Parikh, S; Aylin, P; Loeffler, M (2019): Risk factors for early revision after total hip and knee arthroplasty: National observational study from a surgeon and population perspective. *PLoS One* 14(4): e0214855. DOI: 10.1371/journal.pone.0214855.

BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). URL: https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805372.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

BT-Drs. 19/26822 vom 19.02.2021. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). URL: https://dserver.bundestag.de/btd/19/268/1926822.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

Busse, R; Eckhardt, H; Geraedts, M (2020): Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland. Teil I, Kapitel 11. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J; Beivers, A; Hrsg.: *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg.* Berlin: Springer, 205-230. DOI: 10.1007/978-3-662-60487-8_11.

Cafri, G (2025): Why we should be prioritizing the average treatment effect on the treated over other estimands when evaluating drug and device safety. *American Journal of Epidemiology* 194(12): 3602-3608. DOI: 10.1093/aje/kwaf175.

Campbell, M; Katikireddi, SV; Sowden, A; McKenzie, JE; Thomson, H (2018): Improving Conduct and Reporting of Narrative Synthesis of Quantitative Data (ICONS-Quant): protocol for a mixed methods study to develop a reporting guideline. *BMJ: Open* 8: e020064. DOI: 0.1136/bmjopen-2017-020064.

Campbell, M; McKenzie, JE; Sowden, A; Katikireddi, SV; Brennan, SE; Ellis, S; et al. (2020): Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ* 368: l6890. DOI: 10.1136/bmj.l6890.

Collins, NJ; Roos, EM (2012): Patient-Reported Outcomes for Total Hip and Knee Arthroplasty: Commonly Used Instruments and Attributes of a "Good" Measure. *Clinics in Geriatric Medicine* 28(3): 367-394. DOI: 10.1016/j.cger.2012.05.007.

de Beer, J; Petruccelli, D; Adili, A; Piccirillo, L; Wismer, D; Winemaker, M (2012): Patient Perspective Survey of Total Hip vs Total Knee Arthroplasty Surgery. *The Journal of Arthroplasty* 27(6): 865-869.e5. DOI: 10.1016/j.arth.2011.12.031.

Deeks, JJ; Higgins, JPT; Altman, DG (2008): Analysing data and undertaking meta-analyses. Chapter 9. In: Higgins, JPT; Green, S; Hsrg.: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (Cochrane Book Series). Chichester: Wiley-Blackwell, 243-296. ISBN: 978-0-470-69951-5.

Donabedian, A (1968): Promoting Quality through Evaluation the Process of Patient Care. *Medical Care* VI(3): 181-202.

vertraulich

Donabedian, A (1988): The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA* 260(12): 1743-1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033.

Döring, N; Bortz, J (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer. ISBN: 978-3-642-41088-8.

Eckhardt, H; Smith, P; Quentin, W (2019): Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care. Part II, Chapter 14. In: Busse, R; Klazinga, N; Panteli, D; Quentin, W: *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.* (Health Policy Series, 53). Copenhagen: WHO [World Health Organization], 357-397. ISBN: 978-92-890-5175-0. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

Emmert, M; Eijkenaar, F; Kemter, H; Esslinger, AS; Schöffski, O (2012): Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *The European Journal of Health Economics* 13(6): 755-767. DOI: 10.1007/s10198-011-0329-8.

Flick, U (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 8. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. ISBN: 978-3-499-55694-4.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. [Stand:] 18.05.2017. Berlin: G-BA. BAnz AT 08.06.2017 B4. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2960/2017-05-18_Qualitaetsvertraege-Festlegung-Leistungsbereiche_BAnz.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017b): Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. [Stand:] 18.05.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4405/2017-05-18_Qualitaetsvertraege-Festlegung-Leistungsbereiche_TrG.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V. [Stand:] 21.06.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3377/2018-06-21_IQTIG-Beauftragung_Evaluation%20Qualitaetsvertraege.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer Übersicht geschlossener Qualitätsverträge. [Stand:] 19.11.2021. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5659/2021-11-19_IQTIG-Beauftragung_Erstellung-Uebersicht-geschlossene-Qualitaetsvertraege.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

vertraulich

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V. [Stand:] 21.07.2022. Berlin: G-BA. BAnz AT 10.08.2022 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5554/2022-07-21_Qualitaetsvertraege_weitere-Leistungsbereiche_BAnz.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V vom 21. Juni 2018: Umsetzung der Zwischenevaluation und Erstellung eines Ergebnisberichts. [Stand:] 18.03.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5354/2022-03-18_IQTIG-Beauftragung-Umsetzung-Evaluation-Qualitaetsvertraege.pdf (abgerufen am: 30.03.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022c): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. [Stand:] 21.07.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5549/2022-07-21_IQTIG-Beauftragung_Erweiterung-Evaluationskonzept-Versorgungsqualitaet.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022d): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V. [Stand:] 21.07.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8792/2022-07-21_Qualitaetsvertraege_weitere-Leistungsbereiche_TrG.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V vom 21. Juni 2018. [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6445/2024-01-31_IQTIG-Beauftragung_Evaluation-Qualitaetsvertraege_Aenderung.pdf (abgerufen am: 30.03.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung des IQTIG mit der Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V vom 21. Juli 2022. [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6443/2024-01-31_IQTIG-Beauftragung_Erweiterung-Evaluationskonzept-Versorgungsqualitaet_Aenderung.pdf (abgerufen am: 30.03.2026).

Gandek, B; Roos, EM; Franklin, PD; Ware, J. E. Jr. (2019a): A 12-item short form of the Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS-12): tests of reliability, validity and responsiveness. *Osteoarthritis and Cartilage* 27(5): 754-761. DOI: 10.1016/j.joca.2018.09.017.

Vertraulich

Gandek, B; Roos, EM; Franklin, PD; Ware, J. E. Jr. (2019b): Item selection for 12-item short forms of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS-12) and Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS-12). *Osteoarthritis and Cartilage* 27(5): 746-753. DOI: 10.1016/j.joca.2018.11.011.

GKV-SV [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2018): Vereinbarung über die verbindlichen Rahmenvorgaben nach § 110a Abs. 2 SGB V für den Inhalt der Qualitätsverträge nach § 110a Abs. 1 SGB V (Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung). [Stand:] 16.07.2018. Berlin: GKV-SV. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/qualitaetsvertraege/Rahmenvereinbarung_fuer_Qualitaetsvertraege_in_der_stationaeren_Versorgung_16.07.2018.pdf (abgerufen am: 30.03.2026).

GKV-SV [Spitzenverband Bund der Krankenkassen]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2024): Vereinbarung über die verbindlichen Rahmenvorgaben nach § 110a Absatz 2 SGB V für den Inhalt der Qualitätsverträge nach § 110a Absatz 1 SGB V (Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung) vom 16.07.2018, geändert durch 3. Änderungsvereinbarung vom 02.07.2024 [*Lesefassung*]. Berlin: GKV-SV. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/qualitaetsvertraege/Rahmenvereinbarung_fuer_Qualitaetsvertraege_in_der_stationaeren_Versorgung_Lesefassung_3._AendVb_02.07.2024.pdf (abgerufen am: 30.03.2026).

Gracie, TJ; Caufield-Noll, C; Wang, N-Y; Sieber, FE (2021): The Association of Preoperative Frailty and Postoperative Delirium: A Meta-analysis. *Anesthesia & Analgesia* 133(2): 314-323. DOI: 10.1213/ane.0000000000005609.

Guetterman, TC; Fetters, MD; Creswell, JW (2015): Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Annals of Family Medicine* 13(6): 554-561. DOI: 10.1370/afm.1865.

Haas, H; Grifka, J; Günther, KP; Heller, KD; Niethard, FU; Windhagen, W; et al. (2013): EndoCert®. Zertifizierung von Endoprothetischen Versorgungszentren in Deutschland. Stuttgart: Georg Thieme. DOI: 10.1055/B-9783131740816.

Hernán, MA; Robins, JM (2025): Causal Inference: What If. [Stand:] 07.10.2025. Boca Raton: Chapman & Hall. URL: https://static1.squarespace.com/static/675db8b0dd37046447128f5f/t/68e5466ee0e24211c8a38383/1759856238731/hernanrobins_WhatIf_7oct25.pdf (abgerufen am: 26.02.2026).

Holt, S; Schmiedl, S; Thürmann, PA (2010): Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List. *Deutsches Ärzteblatt International* 107(31-32): 543-551. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543.

Huntington-Klein, N (2025): The Effect. An Introduction to Research Design and Causality [*Web version*]. Second Edition. Boca Raton: CRC Press. URL: https://theeffectbook.net/index.html (abgerufen am: 30.03.2026).

vertraulich

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Konzept zur Durchführung und Ergebnisse eines Pilot-Workshops. Qualitätsverträge nach § 110a SGB V: Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus". Stand: 28.09.20218. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/qs-instrumente/q-vertraege/IQTIG-Qualitaetsvertraege_Konzept_2018-09-28.pdf (abgerufen am: 10.03.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Evaluationsplan. Arbeitsergebnisse im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Arbeitspaket F Nr. 3 und Arbeitspaket G Nr. 1 und 2. Stand: 25.10.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Abschlussbericht. [Stand:] 25.08.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Qualitaetsvertraege_Erweiterung-Evaluationskonzept_Abschlussbericht_2023-08-25_01.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Evaluation Qualitätsverträge. Arbeitsergebnisse im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2. Stand: 01.01.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/qs-instrumente/q-vertraege/IQTIG_Arbeitsergebnisse-EvalQV-APE-APF2_2024-02-09.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 30.03.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Evaluationskonzept zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Abschlussbericht. Stand: 01.01.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Evaluationskonzept-Qualitaetsvertraege_Abschlussbericht-mit-Addendum_2024-02-09.pdf (abgerufen am: 10.06.2026).

Kaiser, R (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. (Elemente der Politik). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-02478-9.

Kennedy, DM; Hanna, SE; Stratford, PW; Wessel, J; Gollish, JD (2006): Preoperative Function and Gender Predict Pattern of Functional Recovery After Hip and Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* 21(4): 559-566. DOI: 10.1016/j.arth.2005.07.010.

vertraulich

Kim, C; Colborn, KL; van Buuren, S; Loar, T; Stevens-Lapsley, JE; Kittelson, AJ (2021): Neighbors-based prediction of physical function after total knee arthroplasty. *Scientific Reports* 11: 16719. DOI: 10.1038/s41598-021-94838-6.

Klusen, N; Meusch, A; Piesker, J (2011): Pay for Performance – weder Königs- noch Holzweg. In: Klusen, N; Meusch, A; Thiel, E: *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, 89-116. ISBN: 978-3-8329-6257-9. URL: http://www.andreas-meusch.de/resources/Nomos31_p4p.pdf (abgerufen am: 19.02.2016).

Kuckartz, U; Rädiker, S (2022a): Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. Band 1, Teil 3 , Kapitel 32. In: Baur, N; Blasius, J: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, 501-516. ISBN: 978-3-658-37984-1.

Kuckartz, U; Rädiker, S (2022b): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa. ISBN: 978-3-7799-6231-1.

Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. (GESIS Survey Guidelines). Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. DOI: 10.15465/gesis-sg_010.

Lewis, GN; Rice, DA; McNair, PJ; Kluger, M (2015): Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia* 114(4): 551-561. DOI: 10.1093/bja/aeu441.

Liu, X-H; Zhang, Q-F; Liu, Y; Lu, Q-W; Wu, J-H; Gao, X-H; et al. (2023): Risk factors associated with postoperative delirium in elderly patients undergoing hip surgery. *Frontiers in Psychiatry* 14: 1288117. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1288117.

Lück, D; Landrock, U (2022): Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der quantitativen Sozialforschung. Band 1, Teil 3, Kapitel 33. In: Baur, N; Blasius, J; Hrsg.: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, 517-532. ISBN: 978-3-658-37984-1.

Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.

McGrory, BJ; Etkin, CD; Lewallen, DG (2016): Comparing contemporary revision burden among hip and knee joint replacement registries. *Arthroplasty Today* 2(2): 83-86. DOI: 10.1016/j.artd.2016.04.003.

Mikolajewicz, N; Komarova, SV (2019): Meta-Analytic Methodology for Basic Research: A Practical Guide. *Frontiers in Physiology* 10: 203. DOI: 10.3389/fphys.2019.00203.

Missmann, M; Grenier, J-P; Raas, C (2023): Modifiable factors influencing length of stay after total knee arthroplasty. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology* 33(5): 1565-1572. DOI: 10.1007/s00590-022-03306-y.

vertraulich

Mueller, M; D'Addario, M; Egger, M; Cevallos, M; Dekkers, O; Mugglin, C; et al. (2018): Methods to systematically review and meta-analyse observational studies: a systematic scoping review of recommendations. *BMC: Medical Research Methodology* 18: 44. DOI: 10.1186/s12874-018-0495-9.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): NICE Guideline NG97. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers [*Guidance*]. Published: June 2018, last reviewed: October 2025. [London]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2978-8. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109 (abgerufen am: 07.04.2026).

Nilsdotter, AK; Lohmander, LS; Klässbo, M; Roos, EM (2003): Hip disability and osteoarthritis outcome score (HOOS–validity and responsiveness in total hip replacement. *BMC: Musculoskeletal Disorders* 4: 10. DOI: 10.1186/1471-2474-4-10.

Niu, Y; Wang, Q; Lu, J; He, P; Guo, H-T (2025): Risk factors for postoperative delirium in orthopedic surgery patients: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine* 57(1): 2534520. DOI: 10.1080/07853890.2025.2534520.

Ogundeji, YK; Sheldon, TA; Maynard, A (2018): A reporting framework for describing and a typology for categorizing and analyzing the designs of health care pay for performance schemes. *BMC: Health Services Research* 18: 686. DOI: 10.1186/s12913-018-3479-x.

Orland, MD; Lee, RY; Naami, EE; Patetta, MJ; Hussain, AK; Gonzalez, MH (2020): Surgical Duration Implicated in Major Postoperative Complications in Total Hip and Total Knee Arthroplasty: A Retrospective Cohort Study. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 4(11): e20.00043. DOI: 10.5435/JAAOSGlobal-D-20-00043.

Pitta, M; Khoshbin, A; Lalani, A; Lee, LY; Woo, P; Westrich, GH; et al. (2019): Age-Related Functional Decline Following Total Knee Arthroplasty: Risk Adjustment is Mandatory. *The Journal of Arthroplasty* 34(2): 228-234. DOI: 10.1016/j.arth.2018.09.046.

Prokopetz, JJZ; Losina, E; Bliss, RL; Wright, J; Baron, JA; Katz, JN (2012): Risk factors for revision of primary total hip arthroplasty: a systematic review. *BMC: Musculoskeletal Disorders* 13: 251. DOI: 10.1186/1471-2474-13-251.

Raats, JW; van Eijsden, WA; Crolla, RMPH; Steyerberg, EW; van der Laan, L (2015): Risk Factors and Outcomes for Postoperative Delirium after Major Surgery in Elderly Patients. *PLoS One* 10(8): e0136071. DOI: 10.1371/journal.pone.0136071.

Roos, EM; Roos, HP; Lohmander, LS; Ekdahl, C; Beynnon, BD (1998): Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)—Development of a Self-Administered Outcome Measure. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 28(2): 88-96. DOI: 10.2519/jospt.1998.28.2.88.

Roos, EM; Lohmander, LS (2003): The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. *Health and Quality of Life Outcomes* 1(1): 64. DOI: 10.1186/1477-7525-1-64.

vertraulich

Rudolph, JL; Salow, MJ; Angelini, MC; McGlinchey, RE (2008): The Anticholinergic Risk Scale and Anticholinergic Adverse Effects in Older Persons. *Archives of Internal Medicine* 168(5): 508-513. DOI: 10.1001/archinternmed.2007.106.

Sadeghirad, B; Dodsworth, BT; Schmutz Gelsomino, N; Goettel, N; Spence, J; Buchan, TA; et al. (2023): Perioperative Factors Associated With Postoperative Delirium in Patients Undergoing Noncardiac Surgery. An Individual Patient Data Meta-Analysis. *JAMA: Network Open* 6(10): e2337239. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.37239.

Salheiser, A (2022): Natürliche Daten: Dokumente. Band 2, Teil 9, Kapitel 104. In: Baur, N; Blasius, J; Hrsg.: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, 1507-1522. DOI: 978-3-658-37984-1.

Schindler, M; Schmitz, S; Reinhard, J; Jansen, P; Grifka, J; Benditz, A (2022): Pain Course after Total Knee Arthroplasty within a Standardized Pain Management Concept: A Prospective Observational Study. *Journal of Clinical Medicine* 11(23): 7204. DOI: 10.3390/jcm11237204.

Skivington, K; Matthews, L; Simpson, SA; Craig, P; Baird, J; Blazeby, JM; et al. (2021): A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 374: n2061. DOI: 10.1136/bmj.n2061.

Veit, C; Hertle, D; Bungard, S; Trümner, A; Ganske, V; Meyer-Hofmann, B (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. [Stand:] 27.03.2012. Düsseldorf: BQS [Institut für Qualität & Patientensicherheit]. URL: https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/P4P-Gutachten-BQS.compressed.pdf (abgerufen am: 12.06.2026).

Wasserman, S; Faust, K (1994): Social Network Analysis: Methods and Applications. (Structural Analysis in the Social Sciences, 8). Cambridge: Cambridge University Press. ISBN: 978-0521-38707-1.

Wood, SN (2017): Generalized Additive Models. An Introduction with R. Second Edition. (Texts in statistical science). Boca Raton: CRC Press. ISBN: 978-1-4987-2833-1.

vertraulich