



rheinisch-westfälisches institut
für wirtschaftsforschung

Qualität – Was will die Politik, was erwartet die Kliniken?

30. Mai 2016

Prof. Dr. Boris Augurzky

Agenda



Bestandsaufnahme

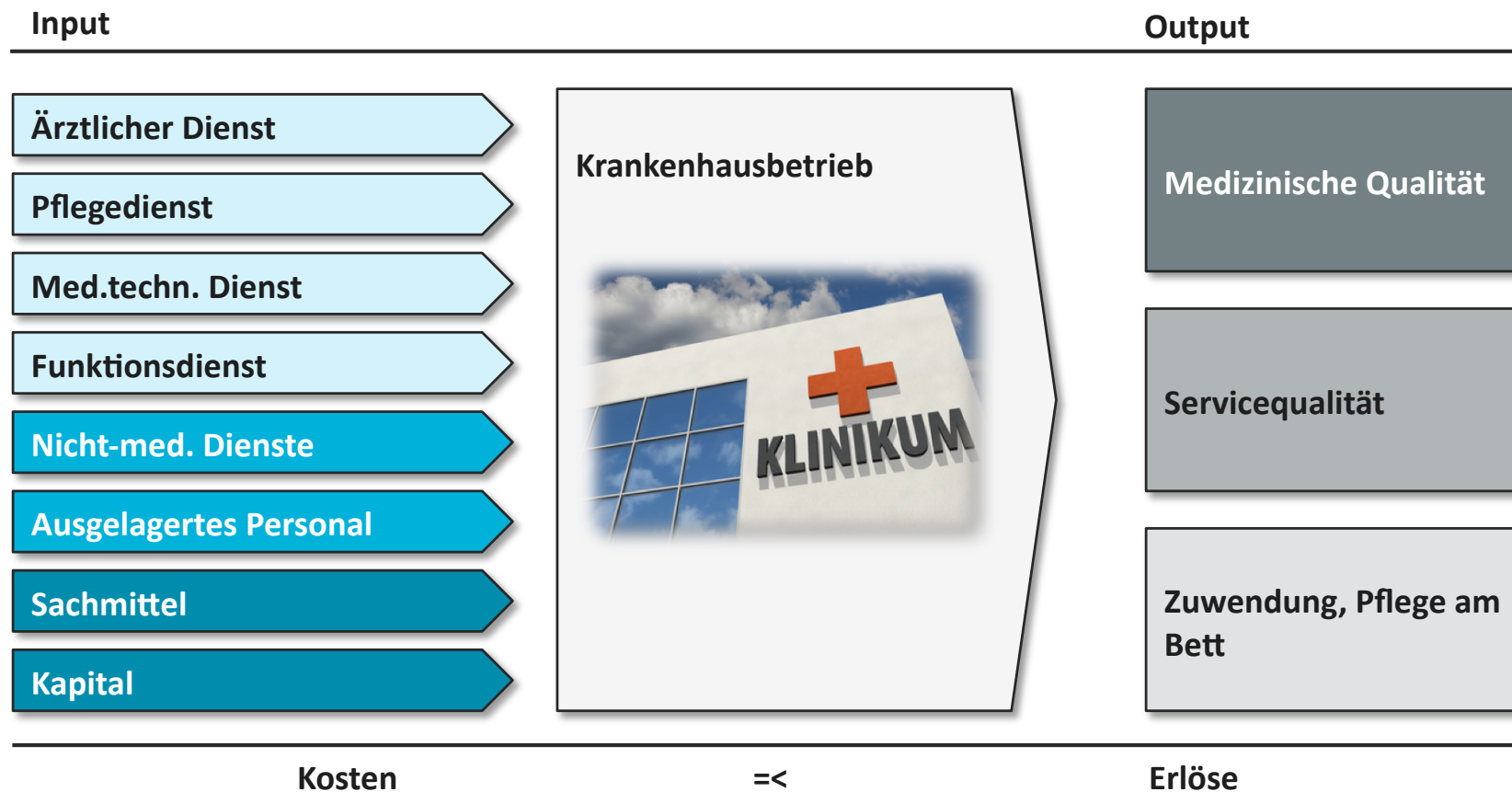
Was will die Politik?

Unternehmerische Impulse

Fazit

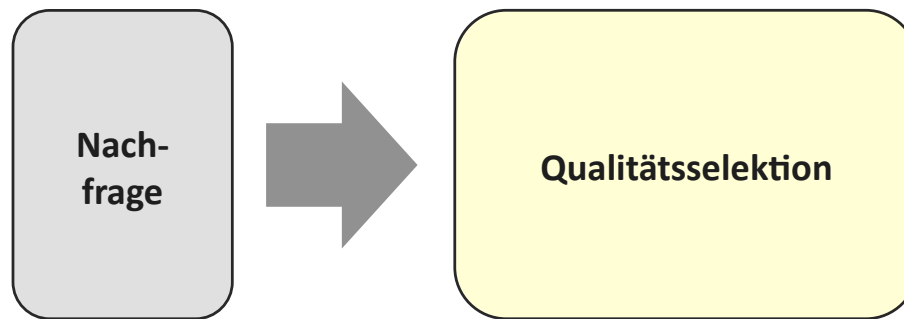
Ziel der Krankenhausversorgung ist medizinische Qualität

Unter Berücksichtigung der Budgetrestriktion „Kosten =< Erlöse“



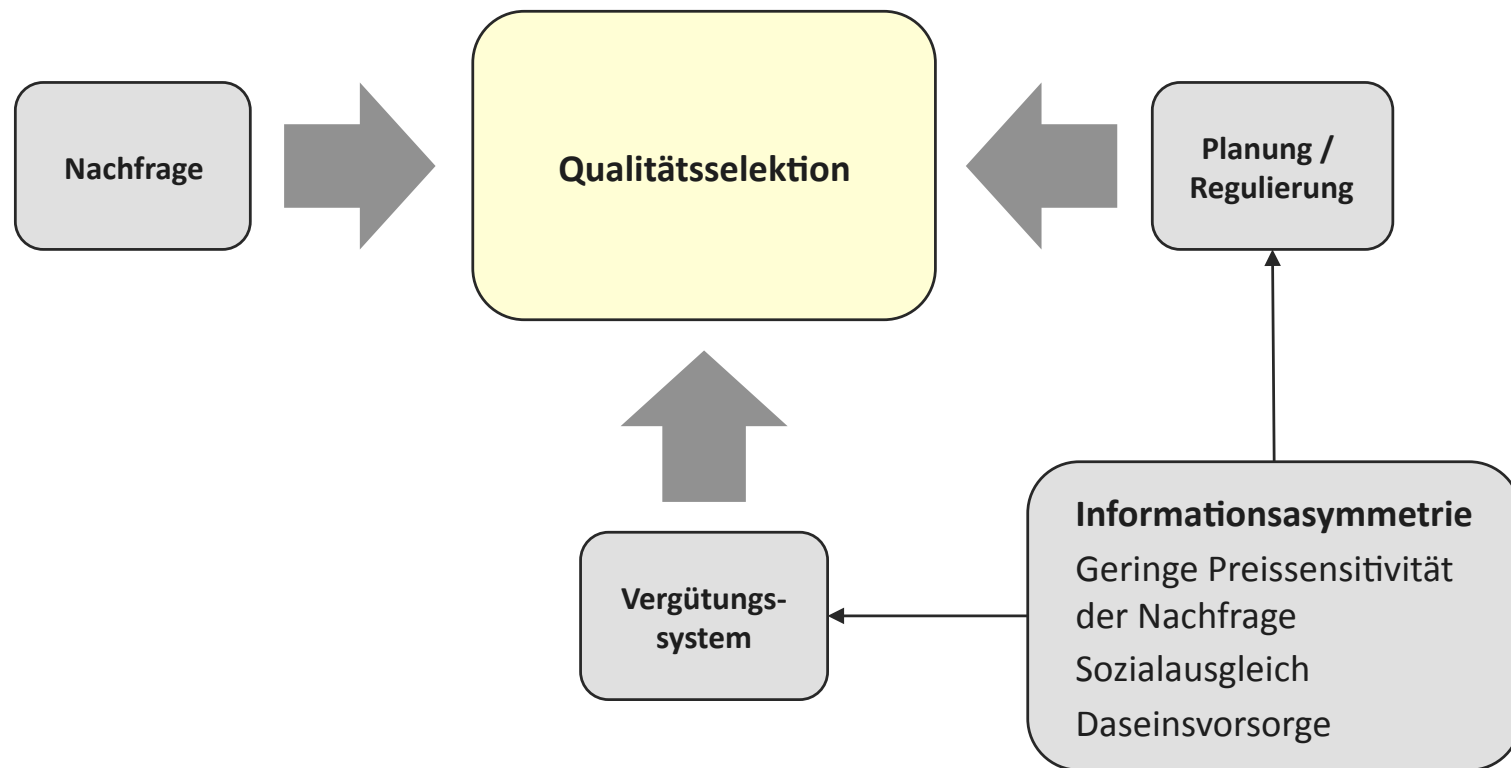
Aufgabe des Managements: **Optimale Kombination der Inputfaktoren**, um hohe Qualität und weniger Kosten als Erlöse zu erzielen

Auf freien Märkten erfolgt die Selektion von Qualität vor allem über die Nachfrage ...

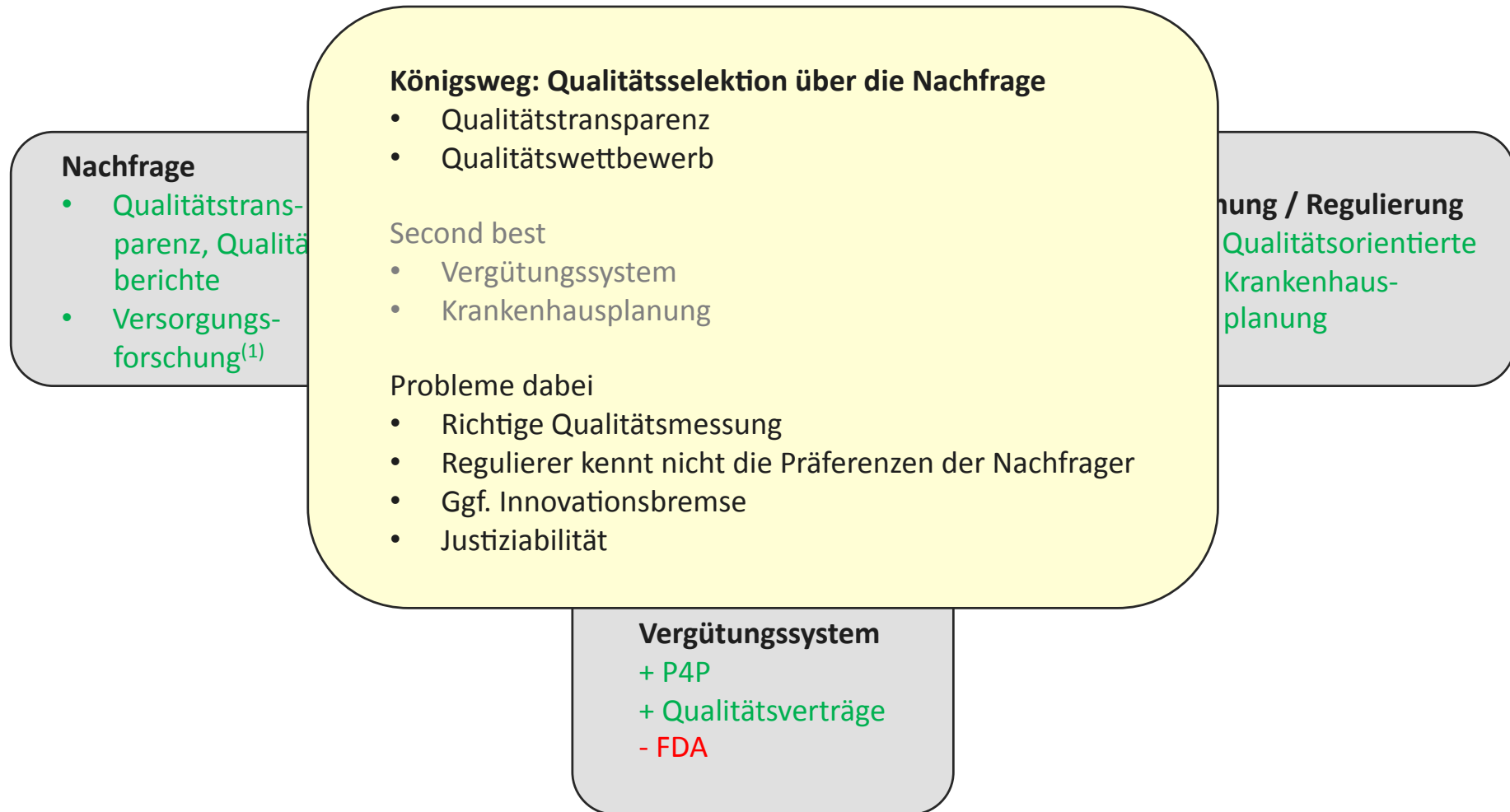


... im Krankenhausmarkt spielen weitere Elemente eine Rolle

Jedoch bisher jeweils nur schwach oder gar nicht ausgeprägt



Politik strebt eine Stärkung der drei Elemente an



(1) Über Innovationsfonds
Quelle: RWI

Qualitätstransparenz reduziert Informationsasymmetrie zwischen Patient und Leistungserbringer ...

... und erlaubt damit Reduktion von Regulierung

„Stiftung Warentest“ für Medizin

- Wissenschaftlich fundiert
- Einfach verständlich
- Standardisiert

Wer?

- IQTIG?
- IQM?
- SIQ?
- Weisse Liste?
- „Focus-Liste“?
- ...



Dabei üben schon wenige informierte Patienten Druck aus

Public Reporting

Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung



Positiver Zusammenhang
zwischen **Qualität** (nach QSR),
Patientenzufriedenheit (nach TK)
und **Spezialisierungsgrad** des
Krankenhauses

Spotlight Gesundheit
1/2016, Weiße Liste
und
BertelsmannStiftung

- **Rechenschaft gefordert:**
91 Prozent der Bürger sind dafür, dass Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet werden, ihre Qualität für jedermann verständlich offenzulegen
- **Transparenz hilft Patienten:**
81 Prozent der Befragten glauben, dass mehr Qualitätsangaben im Gesundheitswesen ihnen helfen würden, einen passenden Leistungsanbieter zu finden
- **Qualität verbessern:**
Es reicht ein relativ geringer Anteil aktiver Nutzer von Qualitätsinformationen, um den Druck auf alle Leistungserbringer zu erhöhen, ihre Qualität zu verbessern
- **Wettbewerb stärken:**
Public Reporting beeinflusst nicht nur Entscheidungen der Patienten, sondern stärkt auf vielfache Weise auch den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen und erhöht das Vertrauen in die medizinische Versorgung

Quelle: RWI; Weisse Liste; Krankenhaus Rating Report 2015

Agenda



Bestandsaufnahme

Was will die Politik?

Unternehmerische Impulse

Fazit

Das Krankenhausstrukturgesetz: eine der folgenreichsten Reformen seit Einführung der DRG



- 1 **Qualität** steigern
- 2 **Versorgungsstrukturen** optimieren
- 3 **Leistungsmengenzuwachs** begrenzen
- 4 **Pflege** am Bett stärken

Qualität im Mittelpunkt

Qualitäts**messung**

Qualitätskontrolle: unangemeldete **MDK-Kontrollen**

Qualitäts**transparenz**, neue Inhalte
Qualitätsberichte

Qualitäts**verträge**

Qualitätsorientierte **Vergütung**

Qualitätsorientierte **Krankenhausplanung**

Erster Schritt ist die Qualitätsmessung

(Eigene Einschätzung)

Welche Maße?	Welche Leistungen?	Wer ist für gemessene Qualität verantwortl.?	Welche Daten?
Ergebnisqualität ▪ Mortalität ▪ Wiedereinweisung ▪ Zuwendung, Pflege am Bett ▪ Service Indikationsqualität Prozessqualität Strukturqualität	Qualitätsmaße sind statistische Maße ▪ Erwartungswerte ▪ Varianzen Es können nur über Leistungen mit ausreichend großer Menge statistisch valide Aussagen getroffen werden Für kleine Mengen: normative Vorgaben	Patient ▪ Eigenschaften ▪ Verhalten, Compliance Krankenhaus Prästationäre Behandlung Poststationäre Behandlung ▪ Ambulante Weiterbehandlung ▪ Reha  Risikoadjustierung	Sektorenübergreifend Standardisierte Datenstruktur Standardisierte Erfassung Geringe Manipulationsanfälligkeit

Zweiter Schritt ist die Qualitätstransparenz (Eigene Einschätzung)



Wo?

- Internet
- Apps

Wie?

- **Laienverständlich**, jedoch durchaus **mehrdimensional** (Medizin, Pflege, Service)
- **Patientenspezifische Selektion** der Qualitätsinformation, d.h. bezogen auf ausgewählte Krankheit, nicht zum gesamten Leistungsspektrum (wie in den Qualitätsberichten)
Nur relevante Informationsmenge zeigen – bezogen auf spezifische Indikation
- Zeitreihen, nicht nur Momentaufnahme

Dritter Schritt: Qualitätsorientierte Vergütung

Qualitätsorientierte Vergütung grundsätzlich möglich, Beispiel USA

Hospital Value-Based Purchasing Program

- 2012 im DRG-System von **Medicare** eingeführt (50 Mio. Versicherte)
- **1%ige Abgabe der Krankenhäuser** auf DRGs 2013, ansteigend bis 2% 2017

Vergütungszuschlag bei

- **Qualität über dem Durchschnitt** oder
- **Qualitätsverbesserung** im Referenzzeitraum überdurchschnittlich

Qualitätskriterien

- Start mit hohem Gewicht für **Prozessqualität**
- Sukzessive Höhergewichtung der **Ergebnisqualität**

Anzahl Kriterien	2013	2014	2015	2016
Prozessqualität	12	13	11	8
Ergebnisqualität	0	3	5	8
Patientenzufriedenheit	8	8	8	8
Effizienz	0	0	1	1

Quelle: Völzke, Matthes und Mansky (2015)

Qualitätsorientierte Vergütung: Einwände (I)

Nur gemessene und vergütete Qualität wird angestrebt. Was nicht valide gemessen werden kann, bleibt auf der Strecke.

Denkbar. Im Gegenzug nimmt aber gemessene Qualität zu.
Kollateralschäden gibt es bei jedem regulierten Vergütungssystem.

Qualitätsabschläge führen bei betroffenem Krankenhaus in **Teufelskreis**: mangels Erlösen verschlechtert sich Qualität erst recht.

Deshalb gibt es Abschläge: sie dienen der Abschreckung.
ABER: **Abschläge nicht nötig**, sondern z.B. generell **1%-Abzug bei BFW** und **Zuschläge nur für überdurchschnittliche Qualität**

Krankenkassen können **günstig schlechte Qualität einkaufen** und damit ihre Ausgaben reduzieren.

Denkbar. Aber **auch Kassen stehen im Wettbewerb** untereinander → Transparenz darüber nötig, was Kassen für ihre Versicherten einkaufen.

Krankenhäuser bieten **schlechte Qualität zum Mindestpreis**, wenn höherer Deckungsbeitrag, als hohe Qualität zu hohem Preis.

Denkbar. Aber **deswegen gibt es Qualitätstransparenz**, sodass der Patient und die Öffentlichkeit darüber informiert sind.

Qualitätsorientierte Vergütung: Einwände (II)

Daseinsvorsorge in Gefahr, wenn in ländlichen Regionen mangels qualifiziertem Personal und hohen Fixkosten keine gute Qualität erzielt werden kann.

Denkbar. Dann ist die Frage zu beantworten, ob das Krankenhaus **versorgungsrelevant** ist. Wenn nein, kein Handlungsbedarf. Wenn ja, **Sicherstellungszuschlag**.

Ist ein Abschlag möglich, wenn **gemessene schlechte Qualität nicht signifikant vom Durchschnitt abweicht**?

Nein. Dann handelt es sich statistisch gesehen nicht um schlechte, sondern um durchschnittliche Qualität: **weder Zu- noch Abschlag**.

Qualitätsorientierte Vergütung **nicht justiziabel** ausgestaltbar.

Denkbar. **Statistik macht Aussage über große Stichproben, nicht über Einzelfälle**. Justiz muss aber Einzelfälle prüfen. Viele Klageverfahren machen das System ineffizient.

Qualitätsorientierte Vergütung ist machbar und nicht ungerecht
ABER: **Einfachheit geht vor Komplexität** → über konsequente **Qualitätstransparenz** und Abstimmung mit den Füßen ist schon so viel erreichbar, **dass P4P überflüssig würde**

Justiziabilität: Durchschnitt versus Einzelfall

Statistik kann es nicht jedem recht machen

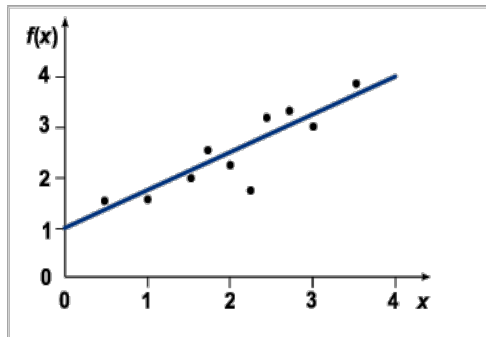
Ergebnisqualität wird mit **statistischen Methoden** gemessen

Statistik: Aussage über Durchschnitte, nicht über Einzelfälle

Justiz: beurteilt Einzelfälle

Statistik: Vorgaben wie z.B. Mindestmengen treffen auch qualitativ hochwertige Kliniken

Grund: Variation um den Durchschnitt herum



Normative Vorgaben nötig

Bei Themen wie z.B. Mindestmengen **nicht über statistische Analysen diskutieren, sondern normative Vorgaben setzen**

Beispiel Straßenverkehr

In der Stadt gilt Tempo 50, auch wenn es manche Autofahrer gibt, die mit Tempo 60 besser fahren als andere mit Tempo 40

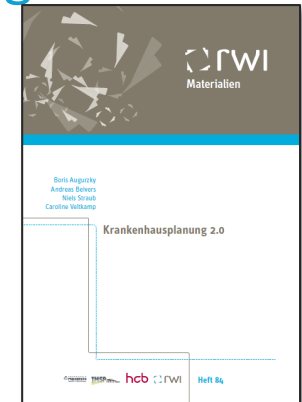


Parallel: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

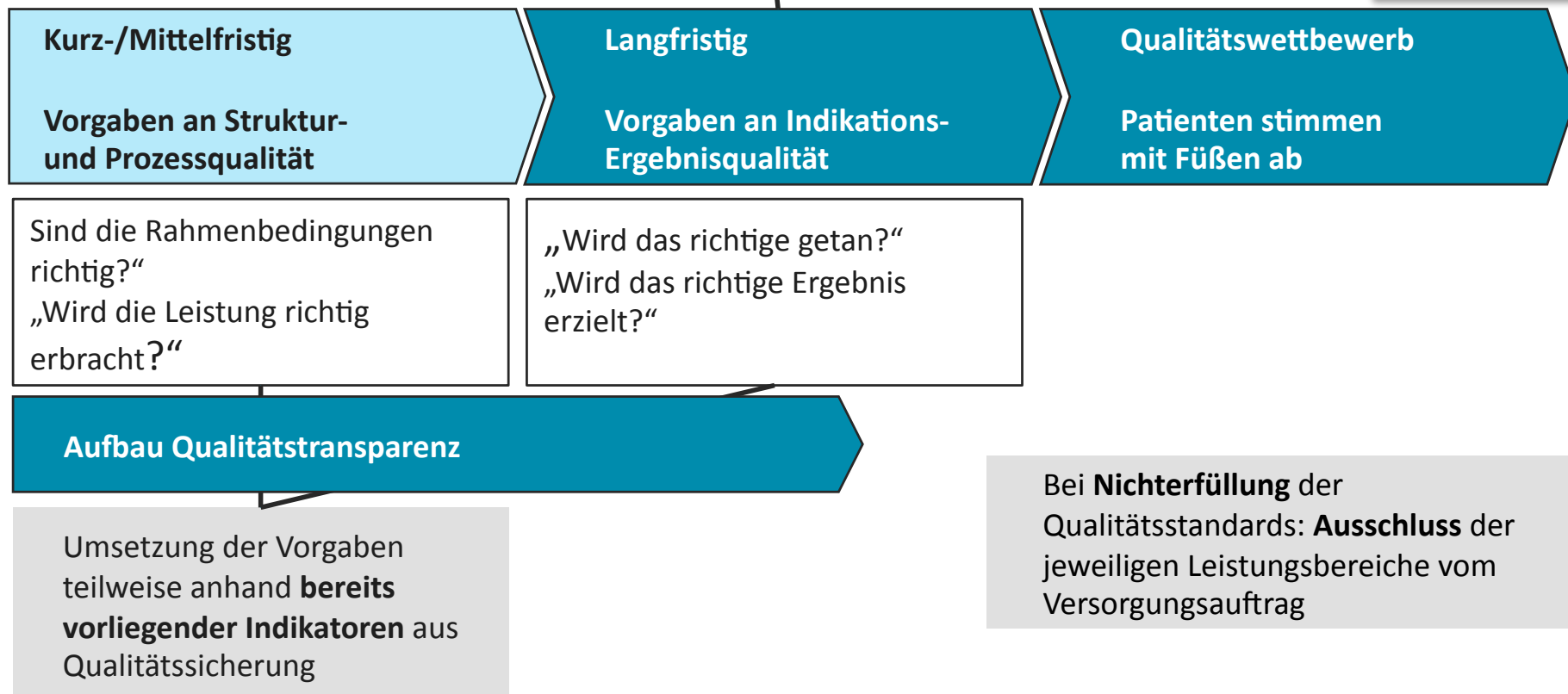


Welche Qualitätsmaße?	Struktur Prozess Ergebnis (Indikation)
Eigenschaften der Maße? (Aussage IQTIG)	Praktikabilität Effektivität Justiziabilität
Wer definiert Maße?	GBA plant und entwickelt planungsrelevante Qualitätsindikatoren Automatisch Gegenstand der Krankenhausplanung, jedoch Opt out des Landes möglich

„Krankenhausplanung 2.0“: Qualität in der Krankenhausplanung als ergänzende Maßnahme



Patientennutzen: medizinische Qualität
als herausragendes Kriterium für Auswahl
des Krankenhauses

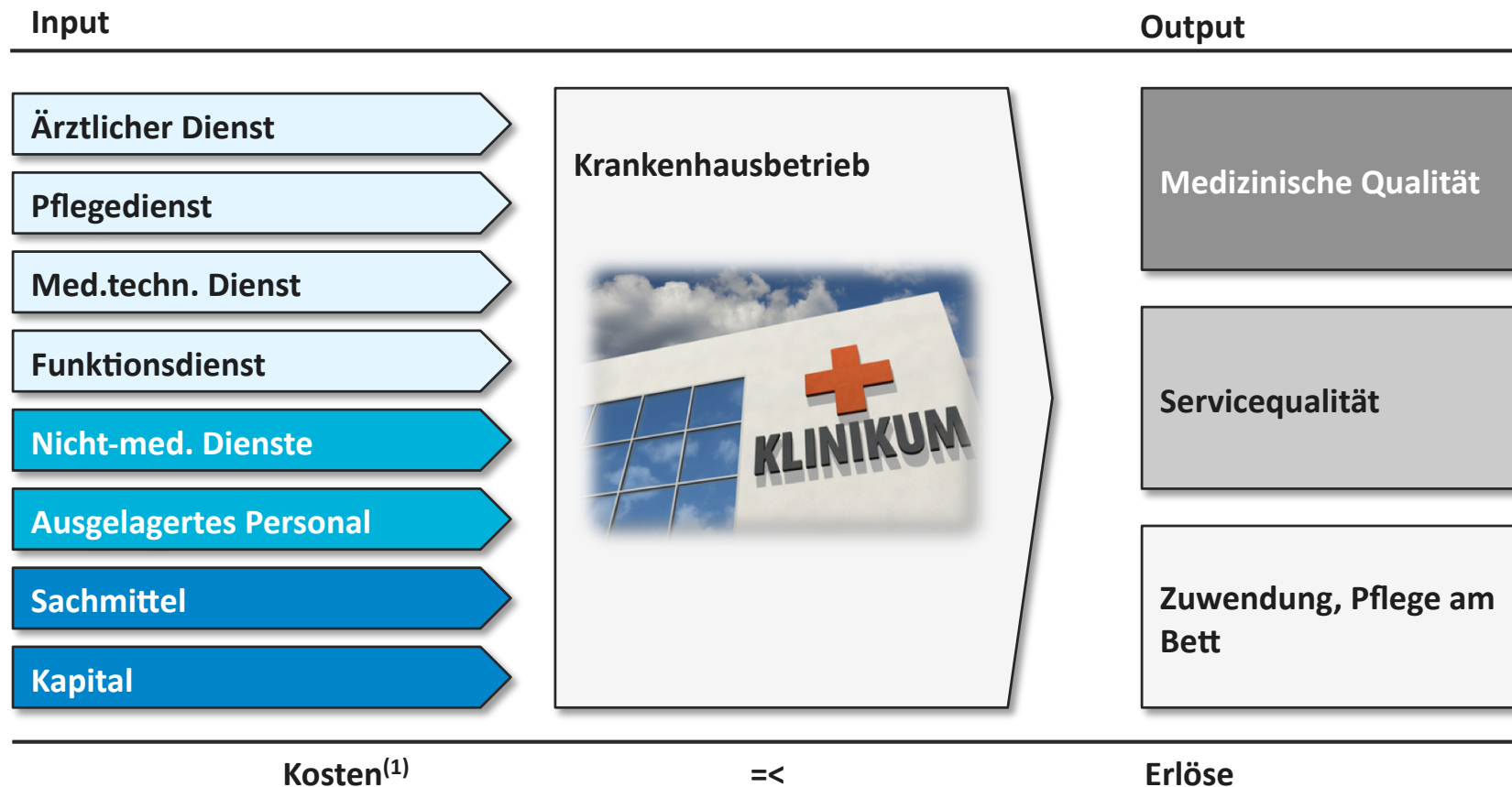


Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb

Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

Ursachen der Fehlversorgung	Qualität gut 	Qualität schlecht 
Erreichbarkeit nicht gefährdet 	Kein Handlungsbedarf <i>(Belohnung von besonders guter Qualität)</i>	Qualitätsauflagen, sonst Entzug des Versorgungsauftrags <i>(kein Preisabschlag für schlechte Qualität)</i>
Erreichbarkeit gefährdet 	Prüfung alternativer Versorgungskonzepte, sonst Sicherstellungs- zuschlag	Auflagen zur Qualitätssteigerung Rekrutierung anderer Leistungserbringer prüfen

Dabei nicht aus den Augen verlieren: Ziel muss immer Ergebnisqualität sein – nicht Strukturen um der Strukturen willen



Wie Qualität erreicht wird, ist Aufgabe des Managements, nicht der Politik

(1) Inklusive Kapitalkosten
Quelle: RWI

Mit Bedacht gewählte Strukturvorgaben können jedoch sinnvoll sein

Beispiel für sinnvolle Strukturvorgaben...

... in der **Notfallversorgung**

- Vorhalteleistungen
- idealerweise Finanzierung der Vorhalteleistungen, nicht der Fälle
- Financier kauft konkrete Vorhalteleistungen ein (→ Strukturvorgaben)

... für **Zentrumsbezeichnungen**

Aber Vorsicht, nicht übertreiben!

Caracalla-Thermen im alten Rom, 216 n. Chr.

- Für rund 2.000 Badegäste
- Perfekt ausgeklügeltes Heizsystem
- Unter der Anlage arbeiteten mehrere hundert Sklaven an Öfen

Bei Vorgabe einer **Mindestbesetzung „Arbeiter je Badegäste“** dürfte es heute keine Badeanstalten geben



**Es gibt Innovationen, die alles verändern können, auch in Dienstleistungsbranchen
Strukturvorgaben können von Besitzstandswahrern missbraucht werden!**

Hoher FDA bremst angestrebten Qualitätswettbewerb aber zum Teil aus

Ziele: Krankenhäuser mit hoher Qualität sollen

- im Wettbewerb **Patienten gewinnen**
- eine **höhere Vergütung** erhalten
- in der **Krankenhausplanung bevorzugt** werden

Aber: Hoher **Fixkostendegressionsabschlag bestraft Gewinner** im Qualitätswettbewerb durch Preisabschläge

Überlegung

- Innerhalb einer Region Patientenzuwachs von einzelnen Krankenhäusern mit Patientenrückgang von anderen Häusern gegenrechnen
- Problem: Abgrenzung der Region

Agenda



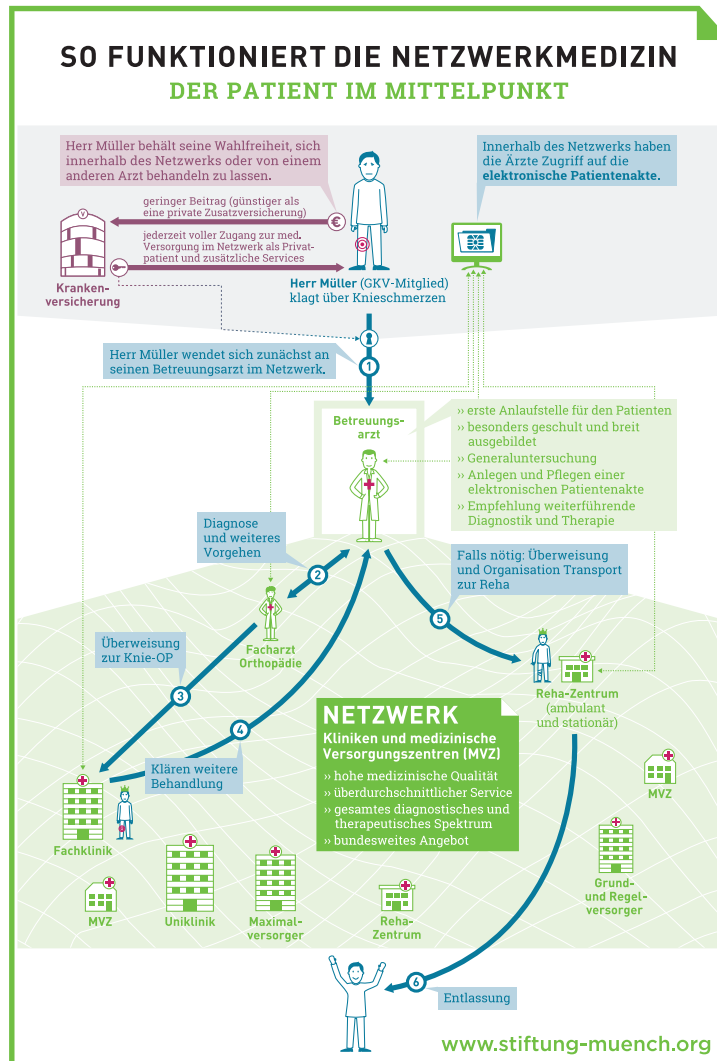
Bestandsaufnahme

Was will die Politik?

Unternehmerische Impulse

Fazit

Netzwerkmedizin als unternehmerischer Impuls zur Intensivierung des Qualitätswettbewerbs



Modell der integrierten Versorgung

Einschreibemodell, jedoch Krankenversicherung separat, nicht HMO

- **Zusatz-PKV**: Preisniveau günstiger als herkömmliche Zusatz-PKV
- **IV-Vertrag** mit GKV

Leistungen

- Volle, nicht-rationierte Leistung
- Auf dem aktuellen Höchststand der medizinischen Kunst
- Qualitäts- und Versicherungsstandards

Voraussetzungen für Netzwerkmedizin

- 1 Flächendeckung
- 2 Qualitätsführerschaft
- 3 Trennung von Versicherung und Leistungserbringung
- 4 Digitalisierung
- 5 Steuerung im Netzwerk
- 6 Neue Berufsbilder
- 7 Kontroll- und Unterstützungsfunktionen
- 8 Wettbewerb der Netzwerke



Flächendeckung

Flächendeckendes Netz von Leistungserbringern

- Zunächst Klinken verschiedener Versorgungsstufen
- Später auch ambulanter Anbieter

Zugänge zum Netzwerk

- **Zusatzversicherung**, deren Beitrag unter dem einer privaten Zusatzversicherung liegt, Wahlfreiheit des Arztes und der Klinik bleibt bestehen
- **Einschreibemodell** bei einer gesetzlichen Krankenkasse, Wahlfreiheit teilweise eingeschränkt

„Wenn nur 5 bis 10 Prozent der Patienten die Leistungen eines Netzwerks in Anspruch nehmen, führt dies bereits zu erheblichen Marktveränderungen“

Qualitätsführerschaft im Netzwerk

Zusatz-PKV oder Einschreibemodell genügt nicht

Leistungserbringer des Netzwerks müssen sich **durch Qualität und Service vom Markt abheben** → Qualitätsführerschaft anzustreben

Qualitätsführerschaft erfordert im Netzwerk

- Definition von Qualität
- Qualitätsmessung und -transparenz
- Digitalisierung
- Qualitätsorientierter Ein- und Austritt
- Qualitätsorientierte Steuerung
- Qualitätsorientierte Vergütung
- Versorgungsforschung
- Monitoring

Netzwerk als qualitätsorientierter Teilmarkt

Trennung von Versicherung und Leistungserbringung

Ziel: Wahrung der unterschiedlichen Interessen von Patienten und Beitragszahlern

Versicherungskonzepte

- Betriebliche Zusatz-PKV: Betriebe und Versicherer sind Vertragspartner
- Einschreibemodell über Selektivvertrag (IV-Vertrag) mit einer GKV: ein oder mehrere GKVen schließen Selektivvertrag mit Netzwerk
- Selektivvertrag plus ergänzende Zusatz-PKV (Kombination beider Modelle)

Zusatz-PKV als Sonderleistung, die das Netzwerk eingeschriebenen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen gewährt. Die Zusatzversicherung könnte z.B. die im GKV-System implizit rationierten Leistungen abdecken, während übliche GKV-Leistungen über Selektivvertrag abgerechnet werden. So kann volle, uneingeschränkte und nicht priorisierte Leistung überall und jederzeit auf dem jeweils aktuellen Höchststand der medizinischen Kunst ermöglicht werden.

Digitalisierung

Elektronische Patientenakte (ePA)

- Informationen des jeweiligen Leistungserbringers
- Komplette medizinische Vergangenheit eines Patienten über alle Stationen seiner Behandlung
- Voraussetzung für optimale Steuerung und Versorgungsforschung
- Zugriff auf ePA: Alle Ärzte des Netzwerks und Patienten selbst

Telemedizinische Vernetzung: Experten anderer Kliniken über telemedizinische Vernetzung hinzuziehen

Künstliche Intelligenz zur Unterstützung ärztlicher Leistungen

→ Effizientere Diagnostik und Therapie, Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen und gefährlicher Fehlmedikationen/-diagnosen

Netzinterne Steuerung ...

Im Netzwerk gibt es **sämtliche Versorgungsstufung**

- Ambulante Versorgung
- Grundversorgung
- Spezialversorgung
- Universitäre Spitzenmedizin

Ziele für den Patienten

- Die richtige Versorgungsstufe finden
- Den richtigen Experten finden
- Reibungslose Übergänge an den Versorgungsschnittstellen schaffen

Betreuungspersonen / -arzt für den Patienten

- Begleitung des Patienten durch Betreuungsperson / -arzt mit breiter Ausbildung und kommunikative Fähigkeiten
- Netzinternes digitales Steuerungssystem, um Patienten Anbieter vorzuschlagen, dessen Leistungsangebot, Spezialisierung und Distanz am besten passt

... erfordert neue Berufsbilder

Generalisten als Gesundheitsmanager → Betreuungsärzte

- Breite Ausbildung
- Hohen kommunikative Fähigkeiten
- Managementfähigkeiten

Spezialisten in den Versorgungszentren

Ärztliche Ausbildung

- Anpassung der Ausbildung an die ärztlichen Tätigkeiten der Zukunft
- Nutzung digitaler Möglichkeiten
- Aufwertung der Allgemeinmedizin
- Lehrstühle für die ambulante Versorgung

Kontroll- und Unterstützungsfunktionen zur dauerhaften Sicherung der Qualitätsführerschaft

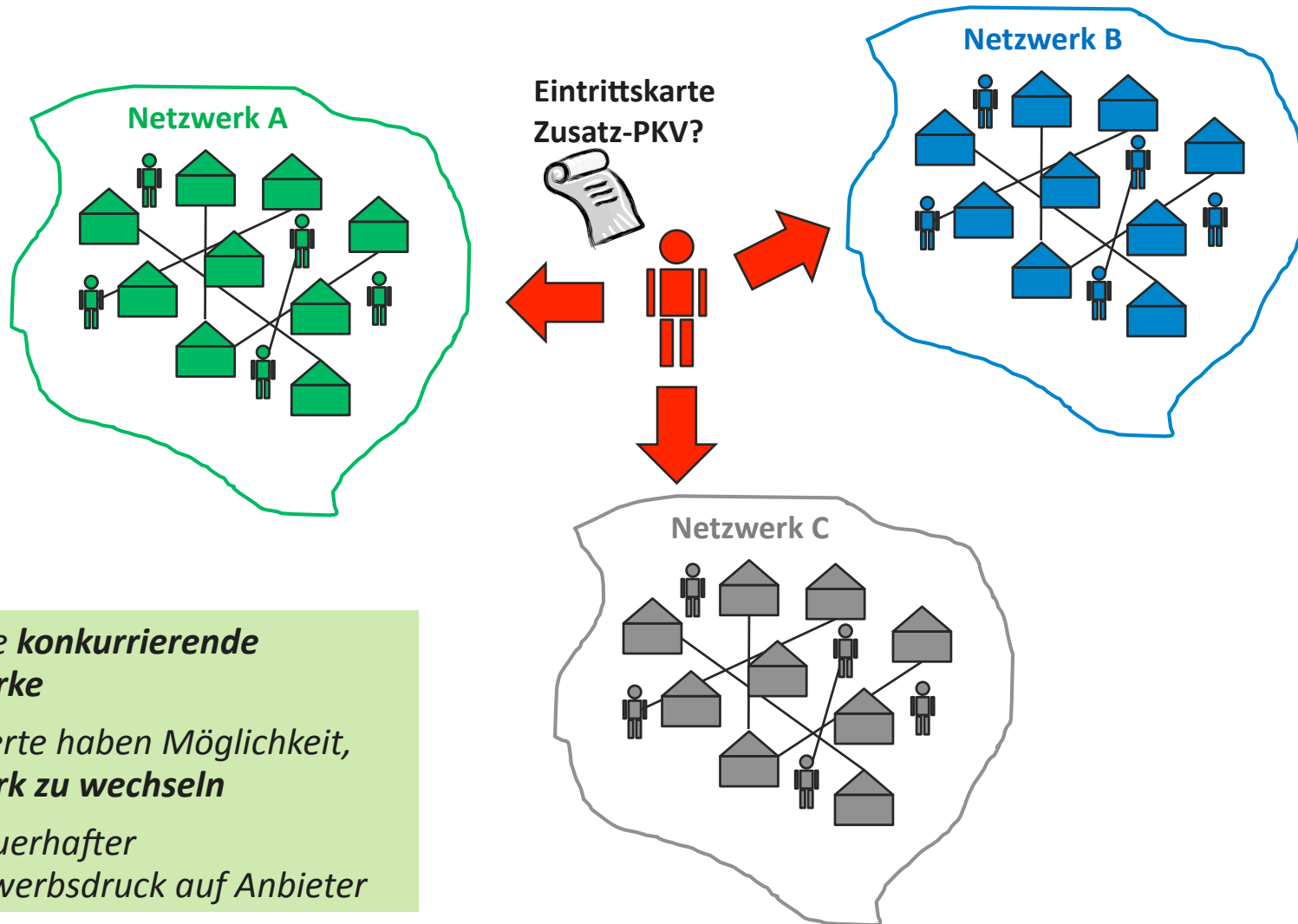
Starke **Patientenorganisationen** und kritische **Medien** stärken Interessen des Patienten

Wettbewerb der Netzwerke

Staat als unabhängiger Regulierer und Wächter

- Regelung und Überwachung des Datenschutzes bei Zugriff auf Patientenakten
- Kartellrechtliche Kontrolle der bundesweiten Netzwerke, von denen keines zu groß und mächtig werden darf

Wettbewerb der Netzwerke



*Mehrere konkurrierende
Netzwerke*

*Versicherte haben Möglichkeit,
Netzwerk zu wechseln*

*Ziel: Dauerhafter
Wettbewerbsdruck auf Anbieter*

Agenda



Bestandsaufnahme

Was will die Politik?

Unternehmerische Impulse

Fazit

Zusammenfassung (I)



Auf freien Märkten stellt sich **Qualität über Wettbewerb** ein
Gesundheitsmarkt jedoch geprägt durch

- große **Informationsasymmetrie**
- Geringe Preissensitivität der Nachfrage
- Sozialausgleich
- Daseinsvorsorge

Daher **politische Eingriffe zur Förderung des Qualitätswettbewerbs sinnvoll**, Politik kann

- **Standards** setzen und
- systemimmanente **Widerstände** gegen Transparenz brechen

KHSG geht diesen Weg

- Qualitätsmessung
- Qualitätstransparenz
- Qualitätsorientierte Vergütung
- Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Zusammenfassung (II)



Nichts davon ist jedoch trivial: Große **Herausforderungen an Methodik und Daten**

Bei Qualitätsmessung

- **Bestehendes nutzen**; das Rad nicht neu erfinden!
- Saubere **Qualitätsmessung geht vor Menge** an Qualitätsmaßen!

Qualitätsorientierte Vergütung ist machbar

- ABER: Einfachheit geht vor Komplexität
- Wird über **Qualitätstransparenz** „Abstimmung mit Füßen“ erreicht, würde **P4P überflüssig**

Nicht aus den Augen verlieren: **Ziel ist immer Ergebnis- und Indikationsqualität**

- Vorgaben zur **Prozess- und Strukturqualität sind nur Behelfsgrößen**
- Strukturvorgaben können als **Innovationsbremse** wirken und zur Besitzstandswahrung missbraucht werden
- Strukturvorgaben müssen realisierbar sein (personell, finanziell)

Nicht zu vergessen: Aufgabe des Managements ist optimale Kombination der Inputfaktoren, um hohe Qualität zu erzielen; **dies ist nicht Aufgabe der Politik!**

Ergänzung: **Netzwerkmedizin** als unternehmerischer Impuls zur Erhöhung des Qualitätswettbewerbs

Erwartungen



Langer Weg bis zur Umsetzung der Qualitätsziele

Qualitätsmessung bis 2019 (?)

- **Nicht für 100% der Leistungen möglich**, evtl. für zwei Drittel
- Starke **Zunahme der Transparenz**
- **Abstimmung mit den Füßen**, Wettbewerb nimmt zu

Qualitätsorientierte Vergütung bis 2020 (?) – wenn überhaupt

- P4P ist komplex und muss justiziabel sein
- In Deutschland **kein dominanter Akteur wie Medicare** in USA, der qualitätsorientierten Selektivvertrag mit Ausschluss von Kollektivvertrag fordern kann
- P4P nicht nötig, wenn Abstimmung mit Füßen klappt

Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

- Unterschiedlich in den Bundesländern
- Zur Nutzung von Strukturvorgaben, um darüber Marktbereinigung zu beschleunigen

Nicht Verwenden

Gesundheitsversorgung zum Teil ungünstig aufgestellt

Großzügige Versorgungsdichte und Erreichbarkeit	Vergleichsweise niedrige Preise	Kassen: kein langfristiges Handeln , kostenorientiert, Nutzen untergeordnet, wenig Prävention
Optimierung nur innerhalb der Sektoren, aber schlechte Versorgung an den Übergängen	Viele Ärzte , weiter steigend, aber teils ungünstige regionale Verteilung von Niedergelassenen	Bislang schwierige wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, unterinvestiert
Geringe Patientenzentrierung , Qualität nicht immer im Mittelpunkt	Viele Patienten , weiter steigend	Wenig unternehmerische Freiheit , um Neues auszuprobieren
Geringe Qualitätstransparenz , Geringe Kenntnisse über Effektivität der Versorgungsangebote	Knappheit an Fachkräften	Strategisches Ausnutzen der Regulierung zum Bestandsschutz „Bestandsschutz vor Innovation“
Geringe Steuerung im System	Geringer Einsatz elektronischer Medien (ePA, eRezept, ...), schwache IT-Strukturen	Geringe Marktdynamik , wenig Spielraum für Ausprobieren, „Alle-gleich“-Ideologie des SGB

Unternehmerische und politische Impulse nötig

Chancen und Risiken der qualitätsorientierten Krankenhausplanung

Chancen

Beschleunigung des **Strukturwandels**

Weiterentwicklung zur qualitätsorientierten
(sektorenübergreifenden) Versorgungsplanung

Optimierung der **Notfallversorgung**

Reduktion der Informationsasymmetrie zwischen
Leistungserbringer und Patient

Risiken

Strukturvorgaben können **Innovationen bremsen** und
Fachkräftemangel erhöhen

Versorgungssicherheit: vereinzelt stellt sich die Frage:
Minderqualität oder keine Versorgung?

Nicht erfüllbare Vorgaben, wenn Entscheider und
Financier nicht identisch

DKI: Gegenwärtig geringe Durchdringung der Krankenhausplanung mit Qualitätsvorgaben

Dort, wo Qualität eine Rolle spielt, ...

... inhaltlich große Heterogenität von Qualitätsvorgaben

... **Dominanz von Strukturkriterien** (Personal, Mengen, Ausstattung etc.)

... keine **länderübergreifende Vergleichbarkeit** von Qualitätsvorgaben

... keine systematische Auswahl oder Priorisierung von Themen

... **geringe Evidenzbasierung**

... keine gezielte Adaption von Leitlinien an die Krankenhausplanung

... **keine Berücksichtigung von Machbarkeits-, Praktikabilitäts- und Finanzierungsaspekten**



Vorgaben für die Notfallversorgung

Vorgaben an die Strukturqualität:

- a Verbindliche **Strukturanforderungen** für Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung
- b **Zuständigkeiten** ambulant, stationär und Rettungsdienst regeln, dabei Einbindung des kassenärztlichen Bereitschaftsdiensts
- c Finanzierung der Vorhaltekosten **gegebenenfalls durch Sicherstellungszuschläge**

Vorgaben an die Prozessqualität:

- d **Symptombasierte Kriterien** für die individuelle Notfallbehandlung des Patienten

Abgrenzung des Notfalls im DRG-System:

- e Notfallleistungen mit **Zusatzkennzeichnung in der DRG-Kodierung** zur Ermittlung kostendeckender Vergütungssätze

Verbindliche Strukturanforderungen für Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung

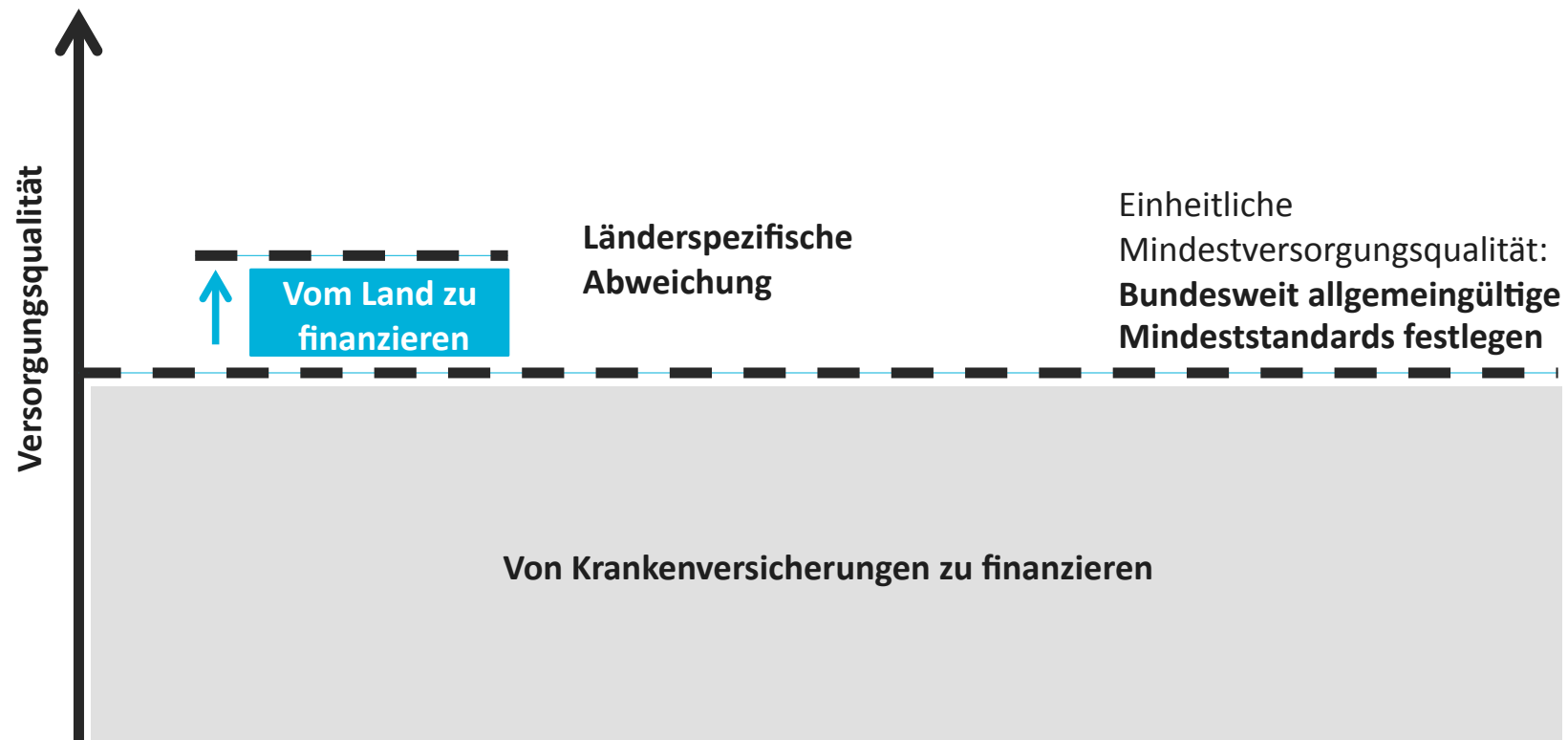
Generell	Personell	Apparativ
Anbindung an Rettungsdienst 24h-Bereitschaft an allen Tagen Mindestanzahl von ambulanten und stationären Notfällen Zentrale, interdisziplinäre Notaufnahme Hubschrauberlandeplatz Nachweispflicht + Qualitätssicherung Einbindung in planerisch etablierte telemedizinische Netzwerke für die Notfallmedizin Kostenrechnerische Nachweise für die Finanzierungssituation in der Notfallversorgung	24h-Vorhaltung von erfahrenen Ärzten auf fachärztlichem Niveau Intensivmedizinisch weitergebildetes und erfahrenes Pflegepersonal Verfügbarkeit eines pädiatrischen und/oder neurologischen Konsils innerhalb von 60 Minuten Fachärztliche Behandlungsexpertise aus konservativen und operativen Fachgebieten zur Weiterversorgung	24h-Vorhaltung von intensivmedizinischen Kapazitäten Labordiagnostik Röntgendiagnostik Schockraum Ultraschall Diagnostik für Bauch, Herz, Lunge und Gefäße Endoskopische Sofort-diagnostik und -therapie Versorgungsmöglichkeiten für Infarktpatienten

Ausschluss von Einrichtungen, die Strukturanforderungen nicht erfüllen

Quelle: Augurzky (2013), Beivers, Lindl (2013)

Dabei bundesweit einheitliche Vorgaben einführen

Eigenfinanzierte länderspezifische Abweichungen aber möglich



Grund- und Regelversorgung klar definieren

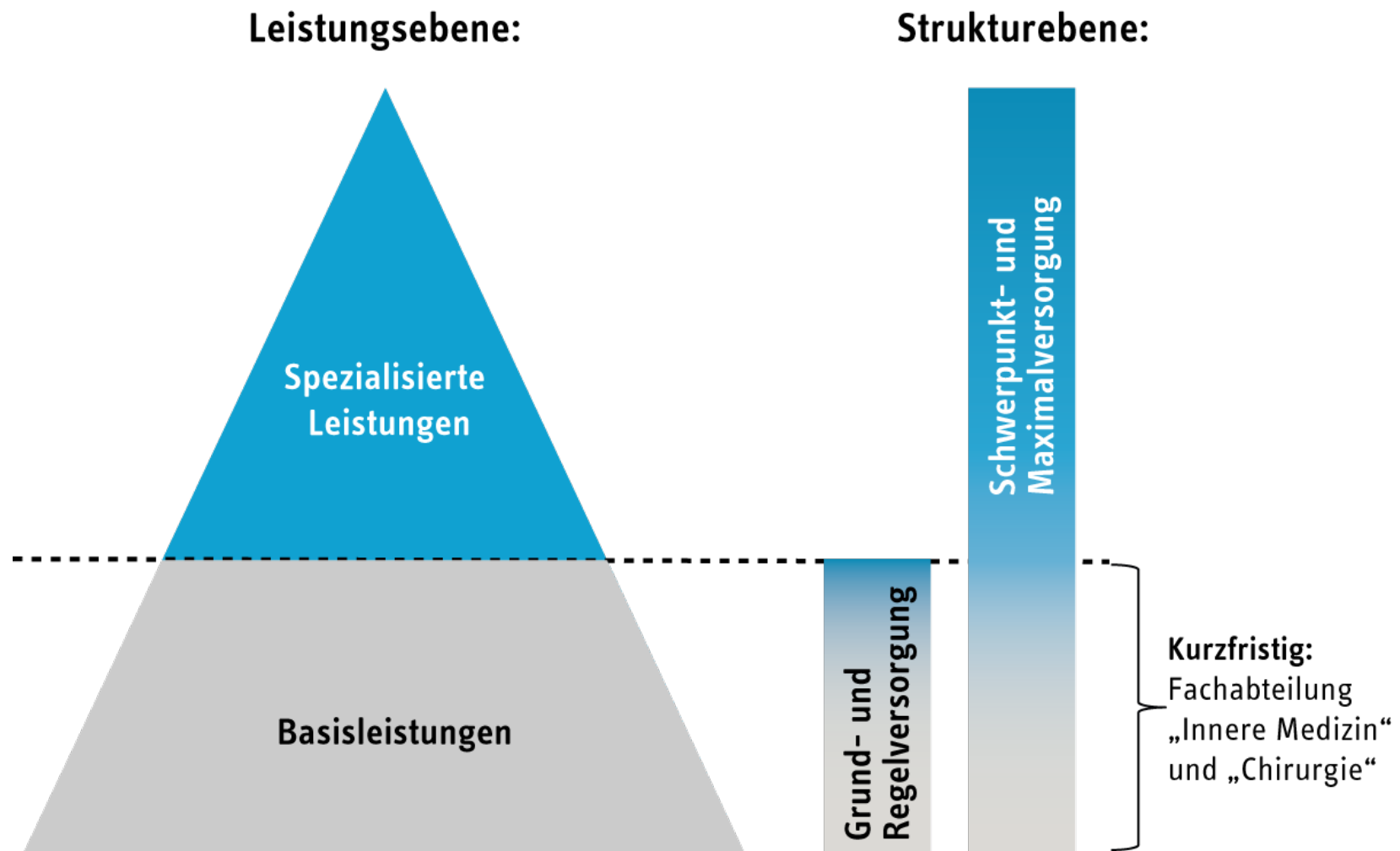
Abgrenzung in

- **Grund- und Regelversorgung** (Basis)
- Schwerpunkt- und Maximalversorgung (Spezial)

Definition der Grund- und Regelversorgung

- **Kurzfristig**
 - Kliniken mit den Abteilungen „**Innere Medizin**“ und „**Allgemeine Chirurgie**“
 - In Deutschland 1.311 Standorte (2012)
- **Langfristig**
 - leistungsspezifische Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung
 - Algorithmus zur **Einstufung in Basis- und Spezialleistungen** (Bsp. Schweizer Modell)

Zunächst einfache Abgrenzung



Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb

Langfristig genauere Abgrenzung – Beispiel Schweiz

Einstufung nach Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) für Akutsomatik

Seit 2012 in der **Mehrzahl der Schweizer Kantone** zu

- Planungszwecken und
- Erhöhung der Leistungstransparenz

Höhere Aggregate als ca. 1.000 Swiss-DRG

Medizinisch (nicht wirtschaftlich) homogene **Gruppen von 146 Komplexen**

Fälle eindeutig zugeordnet

- entweder **Basispaket (BP)** mit spezifischen Strukturqualitätsparametern
- oder **145 einzelne SPLG** in verschiedenen medizinischen Disziplinen mit hohem Detaillierungsgrad der Anforderungen, wie z.B. fachärztliche Verfügbarkeiten

Einteilung nach Fallkodierung mittels Operationen-Codes (CHOP) und Diagnosecodes (ICD) mit Hilfe eines Algorithmus der Gesundheitsdirektion Zürich⁽¹⁾

Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse möglich

(1) Auf Basis eines jährlich aktualisierten Kodierhandbuchs, proprietäre Grouper-Software
Quelle: Gesundheitsdirektion Zürich (2012)

1. Einstufung in Basispaket (BP)

Überschrift

Anforderungen

Basispaket (BP):

Vorgabe von Strukturdaten:

- Fachärzte Innere und Chirurgie sowie Anästhesie
- Notfall, intermediate care Station, Labor, Radiologie mit Röntgen und CT
- Kooperationen mit Infektiologie und Psychiatrie/Psychosomatik
- Palliative Basisversorgung

Beispiele (vereinfacht)

Unspezifischer CHOP-Code:

Z81.53.00:

Revision einer Hüftendoprothese, nicht näher bezeichnet

2. Einstufung in spezifische, z. B. orthopädische SPLG

Überschrift	
Anforderungen	Beispiele (vereinfacht)
SPLG z. B. Hüft-TEP BEW7 (Rekonstruktionen ob. Extremität): - Facharzt Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Traumatologie - Jederzeit erreichbar und < 1h Intervention - Überwachungsstation (IMC)	Spezifischer CHOP-Code: Z81.53.11: Revision einer Oberflächenersatzprothese am Hüftgelenk und Neuimplantation einer Hüftendoprothese

Quelle: Gesundheitsdirektion Zürich (2012)

Beispiel für symptombasierte Vorgaben zur Notfall-Behandlung bei akutem Bauchschmerz (nach DGINA)

Kontinuierliches **Monitoring der Vitalfunktionen** innerhalb von 5 Min. eingeleitet

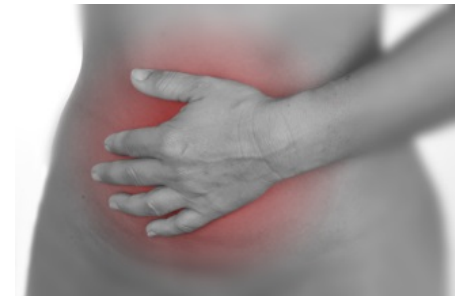
Gezielte Anamnese / körperliche Untersuchung innerhalb der ersten 10 Min. abgeschlossen

Labordiagnostik (BGA, Hb, Laktat) und **EKG** liegen innerhalb von 10 Min. vor

Ultraschall innerhalb von 10 Min.

Weitere notwendige **Bildgebung** (CT) wird innerhalb von 30 Min gestartet

Festlegung des weiteren Vorgehens inkl. eventuell notwendiger fachspezifischer Stellungnahmen innerhalb von 15 Min nach Erstellung der Diagnose



Erreichbarkeitsvorgaben definieren

Elektive Behandlungen

Bundesweit einheitliche **Erreichbarkeitsvorgaben**

Grund- und Regelversorgung

- maximal 30 Pkw-Minuten

Schwerpunkt- und Maximalversorger

- Erreichbarkeit nicht im Vordergrund
- Orientierungswert: bis zu 60 Pkw-Minuten

Notfallbehandlung

Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes:
maximal 12 Minuten

In dünn besiedelten, ländlichen Bereichen

- **Ausbau der Luftrettung**
- **Telemedizin** im ländlichen Raum

In der Notfallversorgung: Eintreffen des Rettungsdienstes und passende Organisation und Ausstattung entscheidend

Entscheidend in der Notfallversorgung

- **Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes (max. 12 Min)**
- Organisation und Ausstattung der Notfallversorgung (**Strukturvorgaben**)

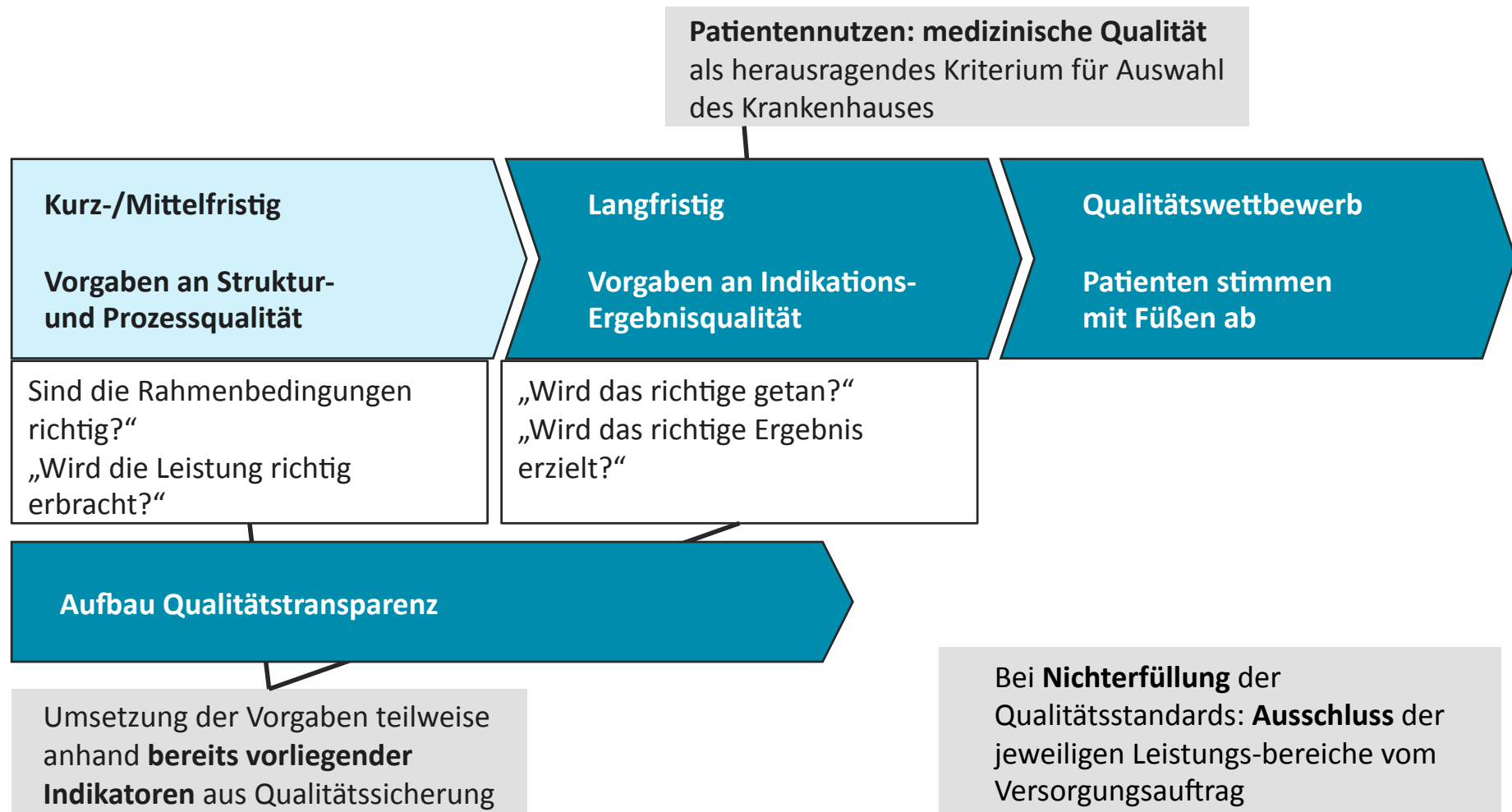
Notfall-Krankenhaus

- Erreichbarkeit des nächsten Notfall-Krankenhauses nicht im Vordergrund
- Konzentration der Notfallstandorte kann bei verbesserten Strukturen zu **qualitativen Verbesserungen der Notfallversorgung** führen (Beispiel Dänemark)

Zeitgerechte Versorgung von Notfallpatienten durch Einführung einer **standardisierten Risikoeinschätzung** verbessern, Beispiel Manchester-Triage-System:

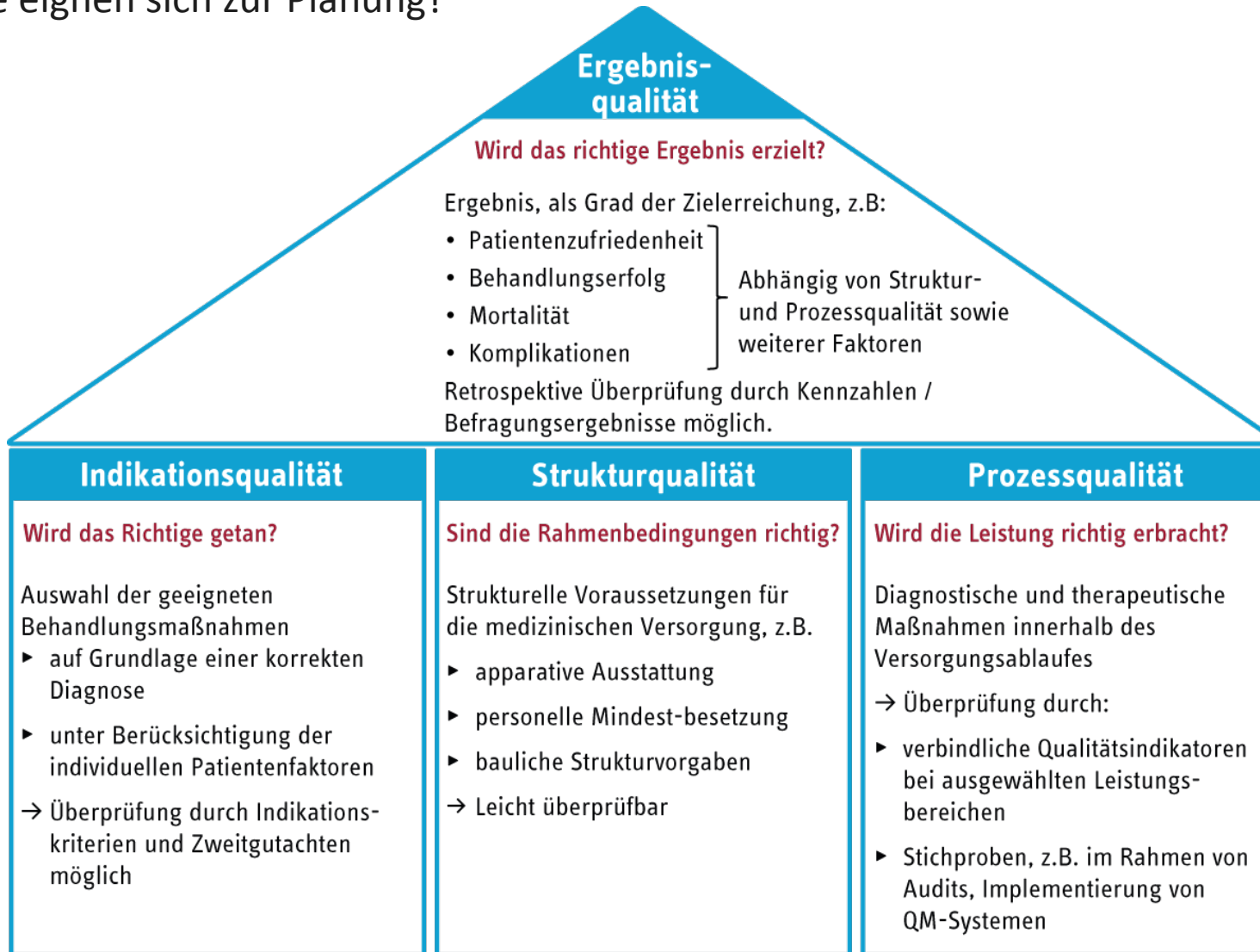
Gruppe	Bezeichnung	Farbe	max. Wartezeit
1	SOFORT	Rot	0 Minuten
2	SEHR DRINGEND	orange	10 Minuten
3	DRINGEND	Gelb	30 Minuten
4	NORMAL	Grün	90 Minuten
5	NICHT DRINGEND	Blau	120 Minuten

Aufnahme der Qualität als verbindliches Kriterium in der Krankenhausplanung 2.0



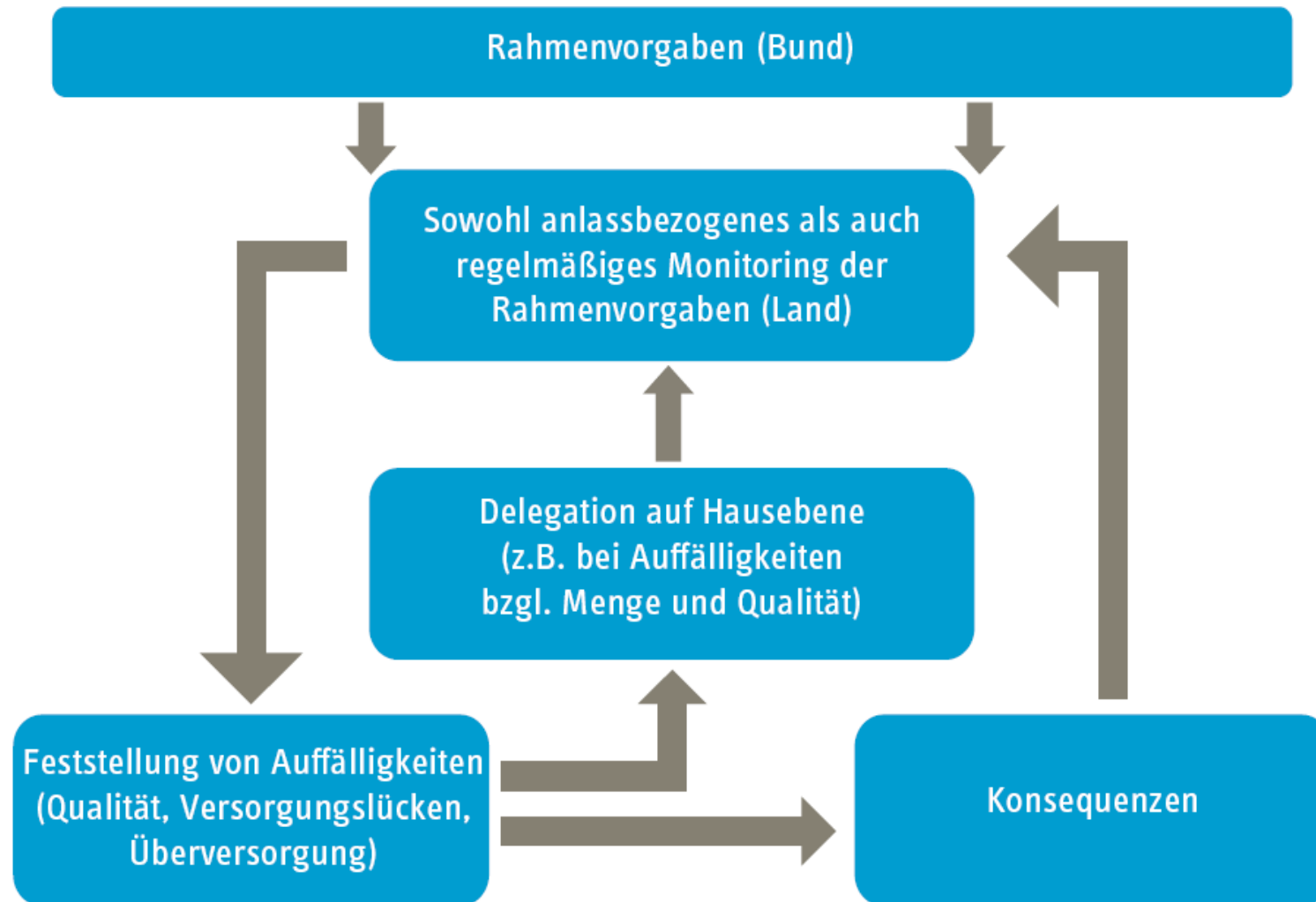
Dimensionen der Qualität

Welche eignen sich zur Planung?



Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb

Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring überprüfen



Versorgungsmonitoring zur Vermeidung bzw. Abbau von Fehlversorgung

Qualitative Fehlversorgung	Unterversorgung	Übersorgung
Zulassung nur bei Erfüllung der Qualitätsanforderungen Bei dauerhafter Nichterreichung der Mindestvorgaben: Ausschluss der betroffenen Leistungssegmente	Bei absehbarer Leistungsreduktion: Überprüfung der Erreichbarkeitsvorgaben mit Geo-Informationssystem Bei Gefahr der Schließung erreichbarkeitsrelevanter Krankenhäusern: 1. Prüfung alternativer wirtschaftlich tragbarer (z.B. sektorenüber-greifender) Versorgungsformen 2. Bei Nichtvorhandensein von Alternativen: Sicherstellungszuschlag oder Rekrutierung anderer Anbieter	Bei geplanter Angebotsausweitung eines Krankenhauses: Überprüfung der regionalen Fallzahlen im Leistungssegment Abgleich der Fallzahlen mit (regionalisiertem) Richtwert, bestimmt durch lokale Bedarfsvariablen Bei festgestellter Übersorgung • Angebotsausweitung wird untersagt, außer bei nachgewiesen schlechter Qualität der bestehenden Angebote • Maßnahmen zur Steigerung der Indikationsqualität in übersorgten Regionen

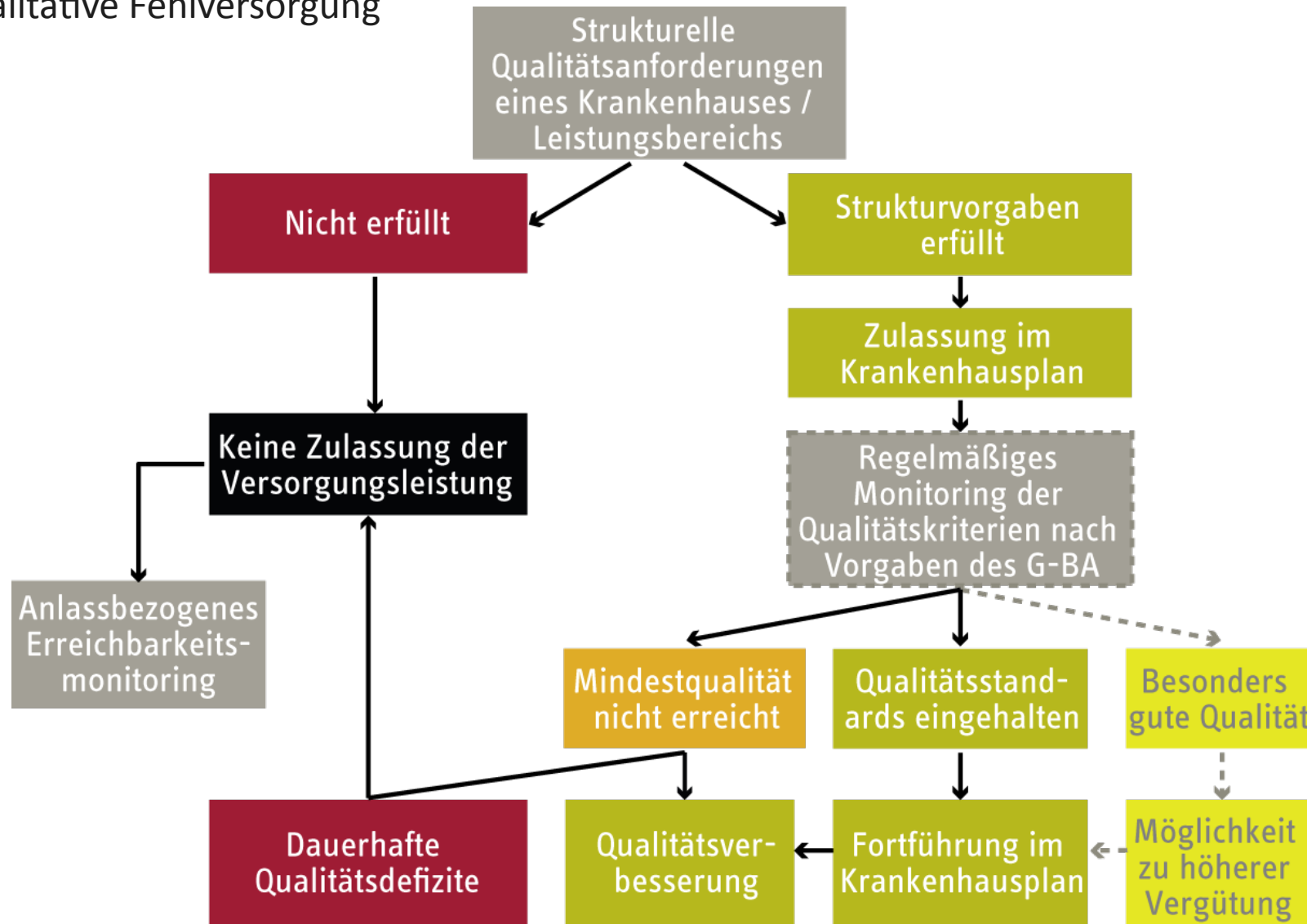
Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb

Konsequenzen bei drohender Fehlversorgung

Ursachen der Fehlversorgung	Qualität gut 	Qualität schlecht 
Erreichbarkeit nicht gefährdet 	Kein Handlungsbedarf <i>(Belohnung von besonders guter Qualität)</i>	Qualitätsauflagen, sonst Entzug des Versorgungsauftrags <i>(kein Preisabschlag für schlechte Qualität)</i>
Erreichbarkeit gefährdet 	Prüfung alternativer Versorgungskonzepte, sonst Sicherstellungs- zuschlag	Auflagen zur Qualitätssteigerung Rekrutierung anderer Leistungserbringer prüfen

Vorgaben durch Versorgungsmonitoring überprüfen

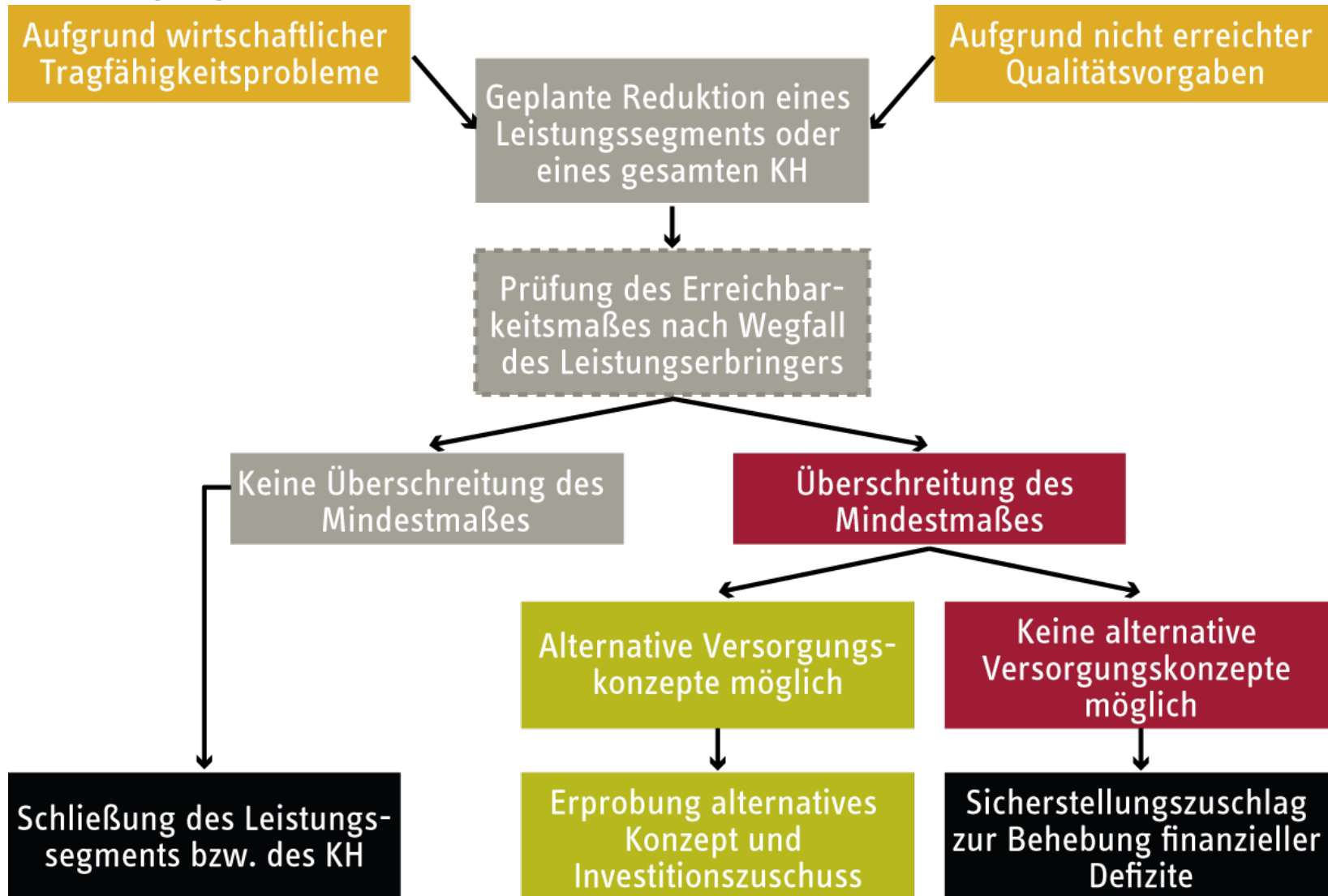
Qualitative Fehlversorgung



Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb

Vorgaben durch Versorgungsmonitoring überprüfen

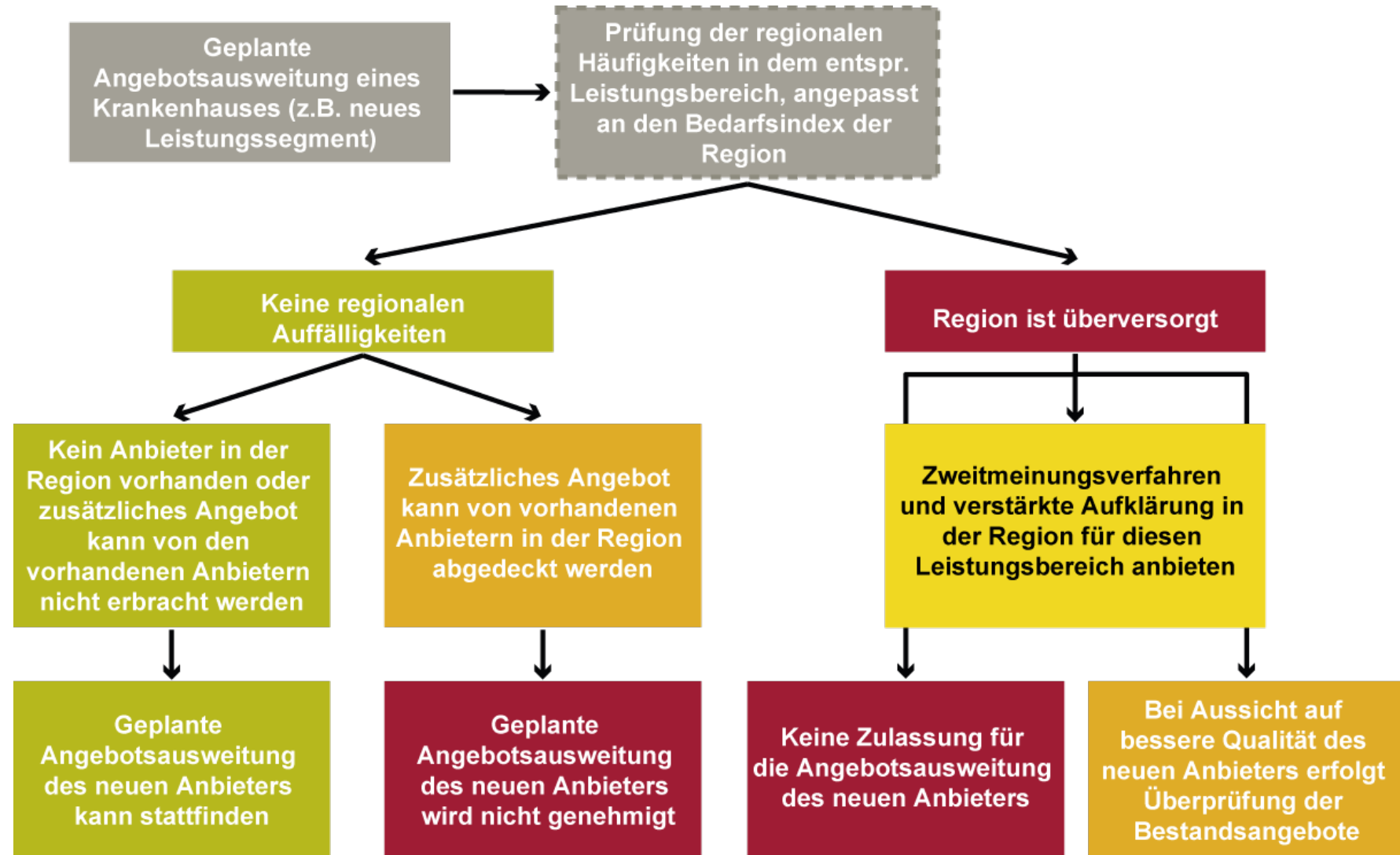
Unterversorgung



Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb

Vorgaben durch Versorgungsmonitoring überprüfen

Überversorgung



Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb

Einheitliche Vorgaben und Definitionen sowie Datengrundlage

1

Einheitliche Vorgaben für bedarfsgerechte Versorgung einführen

Verantwortlichkeit für Krankenhausplanung 2.0 **bei Bundesländern** belassen

Allgemeingültige Mindeststandards festlegen

Mindeststandards bundesweit einheitlich ausgestalten

2

Abgrenzung in

- **Grund- und Regelversorgung** (Basis)
- Schwerpunkt- und Maximalversorgung

Definition der Grund- und Regelversorgung

Kurzfristig

- Kliniken mit den Abteilungen „**Innere Medizin**“ und „**Allgemeine Chirurgie**“
- In Deutschland 1.311 Standorte (2012)

Langfristig

- leistungsspezifische Abgrenzung der Grund- und Regelversorgung
- Algorithmus zur **Einstufung in Basis- und Spezialleistungen** (Bsp. Schweizer Modell)

6

Dabei einheitliche Datengrundlage schaffen

Quelle: RWI, Hochschule Fresenius, IMSP, hcb