Auswirkungen des DRG-Systems auf die Qualität

Qualitätsanforderungen aus Sicht einer Krankenkasse

Matthias Mohrmann
AOK Rheinland/Hamburg

21. VKD/VDGH-Führungskräfteseminar

Berlin, 26.02.2014

Ein Wort vorab

Es gibt nicht „die“ Krankenhäuser – auch nicht „die“ Krankenkassen.

Pauschale Urteile werden selten der Wirklichkeit gerecht, deshalb gibt es sie hier auch nicht.

Aber:

Defizite müssen benannt werden dürfen, ohne dass dies als persönlicher Angriff gedeutet wird.

Es geht uns um Verbesserung, nicht um Konfrontation.

Das ist nicht gleichzusetzen mit „Friede, Freude, Eierkuchen“ oder anders:

Interessensunterschiede verschwinden nicht; es ist aber sinnvoll, sich über diese im Klaren zu sein. Nur so kann man in gegenseitigem Respekt Lösungen erarbeiten.

Einleitung

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Strukturqualität

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Prozessqualität

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Indikationsqualität

Anforderungen aus Krankenkassensicht

Kurze Charakterisierung der G-DRGs

- Fallpauschalen und Sonderentgelte für einzelne Indikationen (ca. 20% des Erlösvolumens) gibt es in Deutschland seit 1996

- Auftrag zur Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem an die Selbstverwaltung erfolgte mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

- Einführung der G-DRGs (German Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen) ab 2003

- Prinzip: Klassifikation stationärer Behandlungsfälle anhand medizinischer und demographischer Daten zum Zweck der Abrechnung in Fallgruppen

- **Die Fallgruppen dienen nicht der Bestimmung der medizinischen Behandlung, sondern die Differenzierung erfolgt aufgrund des in der Vorperiode ermittelten typischen Aufwandes (Behandlungskosten)**

Wie sieht eine G-DRG aus?

Organsystem	Partition (Behandl.)	Schweregrad
K = Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	01 bis 39 = operativ	A = höchster Schweregrad

Inputgrößen für DRGs

Hauptdiagnose ?
E66.02

Prozeduren ?
5-434.41

Nebendiagnosen?
hier keine

Beatmungsdauer?
Bis 95 Stunden
hier keine

Alter?
hier nicht relevant

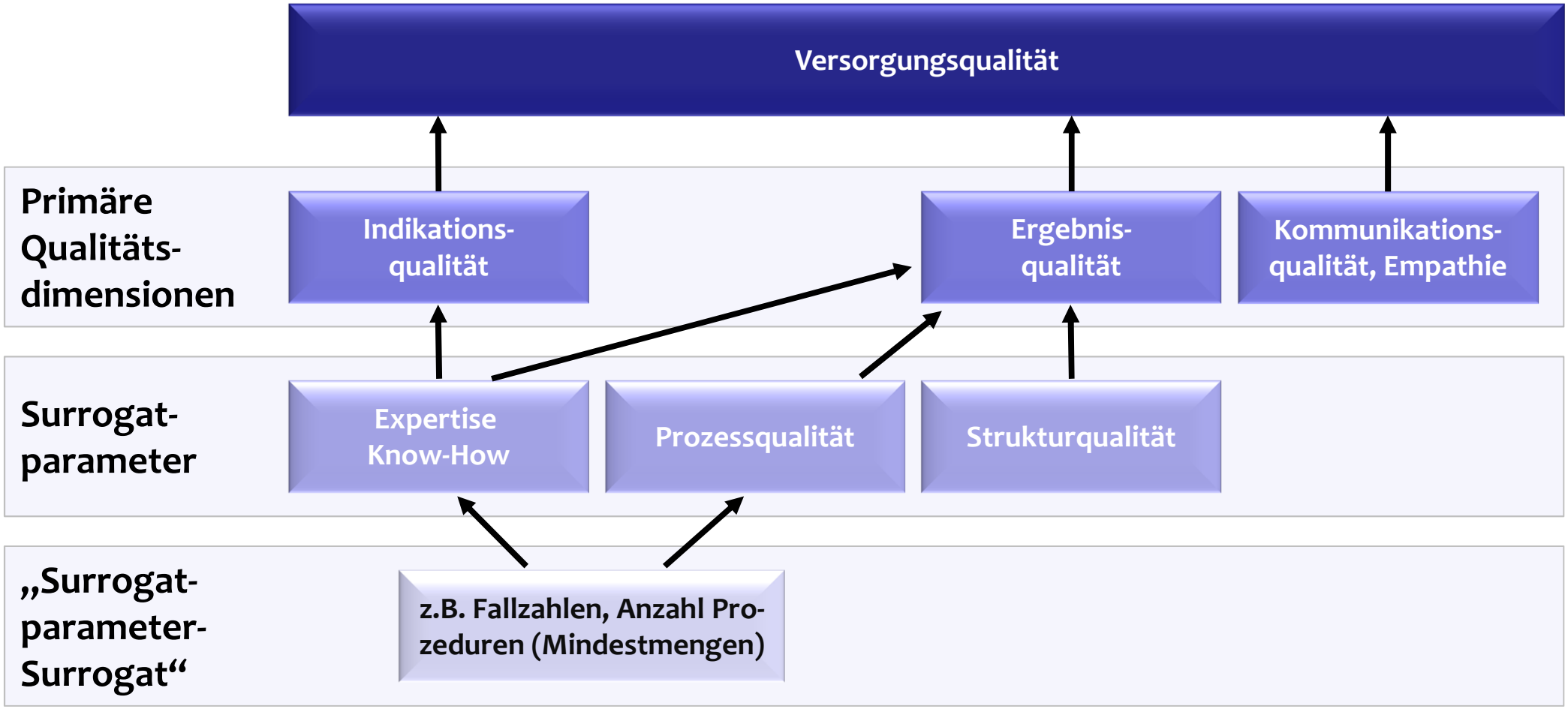
Gruppierung

DRG	**K04A**
Bezeichnung	Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff
Bewertungs-relation der DRG	2,563
Landesbasis-fallwert (Bsp.)	3117,36 €
Vergütung	7990,00 €

Welche negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität wurden vor der Einführung der G-DRGs diskutiert?

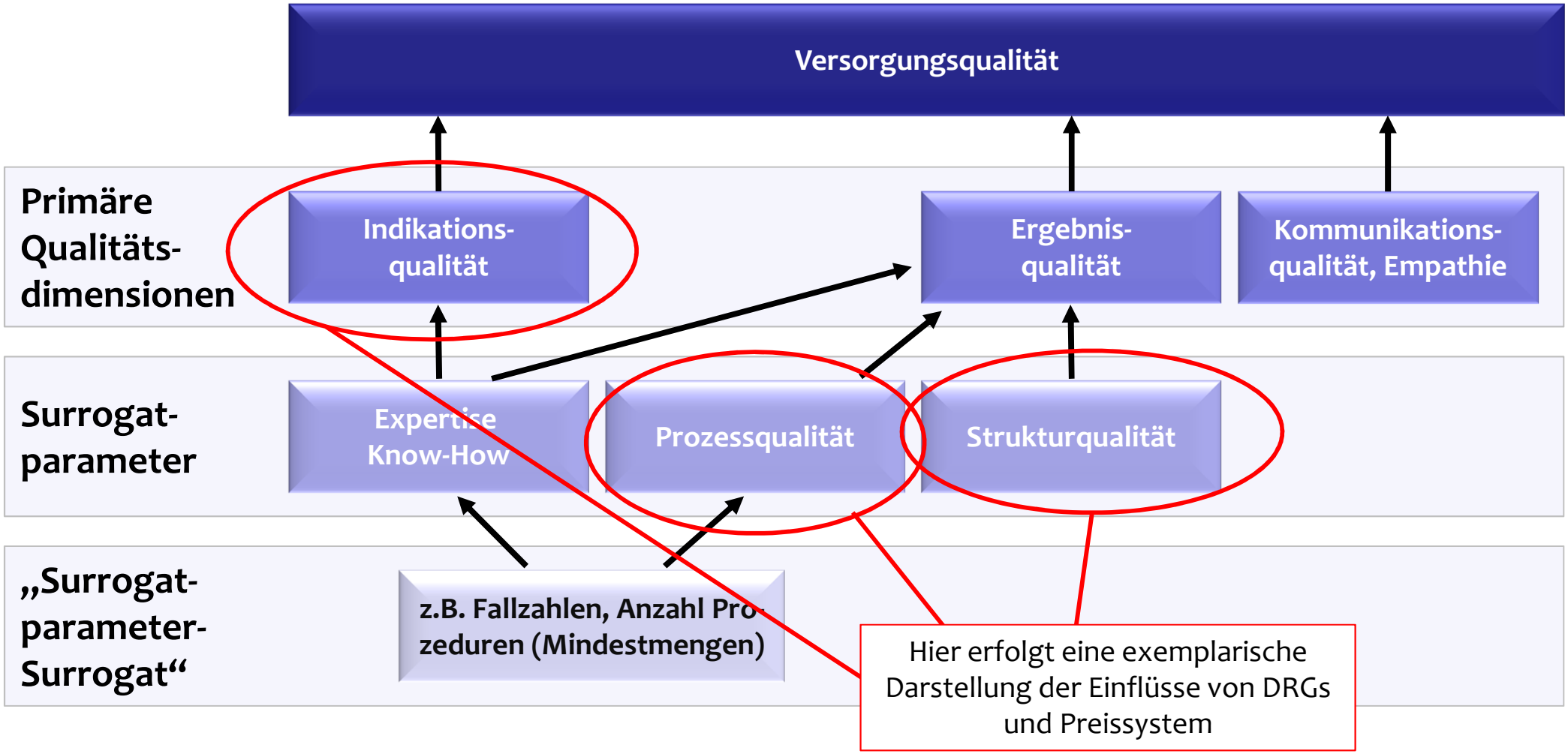
- Anreiz für eine eher zu frühzeitige Entlassung (Stichwort: "Blutige Entlassung")
- Mehrere aufeinander folgende Klinikaufenthalte (Stichwort: „Drehtür-Effekt“)
- Anreiz, eine höhere Komplexität zu melden (oder sogar danach zu behandeln, siehe Beatmungsstunden, Frühchen), als tatsächlich gegeben ist.
- Interesse an lukrativen Fälle, während für die weniger lukrativen Fälle der Grad der verfügbaren Versorgung schrumpft („Rosinenpickerei“) . Einige Leistungen (z.B. aus der Orthopädie und Kardiologie) scheinen über die Kalkulationsmechanik besonders hoch vergütet zu werden (Problem Mengenwachstum).
- Anreize, sich innerhalb von Fallgruppen auf möglichst einfache, hochelektive oder standardisierte Fälle zu spezialisieren (ebenfalls „Rosinenpickerei“).
- Verkürzung der Liegedauer führt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal (Arbeitsverdichtung).

Analytische Betrachtung der Komponenten der „Versorgungsqualität“



Versorgungsqualität setzt sich aus unserer Sicht zusammen aus Indikationsqualität, Ergebnisqualität und der menschlichen Komponente.

Analytische Betrachtung der Komponenten der „Versorgungsqualität“



Versorgungsqualität setzt sich aus unserer Sicht zusammen aus Indikationsqualität, Ergebnisqualität und der menschlichen Komponente.

Agenda

Einleitung

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Strukturqualität

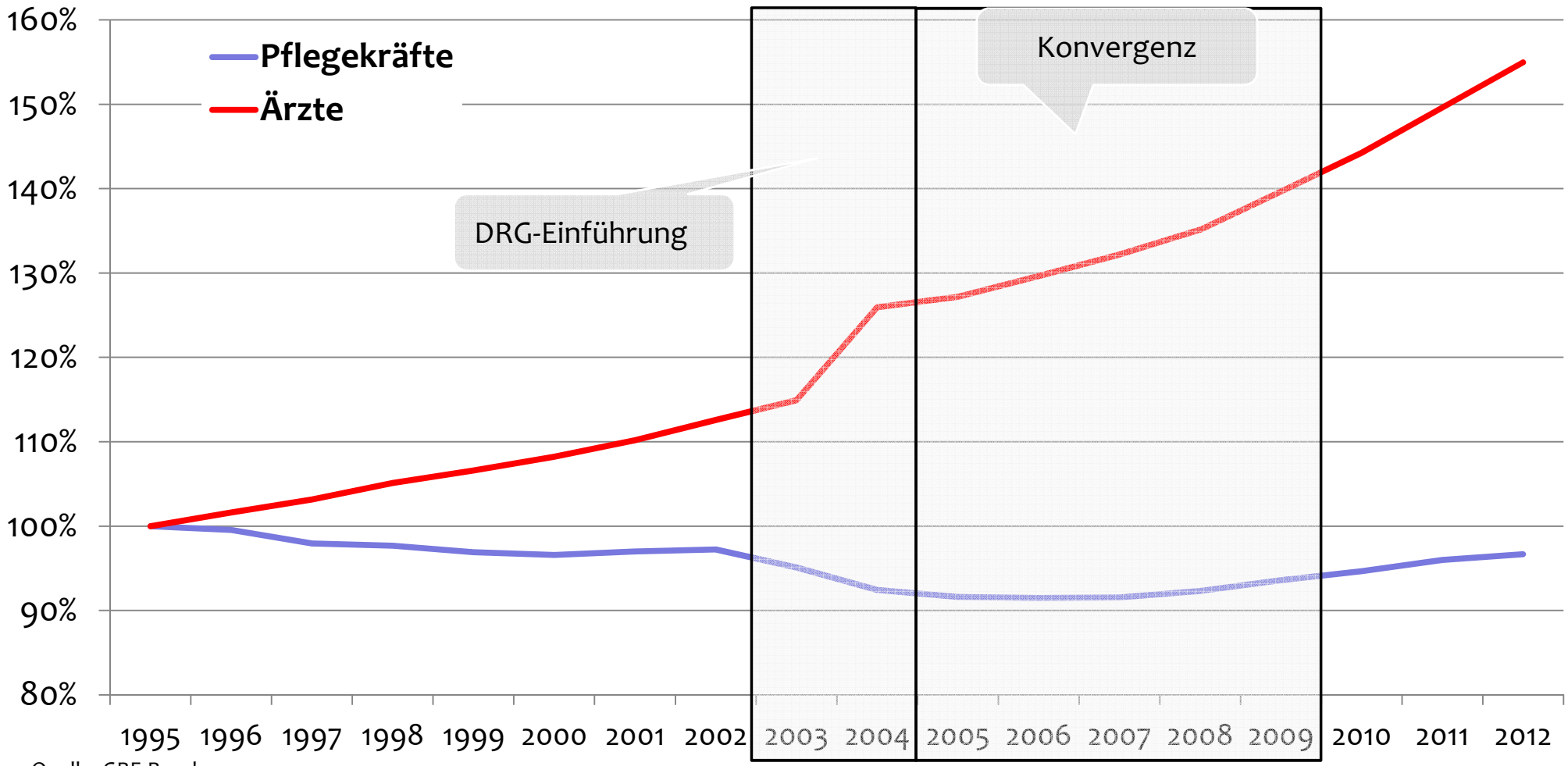
Auswirkungen des DRG-Systems auf die Prozessqualität

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Indikationsqualität

Anforderungen aus Krankenkassensicht

Strukturveränderung: Anreize durch das DRG-System auf die Personalstruktur

Indiz. Anzahl der Beschäftigten,
1995 entspr. 100%



Quelle: GBE-Bund

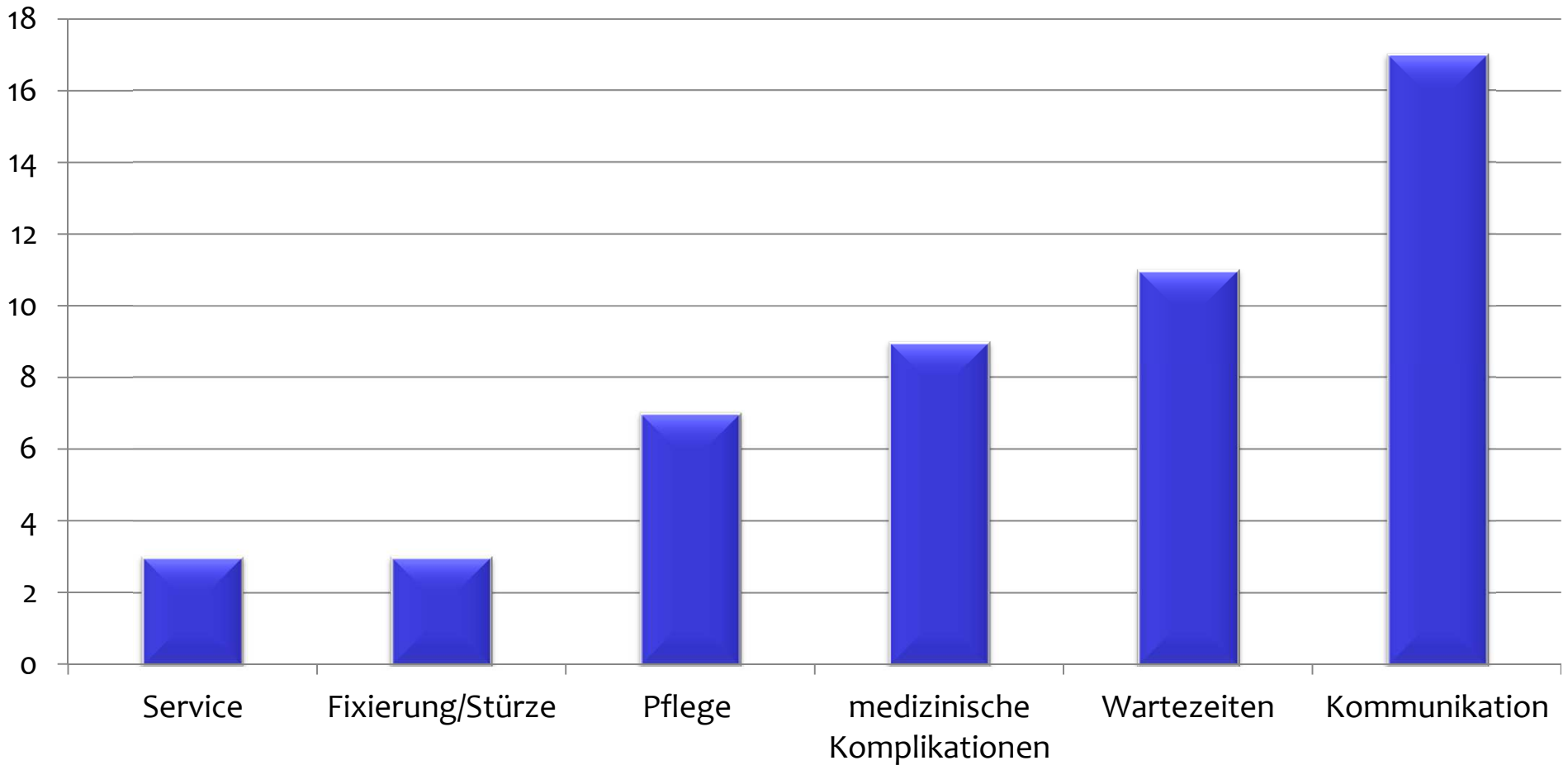
Kostensenkung durch Arbeitsverdichtung in der Pflege,
gleichzeitig Generierung Fallzahlanstieg mit zusätzlichen Ärzten

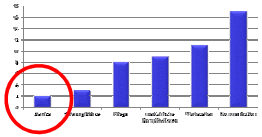
Personalstruktur als Thema im Koalitionsvertrag

Aussage aus Koalitionsvertrag	Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur da möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Die Krankenhäuser müssen die Mittelverwendung für Personal in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.
Bewertung durch AOK RH	• Die pflegerische Besetzung auf den Stationen ist ein zentraler Punkt für die Qualität der Versorgung. • Die meisten Patientenbeschwerden, die bei uns eingehen, beziehen sich auf Kommunikationsdefizite mit dem medizinischen Personal. • Leidtragende sind vor allem schwerkranke Menschen, die Ihre Interessen nicht mehr klar artikulieren können. • Die Sicherung einer angemessenen pflegerischen Besetzung ist daher sehr zu begrüßen.

Exkurs: Eine absolut nicht repräsentative Auswertung von 50 Patientenbeschwerden (unselektiert)

Welche Themen brennen unseren Versicherten auf den Nägeln?

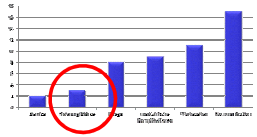




Rang 6: Service

Kritikpunkt Zimmer/Service mit drei Nennungen

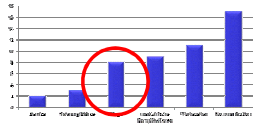
- Sechsbett-Zimmer
- olfaktorische Irritation durch Zimmernachbar
- Unterbringung im Stationsbadezimmer
- Betten selber machen wegen Personalmangel



Rang 5: Fragen der Fixierung und Stürze aus dem Bett

Kritikpunkt Sturzprophylaxe mit drei Nennungen

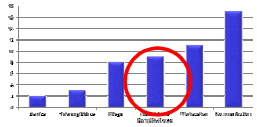
- alle Fälle lesen sich hochdramatisch
- alle Fälle betreffen Patienten über 85 Jahre
- einmal Weber C-Fraktur erst nach 41 Tagen entdeckt
- einmal liegt Patientin 4,5 Stunden auf der Erde



Rang 4: Fragen der Pflegequalität

Kritikpunkt Pflege mit sieben Nennungen

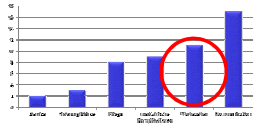
- alle Fälle betreffen multimorbide Patienten, die ihre Bedürfnisse selbst gar nicht oder nicht ausreichend artikulieren können
- Wundversorgung/Dekubitusprophylaxe
- keine Unterstützung beim Essen bei beidseitiger Armparese
- unzureichende Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme
- bei -8 Grad im Kittel zur externen Dialyse geschickt
- fehlende Empathie/Anschreien, nicht ernstnehmen
- Notfallklingel außerhalb der Reichweite platziert (dreimal genannt)



Rang 3: Medizinische Komplikationen

Kritikpunkt Medizinische Qualität mit neun Nennungen

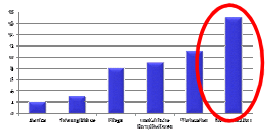
- Infektionen
- Nachblutungen und blutige Entlassung
- Paravasation
- Wundbehandlung
- Missachtung von Schmerzen und anderen Symptomen
- **Merke: Die großen Eingriffe sind nicht dabei...**



Rang 2: Wartezeiten

Kritikpunkt Wartezeiten mit elf Nennungen

- vor allem Warten auf OP
- dabei besonderes Problem Nüchternbleiben, in zwei Fällen auch bei Diabetikern
- Unsicherheit bezüglich Medikamenten (Gerinnungshemmung, Schmerzmittel, generelle Nüchternheit?)
- Warten in der Notaufnahme
- Warten bei der Aufnahme auf Station



Rang 1: Kommunikation

Kritikpunkt Patientenkommunikation mit 17 Nennungen

- viele längere Berichte mit einer Aneinanderreihung von Abstimmungsproblemen, z.T. auch bei palliativen Patienten
- Kafkaeske Schilderungen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins an eine intransparente Organisation
- Keiner trägt die Verantwortung gegenüber dem Patienten
- **Angst**

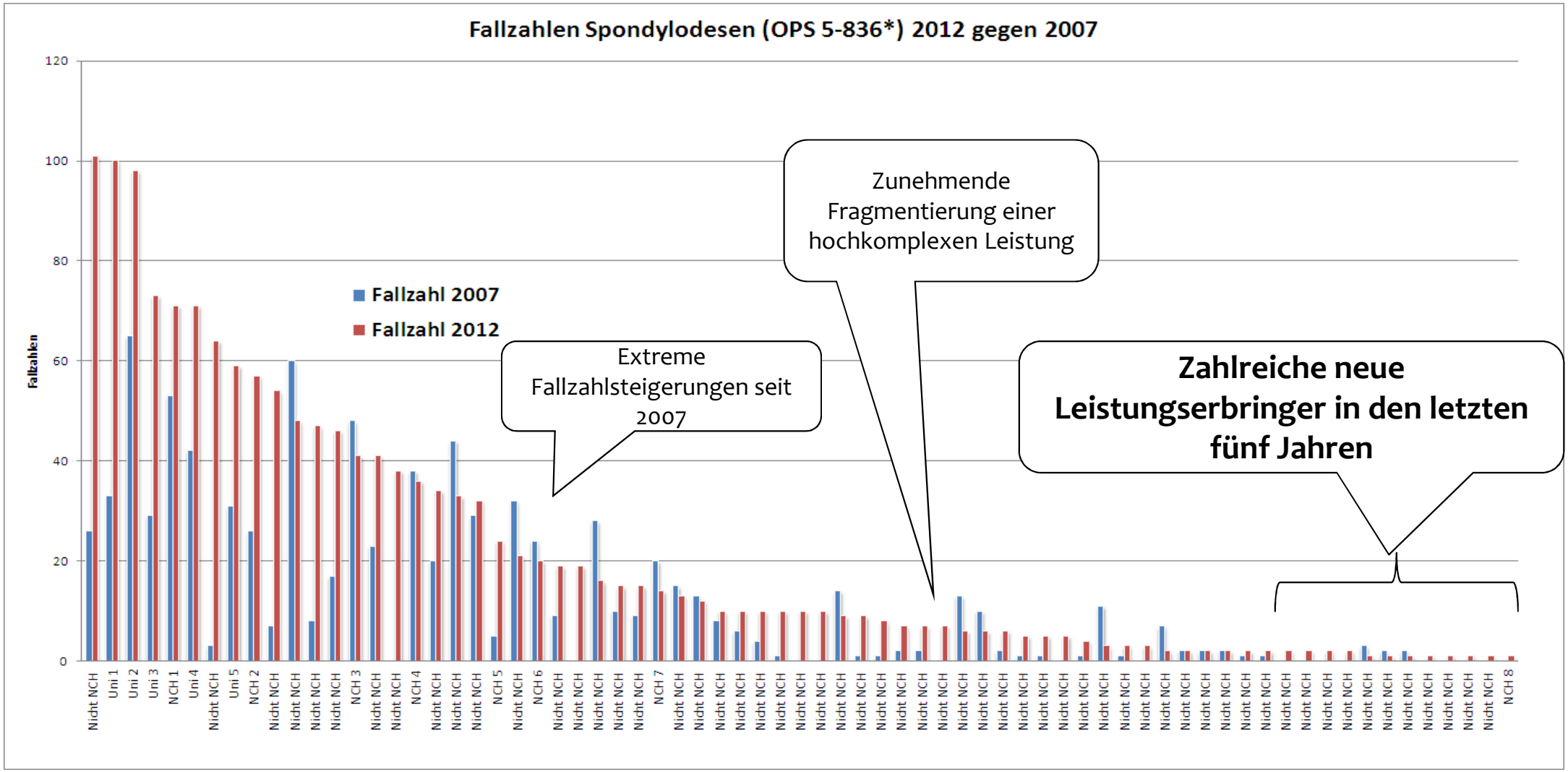
Ende Exkurs und Fazit Beschwerdemanagement

Unser Wunsch:

- **Sorgen Sie durch eine adäquate pflegerische Besetzung auf den Stationen auch weiterhin dafür, dass auch die schwächsten Patienten nicht unter die Räder kommen.**

- **Machen Sie in Ihren Kliniken (immer wieder) deutlich, wie wichtig die Kommunikation mit dem Patienten ist. Fehlende Kommunikation ist nach den dargestellten Auswertungen ein Hauptgrund für Patientenzufriedenheit und auch für ungünstige Behandlungsverläufe.**

Statt Strukturbereinigung immer mehr kleine Kliniken in der Maximalversorgung, Beispiel Spondylodesen (Wirbelverblockung)



Quelle: AOK RH Abrechnungsdaten

Fazit zur Strukturqualität

- Der Impuls zur Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft, den man vor der Einführung der G-DRGs als eine Zielsetzung definiert hatte, wirkt anders als vermutet.

- Durch die Fehlanreize von DRG-System und derzeitigem Preissystem **diffundieren Leistungen der Maximalversorgung in die Fläche**. Spezialisierungen erfolgen oft durch Honorarärzte in Ein-Mann-Abteilungen am Bedarf vorbei.

- Leistungssteigerungen sind für die Kliniken überlebensnotwendig. Die „redliche Grundversorgung“ ist in der Regel nicht auskömmlich.

- Bei den Beschäftigten ist die Entwicklung der Beschäftigten im Pflegedienst auffällig, besonders im Vergleich zum ärztlichen Personal. Aus Sicht der Patienten ist die Kommunikation mit den Pflegekräften eine entscheidendes Qualitätskriterium.

Agenda

Einleitung

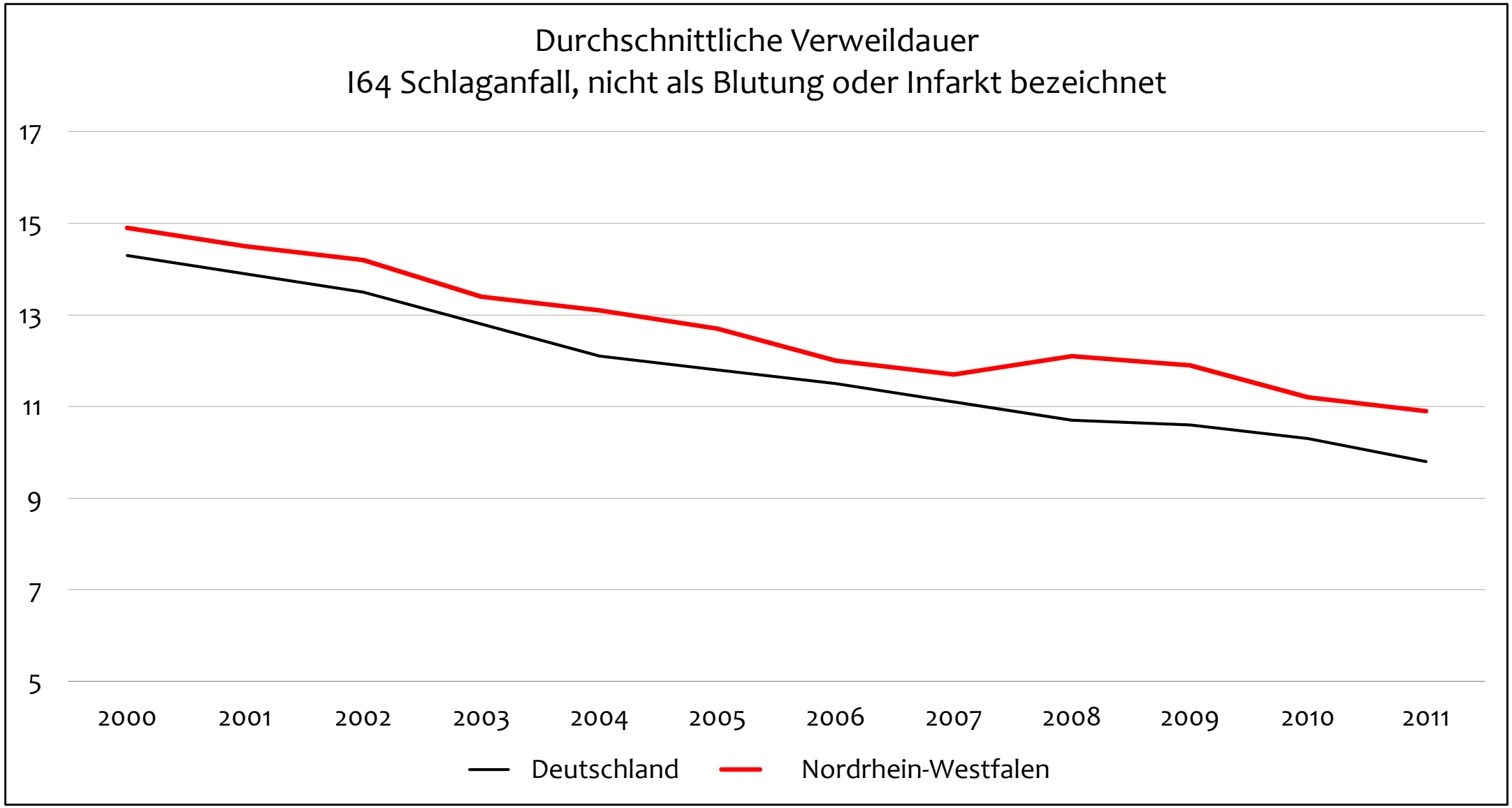
Auswirkungen des DRG-Systems auf die Strukturqualität

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Prozessqualität

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Indikationsqualität

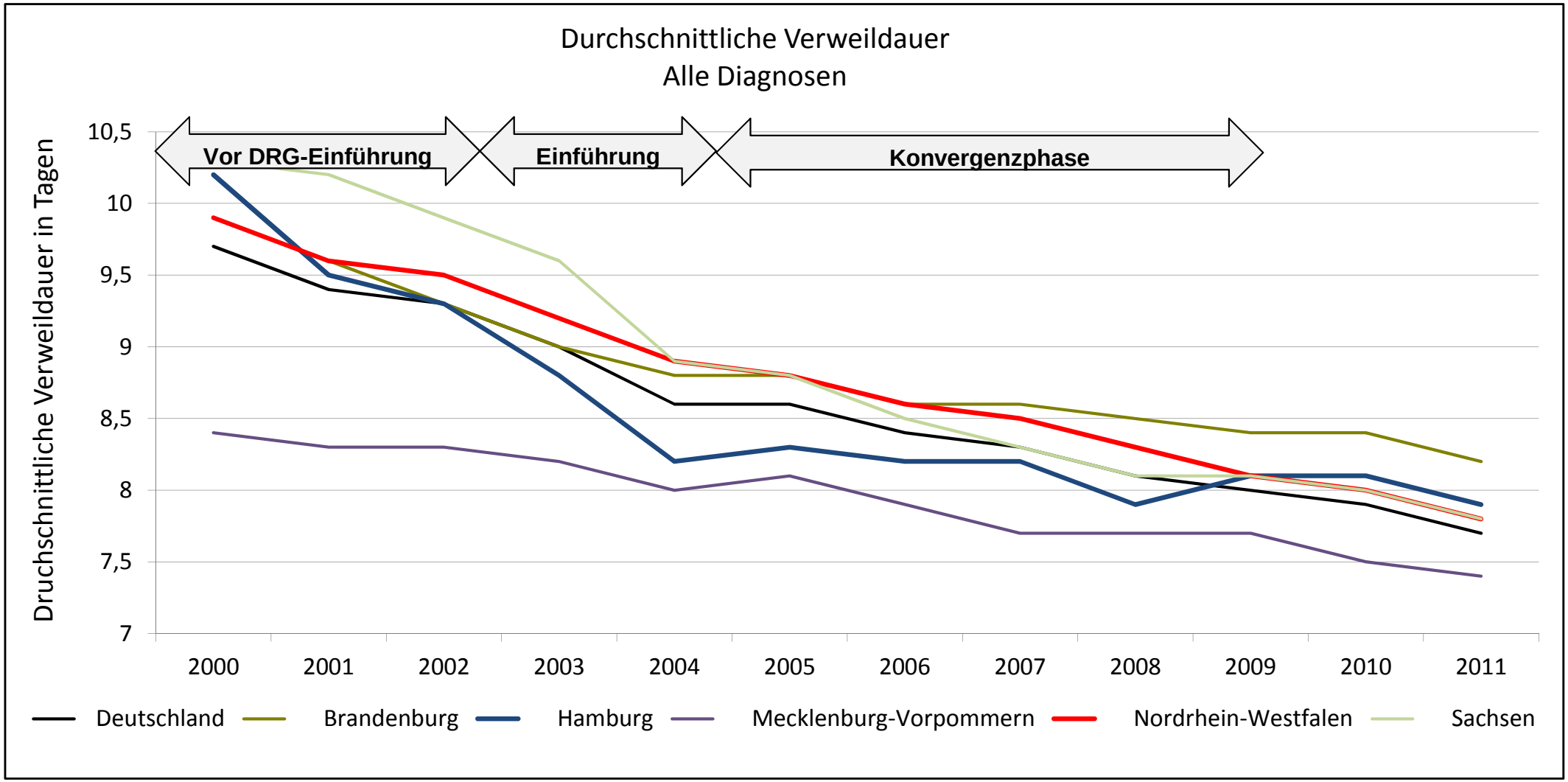
Anforderungen aus Krankenkassensicht

Verweildauerrückgang am Beispiel der Schlaganfallversorgung



Quelle: GBE Bund

Reduktion der Verweildauern begann allerdings bereits vor der DRG-Einführung



Quelle: GBE Bund

Blutige Entlassung? Keine Hinweise aus den Verlegungsketten

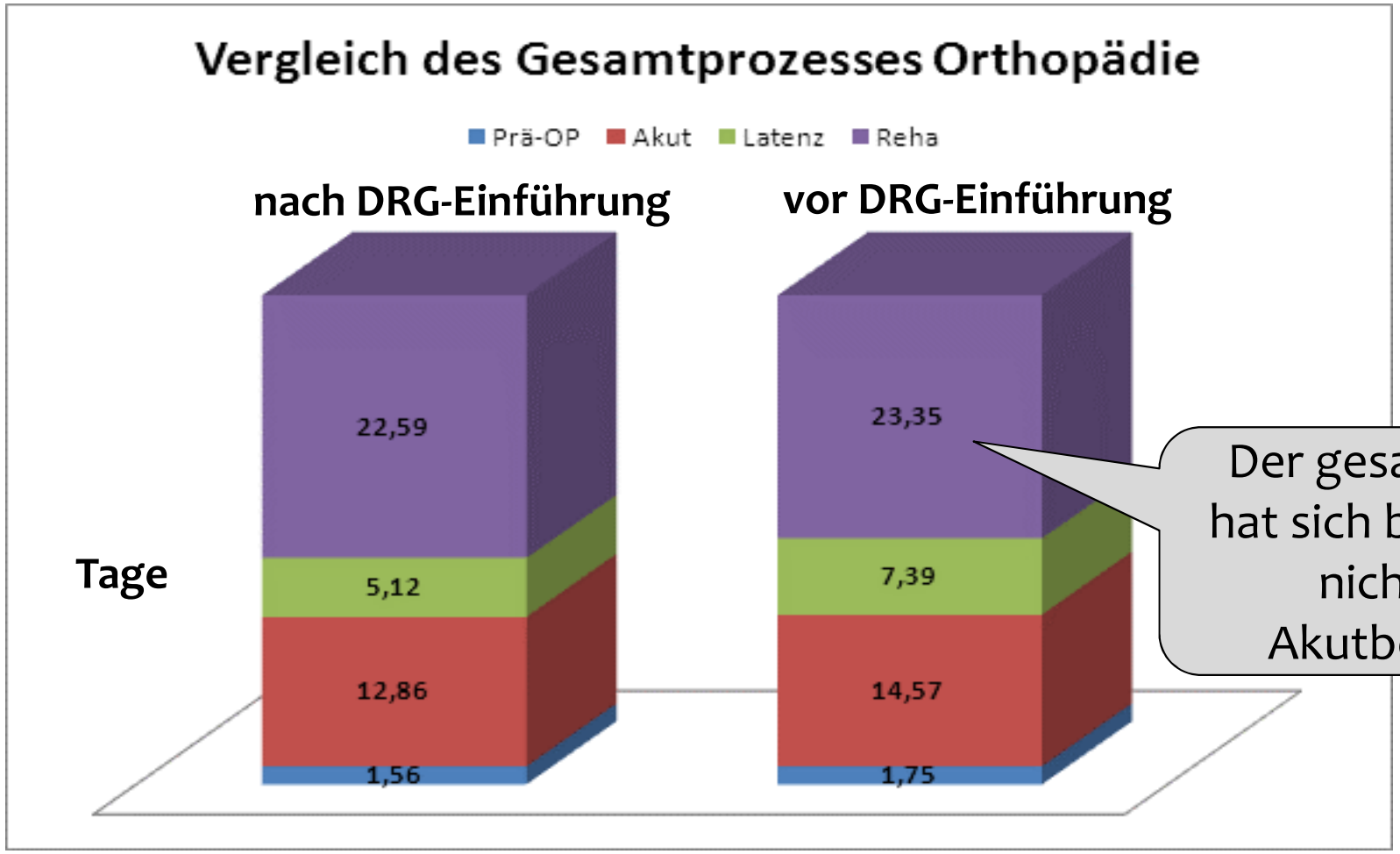
Anteil der Patientenabgänge aus der Reha zurück in Akutkrankenhäuser

Fachabteilung	Anteil (in %)					Veränderungen p. a. (Prozentpunkte)				
						vor G-DRG	seit G-DRG-Einführung			
	1991	2003	2006	2008	2010	91-03	03-10	03-06	06-08	08-10
Vergleichbare Fachabteilungen (1991-2010)										
Haut-& Geschlechtskrankh.	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kinderheilkunde	1,0%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Orthopädie	1,0%	1,2%	1,3%	1,6%	1,3%	0,0	0,0	0,0	0,2	-0,2
Vergleichbare Fachabteilungen (2003-2010)										
Allgemeinmedizin	-	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%	-	0,0	-0,1	0,0	0,0
Frauenheilk. & Geburtshilfe	-	1,7%	0,9%	0,8%	0,6%	-	-0,2	-0,3	0,0	-0,1
Innere Medizin	-	1,6%	1,9%	2,5%	1,9%	-	0,0	0,1	0,3	-0,3
(Klinische) Geriatrie	-	11,4%	10,5%	10,2%	11,1%	-	0,0	-0,3	-0,1	0,4
Neurologie	-	5,6%	5,2%	5,5%	5,2%	-	-0,1	-0,1	0,2	-0,2
Physik.& Rehabilit. Medizin	-	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	-	0,0	0,0	0,0	0,1
Sonstige Fachbereiche	-	1,2%	1,2%	0,6%	0,6%	-	-0,1	0,0	-0,3	0,0
gesamt	**-**	**1,9%**	**2,2%**	**2,4%**	**2,2%**	**-**	**0,0**	**0,1**	**0,1**	**-0,1**

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Kein Anstieg der Rück-verlegungen in Akutkliniken

Darstellung des Gesamtversorgungsprozesses vor und nach der Einführung der Fallpauschalen



Der gesamte Prozess hat sich beschleunigt – nicht nur die Akutbehandlung.

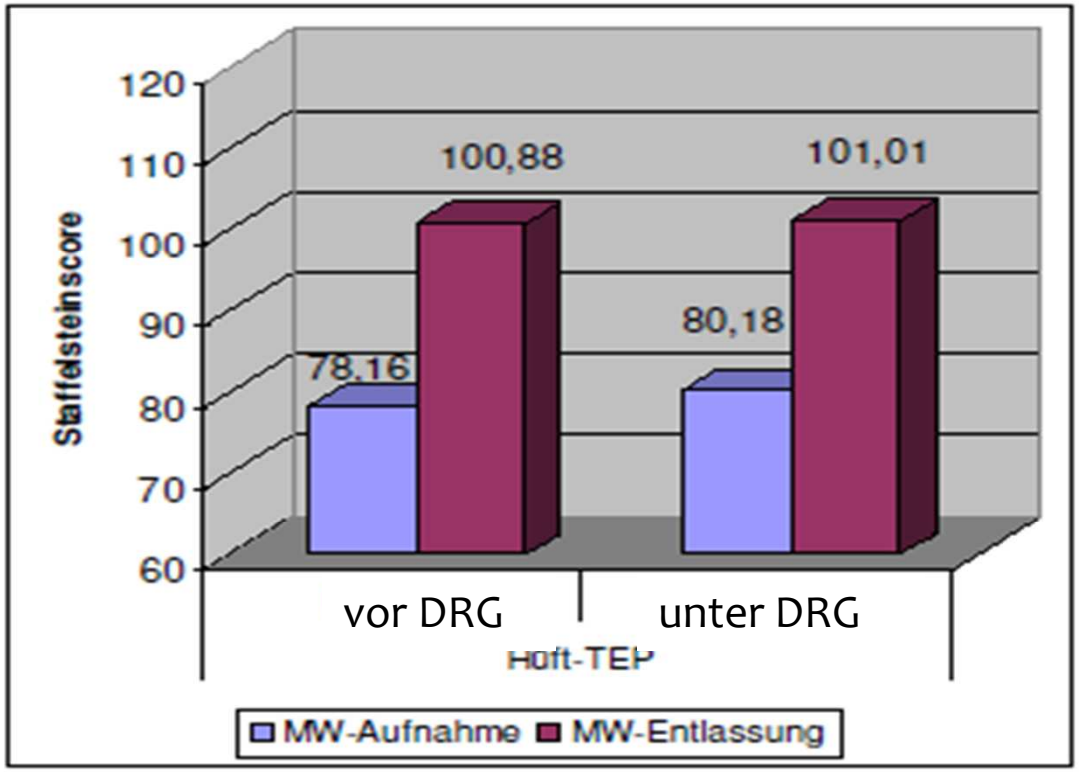
Quelle: REDIA 1 und 2-Studie

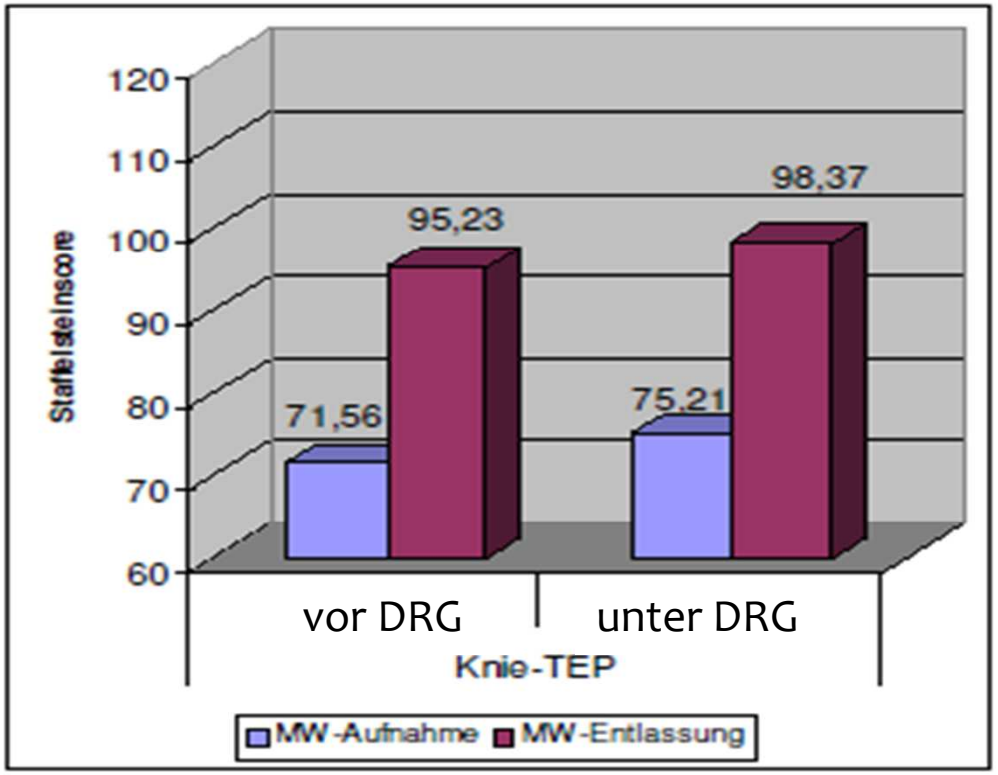
Hinweise auf „blutige Entlassung“ aus der Rehabilitation: Staffelsteinscore – was ist das?

- Indikator für die Schwere von Hüft- und Kniegelenkerkrankungen, wird in vielen Reha-Kliniken zu Beginn und zum Ende der Behandlung erhoben
- Subscores: „Schmerz“, „Aktivitäten des täglichen Lebens" (ADL) und „Hüft- bzw. Kniegelenk“
- Jeweils maximal 40 Punkte; maximaler Punktwert 120.
- Beim Subscore „Schmerz" erfolgt eine Differenzierung in fünf Schmerzgrade von Schmerzfreiheit bis zu schweren Schmerzen.
- Der Subscore „ADL" erfasst acht Items (Treppensteigen, Schuhe/Socken-Anziehen, Gehstrecke, Hinken, Hygiene, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Gehhilfen, Aufstehen von Stuhl und Bett).
- Der Subscore „Hüft- bzw. Kniegelenk" erfasst vier Aspekte (Flexion, Extensionsdefizit (Hüfte) bzw. Streckdefizit (Knie), Abduktion (Hüfte) bzw. Weichteilbefund (Knie) und Gluteal- bzw. Quadrizeps-Muskelkraft).

Quelle: Institut für Krankenhausmanagement WWU Münster

Hinweise auf „blutige Entlassung“ aus der Rehabilitation: Ergebnisse der Staffelsteinscores aus einer Studie





Die Aufnahmescores haben sich verbessert. Damit ergibt sich also daraus kein Hinweis darauf, dass die Patienten seit Einführung der DRGs weniger Reha-fähig sind als zuvor.

Quelle: Institut für Krankenhausmanagement WWU Münster

Fazit zur Prozessqualität (These der blutigen Entlassung)

- Die Verweildauern akutstationärer Behandlungen sind seit der Einführung der DRGs deutlich gesunken. Dieser Trend hat jedoch schon vor der Einführung der DRGs begonnen.
- Im internationalen Vergleich sind die Verweildauern in Deutschland immer noch vergleichsweise hoch.
- Die Patienten werden an einer früheren Stelle des Krankheitsprozesses in die Reha aufgenommen.
- Eine Verlagerung spezifischen Akutbehandlungsaufwands in den Bereich der Rehabilitation kann aber nicht nachgewiesen werden. Die Anzahl von Rückverlegungen ins Akutkrankenhaus ist nicht angestiegen.
- Hinweise auf eine eingeschränkte Reha-Fähigkeit ergeben sich laut REDIA-Studie nicht (die Rehabilitationseinrichtungen gehen allerdings laut Umfrage zu über 80% davon aus).
- Zunehmende Beschwerden von Versicherten hinsichtlich einer eingeschränkten Reha-Fähigkeit sind nicht festzustellen.

Agenda

Einleitung

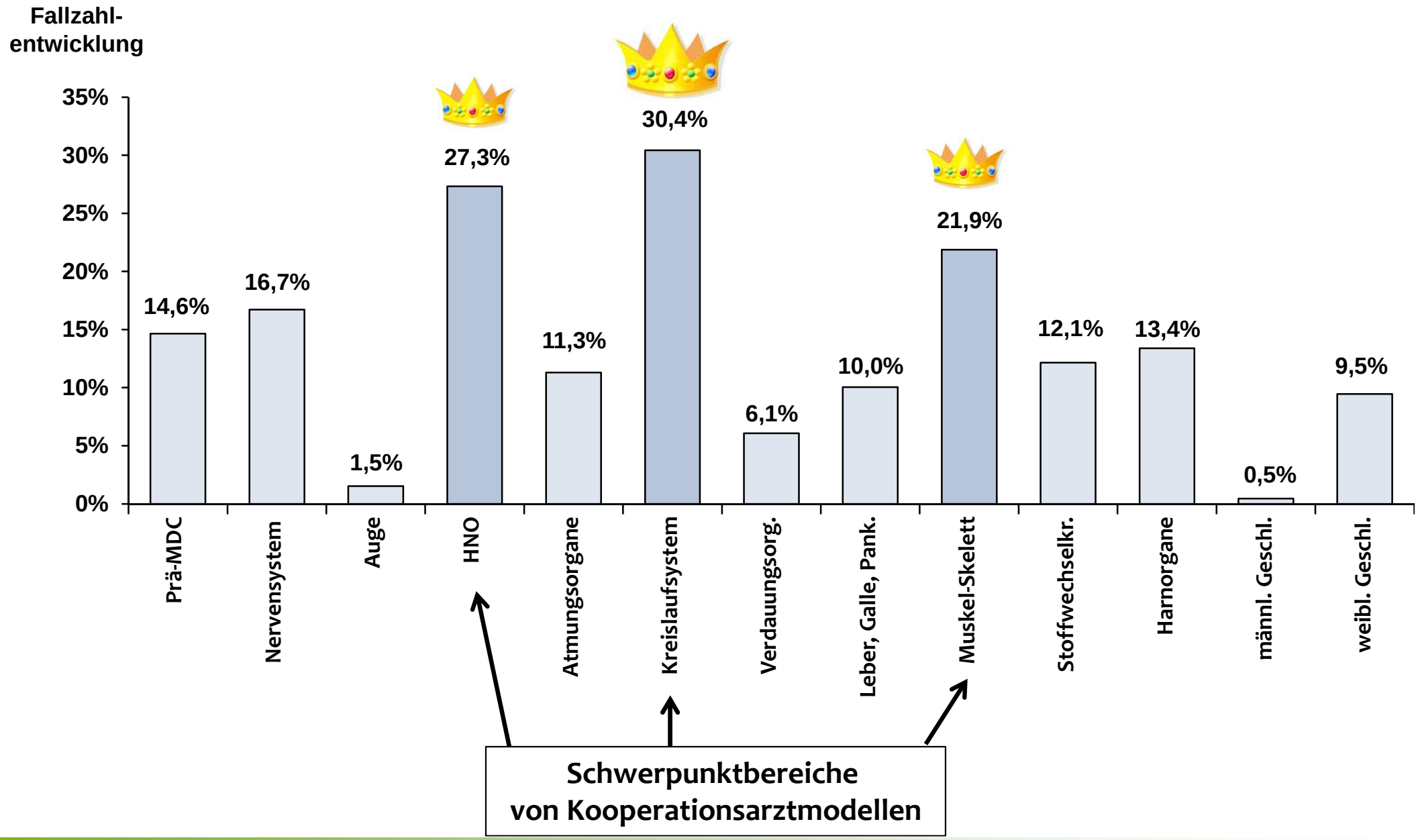
Auswirkungen des DRG-Systems auf die Strukturqualität

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Prozessqualität

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Indikationsqualität

Anforderungen aus Krankenkassensicht

Leistungsentwicklung AOK HH 2007 bis 2012 in den Major Diagnostic Categories (MDCs) exemplarisch in Hamburg



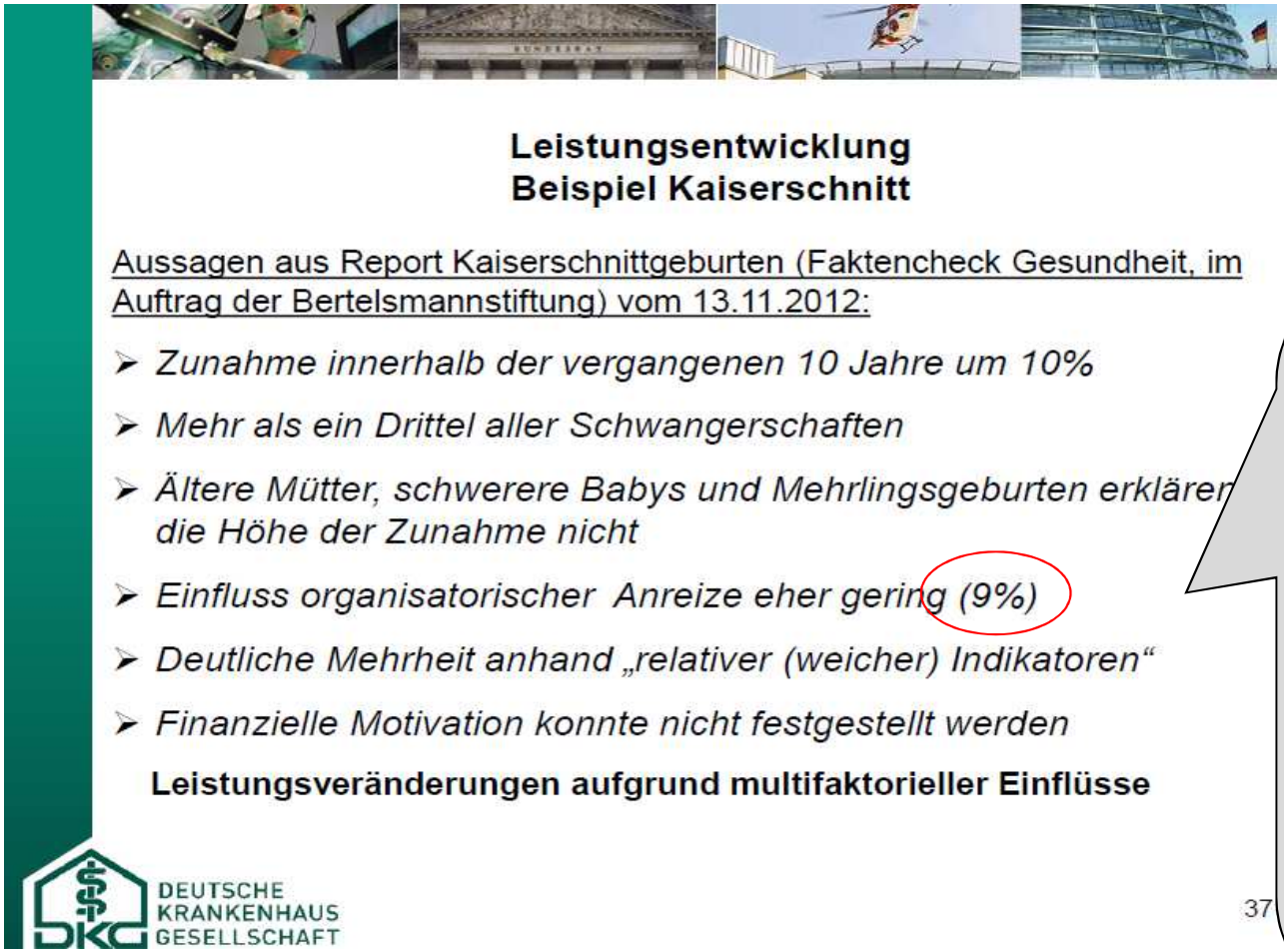
Relativ hohe Dynamik in Nordrhein vor allem in den Bereichen Kardiologie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

OPS-Code (Viersteller)	OPS-Name	Fallzahl 2007	Fallzahl 2012	Veränderung	Anteil Einweisungen
1275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	27544	31001	13%	55%
8837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	11541	13315	15%	53%
5812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	5932	6391	8%	91%
8836	Perkutan-transluminale Gefäßintervention	4547	6178	36%	76%
5032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	4452	5903	33%	80%
5215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	4724	5488	16%	97%
5811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	4315	5484	27%	90%
5839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	2849	4840	70%	75%
5831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	3548	4416	24%	80%
5377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3331	4116	24%	58%
5916	Temporäre Weichteildeckung	2552	4068	59%	60%
5810	Arthroskopische Gelenkrevision	3637	3876	7%	87%
5814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	2511	3875	54%	95%
5800	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	3149	3699	17%	81%
5832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	1694	2206	30%	85%
5069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	1380	2146	56%	93%
5836	Spondylodese	1138	2044	80%	81%
5224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	1272	1439	13%	95%
5221	Operationen an der Kieferhöhle	1300	1421	9%	93%
5285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	1075	1404	31%	94%

	Kardiologie
	Orthopädie/Wirbelsäule
	HNO

Unterschiedliche Ansichten zur Indikationsqualität zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern

Originalfolie der DKG vom Deutschen Krankenhaustag

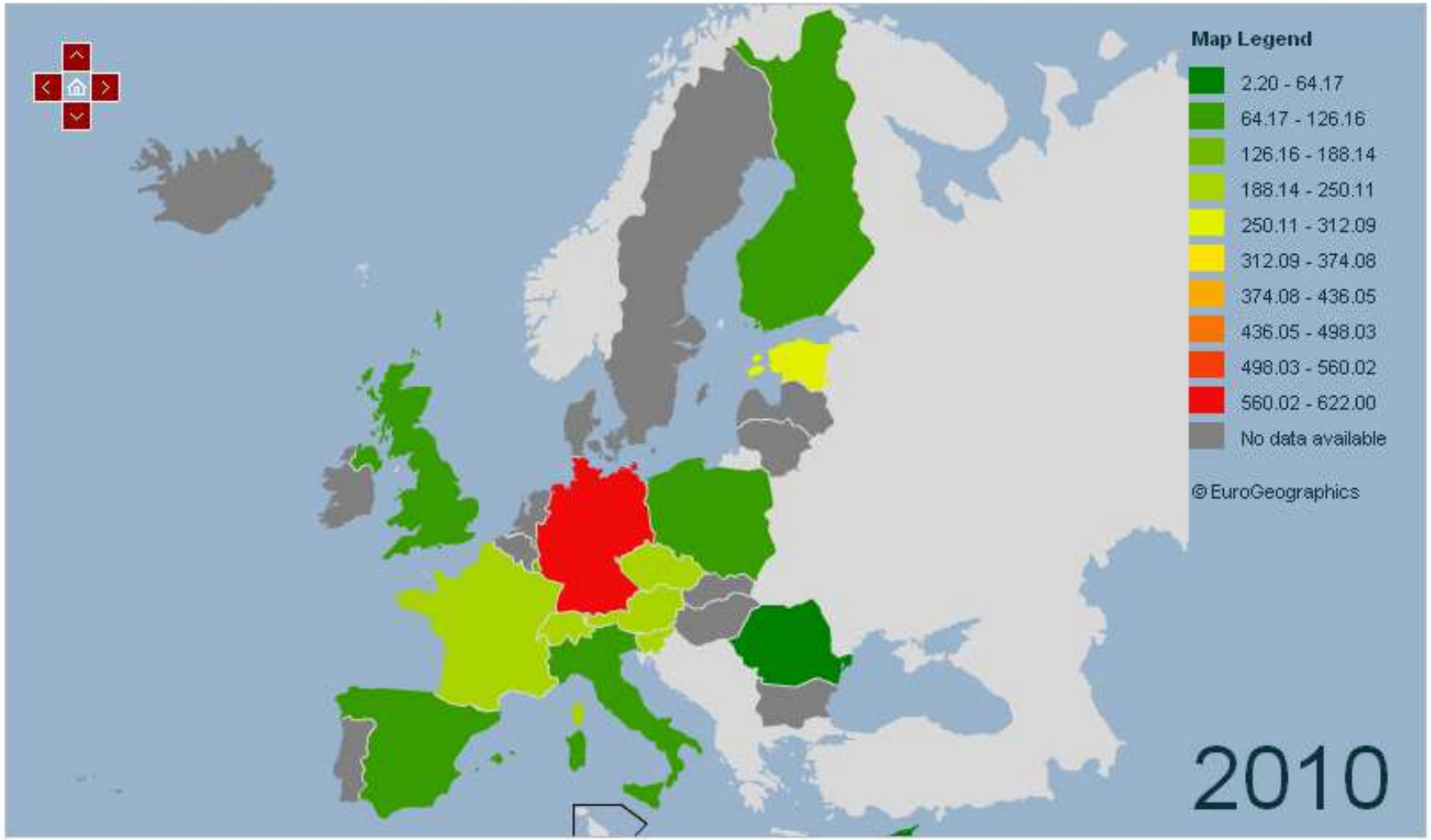


- 200.000 Kaiserschnitte in Deutschland, d.h. 9% (18.000) Sectios (also Operationen) aus „organisatorischen Gründen“
- Wird von der DKG als Bestätigung für hohe Indikationsqualität gewertet

Häufigkeit kardiologischer Interventionen im europäischen Vergleich

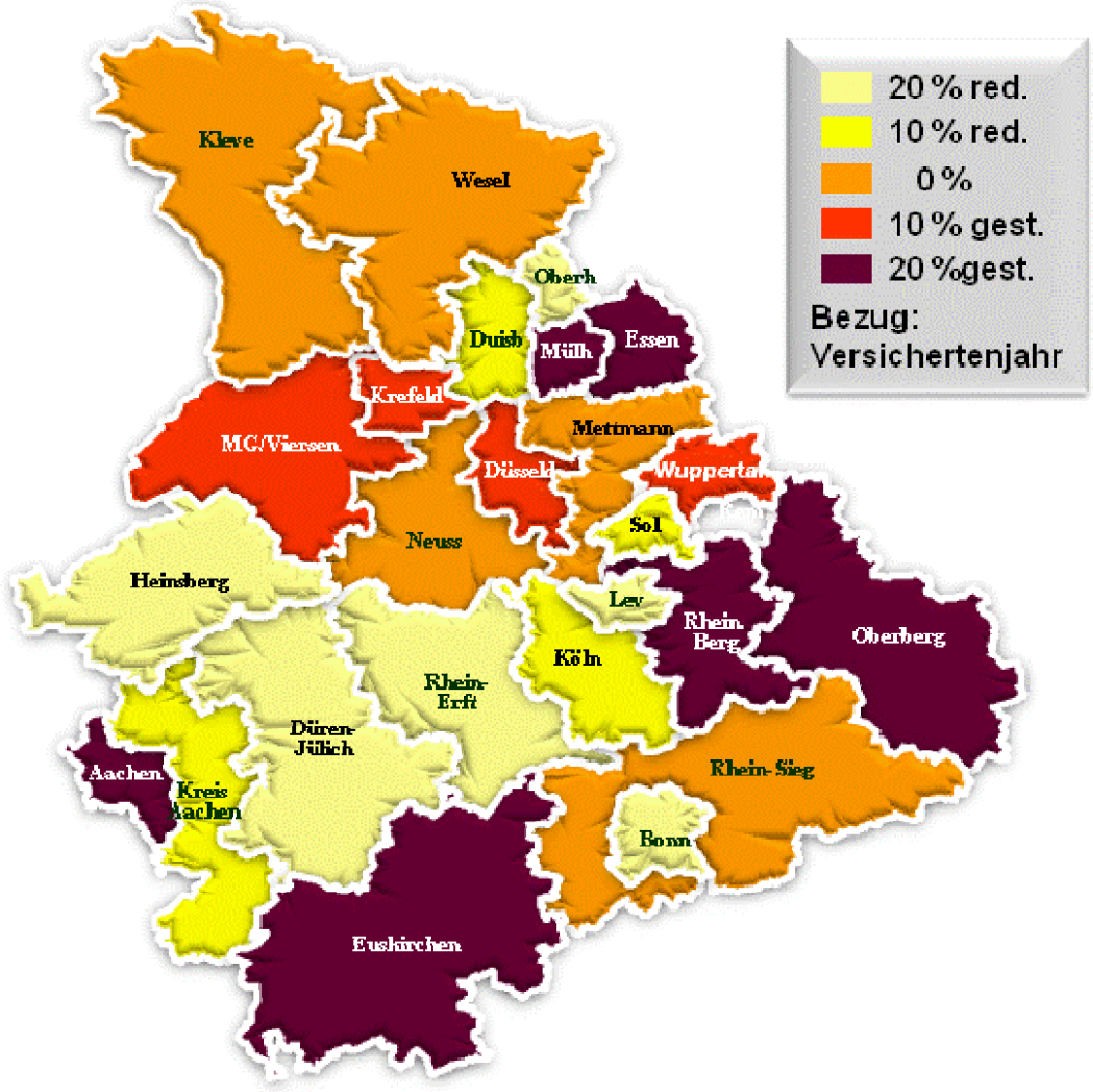
Number of PTCA (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) per 100,000 inhabitants, time series of 6 years

The indicator on selected surgeries gives the number of surgical operations and procedures performed in hospitals, including day-cases as well as in-patient surgerie..



Quelle: EU Heidi-Datatool

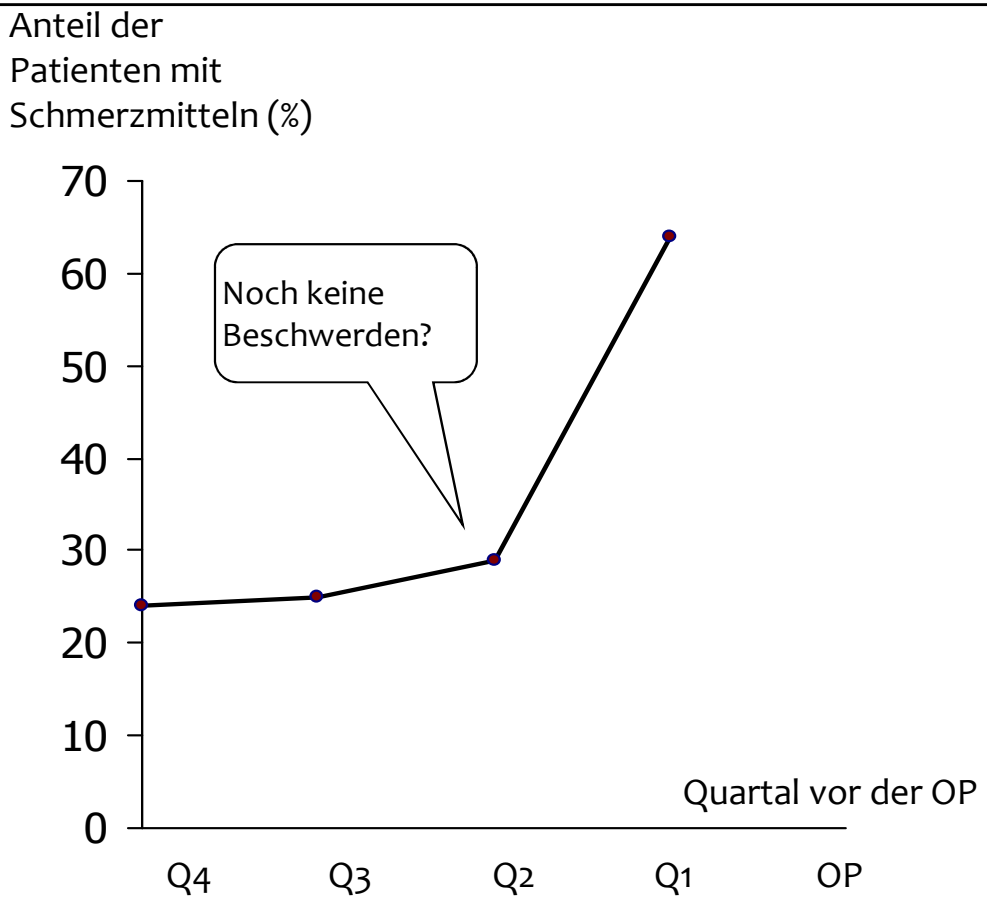
Regionale Varianzen in der Wirbelsäulenchirurgie



- Die versichertenbezogene Häufigkeit von WS-Operationen in den Jahren 2008 - 2010 schwankt regional fast um den ***Faktor 2,75.***
- Die Häufigkeit der Diagnose Rückenschmerz (ICD M50-M54) schwankt dagegen um den ***Faktor 1,59.***
- Die deutlich erhöhte regionale Wirbelsäulen-OP-Varianz ist **nicht durch die Morbidität** erklärbar.
- Sie ist als Ausdruck des **Ermessensspielraums** bei der OP-Indikation zu werten.
- Dies betrifft auch weitere häufige Eingriffe, z. B. die Endoprothetik.

Ausschöpfung ambulanter Therapieoptionen vor der Operation?

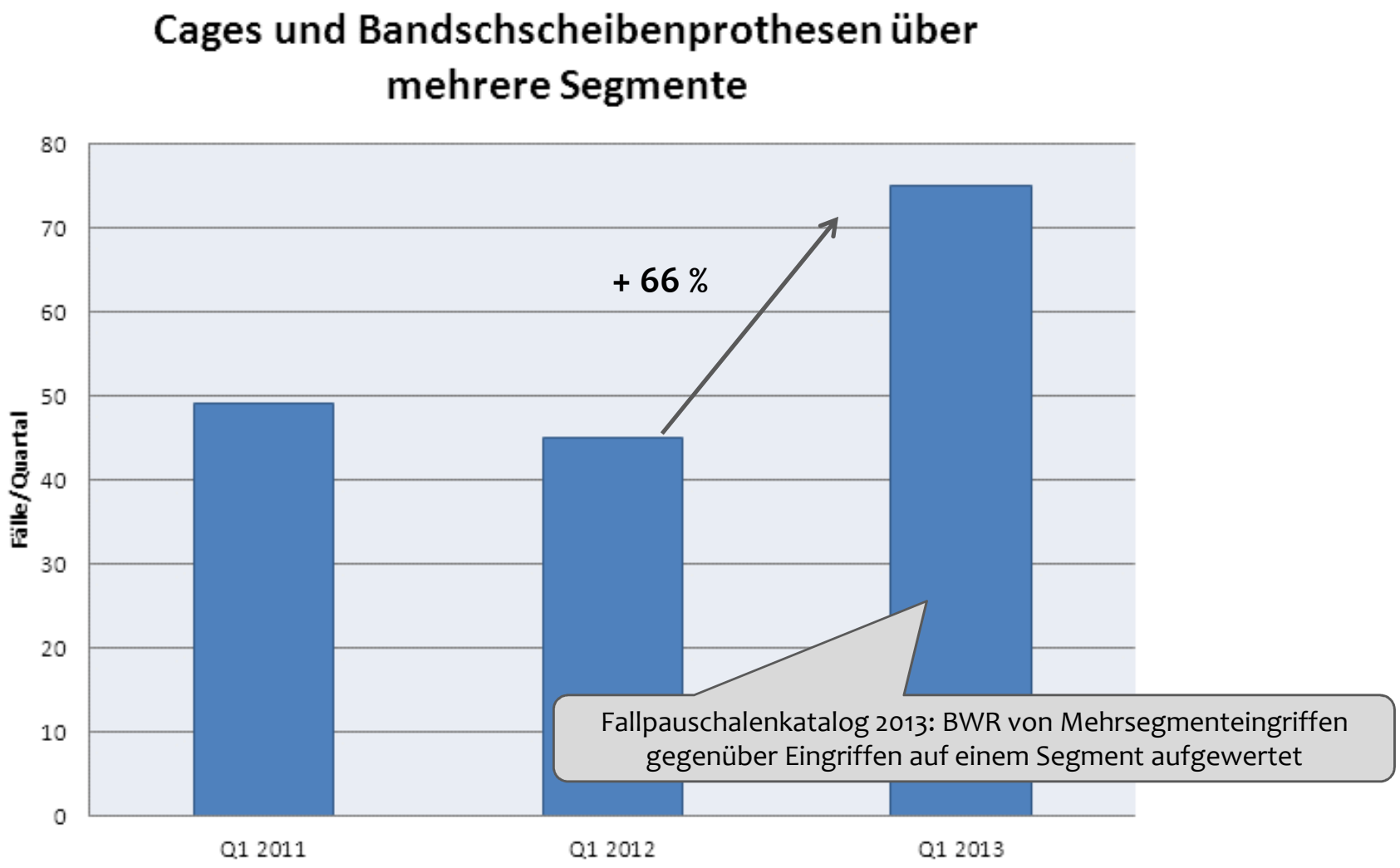
Anteil wirbelsäulenchirurgischer Patienten mit Schmerzmitteltherapie vor der Operation



- Im Quartal unmittelbar vor der Operation werden für ca. 70% der Patienten verschreibungs-pflichtige Schmerzmittel verordnet.
- In den Quartalen davor liegt die Quote zwischen 25% und 30%.
- Aus den Routinedaten ergibt sich also der Hinweis darauf, dass bei vielen Patienten ein leitlinien-gerechter 12-wöchiger Versuch der konservativen Schmerzreduktion möglicherweise nicht unternommen worden ist.
- **Es gibt starke Unterschiede zwischen den Kliniken.**

Es zeigen sich Hinweise darauf, dass der Zeitraum eines 12-wöchigen konservativen Therapieversuchs (z.B. DGN-Leitlinie) bei vielen Patienten nicht eingehalten wird.

Fallzahlentwicklung in der „innovativen“ Wirbelsäulenchirurgie

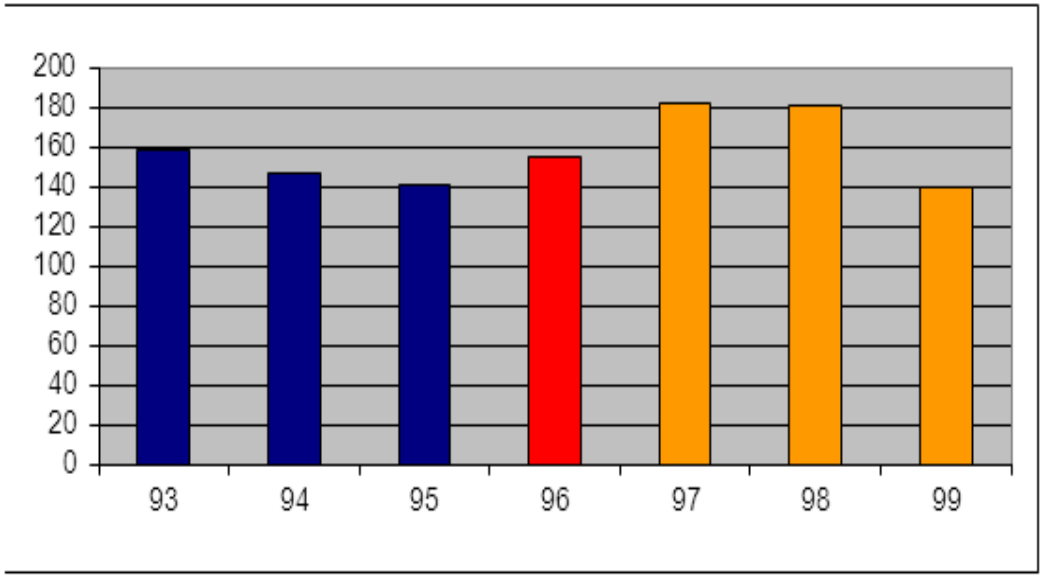


Beispiel eines exzessiven Fallzahlenanstiegs bei Bandscheibenprothesen und Cages über mehrere Segmente nach Modifikation am Vergütungssystem.

Quelle: AOK RH Abrechnungsdaten

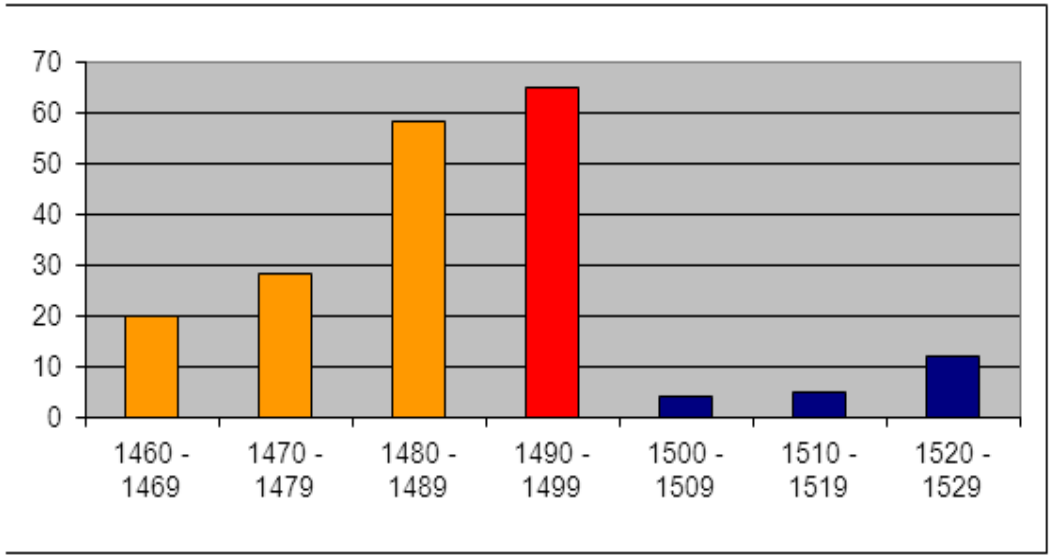
Verteilung der Beatmungsstunden und der Geburtsgewichte von Frühgeborenen (Daten 2013)

Verteilung Beatmungszeit um den Schwellenwert 96 Stunden



93	94	95	96	97	98	99
158	147	141	155	182	181	139

Verteilung Aufnahmegewicht um den Schwellenwert 1.500 g



* AOK-Fälle mit Alter in Tagen < 28

1460 - 1469	1470 - 1479	1480 - 1489	1490 - 1499	1500 - 1509	1510 - 1519	1520 - 1529
20	28	58	65	4	5	12

Diese Befunde entsprechen keiner zufälligen Verteilung. Handelt es sich „nur“ um Upcoding oder werden hier tatsächlich Patienten auf Ziel-DRGs hin behandelt?

Quelle: § 301-Daten AOK RH Jahr 2013

Indikationsqualität in der stationären Versorgung als Thema im Koalitionsvertrag

Aussage aus Koalitionsvertrag	Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. Daher haben Patienten zukünftig regelhaft die Möglichkeit, eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einzuholen.
Bewertung durch AOK RH	• Das Thema der nicht medizinisch indizierten Eingriffe ist nach zehn Jahren Fallpauschalensystem in Kombination mit dem Preissystem mit Mengendegression auf Landesebene für die AOK RH von besonderer Relevanz. • Der Fehlanreiz wirkt. Mengensteigerungen sind für Krankenhäuser überlebenswichtig. Die redliche Grundversorgung ist in der Regel nicht auskömmlich. • Die Zweitmeinung ist ein Teil der Lösung, es sind aber sicher noch weitere Schritte nötig.

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Strukturqualität

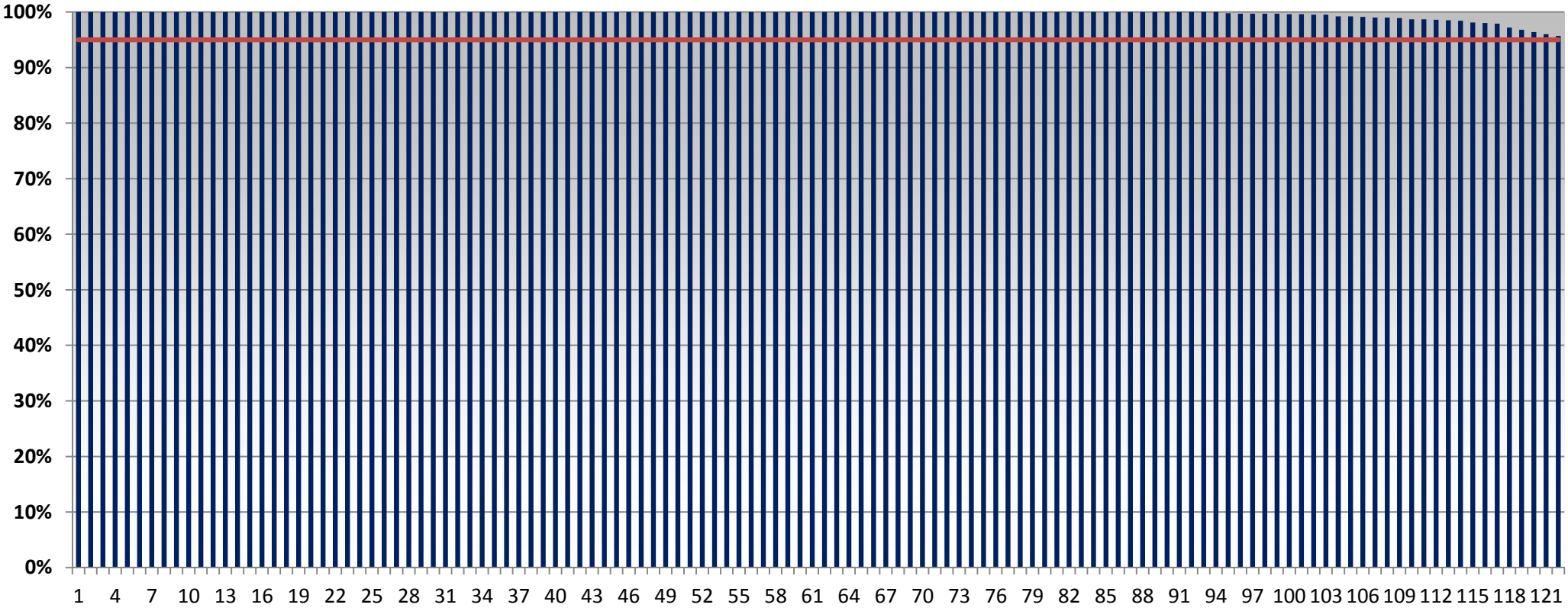
Auswirkungen des DRG-Systems auf die Prozessqualität

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Indikationsqualität

Anforderungen aus Krankenkassensicht

Nutzen der gesetzlichen Qualitätssicherung: Hüft-TEP-Erst-OP (LB 17/2) 2010 „Perioperative Antibiotikaprophylaxe“

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe
Referenzbereich: >= 95 %
Ø Bund: 99,6 %



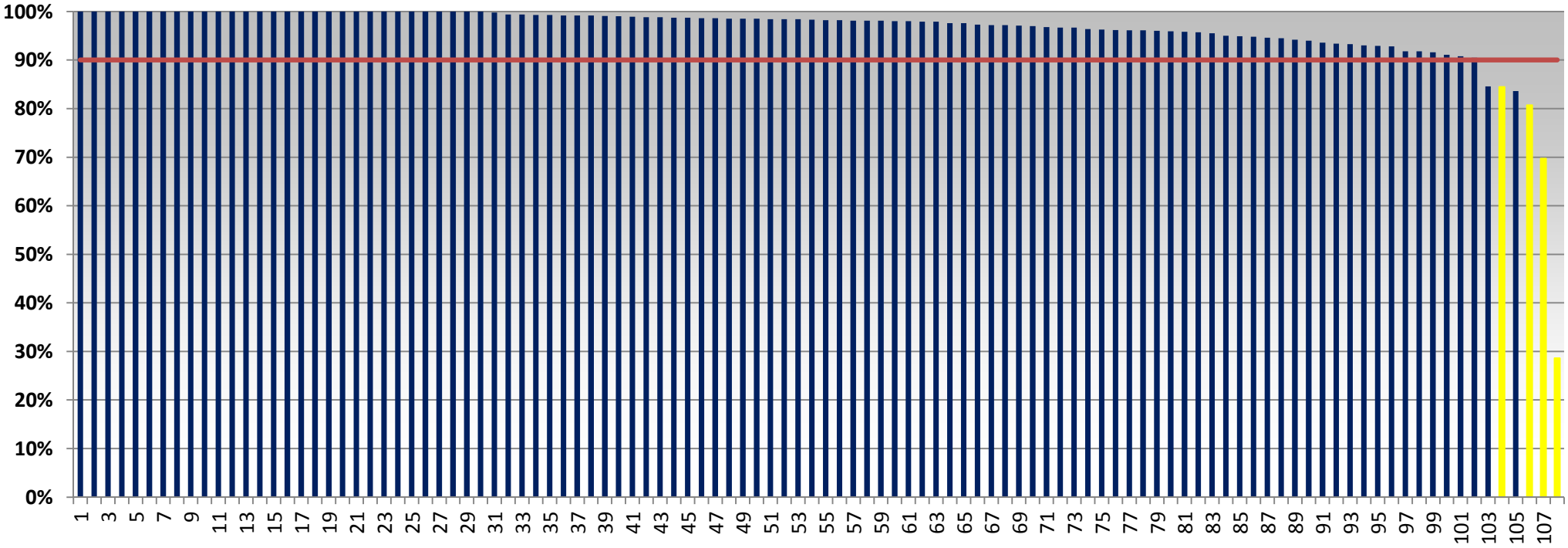
Welche Trennschärfe hat solch ein Indikator? Wer kann auf der Basis dieser Information eine Auswahlentscheidung treffen?

Nutzen der gesetzlichen Qualitätssicherung: Knie-TEP-Erstimplantation (LB 17/5) 2010 - QI „Indikation“

Qualitätsziel: Oft angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien)

Referenz: >= 90 %

Ø Bund: 95,3 %



So sieht die Darstellung der Indikationsqualität in der gesetzlichen Qualitätssicherung aus....

Worum geht es uns?

Unser gemeinsames Ziel ist die Maximierung von

- Patientenorientierung
- Sicherheit
- Effektivität
- Wirtschaftlichkeit

in der medizinischen Versorgung.

Voraussetzung hierfür sind

- geeignete (valide und trennscharfe) Qualitätsindikatoren
- ein schlagkräftiges Qualitätsmanagement

Stationäre Versorgung im Koalitionsvertrag

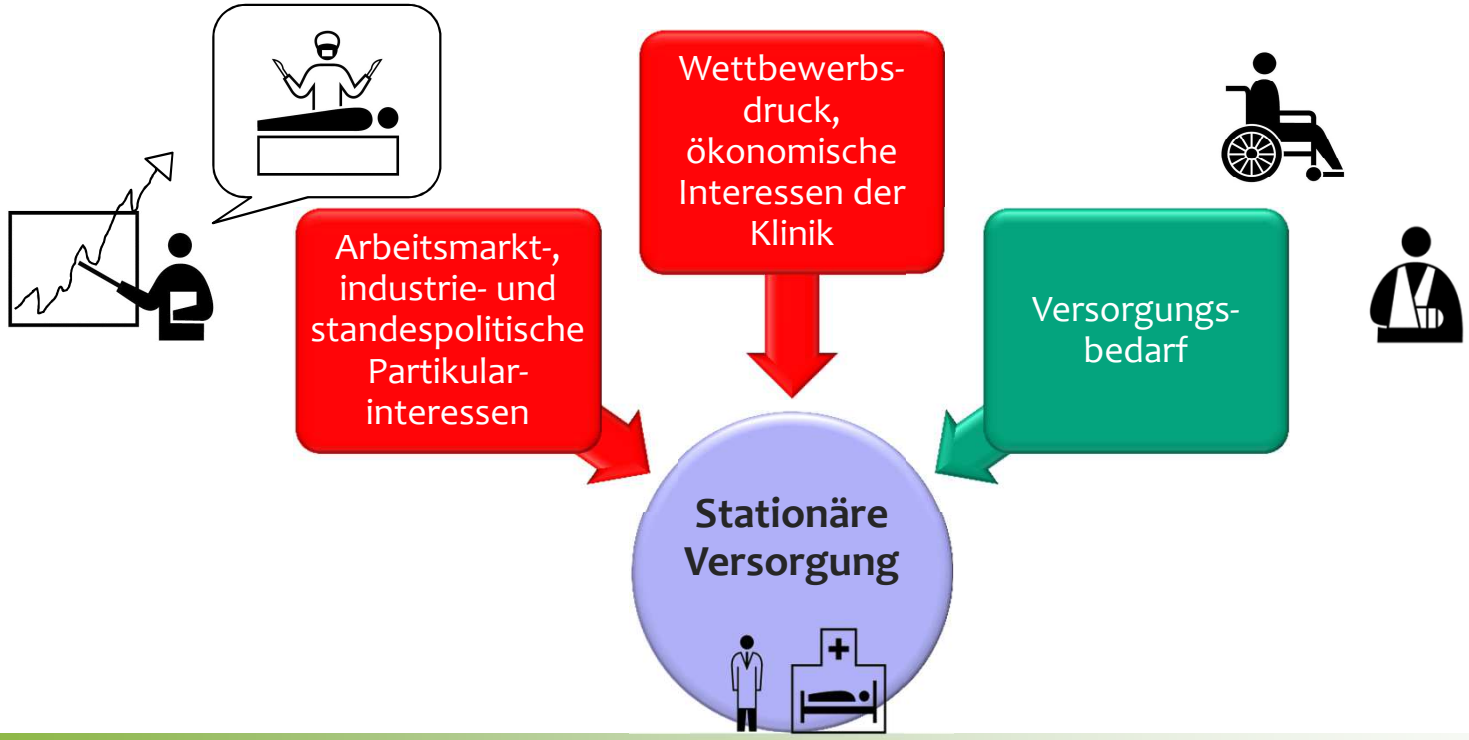
Aussage aus Koalitionsvertrag	Es soll ein neues Qualitätsinstitut zur Bewertung sektorübergreifender Routinedaten gegründet werden.
Bewertung durch Kostenträger	• Je mehr Transparenz über die Qualität vorhanden ist, desto besser. • Die Prüfung und Bewertung von Zertifikaten ist sehr zu begrüßen. • Eine intersektorale Betrachtung ist auch bei der Bewertung von Krankenhausleistungen absolut notwendig. • Frage: Welche Daten verwendet das Institut? Die Routinedaten allein reichen für die Erfüllung der Aufgaben nicht aus.

Qualität der stationären Versorgung im Koalitionsvertrag

Aussage aus Koalitionsvertrag	Den Krankenkassen wird die Möglichkeit gegeben, in den Jahren 2015 bis 2018 modellhaft Qualitätsverträge für vier vom GBA ausgewählte elektive Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Die Kriterien werden von den Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt.
Bewertung durch AOK RH	• Interessanter Punkt im Koalitionsvertrag, da sich für die KK ein ganz neuer Gestaltungsspielraum ergibt. • Die Formulierung lässt aber viel Interpretationsspielraum. • Erster Schritt aus dem Kontrahierungszwang oder nur der Zugang zu einer höheren Vergütung? • Die Definition geeigneter Qualitätskriterien wird eine große Herausforderung, vor allem, wenn auch die Ergebnisqualität berücksichtigt werden soll.

Fazit

- Gegenwärtig steht der Patient nicht immer im Mittelpunkt der (stationären) Versorgung.
- Aus dem Fallpauschalensystem hat sich in Kombination mit einer ungerichteten Mengendegression des Preises auf Landesebene ein starker Konkurrenzdruck zwischen den Krankenhäusern entwickelt (Hamsterrad). In der Folge haben sehr viele Kliniken das Leistungsspektrum ausgeweitet. Dieser Prozess ist in vollem Gange.
- Es resultieren Überkapazitäten, eine in Teilen zweifelhafte Mengenentwicklung und ein noch nicht ausreichendes Maß an Qualitätsorientierung.



Fazit

- Die Interessen des Versicherten als Patient und als Beitragszahler müssen im Mittelpunkt der Krankenhausversorgung stehen.
- Die freie Wahl des Krankenhauses unter qualitativen Aspekten sollte der zentrale Ansatzpunkt einer Reform sein, die die Versorgung vom Versicherten aus denkt.
- Strukturbereinigung: Dabei geht bei nicht um das kleine Haus auf dem Lande. In Deutschland gibt es vor allem in Ballungsräumen zu viele Krankenhäuser.
- Eine trennscharfe Analyse der Behandlungsqualität ist notwendig. Hierfür ist die intersektorale Perspektive zwingend notwendig.
- Ein ganz zentrales Defizit ist derzeit der Mangel an „beidseits“ akzeptierten Qualitätsindikatoren. Daran müssen Krankenhäuser und Kassen gemeinsam arbeiten.
- Eine patientenorientierte Analyse der Qualität mit fairer Risikoadjustierung ist in vielen Bereichen nur möglich, wenn Daten aus der klinischen Dokumentation mit den Routinedaten der Kassen zusammengeführt werden.
- Die Fehlanreize aus DRG-System und dem derzeitigen Preissystem sind erheblich. Versorgungspolitisch umsichtige Reformen sind nach 10 Jahren dringend notwendig.

Quelle: GKV-Spitzenverband, 14 Positionen für 2014