

# **Beschluss**

## **des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege**

### **Qualitätsorientierte Vergütung für die Krankenhäuser**

Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitssystem im Blick auf die medizinische Qualität, den allgemeinen Zugang und die flächendeckende Versorgung. Der „Preis“ dafür ist ein entsprechend hoher finanzieller Aufwand durch Versicherungsbeiträge und Steuern. Die Gesellschaft fordert ein Gesundheitssystem, das durch kontinuierliche Verbesserung die medizinische Ergebnisqualität steigert und dabei Wirtschaftlichkeitsreserven optimal ausschöpft.

Hohe medizinische Qualität ist mehr als nur das Vermeiden von Komplikationen. Es bedeutet, den medizinischen Fortschritt kurzfristig, flächendeckend und bezahlbar allen Patienten zur Verfügung zu stellen.

In einem privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem mit staatlichen Rahmenvorgaben wird es immer zum Zielkonflikt zwischen Ökonomie und Qualität kommen. Entsprechend den aktuellen gesundheitspolitischen Bestrebungen muss die qualitätsorientierte Vergütung für die Krankenhäuser eine Brücke zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität schlagen – und dies zum Vorteil für die Patienten und die Leistungserbringer.

Die Diskussion zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems erfordert zunächst eine Ist-Analyse als Ausgangspunkt.

#### **Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems**

- Das sektoral (ambulant, stationär) gegliederte Gesundheitssystem
- Der Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung
- Der privatwirtschaftlich geführte ambulante Bereich (Praxen, Zentren) mit dem Versorgungsauftrag der gemeinnützigen Körperschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen
- Die stationäre Versorgung mit privaten, gemeinnützigen und öffentlichen Trägern in Verantwortung der Landesregierungen
- Die Krankenhausplanung durch die Länder
- Das duale Finanzierungssystem der stationären Versorgung

- Das duale System der Krankenversicherungen
- Eine kontinuierliche Verlängerung der Lebenserwartung
- Eine Änderung des Krankheitsspektrums und der Erwartungen und Ansprüche von Patienten, Versicherten und Steuerzahlern
  - Patienten: Forderung nach hoher medizinischer Qualität und Verfügbarkeit
  - Versicherte: hohe Leistungsqualität, geringe konstante Beiträge
  - Steuerzahler: Geringe Steuerzuschüsse
- Ein schneller medizinischer Fortschritt mit stetigem Zuwachs der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, mit höherem finanziellen und personellen Aufwand
- Die Änderung der Erwartungen und Ansprüche von Mitarbeitern

### **Schwachstellen des aktuellen Gesundheitssystems**

- Eine sektororientierte ökonomische und medizinische Ausrichtung der Versorgung
- Anreize zur ökonomischen Optimierung durch Mengensteigerung und Kostenreduktion
- Ausrichtung einzelner Leistungsbereiche auf Privatpatienten oder Selbstzahler-Leistungen
- Ausrichtung der medizinischen Versorgung an Akuterkrankungen bei unzureichender Berücksichtigung chronischer und psychischer Langzeiterkrankungen
- Geringe Transparenz der Behandlungsqualität
- Unzureichende Anreize zur Qualitätssteigerung
- Unterschiedliche regionale Versorgungsqualität
- Unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder

### **Erste Antworten auf diese Herausforderungen**

- Modellversuche zur Überwindung der Sektoroptimierung
- Mengensteuerung durch Mehrerlösausgleiche (stationär) und Erlösabstaffelung durch Regelvolumina (ambulant)
- Motivation zur Freisetzung von Wirtschaftlichkeitsreserven im System
- Neue Elemente der Investitions- und Krankenhausplanung
- Neue Elemente der ambulanten Versorgungsplanung

## **Qualitätsorientierte Vergütung und Versorgungsplanung als Zukunftsvision**

Im Mittelpunkt muss die Qualität der Leistungskette und nicht die Quantität der Einzelleistungen stehen. Für den Patienten steht die langfristige Ergebnisqualität eines optimierten sektorübergreifenden Behandlungsprozesses im Vordergrund. Er fühlt sich nicht verantwortlich für die Sicherung von Arbeitsplätzen oder Besitzständen. Ihn interessieren keine Sektorgrenzen oder die Regel „ambulant vor stationär“. Er möchte frei den qualitativ besten Anbieter in seiner Nähe auswählen – unabhängig davon, ob dies eine Praxis oder ein Krankenhaus ist. Kann dieser Anbieter zusätzlich durch eine hohe Wirtschaftlichkeit und eine gute Vernetzung zu niedrigeren Versicherungsbeiträgen beitragen, wird das positiv bewertet.

### **Erste Schritte zur Optimierung**

Zu Beginn der Prozessoptimierung sind folgende Fragen zu klären:

- Was ist das Optimierungspotenzial einer „Priorisierung“ dieser Ziele anstelle einer „sowohl als auch“-Auflistung?
- Auf welche Behandlungsprozesse oder Behandlungsschritte beziehen sich die Ziele?
- Wie wird „Qualität“ definiert?
- An welchen Parametern soll die Qualität wann, von wem gemessen werden?
- Wie soll die Verknüpfung von Qualität und Erlössystem aussehen?
- Wie soll die Verknüpfung mit dem Planungssystem aussehen?
- Was geschieht mit den „Verlierern“ im System?
- Wie werden die Teilziele in eine langfristige Gesamtentwicklung zur qualitätsorientierten Erlösentwicklung und Planung eingebunden?

Als erster Bereich bietet sich die Beurteilung einer Leistungsqualität der in Fallpauschalen gegliederten, abteilungsübergreifenden Behandlungsprozesse im Krankenhaus an. Dieses müssen gut evaluierte Modellprojekte mit einzelnen, häufigen, gut strukturierten und relativ einfach zu messenden Behandlungsabläufen sein. Ziel ist eine objektive risikoadjustierte Messung der Ergebnisqualität bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung.

Für einen realistischen Vergleich von Krankenhäusern und daraus resultierenden Konsequenzen, die einer juristischen Auseinandersetzung standhalten, ist eine risikoadjustierte Beurteilung der Ergebnisqualität absolut notwendig, d. h. die medizinischen Ergebnisse müssen in Relation zur Morbidität, zum Alter und zum sozialen Umfeld der Patienten gesetzt werden.

Da eine risikoadjustierte Ergebnisbeurteilung in absehbarer Zeit nicht realisierbar erscheint, wird eine Weiterentwicklung der QSR-Daten in Verbindung mit Parametern der Struktur- und Ablaufqualität bei der Qualitätsdefinition zunächst im Vordergrund stehen.

### **Annahme:**

**Für Behandlungsfälle im Fallpauschalen-System (DRGs) werden einzelne Qualitätsparameter gefunden, die mit einer wissenschaftlich und juristisch begründeten Gewichtung zu einer „Qualitätszahl“ für diese Gesamtbehandlung zusammengefasst werden – und das mit der Zustimmung aller Beteiligten.**

Die qualitätsorientierte Erlössteigerung muss ein Anreiz-System für Leistungserbringer sein. Von mangelnder Organisation abgesehen, liegt die Ursache von Qualitätsmängeln in der Regel in strukturellen Problemen von Krankenhäusern. Dies betrifft das Personal, die Geräteausstattung, die Vorhaltung im Notfall und geeignete räumliche Bedingungen. Diese Probleme sind nur mit größerem finanziellen Aufwand zu beheben. Daher müssen vor einer Qualitätssteigerung notwendige Investitionen mit der erwarteten Höhe der Erlöse verglichen werden. Erforderlich sind ausreichende Erlösanreize – sonst scheitert die gewünschte Qualität nicht an dem „Wollen“ sondern an dem „Können“ und es werden „Scheinqualitäten“ als „Potemkin’sche Dörfer“ zur Erfüllung von Vorgaben aufgebaut.

### **Entscheidende Frage:**

**Soll das qualitätsorientierte Erlössystem in der Gesamtsumme „kostenneutral“ bleiben, d. h. sollen die Verlierer die Gewinner bezahlen oder werden zusätzliche Mittel für die Qualitätssteigerung zur Verfügung gestellt?**

**Es ist absolut notwendig, das qualitätsorientierte Erlössystem mit einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu verbinden.**

Neben den ökonomischen Anreizen ist die „Marktmacht“ des Patienten als Kunde, Partner und Gast nicht zu unterschätzen. Bei einer freien Arztwahl und Wahl des Krankenhauses kann das „Qualitätsimage“ eines Krankenhauses bzw. einer Praxis wesentlich die Patientenströme verändern. Daher ist der Zwang zu einer transparenten und vergleichenden Darstellung der Qualität ein wesentlicher Treiber zur gewünschten Qualitätssteigerung.

Sollen kurzfristig Fortschritte bei der Qualitätssteigerung erreicht werden, muss auf Basis bestehender Strukturen mit der Optimierung in wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten begonnen werden. Einzelschritte müssen sich später in ein sektorübergreifendes Modell einordnen.

### **Ziele einer umfassenden Qualitätsstrategie:**

- Qualitäts- statt ausschließlich Mengenorientierung
- Schwerpunkt auf chronische Mehrfacherkrankungen älterer Menschen statt (allein) auf Akuterkrankungen
- Überwindung der Sektorierung des Gesundheitssystems zugunsten einer besseren Integration und Koordination der Behandlung
- Förderung der Krankheitsprävention gegenüber der Behandlung aufgetretener Erkrankungen
- Patienten- statt Anbieterbezug.

Erste pragmatische Schritte zur Qualitätssteigerung sollten folgende Aspekte berücksichtigen:

- Definition der Qualität und der Erfolgsparameter
- Die Optimierung sollte sich zunächst auf definierte Teilprozesse beziehen
- Die vollständige Erfassung der Ergebnisqualität ist statistisch signifikant, evidenzbasiert, risikoadjustiert und justiziabel in absehbarer Zeit nicht zu erreichen.
- Die Strategie muss von idealen Lösungen Abschied nehmen und zu pragmatischen, nicht immer optimalen Lösungen übergehen – sonst ist eine zeitnahe Entwicklung nicht möglich.
- Bestehende Strukturen und Prozesse sollen weitgehend in die Optimierung einbezogen werden.
- Es muss klar benannt werden, ob nach Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven auch zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung stehen oder ob die Veränderungen „kostenneutral“ als Umverteilung geplant sind.

**Für die Einführung eines durchgehenden qualitätsorientierten Erlössystems und einer qualitätsorientierten Versorgungplanung muss zeitlich ein Entwicklungsprozess über viele Jahre eingeräumt werden. Das Gesundheitssystem mit seinen Leistungsanbietern sollte die Herausforderung annehmen, auch wenn die Anfänge mühevoll und nicht immer perfekt sind.**