

Die Qualität
der Krankenhäuser:
messen – steuern – vergüten.



Geschichte der QS

QS Aufgabe der Ärzte(kammern)
QS zusammen mit KH-Trägern
QS zusammen mit Krankenkassen
QS bundesweit verpflichtend
QS zusammen mit Patienten
Publikationspflicht der Ergebnisse
Langzeitergebnisse
QS mit Routinedaten
Patientenbefragung

Leistungsorientierte Vergütung
Qualitätsbasierte Krankenhausplanung

Koalitionsvertrag



Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der
Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt.

Koalitionsvertrag

Das heute bestehende System der **Mehrleistungsabschläge** wollen wir dabei differenzieren: Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich.

Umgekehrt sollen bei **unterdurchschnittlicher Qualität** für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein.

Koalitionsvertrag

Zur weiteren Stärkung der Qualität ... wird für **vier** vom GBA ausgewählte **planbare Leistungen** den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit gegeben, modellhaft **Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern** abzuschließen.

Die Kriterien für Qualitätsverträge werden von den Krankenkassen **auf Landesebene einheitlich** und gemeinsam festgelegt. **Die freie Krankenhauswahl** bleibt dabei unberührt. Danach erfolgt eine Evaluierung.

Koalitionsvertrag

Qualität wird als Kriterium zur Teilnahmeberechtigung an der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§116 b SGB V)** gestärkt. Wie die Qualitätsnachweise zu führen sind, legt der GBA fest. Genutzt werden dazu auch die Qualitätsdaten des Qualitätsinstituts. **[ASV]**

Leistungsorientierte Vergütung
oder
Qualitätsorientierte Vergütung
oder
Strukturorientierte Vergütung?

**Man muss nicht beweisen, dass
P4P wirkt,**

**sondern dass es
in konkreten Situationen
erfolgreich ist.**

„Gute Krankenhäuser“

„Schlechte Krankenhäuser“

(oder doch besser „Abteilungen“!)

„Pay for Performance“
ist nicht
„Alles oder Nichts“

und man muss auch keiner Sekte
beitreten.

„Pay for Performance“
ist neu.

„Pay for Performance“ gibt es
bereits.

Auch in Deutschland. Mit Erfolg.

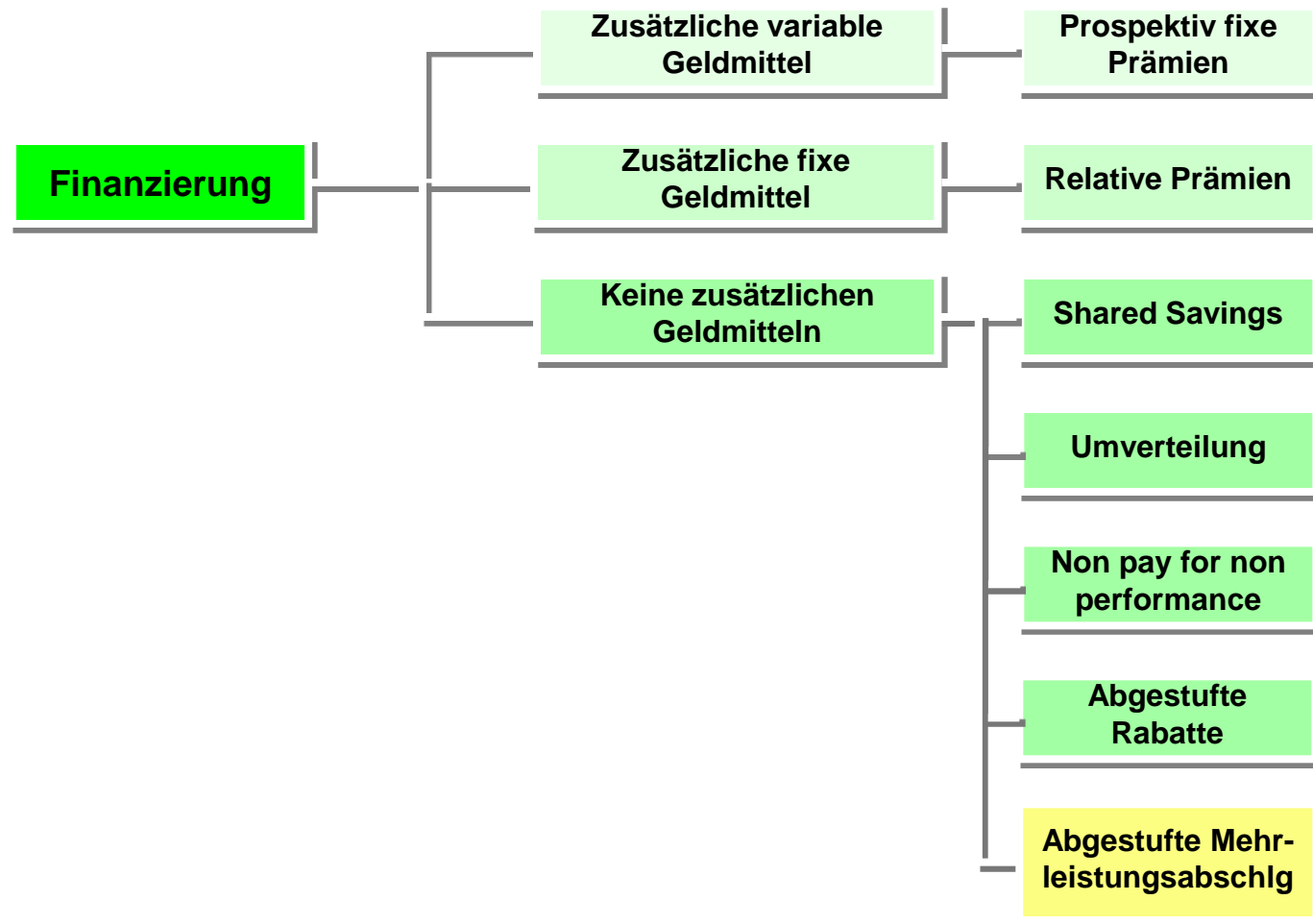
Finanzielle Anreize sind mächtig.

Finanzielle Anreize wirken kaum.

Finanzielle Anreize haben
Nebenwirkungen.

Primäre Motivation für Qualität!

Primäre Motivation für Qualität
ist NICHT durch Finanzmittel
erreichbar!



Interventionen



-
- Wo könnte P4P die Steuerung von Versorgung verbessern?
 - Welche Ziele?
 - Gibt es verlässliche Messinstrumente?
 - Passende Anreize?
 - Wie groß ist der Aufwand?
 - Wie groß ist der Nutzen?

Was ist das Ziel?

Umverteilung?

Erhöhung der Vergütung?

Absenkung der Vergütung?

Verbesserung einzelner?

Verbesserung der Versorgung insgesamt?

Ökonomische Ziele?

Rosinenpickerei

Mengenausweitung

**Punktuellder Qualitätsfokus
mit Vernachlässigung**

**Geld an die ohnehin Guten
ohne Verbesserung**

Indikationen für P4P



Korrektur von Versorgungsmängeln
(Schlechte Qualität wird unwirtschaftlich)

Verbesserung von Versorgungsqualität
(Aufmerksamkeitsfokus)

Förderung exzellenter Versorgungsqualität
(ressourcenintensive Verfahren)

Effizienzorientierte P4P
Strukturwandel, ACO

Die Finanzierung schlechter
Qualität heißt

dass schlechte Qualität akzeptiert
wird.



Dieses Krankenhaus

hat unauffällige Ergebnisse.

ist ein gutes Krankenhaus.

ist das richtige Krankenhaus für mich.

P4P: die nächsten Schritte müssen klug gewählt werden.

www.bqs.de



**...und nach dem Mittagessen gab's
mal wieder einen Vortrag zu
QUALITÄT!**





www.bqs.de