

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.

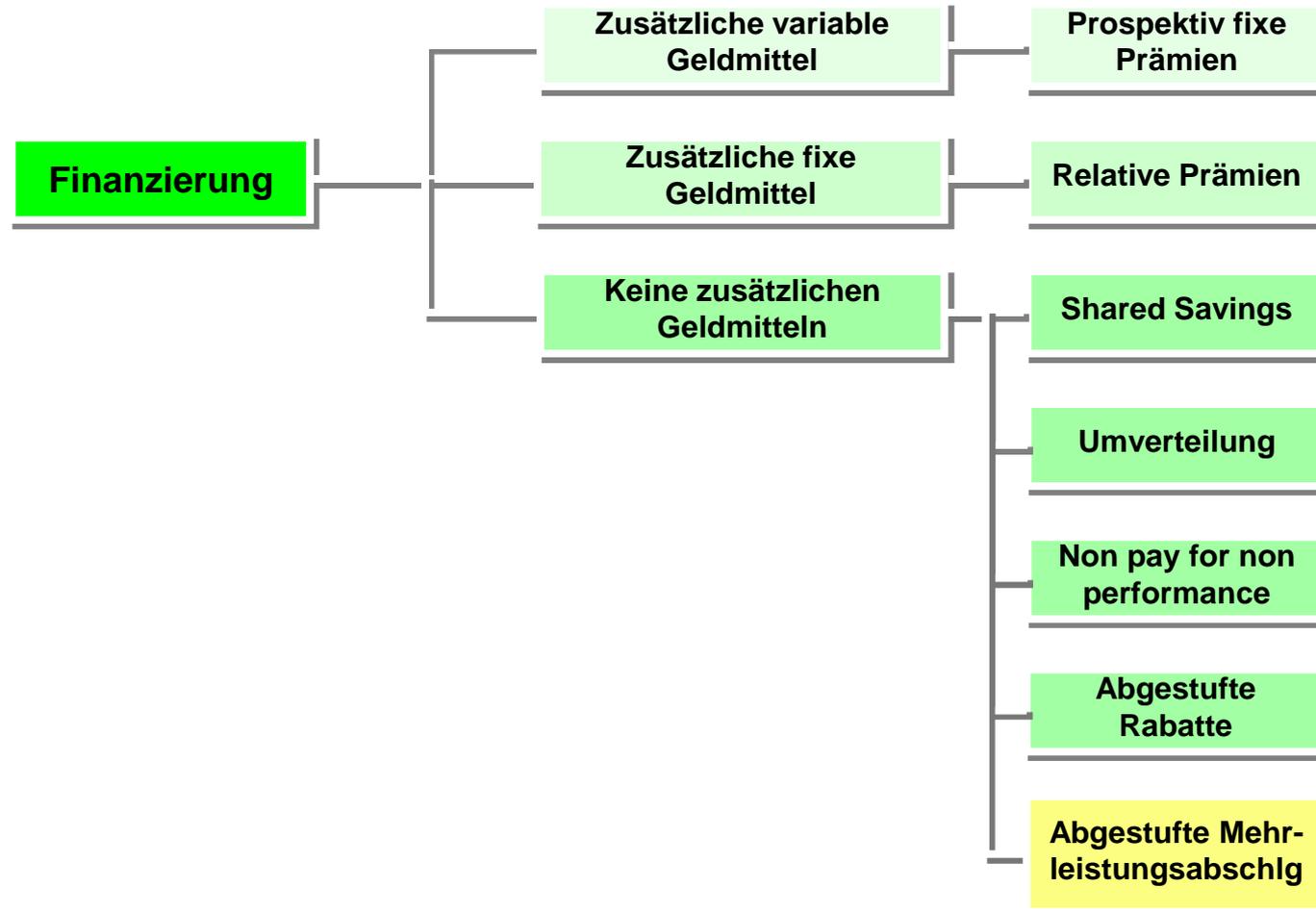
Finanzielle Anreize sind mächtig.

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

Punktuelle 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](http://www.bqs.de)



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



---

# **BQS**

---

[www.bqs.de](http://www.bqs.de)