

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Krankenhaus

Dr. Karsten Neumann, IGES Institut

vdek-Veranstaltung „Quo vadis Krankenhausversorgung“
Frankfurt a.M., 9. Mai 2014

- 
- 1 Ausgangslage: Qualität stationärer Leistungen in Deutschland
 - 2 Der Blick ins Ausland
 - 3 Konzept zur Qualitätssteigerung

Die Diskussion um Qualität in Krankenhäusern hat an Schärfe zugenommen

Schlagzeilen der letzten Monate

Frankfurter Allgemeine
Wirtschaft

„Es gibt zu viele Krankenhäuser. Wir müssen aussortieren. Und dabei sollte man auf Qualität achten. Es müssen die schlechten Häuser geschlossen werden, nicht die guten.“
Francisco de Meo (F.A.S. 1.3.14)

Focus, München
27.04.2014 Seite 86 Auflage: 699.460

In Kliniken muss es vorrangig um das Wohl der Patienten gehen. Das neue Qualitätsinstitut für das Gesundheitswesen ist gut – aber nicht genug

Gute Krankenhäuser belohnen, schlechte bestrafen

Eine Diagnose von Sigrid König

MARBURG UNIVERSITÄTSKLINIKUM FRÜHCHEN

Frühchen stirbt an Infektion

FR, 07.04.2014

Krankenhausreport 2012: Qualität deutscher Kliniken schwankt

SPIEGELONLINE, 15.10.2013

AOK-Krankenhausreport

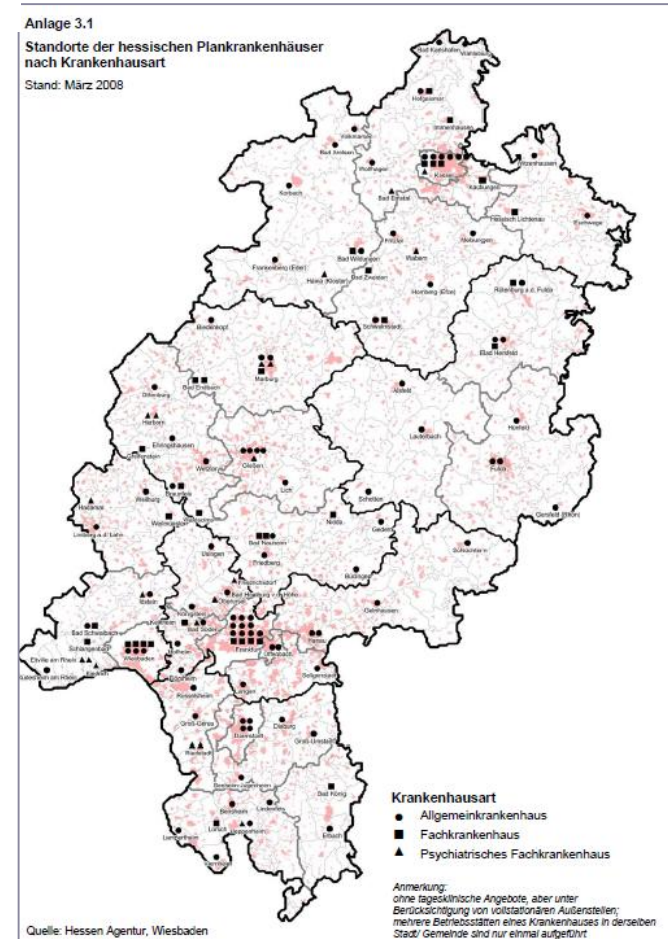
Mehr Tote durch Behandlungsfehler als durch Verkehrsunfälle

21.01.2014 · Durch Behandlungsfehler in deutschen Kliniken sterben jährlich fünf mal mehr Menschen als bei Verkehrsunfällen. Bei rund 188.000 Behandlungen kommt es laut dem AOK-Krankenhausreport zu Fehlern. In vielen Fällen seien sie vermeidbar.

FAZ, 21.01.2014

Die Krankenhauslandschaft in Hessen steht vor den üblichen Herausforderungen

- Finanzierung: öffentliche Diskussion um Investitionsrückstau etc.
- Planung/Verteilung: Bettendichte knapp unter Bundesdurchschnitt (2011: 600 vs. 625 je 100.000 Einwohner) – aber regionale Ungleichverteilung, insbes. Konzentration Rhein-Main-Gebiet
- Starke Qualitätsunterschiede wie überall im Bund: Bsp. Sterblichkeit TAVI: 0–16% (Ø: 8,21%)

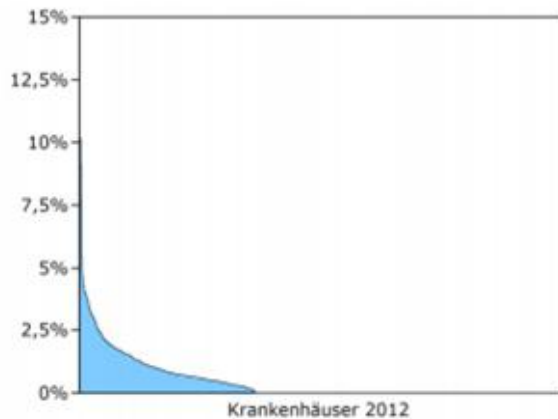


Quelle: Presserecherche, Hessische Krankenhausgesellschaft, Hessens Krankenhäuser in Zahlen, Daten und Fakten 2013
AOK Bundesverband, Zahlen und Fakten 2013, Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009

Auch bundesweit große Qualitätsunterschiede bei Behandlungsergebnissen

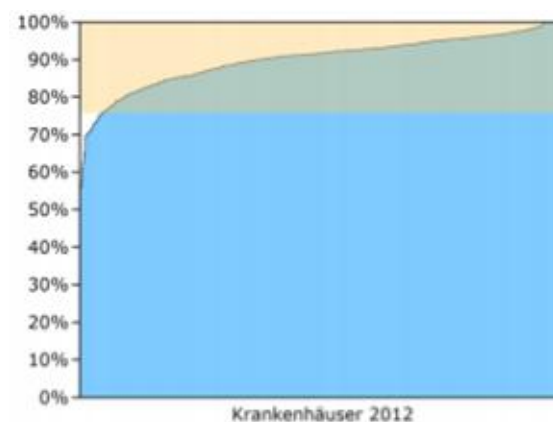
Große Spannweiten zwischen den schlechtesten und den besten Krankenhäusern - Beispiele

Postoperative Wundinfektionsrate nach Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (in Prozent)



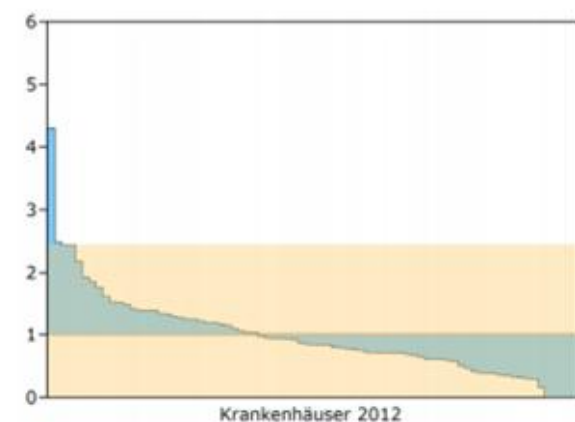
Vielzahl unnötiger Infektionen

Organerhaltung bei Ovareingriffen (in Prozent)



Organverlust über 4-fach so häufig¹⁾

Sterblichkeit im Krankenhaus nach kathetergestützter Operation an der Aortenklappe (SMR)



Mehrfach so hohe Sterblichkeit¹⁾

1) Im Verhältnis vom schlechtesten zum besten Quartil

Quelle: Bundesauswertung des AQUA-Instituts (2013), Hinterlegt ist jeweils der Referenzbereich aus dem Strukturierten Dialog.

Die Qualitätsmängel sind bekannt, führen aber nicht zu Konsequenzen

Sehr gute Infrastruktur zur Messung der Versorgungsqualität im stationären Sektor vorhanden:

- Insgesamt erfasst das AQUA-Institut 430 Qualitätsindikatoren
- Die OECD bescheinigt Deutschland sogar eine führende Position in der Sammlung von Daten zur Qualität im stationären Sektor¹⁾

Jedoch wird diese Infrastruktur nicht konsequent zur Verbesserung der Versorgungsqualität eingesetzt:

- Im Strukturierten Dialog nach § 137 SGB V werden nur 182 der 430 Indikatoren berücksichtigt
- Dialogisches Vorgehen schließt verbindliche Sanktionierung aus
- Die Konsequenzen für nicht kooperatives Verhalten im Strukturierten Dialog sind nicht bekannt
- Nur wenige echte Qualitätsprobleme werden identifiziert
- Faktisch bleiben die Qualitätsmängel ohne Folgen

¹⁾ Vgl. OECD (2013) Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries. Paris: OECD Publishing.

- 
- 1 Ausgangslage: Qualität stationärer Leistungen in Deutschland
 - 2 Der Blick ins Ausland
 - 3 Konzept zur Qualitätssteigerung

International zahlreiche Beispiele für Konsequenzen der Qualitätsmessungen

Internationale Beispiele von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung im stationären Sektor*



* Auswahl – komplette Liste im Anhang der Studie enthalten.

Im US-Bundestaat New York werden Qualitätsdaten für einzelne Ärzte publiziert

Kurzbeschreibung

- Veröffentlichung von Mortalitätsdaten in der Kardiologie und Herzchirurgie auf Ebene von Institutionen und einzelnen Ärzten
- Teilnahme verbindlich im gesamten Bundesstaat New York
- Systematische Veröffentlichung erfolgt nur für Eingriffe am Herzen

Messung der Qualität

- Jährliche Veröffentlichung für Einrichtungen und Ärzte:
 - Fallzahlen
 - Mortalitätsraten
 - Erwartete Mortalität
 - Risikoadjustierte Mortalität

	All Cases					
	Cases	Deaths	OMR	EMR	RAMR	95% CI for RAMR
Montefiore Medical Center - Weiler						
#Gotsis W	586	10	1.71	0.59	2.62 *	(1.26, 4.83)
Monrad E	567	8	1.41	0.81	1.56	(0.67, 3.08)
#Silverman G	399	5	1.25	0.63	1.79	(0.58, 4.19)
Sokol S	283	8	2.83	0.86	2.95 *	(1.27, 5.81)
#Srinivas V	430	4	0.93	0.75	1.11	(0.30, 2.84)
TOTAL	2265	35	1.55	0.72	1.94 *	(1.35, 2.70)

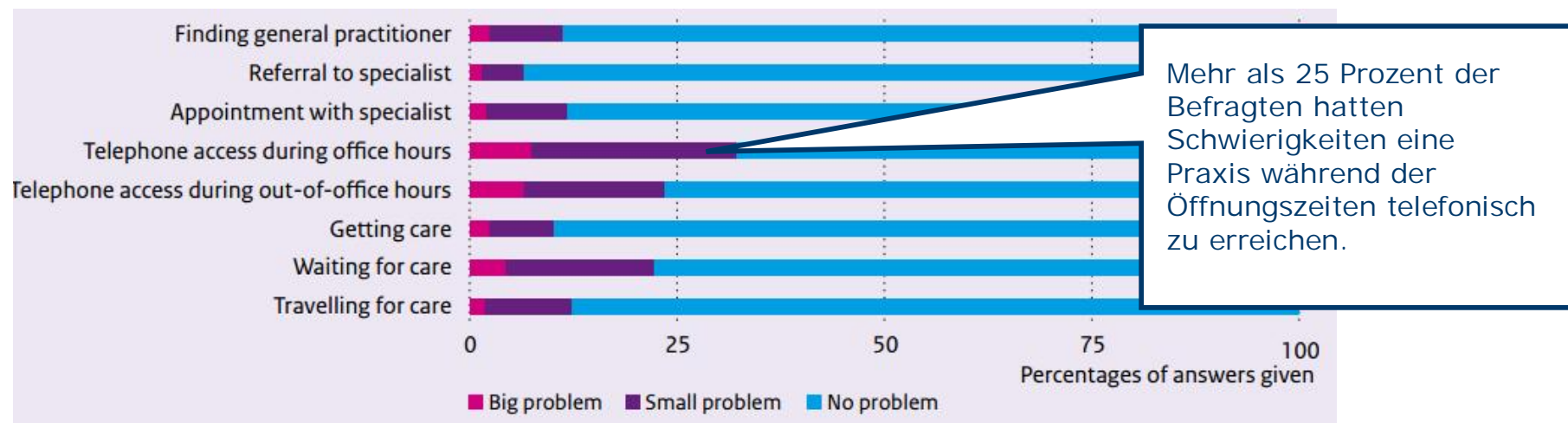
#=Der Arzt ist auch in einer anderen Einrichtung tätig. OMR=Observed mortality rate; EMR=Expected mortality rate; RAMR=Risk-adjusted mortality rate. Dargestellt jeweils nach Multiplikation mit 100. Quelle: New York State Department of Health (2012).

In den Niederlanden stellt sich das Gesundheitssystem einer kritischen Analyse

Dies geschieht in Form eines regelmäßig publizierte Berichts

- Der Report basiert auf den Messergebnissen von 125 Qualitätsindikatoren aus verschiedenen Quellen
- Betrachtet werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren sowie die Ergebnisse von Patientenbefragungen
- Die Bewertung des Gesundheitssystems erfolgt anhand von drei Dimensionen: Medizinische Qualität, Zugang zu Leistungen und Kostenentwicklung

Patientenbefragung zu Zugangsschwierigkeiten zum System



Quelle: National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Für ausgewählte Indikatoren finden auch internationale Vergleiche statt

Vergleich der 30-Tages-Sterblichkeit nach Myokardinfarkt zwischen den Niederlanden, den USA, Westeuropa und Schweden/Dänemark

Figure 2.3.2: In-hospital case-fatality rates within 30 days for acute myocardial infarction (%), 2005 for the Netherlands and 2006-2007 for other countries; the Netherlands, United States, Western Europe, highest and lowest scoring countries



((Source: OECD Health Data)

¹ Austria, Denmark, Finland, Ireland, Italy, the Netherlands, Norway, Spain, Sweden, United Kingdom

Quelle: National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Das Internetportal des englischen NHS bietet umfassende Vergleichsmöglichkeiten **IGES**

Kurzbeschreibung

- Internetportal des englischen NHS, das Patienten umfassende Informationen zum Krankenhausvergleich bietet
- Gezeigt werden Gesamtbewertungen der Krankenhäuser. Indikationsspezifische Auswahlmöglichkeiten beschränken sich auf Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten.

Messung der Qualität

- Die Website beinhaltet Informationen, die nach fünf Bereichen gegliedert sind:
 - Key Facts
 - Sauberkeit
 - Sicherheit
 - Beschwerden
 - Nichtmedizinische Strukturqualität

The screenshot displays a comparison table for various hospital metrics. The top row lists the metrics: Topics (set to Key Facts), Sort by (set to Nearest), NHS Choices users rating, Responding to patient safety alerts, Recommended by staff, Mortality rate, MRSA, and Registration with Care Quality Commission. Below this, the data for Guy's Hospital is shown. The hospital's contact information is provided: Tel: 020 7188 7188, Great Maze Pond, London, Greater London, SE1 9RT, 0.70 miles away. The quality metrics are: 23 ratings (Rate it yourself), Good - All alerts signed off where deadline has passed, In the best 20% of trusts, Better than expected in hospital and up to 30 days after discharge (0.8264), New information coming soon, and Licensed More information about this licence.

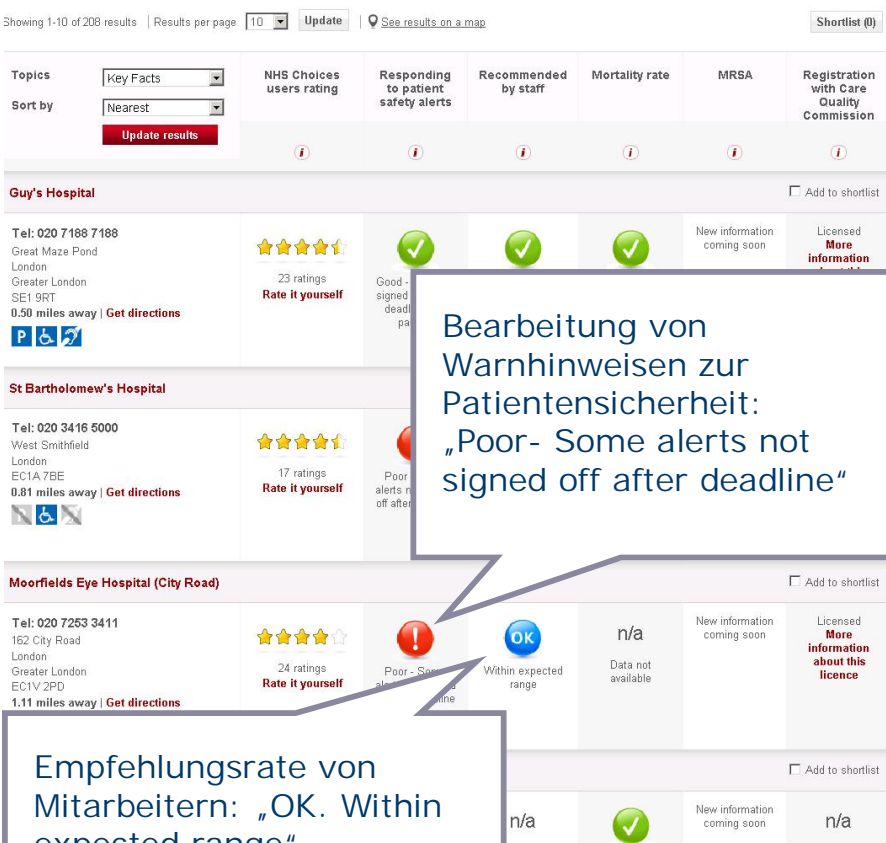
Topics	Sort by	NHS Choices users rating	Responding to patient safety alerts	Recommended by staff	Mortality rate	MRSA	Registration with Care Quality Commission
Key Facts	Nearest						
Update results							
Guy's Hospital Remove							
Tel: 020 7188 7188 Great Maze Pond London Greater London SE1 9RT 0.70 miles away Get directions		23 ratings Rate it yourself	Good - All alerts signed off where deadline has passed	In the best 20% of trusts	Better than expected in hospital and up to 30 days after discharge (0.8264)	New information coming soon	Licensed More information about this licence

Quelle: <http://www.nhs.uk/Service-Search/Hospital/SE1-2NE/Results/3/-0.0736599266529083/51.5022048950195/7/0?distance=25>.

Das Internetportal des englischen NHS bietet umfassende Vergleichsmöglichkeiten

Studienergebnisse zeigen ein insgesamt positives Bild

- Sehr gute Besucherzahlen der Website:
 Bis zu 15 Millionen Besuche pro Monat für das gesamte Angebot (Gann 2012). Im Zeitraum vom 5. bis zum 12. Mai 2013 besuchten 5,11 Millionen Menschen die Website (Unique Visitors).
- Reduzierte Nachfrage nach medizinischen Leistungen:
 Die Begleitforschung zu dem gesamten NHS-Choices-Projekt legt nahe, dass die eingebundene Gesundheitsberatung die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen reduziert (Murray et al. 2011).



The screenshot displays a list of hospitals with various performance metrics. The columns include: Topics, Sort by, NHS Choices users rating, Responding to patient safety alerts, Recommended by staff, Mortality rate, MRSA, and Registration with Care Quality Commission. Three hospitals are visible: Guy's Hospital, St Bartholomew's Hospital, and Moorfields Eye Hospital (City Road).

Callout 1 (pointing to St Bartholomew's Hospital):
 Bearbeitung von Warnhinweisen zur Patientensicherheit: „Poor- Some alerts not signed off after deadline“

Callout 2 (pointing to Moorfields Eye Hospital):
 Empfehlungsrate von Mitarbeitern: „OK. Within expected range“

Qualität und Vergütung in den USA: Hospital Quality Incentive Demonstration

Kurzbeschreibung

- Krankenhäuser werden nach Gesamtqualität beurteilt („Qualitäts-Score“)
- In den ersten drei Jahre erhalten die besten Krankenhäuser eine zusätzliche Vergütung. Ab dem vierten Jahr wird diese zusätzliche Vergütung durch eine Reduktion der Vergütung der schlechtesten Krankenhäuser finanziert.
- Gemeinsame Initiative des Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) und Premier

Messung der Qualität



- Zur Beurteilung der Einrichtungsqualität wurde ein aggregierter Indikator gebildet. Dieser bestand aus Prozess- und Ergebnisindikatoren.
- Messung der erbrachten Qualität mit Hilfe des Tracerkonzepts*.

* Auf Basis der Qualitätsmessung für einzelne Indikationen („Tracer“) sollen Rückschlüsse auf die Qualität der gesamten Einrichtung gezogen werden.

Ergebnisse der Begleitforschung



- Signifikante Verbesserung der Prozessqualität:
Besonders im ersten Jahr Verbesserung der Prozessqualität. Nelson (2012) kommt zum Schluss, dass diese Verbesserungen über den landesweit vorliegenden Trend hinausgehen.
- Jedoch keine Evidenz für eine Steigerung der Ergebnisqualität:
Weder Glickman et al. (2007) noch Ryan (2009) können eine Reduktion der Sterblichkeit nach Myokardinfarkten feststellen.

Andere Länder zeigen mehr Engagement in der Qualitätsverbesserung

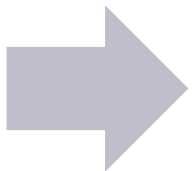
Die Beispiele verdeutlichen vor allem, dass Ansätze zur Qualitätssteigerung weltweit verbreitet sind

In Deutschland findet trotz einer guten Ausgangslage vergleichsweise wenig aktive Qualitätssteuerung statt

Aus den Beispielen lassen sich drei Kernprinzipien ableiten:

- Konsequenz
- Transparenz
- Selbstreflexion

- Deutschland besitzt die notwendige Infrastruktur zur aktiven Qualitätssteuerung im stationären Sektor (z.B. AQUA, Indikatorensets).
- Die OECD bescheinigt Deutschland sogar eine führende Position in der Sammlung von Daten zur Qualität im stationären Sektor.¹⁾



Der Blick auf das Ausland zeigt Möglichkeiten auf, die Qualitätssteuerung auch hier aktiver zu betreiben.

¹⁾ Vgl. OECD (2013) Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries. Paris: OECD Publishing.

- 1 Ausgangslage: Qualität stationärer Leistungen in Deutschland
- 2 Der Blick ins Ausland
- 3 Konzept zur Qualitätssteigerung

Bisher diskutierte Ansätze können aus verschiedenen Gründen nicht überzeugen

Eine kurze Bewertung von in der Literatur diskutierten Ansätzen

Pay for Performance (P4P)



- Schlechte Qualität bliebe am Markt
- Gefahr von Qualitätsdumping, um sich als Billiganbieter zu positionieren
- Konkrete Ausgestaltung finanzieller Anreize höchst diffizil

Selektives Kontrahieren



- Verbunden mit sehr hohen Transaktionskosten
- Krankenkasse müssten große Kapazitäten im Versorgungsmanagement aufbauen

Public Reporting



- Prinzipiell zu begrüßender Ansatz
- Allerdings in Form von Krankenhausvergleichsportalen schon heute ohne Wirkung etabliert



Als Alternative bietet sich der Leistungsausschluss an.

Der Vorschlag zur Qualitätssteuerung gliedert sich in drei zentrale Elemente

1. Mindeststandard:

Die bestehenden AQUA-Indikatoren¹⁾ werden zur Qualitätsmessung herangezogen. Für geeignete Indikatoren werden in Richtlinien Mindeststandards durch den G-BA definiert.

2. Prüfung und Leistungsausschluss:

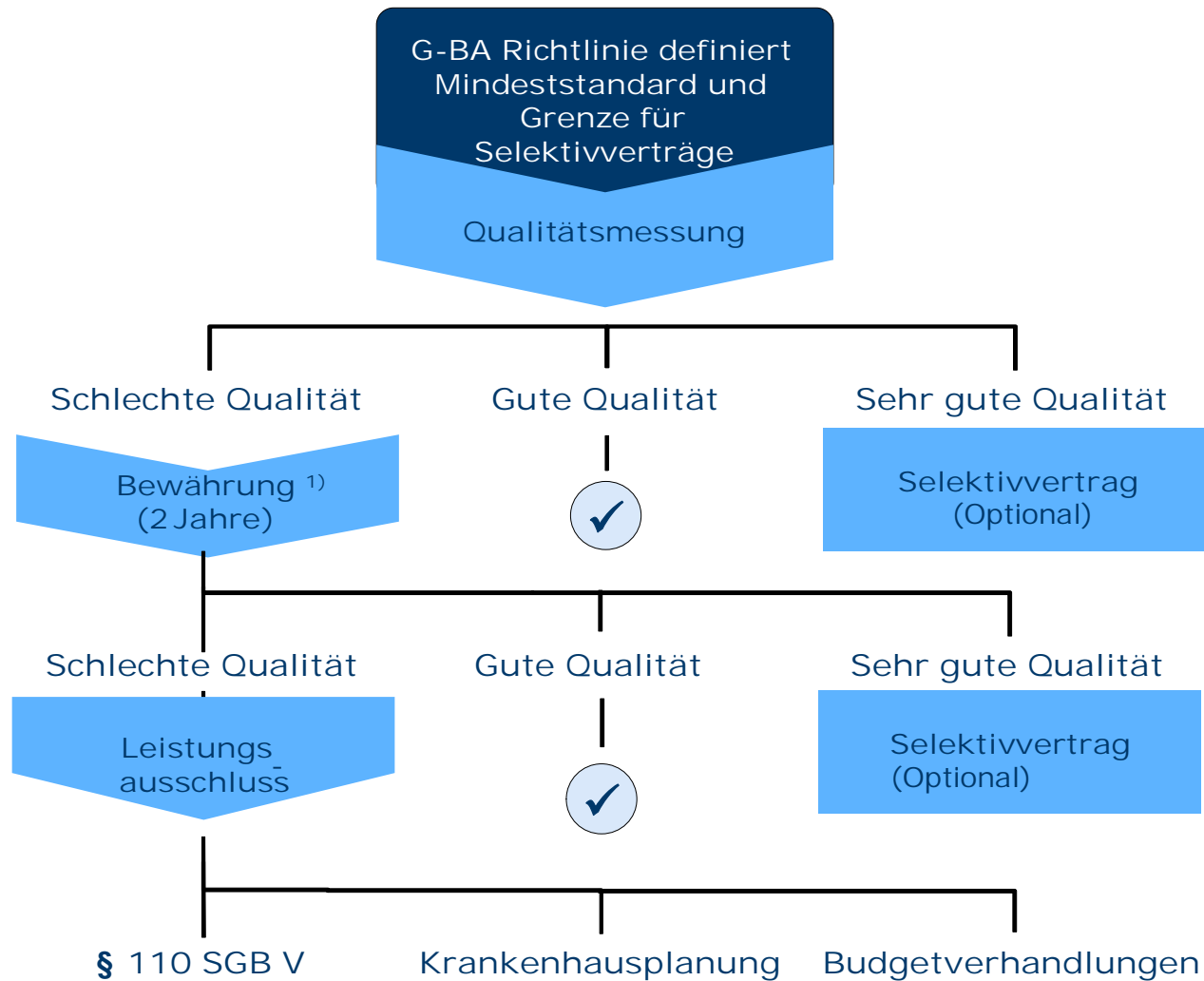
Krankenhäuser unterhalb des Mindeststandards bekommen 2 Jahre Zeit, diesen zu erreichen. Andernfalls erfolgt für elektive Leistungen ein Leistungsausschluss, der durch drei komplementäre Instrumente möglich ist: als Kündigung des Versorgungsauftrags für eine Leistung (nach § 110 SGB V), über die Krankenhausplanung und bei der Budgetverhandlung.

3. Selektivverträge:

Den Krankenkassen soll es ermöglicht werden, mit Krankenhäusern, die besonders gute Qualität bieten, Selektivverträge für die entsprechenden Leistungen abzuschließen.

1) Perspektivisch Erweiterung auf andere bewährte Indikatorensets aus dem In- und Ausland möglich

Das System kombiniert Mindeststandard, Prüfung, Ausschluss und Selektivvertrag

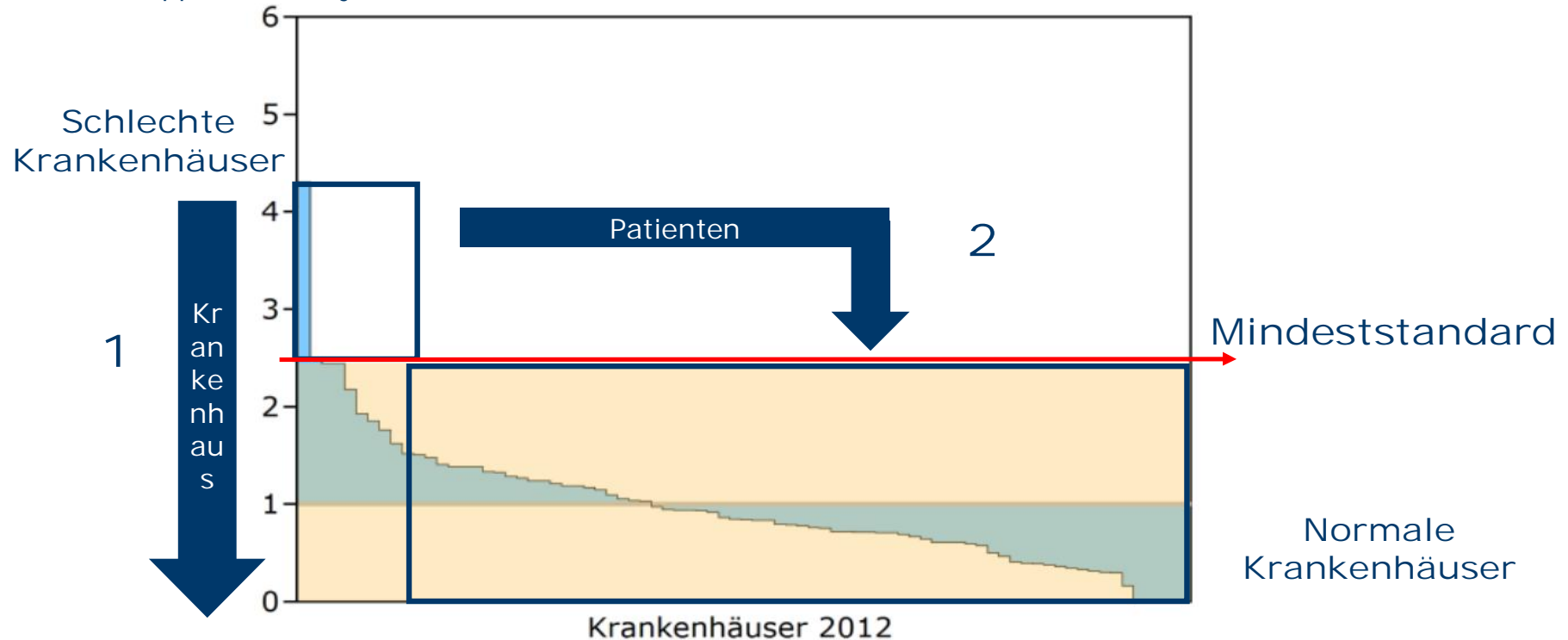


¹⁾ Am Ende der Bewährungszeit muss das Krankenhaus wieder den Mindeststandard erreicht haben.

Ziel ist die bestmögliche Qualität für die größtmögliche Patientenzahl

Im ersten Schritt wird dazu versucht, die Qualität der Einrichtungen zu steigern. Ist dies nicht erfolgreich, so erfolgt der Leistungsausschluss:

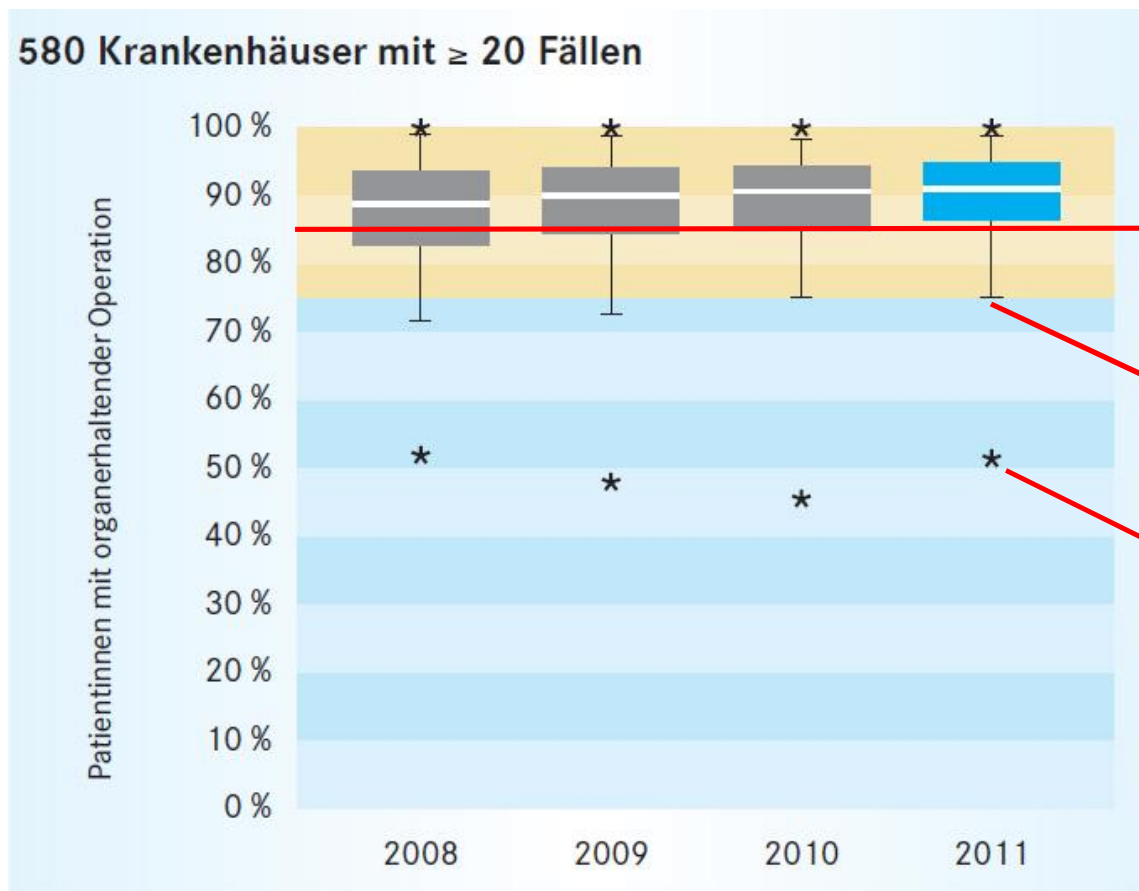
- Beispiel: Krankenhaussterblichkeit nach erstmaliger isolierter katheter-gestützter Operation an der Aortenklappe (risikoadjustiert und standardisiert)



Quelle: Bundesauswertung des AQUA-Instituts (2014). Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel: $O / E = 1,2$ Die beobachtete Rate ist 20 % größer als erwartet. $O / E = 0,9$ Die beobachtete Rate ist 10 % kleiner als erwartet. Der hell hinterlegte Bereich ist der Referenzbereich der strukturierten Dialogs.

Mindeststandards werden mit den AQUA-Indikatoren definiert und gemessen

Beispiel: Organerhaltung bei Ovaryeingriffen (Prozessindikator). Ziel: Möglichst viele Patientinnen bei Ovaryeingriffen mit benigner Histologie, AQUA-Bewertung=2A (5-25% der KH signifikant auffällig, gewöhnlicher Handlungsbedarf).



Mindeststandard (Bsp.)

Krankenhäuser mit Leistungsausschluss, falls keine Verbesserung nach Bewährungsphase

Ausreißer: Leistungsausschluss

Bild: AQUA-Qualitätsreport 2011

Die Definition von Mindeststandards erfolgt durch den G-BA in drei Schritten

1. Auswahl der Indikatoren:

Indikatoren werden von den Krankenkassen für einzelne Leistungsbereiche beantragt und im G-BA beraten. Fällt keine Entscheidung innerhalb der gegebenen Frist, gilt der Antrag als angenommen.

2. Definition der Mindeststandards:

Anschließend werden durch den G-BA (ggf. unter Mitwirkung von Fachgesellschaften) Mindeststandards definiert, die auf den AQUA-Indikatoren basieren.

3. Richtlinie:

Die Richtlinien werden nach § 137 Abs. 1 SGB V durch den G-BA verbindlich festgehalten (Dies ist schon heute möglich, wenn auch nicht mit explizitem Bezug zu den AQUA-Indikatoren).



Zur Umsetzung des Leistungsausschlusses gibt es drei komplementäre Varianten

§ 110 SGB V



- Gemeinsam können die Krankenkassen die Versorgungsverträge mit Krankenhäusern kündigen.
- Bei Plankrankenhäusern ist dazu die Zustimmung der Landesbehörden notwendig.
- Zur Vereinfachung soll das Nichteinhalten des Mindeststandards in § 110 SGB V als Kündigungsgrund definiert werden und die behördliche Zustimmung wegfallen.

Krankenhausplanung



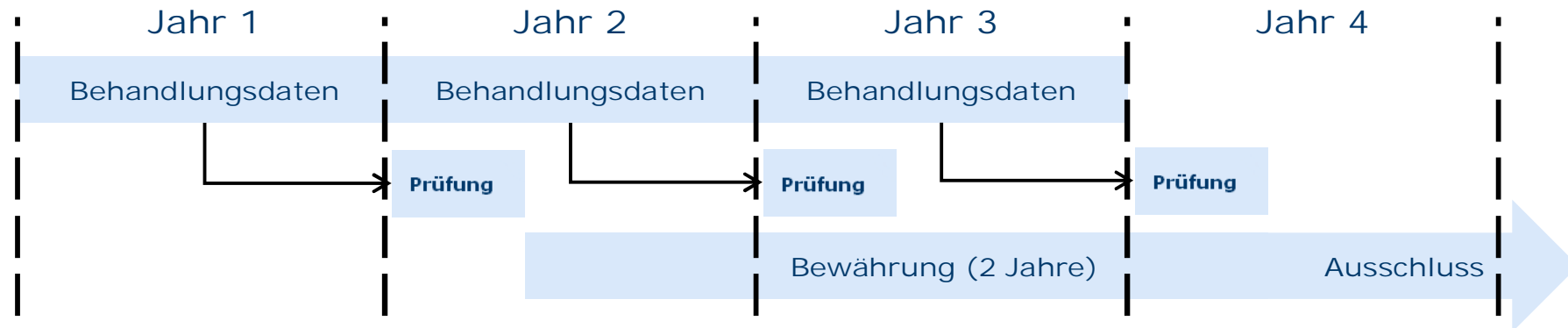
- Die Bundesländer sind weitestgehend frei in der Ausgestaltung der Krankenhausplanung. In Hamburg finden Qualitätsanforderungen schon heute Berücksichtigung im Landeskrankenhausplan.
- Die Länder sollen dazu verpflichtet werden, die Einhaltung des Mindeststandards als Planungskriterium in den Landesplan aufzunehmen.
- Juristisch kann dies auf Basis einer G-BA-Richtlinie nach § 137 SGB V geschehen.

Budgetverhandlung



- Im Rahmen der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen kann schon heute die Aufnahme von Leistungen in den E1-Katalog aus Qualitätsgründen verweigert werden.
- Vor den Schiedsstellen hat diese Argumentation aber keinen Bestand.
- Daher sollten die juristischen Grundlagen der Schiedsverfahren so angepasst werden, dass das Nichteinhalten des Mindeststandards den Ausschluss der Leistung aus dem E1-Katalog zur Folge hat.
- Dies kann im Rahmen einer G-BA-Richtlinie nach § 137 SGB V geschehen.

Das Verfahren zum Leistungsausschluss ist genau definiert



Bewährungsfrist:

- Den Krankenhäusern wird eine Bewährungsfrist von 2 Jahren eingeräumt, um den Mindeststandard zu erreichen, damit die nötigen Veränderungen in der Organisation vorgenommen werden können.

Die frühe Verfügbarkeit der Qualitätskennzahlen ist von zentraler Bedeutung

- Um die frühestmögliche Verfügbarkeit der Qualitätsdaten für alle relevanten Akteure zu gewährleisten, schlagen wir die Einführung eines Datentransparenz-Paragraphens vor. Dieser verpflichtet das relevante Institut nach §137a SGB V (derzeit AQUA-Institut) zur zeitnahen Datenoffenlegung.

Die Sicherstellung der Versorgung ist im Konzept gewährleistet

- Unsere Analyse zeigt, dass in nur wenigen Landkreisen die Versorgung nach Leistungsausschluss gefährdet ist – Alternativen sind ausreichend vorhanden.
- Sollte die Versorgung tatsächlich gefährdet sein, sind alternative Maßnahmen, wie die Auswechslung des KH-Managements denkbar.
- Sehr große Mengenverschiebungen sind durch den Vorschlag nicht zu erwarten, da den Krankenhäusern eine angemessene Bewährungsfrist eingeräumt wird, und der Ausschluss nur für Leistungsbereiche erfolgt.
- Zudem ist die Möglichkeit für Wiedereintritte in den Markt vorgesehen.

Farbgebung bildet Einwohner pro Krankenhaus ab:
Rot= Maximum, Grün= Minimum. Quelle: IMC Clinicon

Auch die Wohnortnähe der Versorgung bleibt erhalten

Beispiel: kathetergestützte Aortenklappenchirurgie* (2010)

Leistungsausschluss auf Basis der AQUA-Referenzbereichs (in Klammern ein strengerer Ansatz)

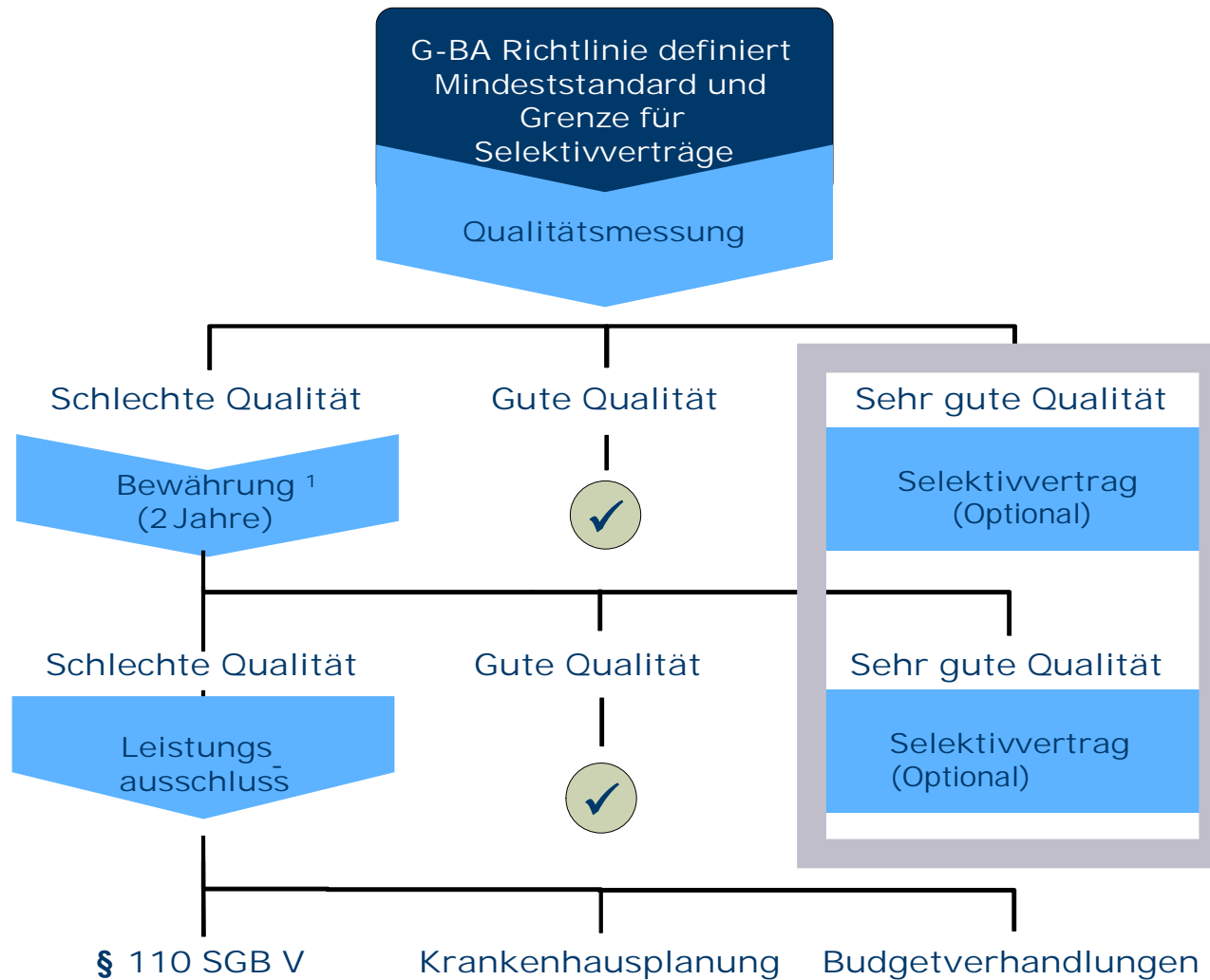
- Der AQUA-Referenzbereich reicht bis zum 95. Perzentil der Verteilung (strenger: 90. Perzentil)
- Diese Vorgehen würde zum Ausschluss von 4 Krankenhäusern führen (7)
- Für eines der Zentren würde sich im Extremfall für die dortigen Patienten eine zusätzliche Anfahrtsstrecke von 85 km ergeben, insgesamt würde die Anfahrtsstrecke knapp über 100 km liegen (Eine Anfahrt ebenfalls knapp über 100km)
- Allerdings ist eine Anfahrtsstrecke von mehr als 100 km schon heute der Fall für einzelne Regionen (z.B. Sassnitz, Garmisch-Partenkirchen)



Eine längere Anfahrt als „Gegenleistung“ für eine reduzierte Letalität ist vertretbar .

* Indikator: Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. AKL-SCORE (O / E * Gesamt). Die Betrachtung erfolgt für die 67 Herzzentren in Deutschland.

Selektivverträge dienen als Anreiz, sehr gute Qualität zu erbringen



Selektivverträge dienen als Anreiz, sehr gute Qualität zu erbringen

Status Quo:

- Bisher ist für die vollstationäre Versorgung der Abschluss von Selektivverträgen (abgesehen von Integrierter Versorgung) nicht möglich.
- Für Krankenhäuser oberhalb des Mindeststandards würde somit kein Anreiz zur weiteren Verbesserung bestehen.

Empfehlungen:

- Ermöglichung von Selektivverträgen für Leistungen basierend auf Qualitätsergebnissen zur Belohnung besonders guter Qualität.
- Der G-BA legt die Qualitätsmindestschwelle fest, die erreicht werden muss, um Selektivverträge abzuschließen.
- Gleichzeitig voller Beibehalt der freien Krankenhauswahl für Versicherte.

Adverse Effekte werden durch Gegenmaßnahmen verhindert

Adverser Effekt



Gegenmaßnahme



Vermeidung schwerer Fälle

Risikoadjustierung aller Indikatoren, so dass jeder Patient „fair“ in die Qualitätsmessung eingeht

Veränderung des Dokumentationsverhaltens bezüglich der Qualitätsindikatoren

Verwendung etablierter Indikatoren, um auffällige Veränderungen zu erkennen; Sanktionierung bei Datenmanipulation

Stärkere Konzentration auf nicht gemessene Indikationen

Risikoadjustierung aller Indikatoren, so dass der unterschiedliche Schweregrad von verschiedenen Prozeduren berücksichtigt wird; sensible Auswahl der Indikatoren

Vermeidung risikoreicher Prozeduren

Gewöhnungseffekte

Regelmäßige Anhebung des Mindeststandards, um kontinuierliche Verbesserung zu gewährleisten

Der Vorschlag berücksichtigt die Interessen von Versicherten und Krankenhäusern

Versicherte



- Sicherstellung einer wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung
- Schutz vor Risiken durch Qualitätsmängel
- Kein Eingriff in die freie Krankenhauswahl
- Empfehlungen zur Auswahl der besten Behandlung

Krankenhäuser



- Das Konzept stellt die erbrachte Leistungsmenge nicht in Frage
- Der Verfahrensvorschlag macht faire und realistische Angebote
 - Krankenhäuser sind durch den G-BA an Festlegung der Mindeststandards beteiligt
 - Bewährungsfristen zur Verbesserung der Qualität
 - Zusätzliche Vergütung für besonders gute Krankenhäuser

Eine zeitnahe Umsetzung ist möglich

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

IGES Institut
Dr. Karsten Neumann

Kontakt: karsten.neumann@iges.de

www.iges.de

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.