



Qualitätsoffensive in der Umsetzung: Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Mindestmengen, Qualitätsverträge, qualitätsorientierte Vergütung, Qualitätskontrolle und Weiterentwicklung datengestützter QS

KHSG-Umsetzungs-Monitoring **39. Deutscher Krankenhaustag**

Düsseldorf, den 15. November 2016

Thilo Grüning

Dezernat VII - Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin & Psychiatrie
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Inhalt

- I. Qualitätsoffensive des Krankenhausstrukturgesetzes
 - a. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
 - b. Mindestmengen
 - c. Qualitätsverträge
 - d. Qualitätsorientierte Vergütung
 - e. Qualitätskontrolle
 - f. Weiterentwicklung der datengestützten QS
- II. Herausforderungen
- III. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

I. Qualitätsoffensive des KHSG

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 17. Dezember 2015

2229

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

Vom 10. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

hausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.“

b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leis-

I. Qualitätsoffensive des KHSG

Ziel des Gesetzes *(Auszug aus Bundestagsdrucksache 18/5372)*

- Eine gut erreichbare und **qualitativ hochwertige** Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein.
- Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Eckpfeiler in der Versorgung von Patienten. Sie sichern eine **qualitativ hochwertige** und leistungsfähige Medizin.
- Vor dem Hintergrund u.a. der demografischen und regionalen Veränderungen und des medizinischen-technischen Fortschritts müssen die Rahmenbedingungen jedoch weiterentwickelt werden.
- Die Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung wird durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt.

I. Qualitätsoffensive des KHSG

Qualität erhält einen besonderen gesetzlichen Stellenwert:

§ 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):

„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine **qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte** Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, **qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich** wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.“

Institute of Medicine (2001):

Qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist 1. **sicher** (Patientensicherheit), 2. **effektiv**, 3. **patientenorientiert**, 4. **zeitgerecht**, 5. **effizient** und 6. **gerecht** (keine Variation bzgl. Geschlecht, Ethnizität, Wohnort, sozioökonomischer Status)

I. Qualitätsoffensive des KHSG

Grundlegende Umstrukturierung und Änderungen des SGB V für den Bereich Qualitätssicherung

I. §110a **Qualitätsverträge**

II. §§135a, 135 b (Kven), 135c (DKG) Verpflichtung LE

III. §136 Richtlinien und Beschlüsse des G-BA

§136a Hygiene, Psychiatrie, Patientensicherheit

§136b Fortbildung, **Mindestmengen**, QB, **Pay-for-Performance**

§136c **KH-Planung**, Sicherstellungszuschläge, Notfallstrukturen

§136d Evaluation

IV. §§137 und 275a **Qualitätskontrolle**

V. §137a und b IQTIG

VI. §299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für QS

Inhalt

- I. Qualitätsoffensive des Krankenhausstrukturgesetzes
 - a. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
 - b. Mindestmengen
 - c. Qualitätsverträge
 - d. Qualitätsorientierte Vergütung
 - e. Qualitätskontrolle
 - f. Weiterentwicklung der datengestützten QS
- II. Herausforderungen
- III. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

a. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V, § 6 Abs. 1a KHG

Auftrag an den G-BA:

- Qualitätsindikatoren (QI) zur Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität als Grundlage für **qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung**
- QI als Empfehlungen an die Krankenhausplanungsbehörden (KHPB)
- QI sind Bestandteil des **Krankenhausplans** (Ausnahmen im Landesrecht).
- erster Beschluss bis zum 31. Dezember 2016
- Übermittlung der **Auswertungsergebnisse** der Krankenhäuser (KH) zu planungsrelevanten QI sowie von **Maßstäben und Kriterien zur Bewertung** an die KHPB
- **quartalsweise Lieferung** planungsrelevanter QI durch die KH sowie Verkürzung des Auswertungsverfahrens (einschließlich des strukturierten Dialogs) um 6 Monate

a. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

§ 8 Abs. 1a und 1b KHG

- Krankenhäuser, die nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, **dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen** werden.
- Plankrankenhäuser, die nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen oder für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge (§ 5 Abs. 3a KHEntgG) erhoben wurden, sind insoweit **durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen...**

a. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V, § 6 Abs. 1a KHG

Gesetzesbegründung

- Durch die Anwendung der Qualitätsindikatoren werden die Länder in die Lage versetzt, bei ihren Planungsentscheidungen **neben Aspekten** der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern **auch die Versorgungsqualität** der Einrichtungen zu berücksichtigen.
- In den Ländern erfolgt bisher regelmäßig keine Beplanung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche, sondern von Abteilungen. Daher müssen die **Indikatoren z.B. in der Zusammenschau eines Indikatorensets** die Bewertung der Versorgungsqualität einer Abteilung ermöglichen.
- Mit den Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse müssen die Länder mindestens beurteilen können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Häusern **gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität** aufweist.

b. Mindestmengen

§ 136b Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3, 4 und 5 SGB V

Auftrag an den G-BA:

- Regelung wurde an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts angepasst: u.a. **kein Kausalzusammenhang**, aber ein nach wissenschaftlichen Maßstäben **wahrscheinlicher Zusammenhang** bei hoch komplexen Leistungen.
- Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen **abhängig ist (nicht: „im besonderen Maße“)**, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt **oder** Standort eines Krankenhauses oder je Arzt **und** Standort eines Krankenhauses.
- **Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen** zur Vermeidung *„unbilliger Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge“*

b. Mindestmengen

§ 136b Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3, 4 und 5 SGB V

- Regelung zur Auswahl der Leistung und zur Festlegung der Höhe von Mindestmengen in der **Verfahrensordnung** des G-BA
- **Evaluation der Auswirkungen** neuer Mindestmengen und ggf. Anpassung auf Grundlage der Evaluationsergebnisse
- Die für die Krankenhausplanung zuständige **Landesbehörde kann Ausnahmen** auf Antrag des Krankenhauses festlegen, wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist.

b. Mindestmengen

§ 136b Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3, 4 und 5 SGB V

- Wenn die Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen die Leistungen nicht bewirkt werden: **kein Vergütungsanspruch.**
- Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Kassen jährlich darlegen, dass die Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (**Prognose**).
- Dies liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im **vorausgegangenen Kalenderjahr** die Mindestmenge erreicht hat.
- Der G-BA beschließt das Nähere zur Darlegung der Prognose.

c. Qualitätsverträge

§ 110a SGB V sowie § 136b Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 8 SGB V

- Auftrag an den G-BA: **vier Leistungen** oder Leistungsbereiche zu beschließen, zu denen **Verträge** nach §110a SGB V **mit Anreizen** für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen.
- Beschluss des G-BA bis zum 31. Dezember 2017
- Krankenkassen sollen zu den vom G-BA festgelegten Leistungen mit dem Krankenhausträger Verträge schließen zur **Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung. Ziel ist die Erprobung.**
- **Evaluation durch das IQTIG** im Auftrag des G-BA nach Abschluss des Erprobungszeitraums: Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag nach §110a.
- GKV-SV und DKG vereinbaren **verbindliche Rahmenvorgaben** für den Inhalt der Verträge.

d. Qualitätsorientierte Vergütung

§ 136b Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V

Auftrag an den G-BA:

- **Katalog von Leistungen** oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen
- **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren** (Struktur, Prozess, Ergebnis)
- Qualitätszu- und -abschläge für die Einhaltung oder Nichteinhaltung von **Mindestanforderungen sind ausgeschlossen.**
- erstmals bis zum 31. Dezember 2017
- **Verfahren** für Krankenkassen (KK) und Krankenhäusern (KH) zur Vereinbarung von Qualitätszuschlägen für außerordentlich gute und Qualitätsabschlägen für unzureichende Leistungen
- Jährliche Veröffentlichung von **Bewertungskriterien**
- Übermittlung der **Auswertungsergebnisse** an KK und KH sowie an KHPB

d. Qualitätsorientierte Vergütung

§ 5 Abs. 3a und § 8 Abs. 4 Nr. 2 **KHEntgG** und § 8 Abs. 1b **KHG**

Vertragsparteien vereinbaren Qualitätszu- oder –abschläge:

- für Leistungen / Leistungsbereiche mit außerordentlich guter und unzureichender Qualität
- auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V
- Beseitigung der Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres, danach Qualitätsabschläge für maximal 3 Jahre, anschließend:
 - keine Entgelte
 - Plankrankenhäuser sind **durch Aufhebung des Feststellungsbescheides** ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.

e. Qualitätskontrolle

§ 137 Abs. 1 SGB V

Auftrag an den G-BA:

- Festlegung eines **gestuften Systems von Folgen der Nichteinhaltung** von Qualitätsanforderungen des G-BA „zur Förderung der Qualität“.
- **Durchsetzungsmaßnahmen** je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen (neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung) z.B.
 1. **Vergütungsabschläge**
 2. **Wegfall des Vergütungsanspruchs**
 3. **Information Dritter**
 4. **einrichtungsbezogene Veröffentlichung**

e. Qualitätskontrolle

§ 137 Abs. 1 und 2 SGB V

Auftrag an den G-BA:

- Maßnahmen sind **verhältnismäßig zu gestalten** und anzuwenden.
- Festlegungen (u.a. zu Stellen für die Durchsetzung der Maßnahmen) in grundsätzlicher Weise in einer **Richtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13**
- **Konkretisierungen in den einzelnen Richtlinien** jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen
- Abweichungen vom gestuften Verfahren bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen
- **Dokumentationsrate von 100%** für dokumentationspflichtige Datensätze der QSKH-RL: Vergütungsabschlüsse, *„es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist“*.

e. Qualitätskontrolle

§ 137 Abs. 3 SGB V

Auftrag an den G-BA zu einer **Richtlinie zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)** nach § 275a:

- Begründung der Kontrollen durch **Anhaltspunkte**
- Stellen, die die Kontrollen beauftragen
- Anhaltspunkte für **unangemeldete** Kontrollen
- **Art, Umfang und Verfahren** der Kontrollen („aufwandsarm“)
- Umgang mit den Ergebnissen und die **Folgen**
- Einrichtungsbezogene **Information der für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen** über die Prüfergebnisse.
- Übermittlung der Prüfergebnisse bei erheblichen Verstößen gegen Qualitätsanforderungen durch den MDK an Dritte (insbesondere **KHPB**)

e. Qualitätskontrolle

§ 275a SGB V – Ermächtigung des MDK

- nach **Maßgabe der Richtlinie des G-BA** nach § 137 Abs. 3
- Voraussetzung: **Beauftragung** von einer vom G-BA festgelegten Stelle oder durch die KHPB
- **aufwandsarm** zu gestalten und können **unangemeldet** sein.
- Gegenstand der Aufträge können sein
 1. die **Einhaltung der Qualitätsanforderungen** (§135b, §§136 bis 136c)
 2. die Kontrolle der Richtigkeit der **Dokumentation** (ESQS)
 3. die Einhaltung der **Qualitätsanforderungen der Länder**
- Bei **Anhaltspunkten für erhebliche Qualitätsmängel**, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, erfolgt eine Mitteilung an den Auftraggeber und an das Krankenhaus.

f. Weiterentwicklung der datengestützten QS

Beschluss des G-BA vom 21. Juli 2016 zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung:

- Es werden **einheitliche Rahmenbedingungen** (etwa Rahmenrichtlinie, insbesondere für QSKH- und Qesü-RL, und **einheitliche Strukturen** auf Landesebene) geschaffen.
- **Finanzierungsregelung** für die Datenannahme gemäß Qesü-RL sowie für die Strukturen und Aufgaben der LAGen der sektorenübergreifenden QS
- Jede LAG richtet eine **neutrale Geschäftsstelle**. Auf Landesebene bereits vorhandene Strukturen und Personal sollen genutzt werden.
- Der strukturierte Dialog wird durch die Fachkommissionen auf Landesebene im Auftrag der LAG - wie in der Qesü-RL vorgesehen - geführt. Auf Landesebene wird hierfür vom IQTIG eine **mandantenfähige Datenbank** geschaffen.

Inhalt

- I. Qualitätsoffensive des Krankenhausstrukturgesetzes
 - a. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
 - b. Mindestmengen
 - c. Qualitätsverträge
 - d. Qualitätsorientierte Vergütung
 - e. Qualitätskontrolle
 - f. Weiterentwicklung der datengestützten QS
- II. Herausforderungen
- III. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

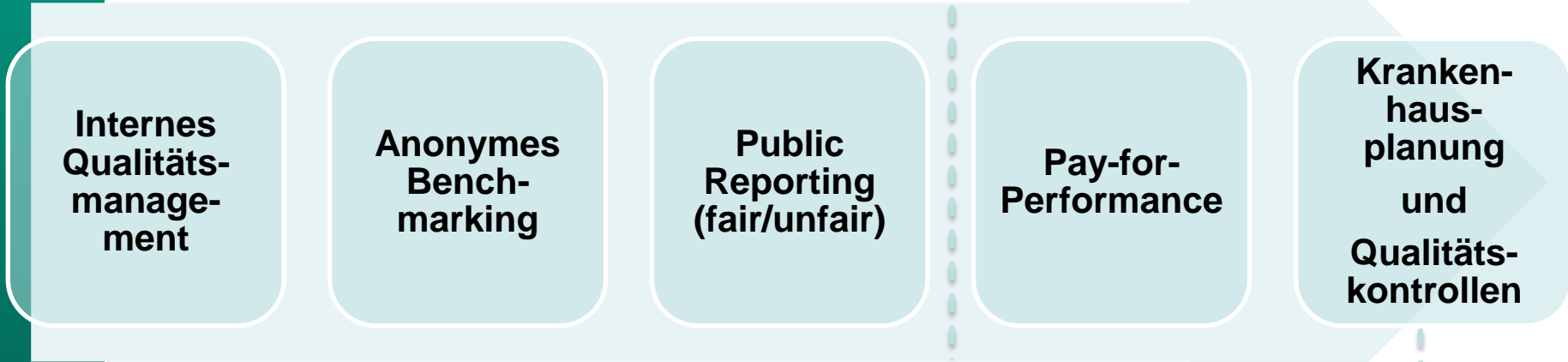
II. Herausforderungen

Zunehmende Wirkungsstärke von QS-Instrumenten unter Verwendung von Qualitätsdaten (Ergebnisqualität):

Zunahme der positiven Anreize bzw. der Sanktionsstärke

KHSG: Paradigmenwechsel

Qualität oder Bedarf?



Zunahme der angestrebten positiven Wirkungen

Zunahme der negativen Auswirkungen / Nebenwirkungen

Qualitätsmodel?

II. Herausforderungen: Paradigmenwechsel

Berwick D. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *N Engl J Med* 1989;320:53-56.

- **Theory of Bad Apples**

- Inspektion und Sanktionierung
- Ineffektiv, veraltet

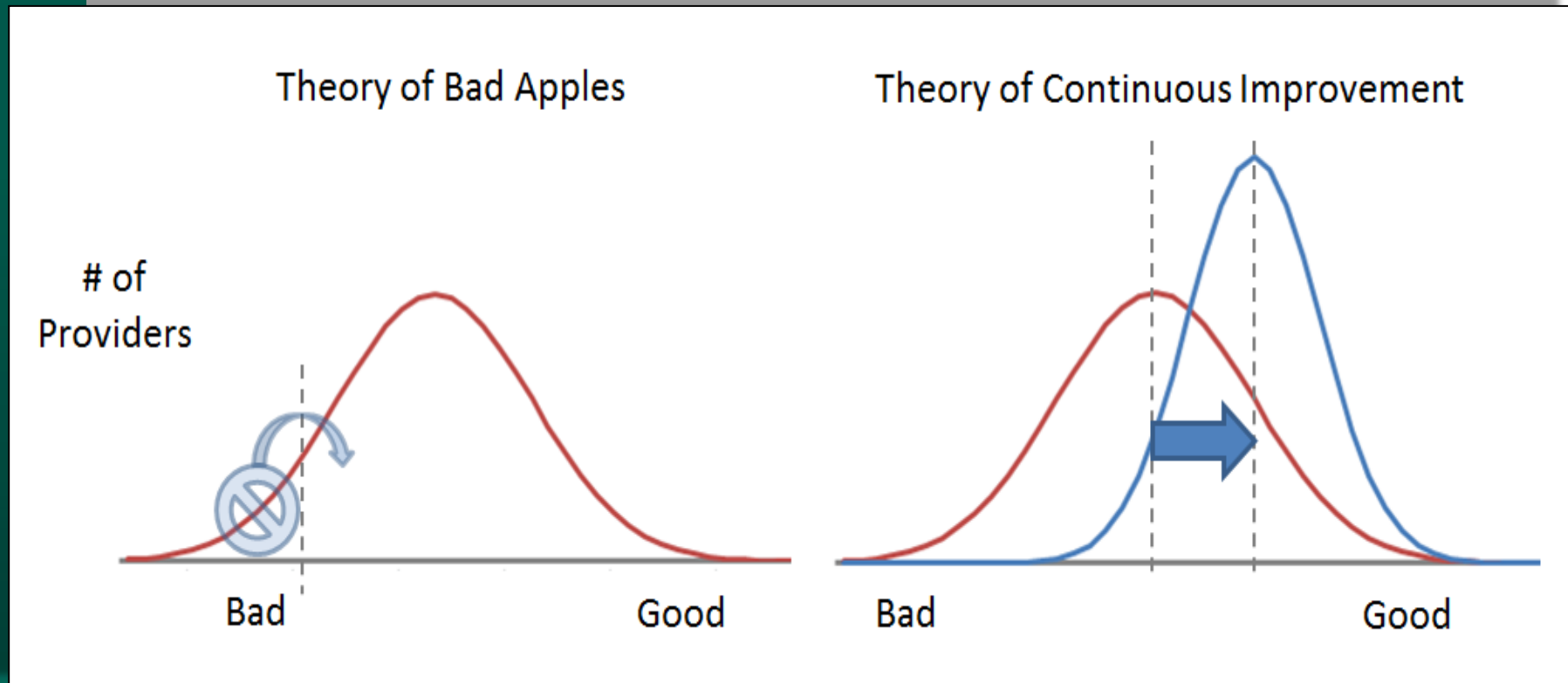


- **Theory of Continuous Improvement**

- Einführung in japanischer Industrie (W. Edwards Demming und Joseph M. Juran)
- Kontinuierliche Suche nach Qualitätsdefiziten im Prozess und Verbesserung des Systems (*kaizen*)
- „No-blame culture“ entwickeln:
„Jeder Fehler ist ein Schatz.“

- *KHSG: Rückkehr zum „Bad-Apple“ – Prinzip?*

II. Herausforderungen: Paradigmenwechsel



(Quelle: Ward 2011)

II. Herausforderungen: Paradigmenwechsel

- Theorie der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung geht von der Motivation zu guter Versorgungsqualität aus. Wichtigster Motivationsfaktor ist die **intrinsische Motivation (nicht monetäre Anreize, nicht Sanktion)**.

- **Motivation by Autonomy, Mastery, Purpose**

Daniel Pink. “The surprising truth about what motivates us”:

<http://www.youtube.com/watch?v=u6XAPnuFjJc>

Daher:

- Leistungserbringer werden durch den Wettbewerb im Rahmen von Benchmarking und Public Reporting zur Qualitätsverbesserung motiviert.
- Bislang gelang es nicht, die Wirksamkeit finanzieller Anreize im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen von Pay-for-Performance nachzuweisen. (*BQS-Gutachten zu P4P, 2012*)

II. Herausforderungen: Qualität oder Bedarf?

- Einerseits zielen einige QS-Instrumente auf die „**Verdrängung von Krankenhäusern vom Markt**“, wenn die Qualität bestimmte Kriterien nicht erfüllt.
 - Andererseits zielt das SGB V auf die Sicherstellung der „**bedarfsgerechten Versorgung durch Planung**“.
- ⇒ **Konflikt zwischen dem Vorrang der Qualität (bei Ausschluss der Leistungserbringung) und dem Bedarf**
- ⇒ Vorrang des Bedarfs mit begleitenden Maßnahmen der Qualitätsverbesserung (und Absage an das „Bad-Apple“-Prinzip) ist notwendig.

II. Herausforderungen: positive vs. negative Auswirkungen

Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann

Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung

Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012

- **Kein Nachweis (Evidenz) der positiven Wirkungen** der neuen QS-Instrumente des KHSG (Pay-for-Performance und qualitätsbasierte Krankenhausplanung), nur Hinweise
- Aber **zahlreiche Studien zu Nebenwirkungen**, Risiken und Gegenstrategien, zum Teil analog zu den negativen Auswirkungen von Public Reporting

II. Herausforderungen: positive vs. negative Auswirkungen

Nebenwirkungen und Risiken (BQS-Gutachten u.a.):

1. Probleme beim Messen von Ergebnisqualität, „Selektion bias“ der Teilnehmer am P4P

(Goldacre et al. BMJ 2002; 324:1069-70, Leyland et al. Lancet 1998; 351:555-8, Seagroatt et al. BMJ 2004; 328: 1235-6)

2. „Gaming“ und „tunnel vision“: Leistungserbringer zielen auf die Verbesserung der Qualitätsstatistik (nicht der Qualität der Versorgung), keine Spill-over-Effekte

(McKee. BMJ 2004; 328: 153, Mason A, Street A. To Publish or not, Office of Health Economics, London 2005)

3. Manipulation bei der Datenerfassung, verändertes Kodierverhalten

(Green und Wintfeld. N Engl J Med 1995; 332:1229-32)

II. Herausforderungen: positive vs. negative Auswirkungen

4. Selektion des geringen Risikos („Rosinenpicken“) und Indikationsausweitung (Überversorgung)
(Werner et al. JAMA 2005; 293: 1239-44, Walter et al. JAMA 2004; 291: 2466-70)
5. Absicherungsversorgung
6. Vermeidung des hohen Risikos: Patienten mit hohem Risiko werden abgewiesen
(Schneider et al. N Engl J Med 1996; 335:251-6, Omoigui et al. Circulation 1996; 93:27-83, Dranove et al. J Polit Econ 2003; 111:555-88)
7. Negative Auswirkungen auf die Motivation: „blame industry“ mit negativen Effekten auf die Versorgung
(J Health Organ Manag 2010; 24(6):597-610)

II. Herausforderungen: Qualitätsmodell

- **Wissenschaftlich korrekte Unterscheidung einzelner Indikatoren** ist bei fehlender Überlappung des 95%-Konfidenzintervalls möglich.
- **Hohes Anforderungsprofil an QI in P4P-Projekten**
(Prüfalgorithmus zu Eignung: BQS-Gutachten, 2012)
- Die neuen QS-Instrumente im KHSG erfordern jedoch eine **Indexbildung**, d.h. Zusammenfassung der Ergebnisse **verschiedener Indikatoren** für...
 - eine Behandlung (einen Leistungsbereich)
 - eine Fachabteilung oder
 - das gesamte Krankenhaus,

die eine **rechtsichere Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität** ermöglicht.

II. Herausforderungen: Qualitätsmodell

Wie lässt sich zwischen guter und schlechter Qualität einer Behandlung, einer Fachabteilung oder eines Krankenhauses unterscheiden (**Qualitätsmodell**)?

- Wie sollen unterschiedliche Indikatoren gewichtet/bewertet werden (z.B. Mortalität im Vergleich zu Morbidität, Komplikation A im Vergleich zu Komplikation B)?
- Wäre hierfür ein gesellschaftlicher Konsens erforderlich?
- Wie wird die Qualität verschiedener Leistungen bei der Beurteilung einer Fachabteilung (eines Krankenhauses) gewertet oder gewichtet?
- Wie wird der Zufall und das Problem kleiner Fallzahlen berücksichtigt (überlappende Konfidenzintervalle)?
- Wie wird berücksichtigt, dass Risikoadjustierung „nicht perfekt“ sein kann? Wie wird das Ergebnis des Strukturierten Dialogs berücksichtigt?

II. Herausforderungen: Qualitätsmodell

Oder doch?

**Leitfragen zur Annäherung an das „Konstrukt Qualität“
(Döbler, 2014):**

1. Indikationsstellung sachgerecht?
2. Primäre Behandlungsziele erreicht?
3. Häufigkeit potentiell vermeidbarer Komplikationen?

Inhalt

- I. Qualitätsoffensive des Krankenhausstrukturgesetzes
 - a. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
 - b. Mindestmengen
 - c. Qualitätsverträge
 - d. Qualitätsorientierte Vergütung
 - e. Qualitätskontrolle
 - f. Weiterentwicklung der datengestützten QS
- II. Herausforderungen
- III. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

III. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

1. Das KHSG stellt einen **Paradigmenwechsel** dar:
Balance zwischen Kontinuierlicher Qualitätsverbesserung des Systems und individueller Verantwortung (nicht: „Bad-Apple“-Prinzip)
2. Das KHSG enthält einen Konflikt zwischen dem **Vorrang der Qualität (vor allem bei Leistungsausschluss) und dem Bedarf?**
Sinnvoll ist nur ein Vorrang des Bedarfs (mit Qualitätsverbesserung).
3. Das KHSG enthält Instrumente zur Qualitätsverbesserung mit zunehmender Wirkungsstärke:
Wie können **positive Effekte** erreicht und **negative Auswirkungen** vermieden werden?
4. Die neuen Instrumente des KHSG setzen eine „**eindeutige**“ (**rechtssichere**) **Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität** voraus:
Wie lässt sich ein **Qualitätsmodell** dafür entwickeln?

Vielen Dank!

Dr. med. Thilo Grüning, MSc
Geschäftsführer des Dezernats VII
Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin & Psychiatrie

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Wegelystr. 3
10623 Berlin

E-Mail: t.gruening@dkgev.de
Internet: www.dkgev.de