



# Qualitätsorientierte Vergütung stationärer Krankenhausleistungen

## Stellungnahme der DGfM zu Pay for Performance

**V**or dem Hintergrund eines Anreizes zur Mengenausweitung durch das DRG-Fallpauschalensystem wird in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion qualitätsorientierte Vergütung von Krankenhausleistungen als ein Lösungsweg diskutiert. Der Koalitionsvertrag hat diese als Ziel für die Krankenhausvergütung definiert.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM), vertreten durch ihre Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. Steffen Gramminger und Dr. Nikolai von Schroeders, begleitet seit Beginn des DRG-Systems die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen inhaltlich und organisatorisch. Sie vertritt als Verein die im Medizincontrolling tätigen Personen im deutschen Gesundheitswesen mit bester Kenntnis der alltäglichen DRG-Umsetzung und damit verbundener Problemstellungen.

Leistungsmengenausweitungen sind in der derzeitigen Vergütungssituation für Krankenhäuser das einzig wirksame Instrumente, um die Situation eines Krankenhausbetriebs einnahmenseitig zu verbessern.

Die DGfM sieht diesen Effekt allerdings stärker in den Rahmenbedingungen der Vergütungssituation denn als Konsequenz der

DRGs. Instrumente, gegen eine Mengenausweitung, müssen daher vor allem die Einflussfaktoren berücksichtigen, die Krankenhäuser zur Mengenausweitung antreiben.

### Status Quo Pay for Performance

Bei der Analyse bestehender oder potenzieller qualitätsorientierter Vergütungsinstrumente in Deutschland, Europa und den Vereinigten Staaten stellt man fest, dass in Deutschland viele Instrumente mit direktem Zusammenhang zwischen Qualität und Vergütung bereits eingesetzt sind.

Es sind Bestandteile bestehender Vergütungsmechanismen oder Voraussetzungen, die deshalb keinen Namen im Sinne von Pay for Performance tragen und nicht bewusst wahrgenommen werden.

Beispielhaft genannt sind folgende Mechanismen:

- Abrechnung von DRG-Leistungen mit sogenannten Komplexcodes, die in Struktur und Prozessen der Leistungserbringung klare Qualitätsvorgaben machen
- Zertifizierungen für spezielle Leistungsgebiete oder für Krankenhausstrukturen im Ganzen, welche Struktur und Prozessqualität sowie Instrumente zur Messung von Ergebnisqualität beinhalten und damit in Zu-

*Die DGfM befasst sich in ihren Arbeitsgruppen regelmäßig mit aktuellen Themen im Bereich des Medizincontrollings. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen aus den Jahren 2013/2014 wurden am 28.10. beim Herbstsymposium in Frankfurt vorgestellt. Folgende Positionen vertritt die DGfM zum Thema „Pay for Performance“.*



Dr. med. Nikolai von Schroeders  
Stv. Vorstandsvorsitzender der DGfM

- Zusammenhang stehende Vergütungen (z. B. „Zentrumszuschläge“ nach § 5 Abs. 3 KH EntgG)
- Definition von Mindestmengen als Voraussetzung für Leistungsabrechnung

Auch die Ergebnisqualität wird bewertet und teilweise mit Vergütung verknüpft. Dies passiert sowohl formal (z. B. in IV-Verträgen), abrechnungstechnisch (z. B. Fallzusammenführung ohne zusätzliche Vergütung bei Behandlung wegen Komplikationen) oder unsystematisch (bei der Einbeziehung von Ergebnis-

sen der externen Qualitätssicherung bei Budget- und Leistungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kostenträgern).

### Thesen der DGfM

#### These 1

Qualitätsorientierte Vergütung kann nur dann Mengenausweitungen vermeiden, wenn sie nicht auf einzelne Krankheitsbilder bezogen definiert wird.

Rationale: Von jeder Einzelleistung, die Krankenhäusern einen überdurchschnittlichen Deckungsbeitrag ermöglicht, werden höhere Leistungsmengen angestrebt. Pay for Performance allein ändert an dieser grundsätzlichen Problematik nichts.

#### These 2

Pay for Performance kann den Ländern Planungskompetenz zurückgeben, die zur Differenzierung zwischen Flächen- und Spezialversorgung geeignet ist.

Rationale: Zur Erlösgenerierung versuchen Krankenhäuser jeglicher Größenordnung, hochspezialisierte und teure Leistungen anzubieten.

Die Bevölkerung braucht jedoch eine Trennung zwischen Hochleistungsmedizin an spezialisierten Zentren sowie ein Grundniveau des Versorgungsangebotes in enger räumlicher Nähe. Qualität von Flächenversorgung und Spezialversorgung sollte daher getrennt gemessen und bewertet werden.

Beide Versorgungssegmente sollten bei jeweils guter Qualität in dem von ihnen zu leistenden Fokus Zuschläge bekommen können. So kann die Attraktivität

von Spezialleistungen bei Flächenversorgern reduziert werden. Spezialversorger können durch gute finanzielle Ausstattung diese auf höherem Niveau erbringen.

#### These 3

Ein Institut für Qualität sollte in bestehende Strukturen integriert werden.

Rationale: Für die Marktteilnehmer ist unübersichtlich, welche Qualitätsinstitution für welche Bewerbungs- und Vergütungssituation zuständig ist. Die Akzeptanz der Institutionen nimmt mit deren Anzahl überproportional ab. Vorhandene Strukturen sollten daher integriert werden.

#### These 4

Das Qualitätsinstitut sollte Richtlinien für Zertifizierungen erlassen und Auditororganisationen beraten sowie kontrollieren.

Rationale: Nur in intensiven lokalen Audits lässt sich die Einhaltung von Qualitätsstandards nachhaltig überprüfen. Eine zentrale Struktur kann dies nicht leisten.

Zudem ist Wettbewerb zwischen Auditierungs- und Zertifizierungsorganisationen für deren Preis-/Leistungsverhältnis förderlich.

#### These 5

Nur Bonussysteme sind praktikabel.

Rationale: Bonussysteme ermöglichen es Erbringern guter Qualität, die Erlöse zu Gunsten der Patientenversorgung zu investieren. Malussysteme mit geringer Auswirkung auf den Erlös würden die Qualität der Versorgung

weiter verschlechtern, ohne einen schnellen Marktaustritt des Marktteilnehmers zu bewirken.

Zudem ist seitens der Kostenträger kaum vermittelbar, dass für Patienten einzelner Kostenträger die schlechtere Qualität der Malushäuser noch ausreichend ist.

#### These 6

Messbarkeit von Ergebnisqualität muss intensiv unterstützt werden. Ihre Wirkung sollte dieses Instrument durch den Fokus auf maximale Transparenz bekommen.

Rationale: Ergebnisqualitätsmessung als direkte Basis für die Vergütung ist derzeit Anlass für Diskussionen über die Belastbarkeit einzelner Indikatoren. Gemeinschaftlich getragene Systeme sind daher kurzfristig unwahrscheinlich.

Da Ergebnisqualität aktuell kaum gemessen sondern primär durch Selbstbewertung der Krankenhäuser erfasst wird, ist sie manipulationsanfällig. Um Wettbewerb um Qualität zu forcieren ist die breiten Veröffentlichung von aktuellen Ergebnissen notwendig.

### Zusammenfassung

Ziel von Pay for Performance-Modellen muss es sein, leistungsstarke Institutionen genau dort zu stärken, wo eine hohe Qualität im gewünschten Versorgungslevel nachweisbar ist.

Pay for Performance bedarf intensiver Krankenhausplanung auf Landesebene. Den Ländern kann sie ihre Planungskompetenz zurückgeben, ohne die Länder finanziell zu überfordern. ■

## Termine der DGfM

### 10. Dezember 2014 in Berlin

Fortbildung des RV Nordost „Prüfung untere Grenzverweildauer“ und „Prüfverfahrenvereinbarung auf Bundesebene nach § 17c Abs. 2 KHG“

### 10. Dezember 2014 in Hamburg

Fortbildung des Regionalverbandes Nord: Kodier-Update 2015 in der Pädiatrie

### 28. Januar 2015 in Mannheim

Sitzung des Fachausschusses für Psychiatrie/Psychosomatik (FEPP)