



Qualität und Wirtschaftlichkeit

Der diesjährige Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. steht unter dem Motto „Qualität und Wirtschaftlichkeit“.

Durch Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung hat die Darstellung von Qualitätsmedizin auch in der Pneumologie größte Bedeutung erlangt. So galt in der Zeit von 1972–1986 nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) von 1973 das Selbstkostendeckungsprinzip. Die Vergütung des einzelnen Krankenhauses erfolgte grundsätzlich kostendeckend durch pauschale „tagesgleiche Pflegesätze“, wenn notwendig auch mit der Möglichkeit nachträglicher Kostenerstattung (retrospektive Selbstkostendeckung auf der Basis der tatsächlich entstandenen Kosten). Es war aus diesem Grund für das einzelne Krankenhaus kaum möglich, finanzielle Verluste zu machen.

Ab 1986 entfiel die retrospektive Selbstkostendeckung zugunsten prospektiv verhandelter Pflegesätze (flexible Budgetierung), am Grundsatz der Selbstkostendeckung änderte sich hingegen nichts. Für jedes Krankenhaus wurde ab 1986 ein allgemeiner Pflegesatz zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden auf Ortsebene vereinbart. Die Gefahr, mit dem prospektiv verhandelten Budget nicht auszukommen, blieb eher theoretisch, da die tagesgleichen Pflegesätze für das Krankenhaus kostendeckend waren.

Folge dieser Finanzierung war, dass unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser keinen Anreiz hatten, effizienter zu arbeiten, und bereits effizient arbeitende Krankenhäuser für ihre Effizienz nicht belohnt wurden. Die Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen führ-

te außerdem zur Entschleunigung der Abläufe in stationären Einrichtungen. Daraus resultierten im internationalen Vergleich bedeutend längere Liegezeiten in deutschen Krankenhäusern.

» Früher fehlten finanzielle Anreize für wirtschaftlich effizientes Arbeiten

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 und der Änderung der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) 1995 wurde die teilweise Abschaffung der Selbstkostendeckung beschlossen. Es wurden ein einheitlicher Basispflegesatz für alle nichtmedizinischen Leistungen des Krankenhauses sowie Abteilungs- pflegesätze für die medizinischen und pflegerischen Leistungen verbindlich vorgegeben. Die Vergütung der Krankenhäuser wurde durch die Einführung eines „gedeckelten Budgets“ – also einer Begrenzung der verfügbaren finanziellen Mittel der Krankenhäuser – an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden. Ausgangspunkt hierfür bildeten die 1992 vereinbarten Budgets. In dieser Phase war es grundsätzlich möglich, dass Krankenhäuser auch Gewinne oder Defizite machten.

Folge dieser Finanzierung war eine Fortschreibung historischer Budgets: Trotz prinzipiell gleicher Vergütung für besonders in der Chirurgie eingeführte Fallpauschalen und Sonderentgelte bestimmte sich die Finanzausstattung eines Krankenhauses durch die früher im Rechtsrahmen der Selbstkostendeckung festgeschriebenen Budgets.

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) wurde

schließlich ab 2003 ein durchgängig leistungsorientiertes Vergütungssystem eingeführt. Alle voll- und teilstationären Krankenhausleistungen, mit Ausnahme von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, werden seither über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) vergütet. Maßgeblich für die Vergütung einer Krankenhausleistung sind dabei Diagnosen, Operationen und Prozeduren. Die seither leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser hat nun zu einer Verkürzung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus, zu mehr Transparenz bei Leistungen und Kosten der Krankenhäuser und zu mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander geführt. Sie hat aber auch gravierende systemimmanente Fehlanreize hervorgeufen. Denn bei steigendem wirtschaftlichem Druck in den Krankenhäusern wächst die Tendenz, in Kann-Situationen die ökonomisch höher bewertete medizinische Leistung zu wählen. Die transparente Darstellung von Qualitätsmedizin hat gerade auch aus diesem Grund eine herausragende Bedeutung erlangt.

» Bei steigendem wirtschaftlichem Druck werden Transparenz und Qualitätssicherung immer wichtiger

Der Gesetzgeber hat 2016 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) damit beauftragt, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu definieren. Den für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden soll damit ein Instrument an die Hand gegeben werden, bei ihren Planungsentscheidungen die Versorgungsqualität der Krankenhäuser neben Aspekten der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit stärker zu berücksichtigen.

Für die Entwicklung von medizinisch sinnvollen Qualitätsindikatoren wurde in der Pneumologie wichtige Arbeit geleistet. Beispiele dieser Aktivitäten zur Qualitätssicherung in der Pneumologie werden in dieser Kongressausgabe dargestellt.

J.H. Storre und B. Schönhofer gehen auf die S2k-Leitlinie zum prolongierten Weaning ein und stellen „WeanNet“, das Netzwerk für pneumologische Weaningzentren inklusive des Zertifizierungsprozesses der Weaningzentren dar.

D. Ukena, H. Hoffmann und Koautorinnen präsentieren die kontinuierliche Qualitätsverbesserung bei der Versorgung von Lungenkrebspatienten, die durch Interdisziplinarität und Multiprofessionalität – einem Zertifizierungsprozess folgend – ermöglicht wurde.

H. Worth berichtet umfassend vom Beitrag der Nationalen Versorgungsleitlinien zu COPD und Asthma für die Qualitätssicherung in der Pneumologie.

T. Welte stellt die überarbeitete S3-Leitlinie zur ambulant erworbenen Pneumonie vor und geht auf die Qualitätsindikatoren bei dieser Erkrankung ein.

D. Köhler beschreibt sehr anschaulich die Wechselwirkungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er zeigt in seinem Beitrag auch Möglichkeiten zur Ressourcenschonung in der Pneumologie auf.

Ich danke allen Autoren herzlich für ihre sehr informativen Beiträge, die zum Gelingen des Kongresses beitragen sollen.



Prof. Dr. Martin Hetzel

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. M. Hetzel
Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Beatmungsmedizin und Allgemeine Innere Medizin, Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt GmbH Badstr. 35–37, 70372 Stuttgart, Deutschland
Martin.Hetzel@Sana.de

Interessenkonflikt. M. Hetzel und M. Kohlhäufel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie von schlafbezogenen Atmungsstörungen

Bei der vorliegenden Leitlinie *Schlafbezogene Atmungsstörungen* handelt es sich um ein Update (*Somnologie* 2017, 20; Suppl. 2: S97–S180) des Kapitels „Schlafbezogene



ne Atmungsstörungen“ der 2009 in der Zeitschrift *Somnologie* publizierten S3-Leitlinie *Nicht*

Schlaf/Schlafstörungen (Mayer et al. 2009). Seit der letzten Veröffentlichung der Leitlinie sind bezüglich der Schlafbezogenen Atmungsstörungen eine große Anzahl an evidenzbasierten Studien hinzugekommen, die es zu berücksichtigen gilt. Der Umfang der wissenschaftlichen Erkenntnisse hat in einem deutlichen Ausmaß zugenommen, so dass die Schlafbezogenen Atmungsstörungen als eigenständige Leitlinie veröffentlicht werden.

Zu den Schlafbezogenen Atmungsstörungen gehört die obstruktive Schlafapnoe, die zentrale Schlafapnoe und die schlafbezogene Hypoventilation/schlafbezogene Hypoxämie.

Diese Leitlinie richtet sich an ärztliche und nichtärztliche Berufsgruppen, Pflegepersonal, Selbsthilfegruppen und interessierte Laien.

Bestellen Sie diese Ausgabe zum Preis von 57,- EUR zzgl. Versandkosten bei Springer Customer Service Center Kundenservice Zeitschriften
Tel.: +49 6221-345-4303
E-Mail: leserservice@springer.com

Suchen Sie noch mehr zum Thema? Mit e.Med interdisziplinär – dem Kombi-Abo von Springer Medizin – können Sie schnell und komfortabel in über 600 medizinischen Fachzeitschriften recherchieren und auf alle Inhalte im Volltext zugreifen.

Weitere Infos unter springermedizin.de/eMed