

Kosten- oder Qualitätsführerschaft? Antworten auf eine falsche Frage.

Augsburger Perspektiven

Augsburg, 04.12.2014

Grundlagen

Grundlagen

- Die Finanzierung der Krankenhäuser ist insuffizient (Systemrelevante Umwelt).
- Wie werden die zur Verfügung stehenden Mittel in der Organisation eingesetzt?
- Wie gezielt werden die Mittel eingesetzt?

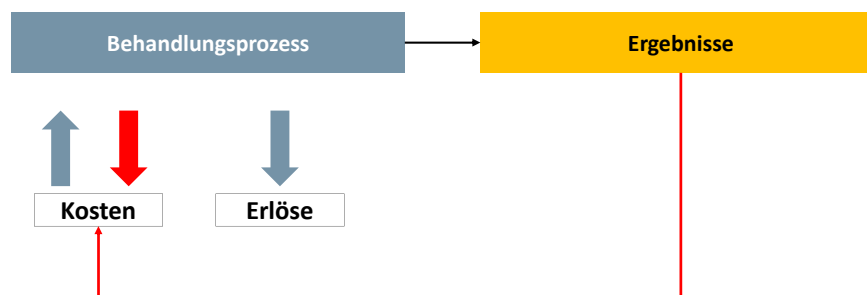
3

Effektivität (Zielgrad-Erreichung)

- Das medizinisch Richtige tun.
- Das medizinisch Richtige richtig tun.
- Das medizinisch Richtige richtig tun mit angemessenem Ergebnis.
- Fähigkeit zum Umgang mit UE (»Reagibilität«)

Effizienz (Zielgrad-Erreichung/Kosten)

Das medizinisch Richtige richtig tun mit angemessenem Ergebnis und wirtschaftlich.

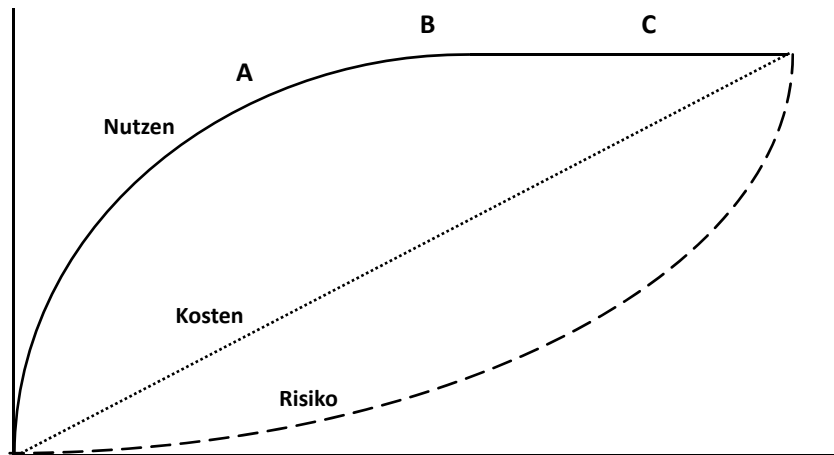


4

Ableitungen

- Die Effizienz kann durch sinkende Kosten gesteigert werden.
- Steht dieses Bestreben im Vordergrund, verfolgt die Organisation das Ziel der »Kostenführerschaft«.
- Das ist aber nicht ohne Gefahr....

Kosten, Nutzen und Risiko



The Trade-Off between Costs and Outcomes: The Case of Acute Myocardial Infarction

Jonas Schreyögg and Tom Stargardt

Objective. To investigate and to quantify the relationship between hospital costs and health outcomes for patients with acute myocardial infarction (AMI) in Veterans Health Administration (VHA) hospitals using individual-level data for costs and outcomes.

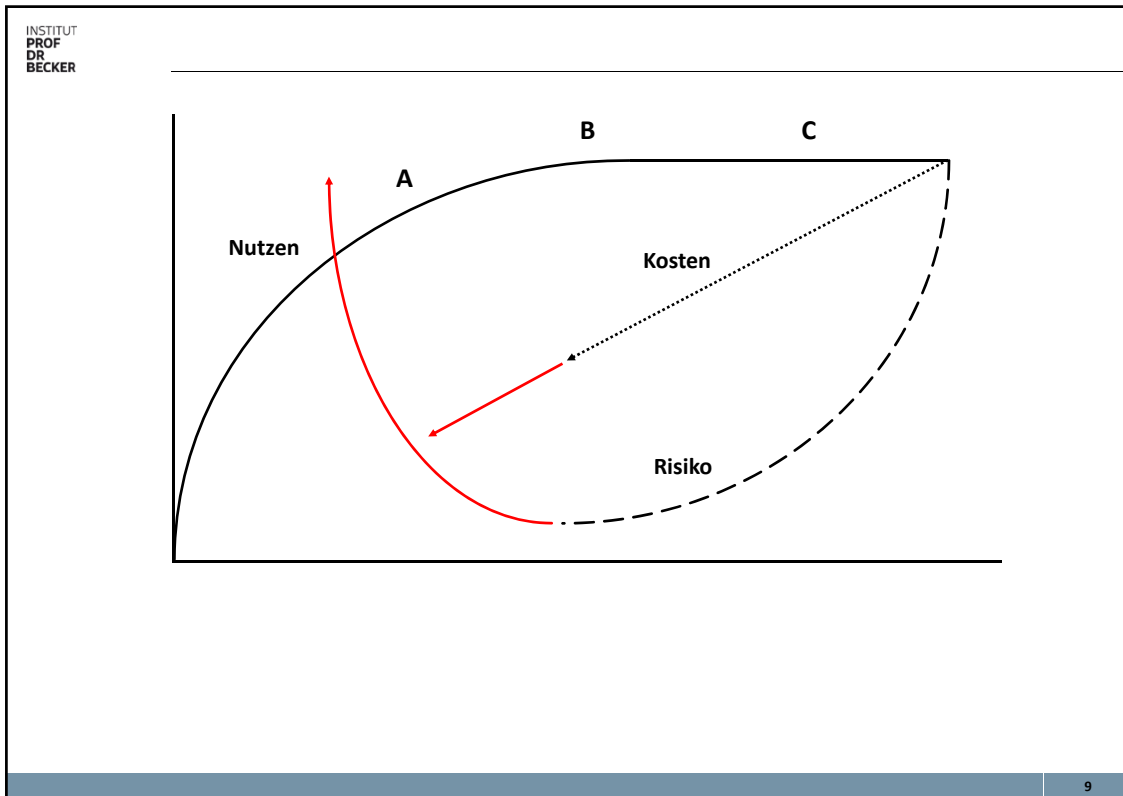
Data Sources. VHA administrative files for the fiscal years 2000–2006.

Study Design. Costs were defined as costs incurred during the index hospitalization for treatment of AMI. Mortality and readmission, assessed 1 year after the index hospitalization, were used as measures of clinical outcome. We examined health outcomes as a function of costs and other patient-level and hospital-level characteristics using a two-stage Cox proportional hazard model that accounted for competing risks within a multilevel framework. To control for patient comorbidities, we compiled a comprehensive list of comorbidities that have been found in other studies to affect mortality and readmissions.

Principal Findings. We found that costs were negatively associated with mortality and readmissions. Every U.S.\$100 less spent is associated with a 0.63 percent increase in the hazard of dying and a 1.24 percent increase in the hazard to be readmitted conditional on not dying. This main finding remained unchanged after a number of sensitivity checks.

Conclusions. Our results suggest that there is a trade-off between costs and outcomes. The negative association between costs and mortality suggests that outcomes should be monitored closely when introducing cost-containment programs. Additional studies are needed to examine the cost–outcome relationship for conditions other than AMI to see whether our results are consistent.

HSR: Health Services Research 45:6, Part 1 (December 2010)



INSTITUT
PROF
DR
BECKER

		Medizinische Qualität	
		Angemessen	Unangemessen
Kosten	Angemessen	Kein Problem	Qualitätsproblem
	Unangemessen	Kostenproblem	Qualitätsproblem Kostenproblem

In Anlehnung an: M. Weiss (Gesundheitsmanagement, Chapman & Hall, Weinheim, 1997)

10

Ableitungen

- Die Effizienz kann durch sinkende Kosten gesteigert werden.
- Steht dieses Bestreben im Vordergrund, verfolgt die Organisation das Ziel der »Kostenführerschaft«.
- Das ist aber nicht ohne Gefahr....

- Sie »verkaufen« keine Kosten, sondern Qualität.
- Ein Streben nach Kostenführerschaft interessiert Patienten und Einweiser wenig bis nicht.
- Streben nach Kostenführerschaft lenkt von langfristig relevanten Fragestellungen ab.

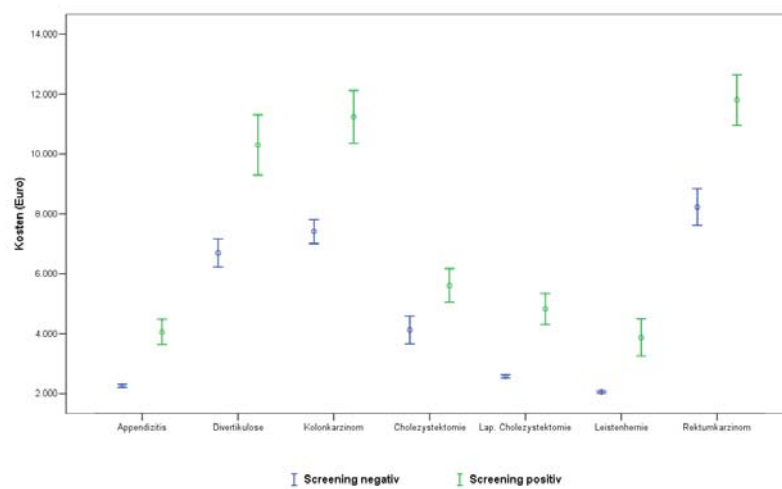
- Qualitätsführerschaft mit einem gezielten Aufwand der Betriebsmittel erreichen.
- Unternehmensziele werden verbunden mit Qualitätszielen vereinbart, nicht losgelöst.

Was sagt die Literatur?

Was sagt die Literatur?

- »Die regionale Thrombolyserate schwankt in Hessen in einem nicht erwarteten Umfang...«
Stolz et al., Dtsch Arztebl Int 2011, 108(36): 607-611
- 4,1% allgemeinchirurgischer Patienten entwickelten eine Sepsis mit 3,6-fach höheren Behandlungskosten. Vaughan-Sarrazin et al., Arch Surg 2011, 146(8): 944-952
- »Surgical AEs occurred in 3,6% of hospital admissions ... Almost 40% were infections, 23% bleeding ...« Zegers et al., Patient Safety in Surgery 2011, 5(13)

Kosten in Abhängigkeit vom Screeningergebnis
Mittelwert und Konfidenzintervall (Euro)



Fallgruppe	Fälle	Screening negativ [1]						Screening positiv [1]					
		N	(%) [2]	Kosten	Erlöse	Ergebnis	N	(%) [2]	Kosten	Erlöse	Ergebnis		
RCA	149	48	32,2	Mw Std	8.227 2.128	9.308 1.486	1.081 2.727	101	67,8	Mw Std	11.805 4.271	10.506 1.677	-1.299 4.009
KCA	235	99	42,1	Mw Std	7.417 2.026	7.317 1.354	-100 1.992	136	57,9	Mw Std	11.237 5.206	9.122 2.046	-2.115 4.614
DIV	150	56	37,3	Mw Std	6.696 1.741	6.934 1.313	-294 1.986	94	62,7	Mw Std	10.297 4.909	8.734 1.872	-1.563 4.502
APP	711	605	85,1	Mw Std	2.262 715	2.326 737	64 835	106	14,9	Mw Std	4.055 2.205	3.529 1.092	-526 1.944
LH	820	762	92,9	Mw Std	2.052 613	2.027 196	-25 567	58	7,1	Mw Std	3.872 2.339	2.499 715	-1.372 1.890
CHE	143	65	45,5	Mw Std	4.124 1.888	4.160 965	35 1.585	78	54,5	Mw Std	5.612 2.519	5.012 1.286	-600 2.210
LCHE	824	706	85,7	Mw Std	2.578 851	2.438 477	-140 803	118	14,3	Mw Std	4.825 2.794	3.313 787	-1.512 2.424

Becker A et al., Qualitätssicherung mit Routinedaten – Ergebnisse und Kosten. Das Krankenhaus 9/2006, 748-755

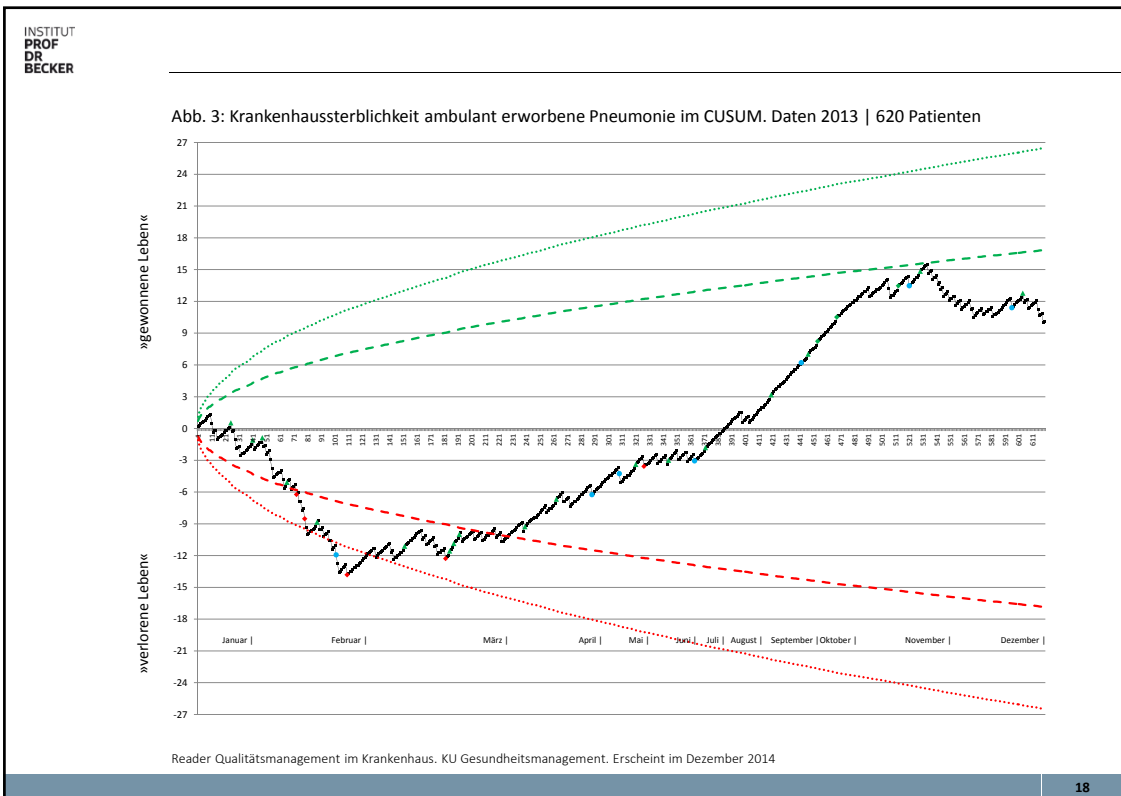
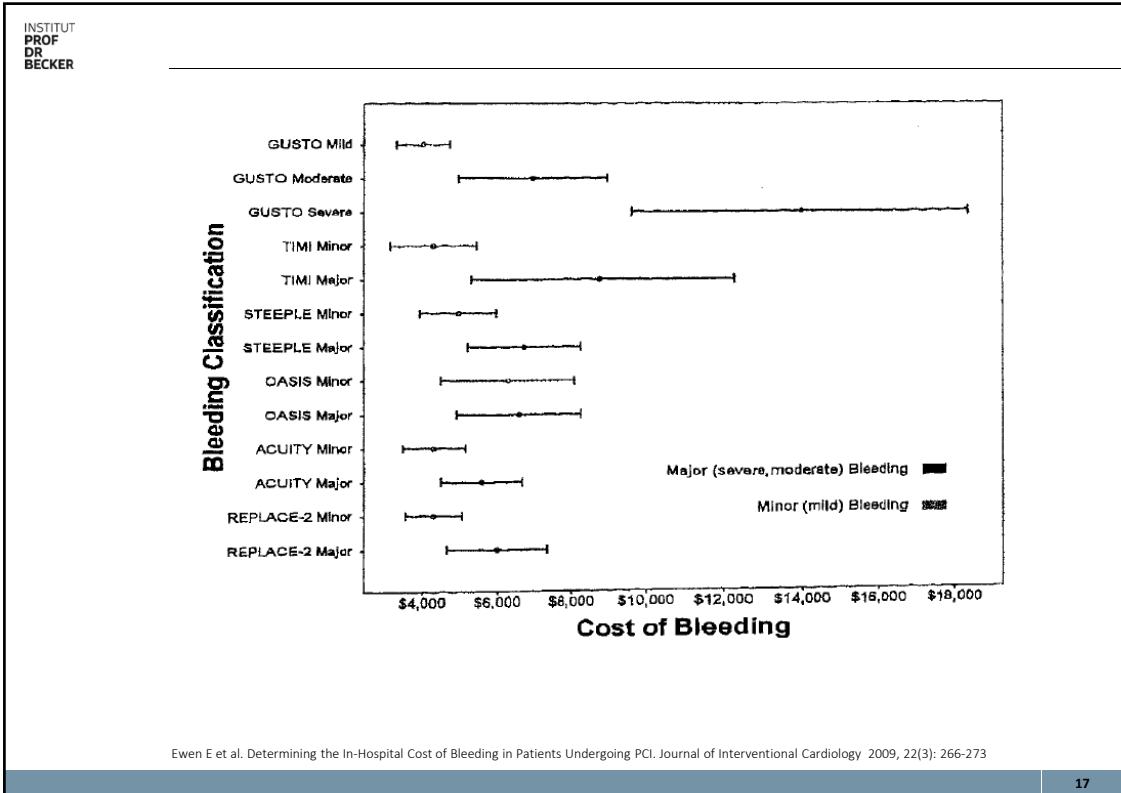
15

Table 3 Estimated Potentially Preventable Complications Cost Based on Hospital Charge Data States of California and Maryland

	California Utilization		Maryland Utilization	
	Number of Discharges	Incremental PPC Cost (\$)	Number of Discharges	Incremental PPC Cost (\$)
Acute Pulmonary Edema and Respiratory Failure without Ventilation	5,712	7,109	4,863	5,983
Pneumonia & Other Lung Infections	10,781	16,901	4,615	13,176
Congestive Heart Failure	5,922	5,801	2,296	3,910
Clostridium Difficile Colitis	2,478	25,401	1,282	16,709
Urinary Tract Infection	12,677	9,637	6,904	6,345
Cellulitis	2,907	4,950	1,435	2,346
Post-Op Hemorrhage & Hematoma w/o Hemorrhage Control Procedure or I&D Procedure	6,925	6,758	3,391	6,190

Lagoe RJ, Westert GP, BMC Health Services Research 2010, 10:200

16



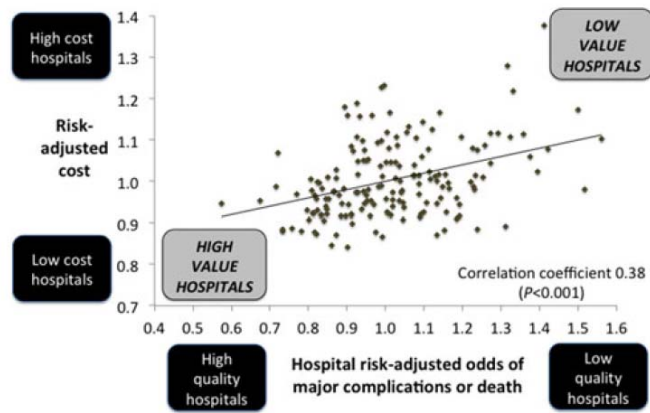


FIGURE 1. Correlation between risk-adjusted hospital quality and risk-adjusted cost for colectomy procedures. Each dot represents an ACS-NSQIP hospital ($n = 169$).

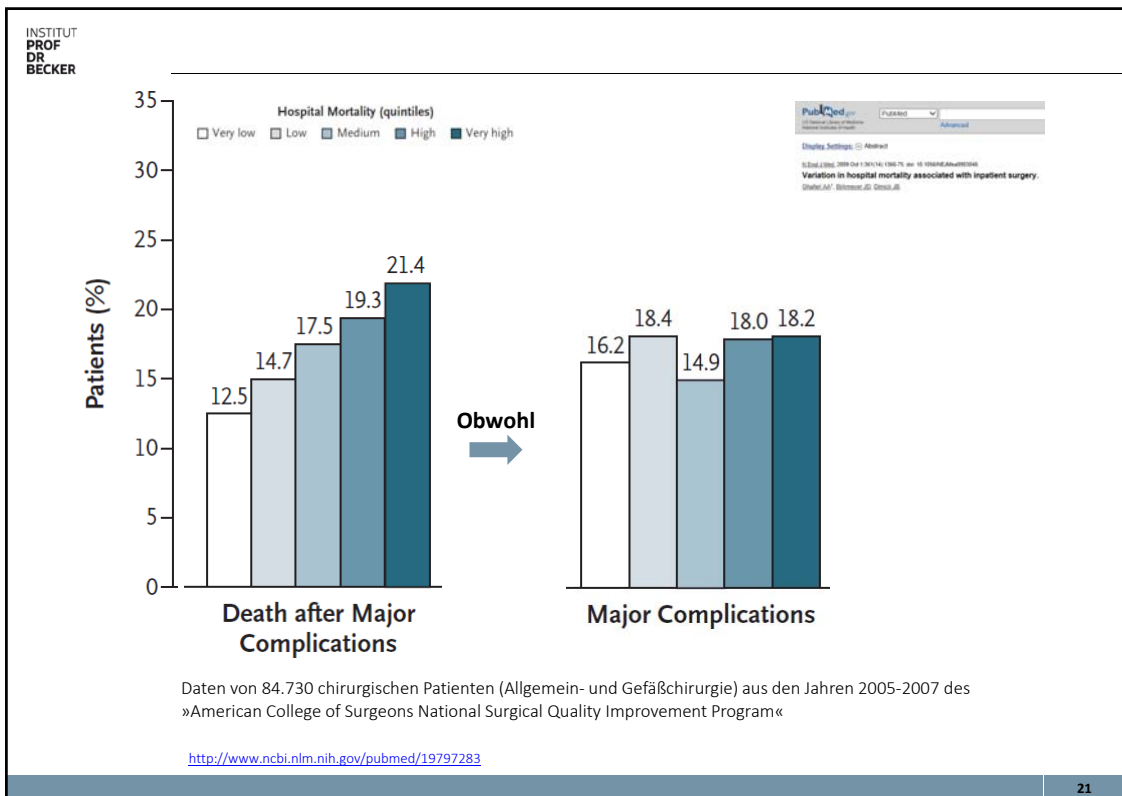
Measuring Risk-Adjusted Value Using Medicare and ACS-NSQIP

Is High-Quality, Low-Cost Surgical Care Achievable Everywhere?

Elise H. Larson, MD, MSHS*†; David S. Zingmond, MD, PhD; Anne M. Sey, MD, MS;¶
Benoit J. Hall, MD, PhD; MDR;***§ and Clifford Y. Ko, MD, MSHS*††

Annals of Surgery • Volume 260, Number 4, October 2014

Intrahospitale Notfälle und Herzstillstände



INSTITUT
PROF
DR
BECKER

Conclusions

»In addition to efforts aimed at **avoiding** complications in the first place, reducing mortality ... will require greater attention to the **timely recognition and management** of complications once they occur.«

Markierung fett durch den Verfasser

22

Intrahospitale Notfälle und Herzstillstände

Intrahospitale Notfälle

In bis zu 10% der Patienten, bis zu zwei Drittel werden als vermeidbar eingestuft. Meist 6-24 Stunden vorher signifikante Abweichungen von Vitalparametern.

(Kause et al. 2004, Fischer et al. 2010)

Bei 18.991.605 Fällen in 2012 also bis zu 1,9 Mio. mit einem intrahospitalen Notfall.

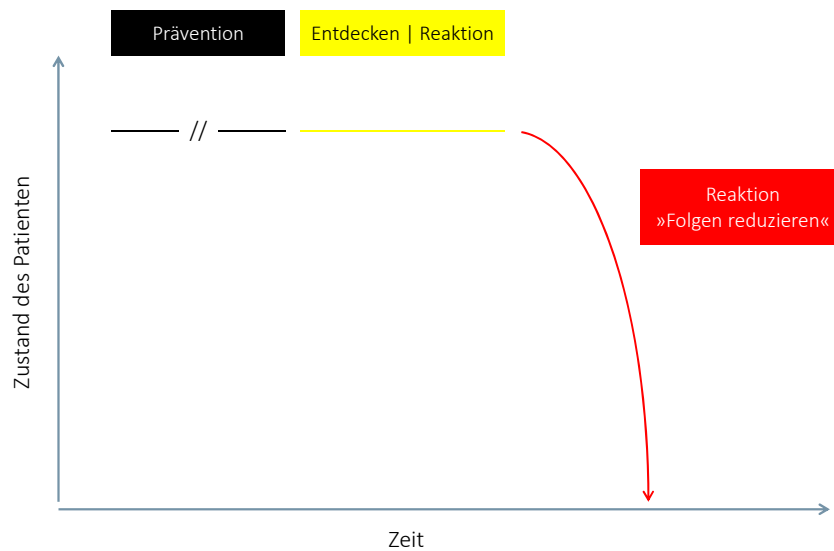
Intrahospitale Herzstillstände

0,66 bis 3,8 pro 1.000 KH-Fälle | KH-Entlassung 15 bis 39% (Müller et a. 2014)

1,2 bis 2,2 pro 1.000 KH-Fälle | KH-Entlassung im Mittel 18,4% mit dramatischen Schwankungen (Nolan et al. 2014)

Bezogen auf 2012: 12.500 bis 72.000 Reanimationen versterben 7.600 bis 61.000 Patienten.

Genaue Daten liegen für Deutschland nicht vor...



Zusammenfassung

Zusammenfassung

- Kostenführerschaft ist kein Unternehmensziel mit Zukunft.
- Entscheidend ist die Effizienz.
- Hieraus ergibt sich die Qualitätsführerschaft als Unternehmensziel.
- Qualitätsführerschaft vereinigt unterschiedliche Sichten auf ein Thema.
- Daher geht es nicht um ein »entweder oder«, sondern um ein »sowohl als auch«.

Die Leitungsaufgabe besteht in der Sicherstellung einer
angemessenen

Vorherbestimmbarkeit und Varianz

von Prozessen und ihren Ergebnissen.

Vielen Dank!

T +49 2205 920 460
F +49 2205 920 462
M +49 172 29 88 040
E becker@i-pdb.de
W www.i-pdb.de

Institut Prof. Dr. Becker
Nonnenweg 120a
51503 Rösrath