

# Qualität in der Krankenhausplanung

14. Nationales DRG-Forum  
Berlin, 20.03.2015

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Abteilung Krankenhäuser



# Gang der Handlung

1. Krankenhausplanung ohne Qualität
2. Der G-BA als Regulierungsbehörde
3. Struktur- oder Ergebnisqualität
4. Signifikant gut
5. Versuch eines Ausblicks

# Skepsis

- ▶ Das Krankenhausplanungsrecht und auch das Budgetrecht kennen bislang den Tatbestand „Qualität“ nicht.
- ▶ Das ist nicht schlimm, weil es sowieso keine gestaltende Krankenhausplanung mehr gibt.
- ▶ Wieso jetzt der QS-Hype in der agonischen Phase der Krankenhausplanung.
- ▶ Das kann nur etwas mit Politikmarketing zu tun haben.

# Neue Aufgaben für den GKV-Spitzenverband

Neue Aufgabe G-BA	Aufgaben für die Selbstverwaltung
Indikatoren für die Krankenhausplanung	Qualitätszu- und -abschläge (Vergütung)
Einhaltung der QS-Richtlinien des G-BA	Notfallversorgung (Vergütung)
Qualitätszu- und -abschläge	Zentrumszuschläge (Konzept)
Qualitätsverträge	Klinische Sektionen
Sicherstellungszuschläge	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Notfallversorgung	Sinkende Sachkosten
Zweitmeinung	Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag
<b>Weiterentwicklung von Aufgaben des G-BA</b>	Absenkung von Bewertungsrelationen
<i>Mindestmengenregelung</i>	Empfehlungen zum LBFW
<i>Qualitätsbericht</i>	Expertenkommission Pflege
<i>OP-Checklisten (QM-Richtlinie)</i>	Hochschulambulanzen
<i>Bewertung von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse</i>	Strukturfonds

# Gang der Handlung

1. Krankenhausplanung ohne Qualität
2. Der G-BA als Regulierungsbehörde
3. Struktur- oder Ergebnisqualität
4. Signifikant gut
5. Versuch eines Ausblicks



# Von der Landesplanung zur Marktregulierung

## Gestern

- ▶ Ein fürsorglicher Landesvater baut überall dort, wo Landeskinder stationärer Behandlung bedürfen, ein Krankenhaus.
- ▶ Er achtet auf Trägervielfalt.
- ▶ Er passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.

## Morgen

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und QTiG regeln als Regulierungsbehörden die Strukturen und Prozesse.

# Vorbild Regulierungsbehörde

## Bundesnetzagentur



### Elektrizität und Gas

Wir sichern den Netzzugang für alle Energielieferanten und nehmen umfangreiche Aufgaben beim Netzausbau wahr.



### Telekommunikation

Wir regulieren den Telekommunikationsmarkt und helfen Endkunden bei Problemen mit dem Anbieter.



### Post

Im Postbereich sorgen wir für die Einhaltung des Postgesetzes und der entsprechenden Verordnungen.



### Eisenbahnen

Wir sorgen für den diskriminierungsfreien Zugang zur Eisenbahninfrastruktur und sichern den Wettbewerb.

# Gang der Handlung

1. Krankenhausplanung ohne Qualität
2. Der G-BA als Regulierungsbehörde
3. Struktur- oder Ergebnisqualität
4. Signifikant gut
5. Versuch eines Ausblicks

# Planungsrelevante Indikatoren?

- ▶ Planungsrelevante Indikatoren a la BLA 1.1
- ▶ Mindestmengen
- ▶ Strukturanforderungen a la TAVI
- ▶ Personalvorgaben
- ▶ Ergebnisqualität
- ▶ Sicherstellungskriterien

# 1.1 Qualität als Kriterium in der Krankenhausplanung

- ▶ Der G-BA entwickelt planungsrelevante Qualitätsindikatoren.
- ▶ Keine Verbindliche Anwendung in den Ländern.
- ▶ Quartalsmäßige Auswertung

## GKV-Position:

- ▶ Keine Landesplanung mehr im Widerspruch zum G-BA.
- ▶ Nichterfüllung der QS-Vorgaben muss Konsequenzen haben.
- ▶ Lücken in der QS müssen schneller geschlossen werden.
- ▶ Krankenhausstandortverzeichnis notwendig.
- ▶ Quartalsmäßige Auswertung wirkt aktionistisch.

## 1.2 Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA

- ▶ Die Verbindlichkeit der G-BA-Vorgaben wird gestärkt.
- ▶ Der G-BA legt das Nähere für unangemeldete MDK-Kontrollen fest.

### GKV-Position:

- ▶ Durchsetzung von Mindeststrukturvorgaben wird begrüßt.
- ▶ Entzug der Abrechnungsfähigkeit ist das Mittel der Wahl, nicht Abschläge bei schlechter Qualität.
- ▶ Es ist zu begrüßen, dass der MDK größere Befugnisse erhält. Diese sollten sich auch auf OPS-Komplexcodes beziehen.
- ▶ Nicht der G-BA sollte das Nähere zum Prüfverfahren des MDK regeln, sondern DKG und GKV („PrüfvV II“).

## 1.3 Mindestmengen (MiMe)

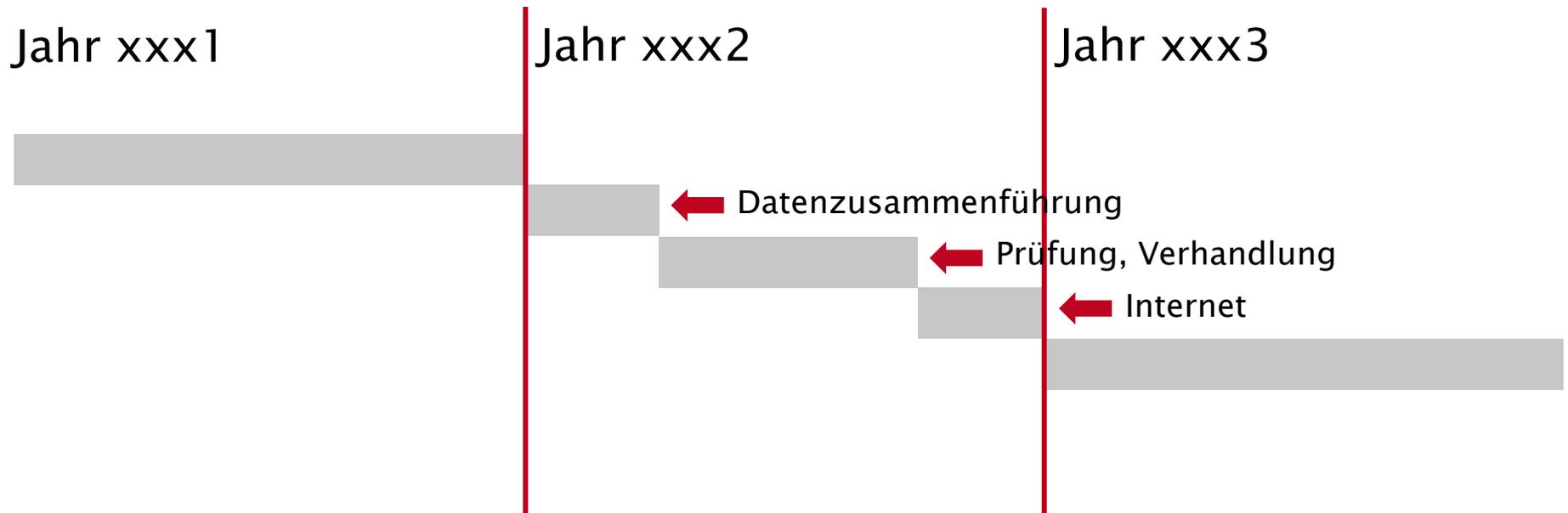
- ▶ MiMe-Beschlüsse werden erleichtert, aber Ausnahmefugnisse der Länder bleiben.
- ▶ Klarstellung: Keine Bezahlung unterhalb der Mindestmenge.

### GKV-Position:

- ▶ Die Streichung des „besonderen Zusammenhangs“ und der Ausschluss von der Leistungserbringung bei Unterschreitung werden begrüßt.
- ▶ Kritisch bleiben die Ausnahmetatbestände (Härtefallregelung).
- ▶ Problematisch: Nachweis guter Qualität unterhalb der Mindestmenge ist nie möglich (statistisch).
- ▶ Transparenz über KH-Leistungsmengen ist erforderlich.

# Sommerstrukturgespräch

- ▶ Unabhängig von den Budgetverhandlungen bedarf es vor dem Budgetjahr einer Prüfung der Struktur- und Prozessqualität (MiMe, TAVI ...)



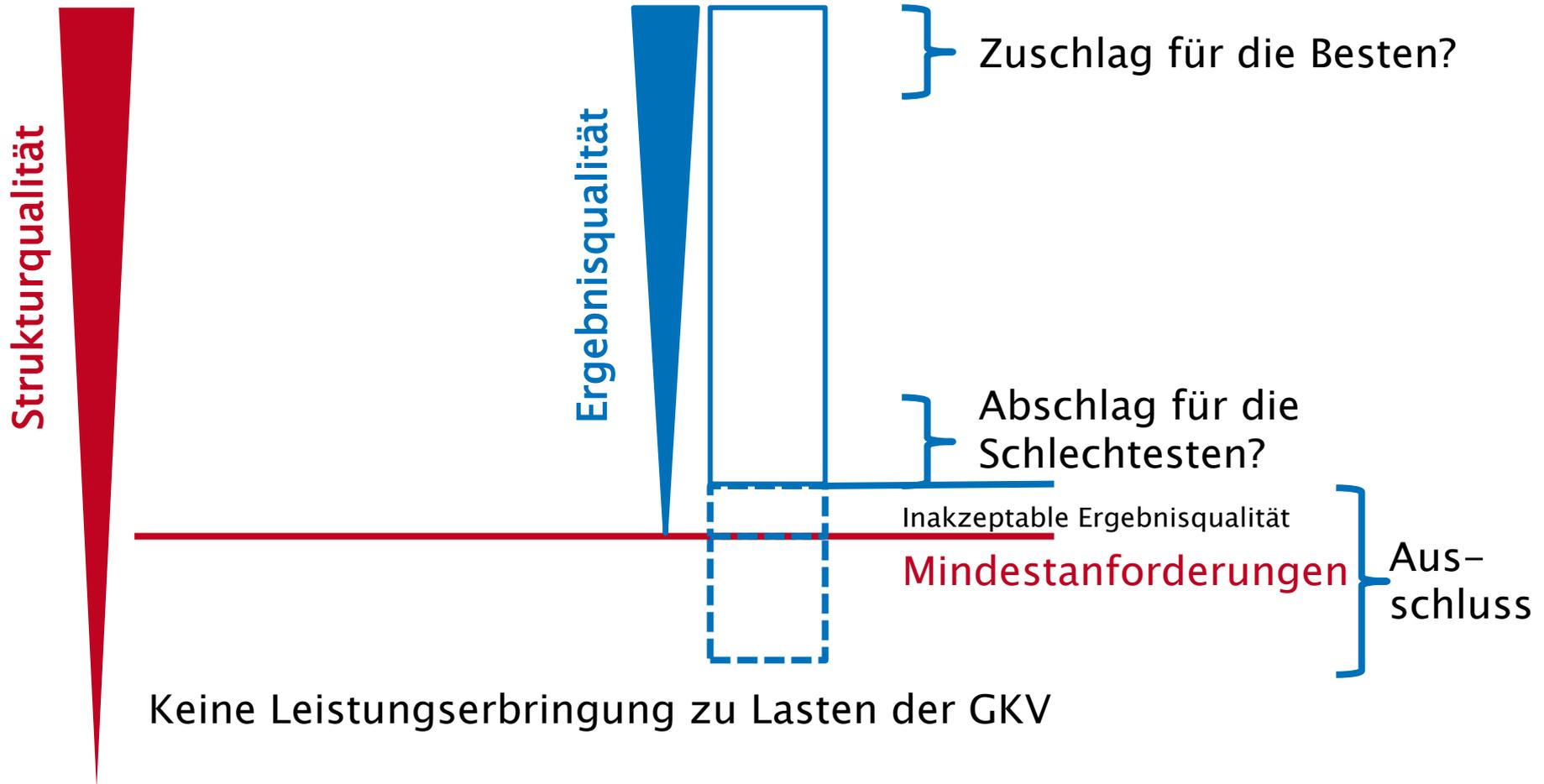
## 1.4 Qualitätszuschläge und -abschläge

- ▶ Der G-BA definiert Indikatoren für qualitätsorientierte Vergütung.
- ▶ Abschläge bei schlechter Qualität obligatorisch.

### GKV-Position:

- ▶ Begrüßenswertes Instrument; Umsetzung auf Basis bereits bestehender Indikatoren
- ▶ Abschläge machen schlechte Qualität nicht besser, aber seltener. Dennoch: Ausschluss vor Abschlag.
- ▶ Aufkommensneutrale Umverteilung mit Anreizen zur Qualitätsverbesserung auch über der Mindestanforderung
- ▶ Qualitätsabschläge würden die Krankenhausplanung und -struktur nachhaltig positiv verändern.

# GKV-Spitzenverband: Struktur- und Ergebnisqualität



# 1.8 Sicherstellungszuschläge

## Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung

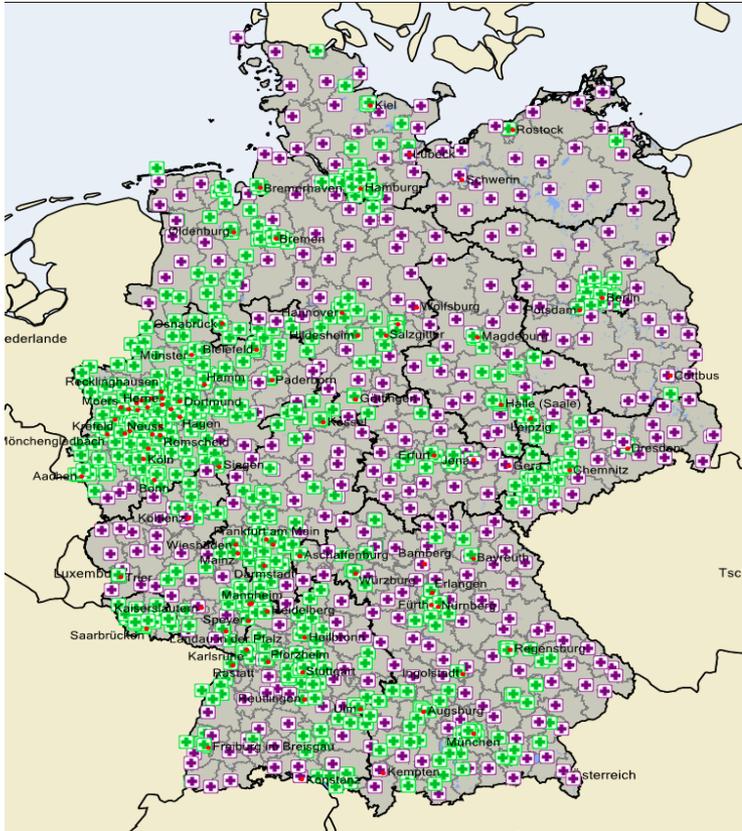


- ▶ Der G-BA legt bis 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest.

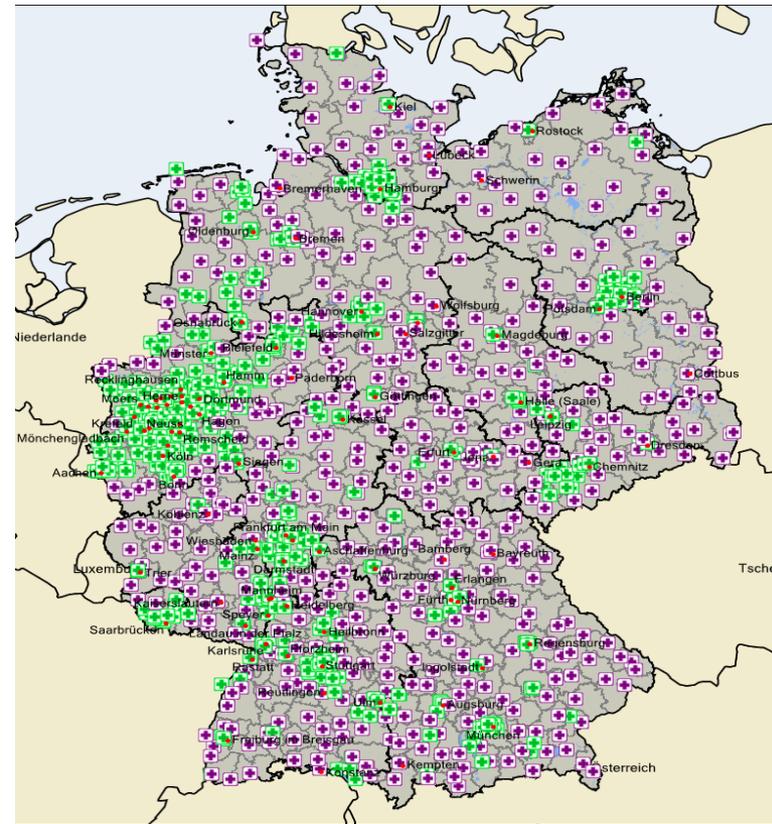
- ▶ Kleine Revolution:

Nicht mehr das Land, sondern der G-BA legt fest, was ein „notwendiges“ Krankenhaus ist.

# Zur Dichotomie von Sicherstellungs- und ReFo-Häusern



Marktaustrittskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert  
30 km (grün) - 824/1.162 KHs



Marktaustrittskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert  
25 km (grün) - 649/1.162 KHs

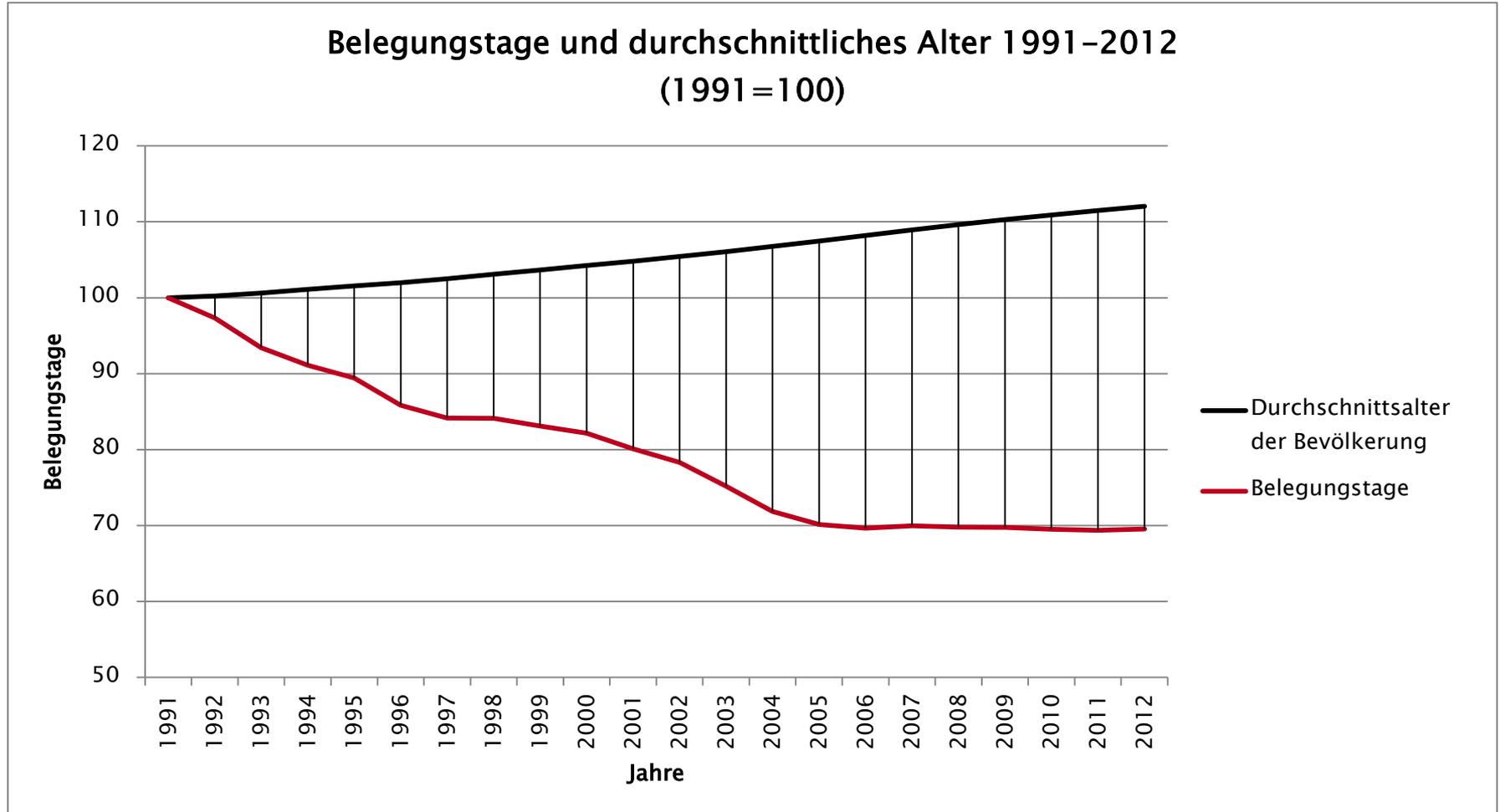
## 2.4 Berücksichtigung von Personalkosten im DRG-System

- ▶ 2016 bis 2018: Sonderprogramm zur Zusatzfinanzierung der „Pflege am Bett“
- ▶ Expertenkommission erarbeitet Vorschläge für die Folgeregelung.

### GKV-Position:

- ▶ Mängel der Sonderprogramme mittlerweile hinlänglich bekannt („... belohnt die Falschen“). Verbesserungsvorschläge:
  - Rückzahlungsverpflichtung ohne Nachweise
  - Berücksichtigung des Personalstands des alten Sonderprogramms
  - Kontrolle der Mittelverwendung über die Budgetverhandlung
- ▶ Volle Überführung der Mittel gewährleisten (z. B. Personalanhaltszahlen)!

# Kleine Provo: Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus.



# Gang der Handlung

1. Krankenhausplanung ohne Qualität
2. Der G-BA als Regulierungsbehörde
3. Struktur- oder Ergebnisqualität
4. Signifikant gut
5. Versuch eines Ausblicks

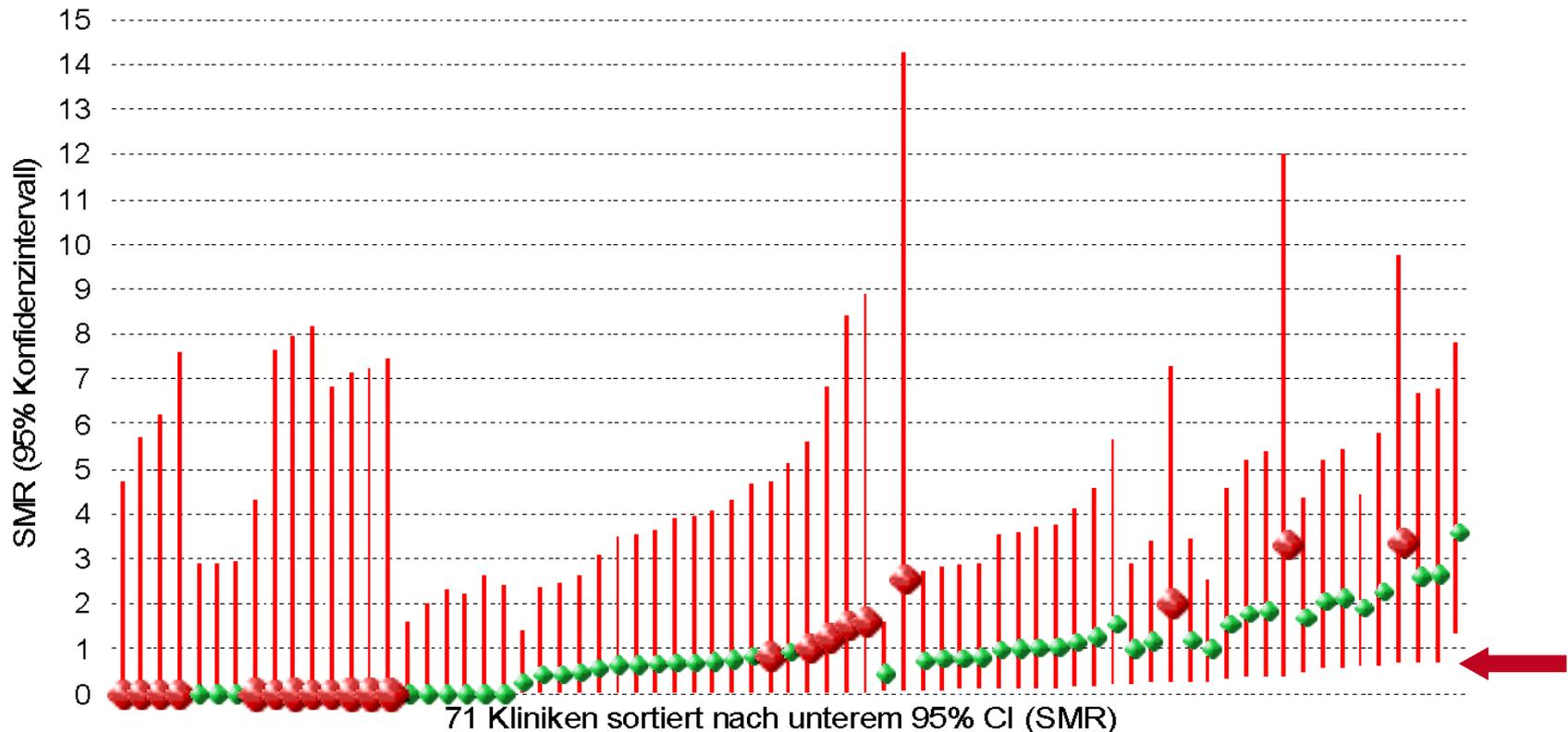
# Goldstandard: Ergebnisqualität

- ▶ Frage: Wie findet man die Häuser mit guter Qualität?
- ▶ Besser als Strukturanforderungen (wie Mindestmenge) wäre die Messung der Ergebnisqualität.
- ▶ Problem der Konfidenzintervalle: Qualitätsmängel bei kleinen Mengen sind nie signifikant.
- ▶ Beispiel: Zwei Verstorbene bei fünf Operationen „können passieren“, aber 20 Verstorbene bei 50 Operationen sind wahrscheinlich ein signifikanter Qualitätsmangel.



# Große (grün) und kleine (rot) Zentren sortiert nach unterem Konfidenzintervall

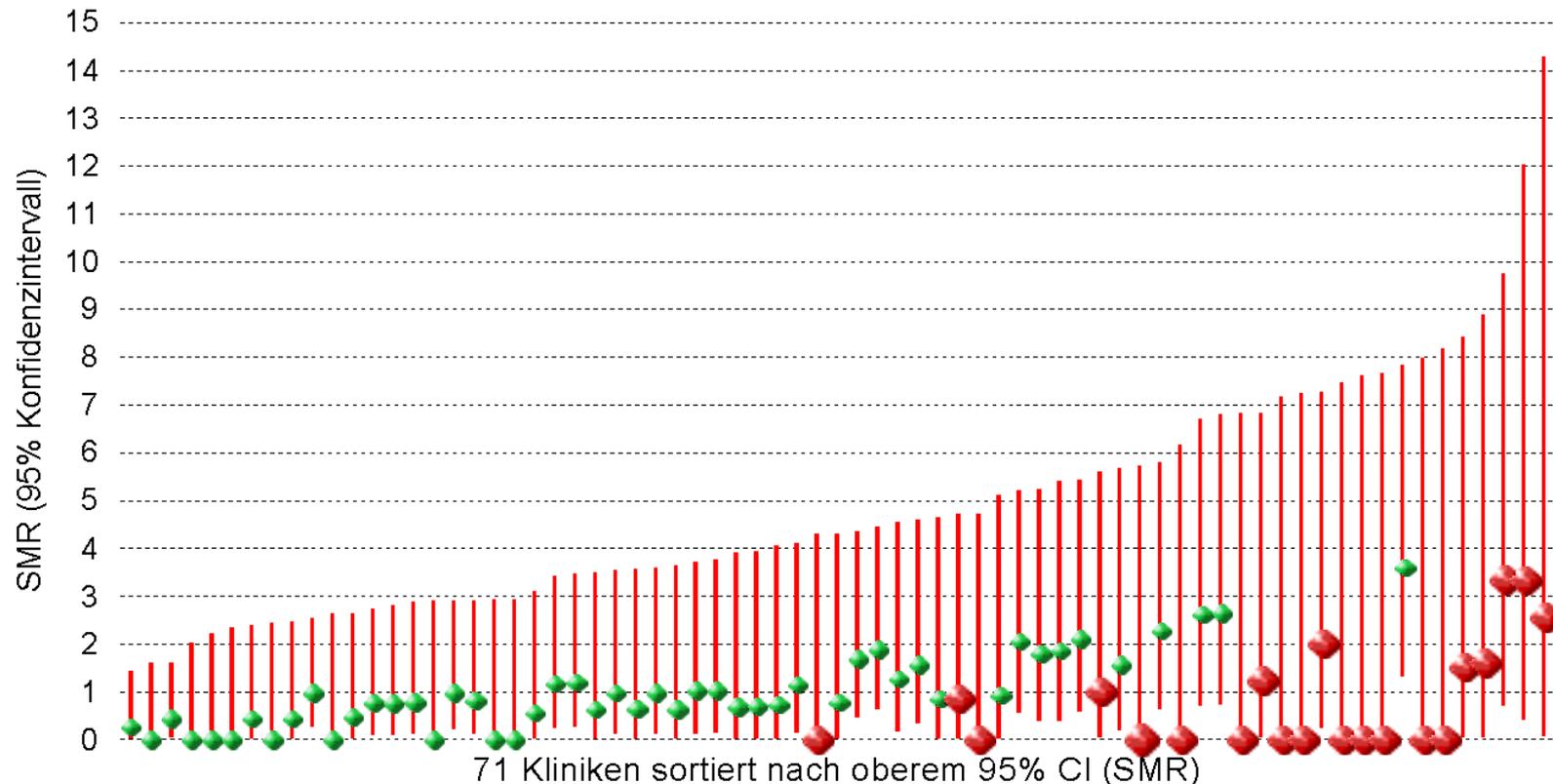
Standardisiertes-Mortalitäts-Ratio für Krankenhaussterblichkeit nach Kolonkarzinom-Operation,  
AOK-Patienten, 71 Kliniken, Bundesauswertung 1999-2001



Rote Markierung: Häuser mit  $\leq 20$  Fällen im Untersuchungszeitraum

# Große (grün) und kleine (rot) Zentren sortiert nach oberem Konfidenzintervall (signifikant gut)

Standardisiertes-Mortalitäts-Ratio für Krankenhaussterblichkeit nach Kolonkarzinom-Operation,  
AOK-Patienten, 71 Kliniken, Bundesauswertung 1999-2001



Rote Markierung: Häuser mit  $\leq 20$  Fällen im Untersuchungszeitraum

## Alternative: Signifikant gute Qualität

- ▶ Krankenhäuser müssen zeigen, dass sie signifikant gute Qualität liefern. Dann scheidet Krankenhäuser mit geringer Menge quasi automatisch aus.
- ▶ Kann man die Ergebnisqualität nicht messen, dann bleiben nur Mindestmengen, um kleine Fallzahlen mit möglicherweise schlechter Qualität zu vermeiden.
- ▶ Vorsicht: Ergebnisqualität ist nur valide messbar, wenn die Indikationsqualität gleich ist.

# Gang der Handlung

1. Krankenhausplanung ohne Qualität
2. Der G-BA als Regulierungsbehörde
3. Struktur- oder Ergebnisqualität
4. Signifikant gut
5. Versuch eines Ausblicks

# Fazit

- ▶ „QS in der Krankenhausplanung?“ Das klingt nach Politmarketing für einen Anachronismus.
- ▶ QS-Vorgaben müssen wesentlicher Bestandteil einer Marktregulierung sein.
- ▶ Am ehesten sind Strukturparameter als „planungsrelevante Indikatoren“ geeignet.
- ▶ Schlechte Ergebnisqualität wird in der Regel nicht nachzuweisen sein. Sie eignet sich eher für ein Zu-/Abschlagssystem.
- ▶ Irgendwann müssen wir mal wieder die Verfassung nachbessern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Aktuelle Informationen unter:  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)