

Qualität in der Krankenhausplanung

14. Nationales DRG-Forum
Berlin, 20.03.2015

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilung Krankenhäuser





Spitzenverband

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
Weiterentwicklung von Aufgaben des G-BA	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)

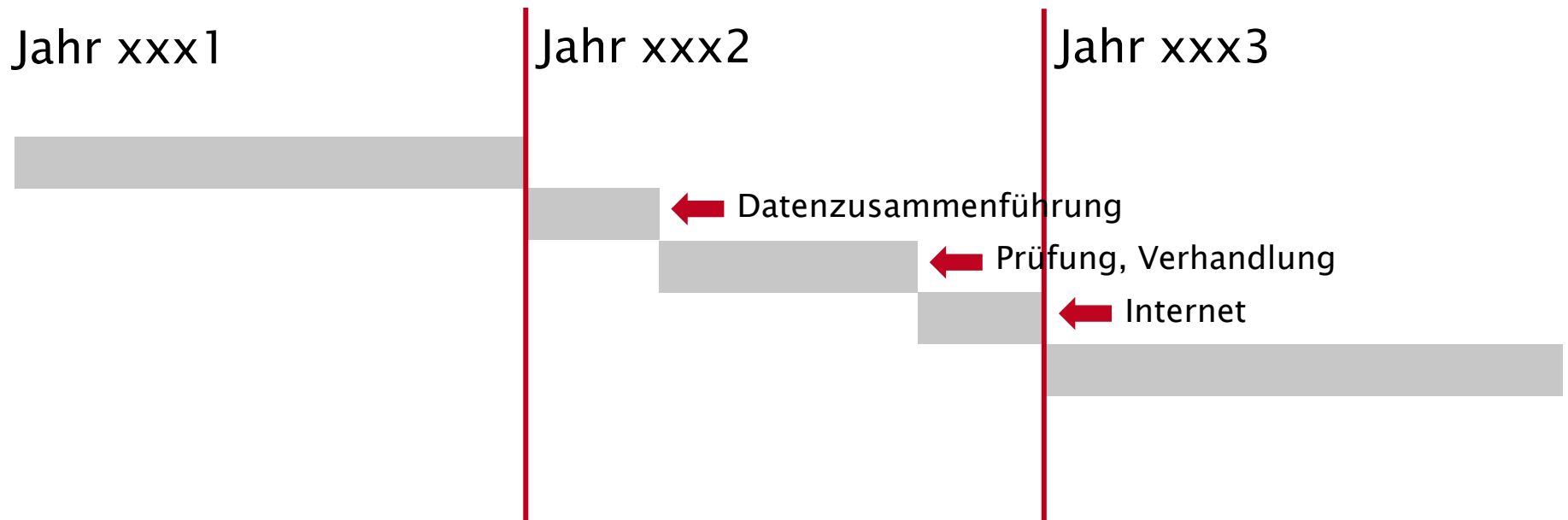
- ▶ MiMe-Beschlüsse werden erleichtert, aber Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben.
- ▶ Klarstellung: Keine Bezahlung unterhalb der Mindestmenge.

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 ...)



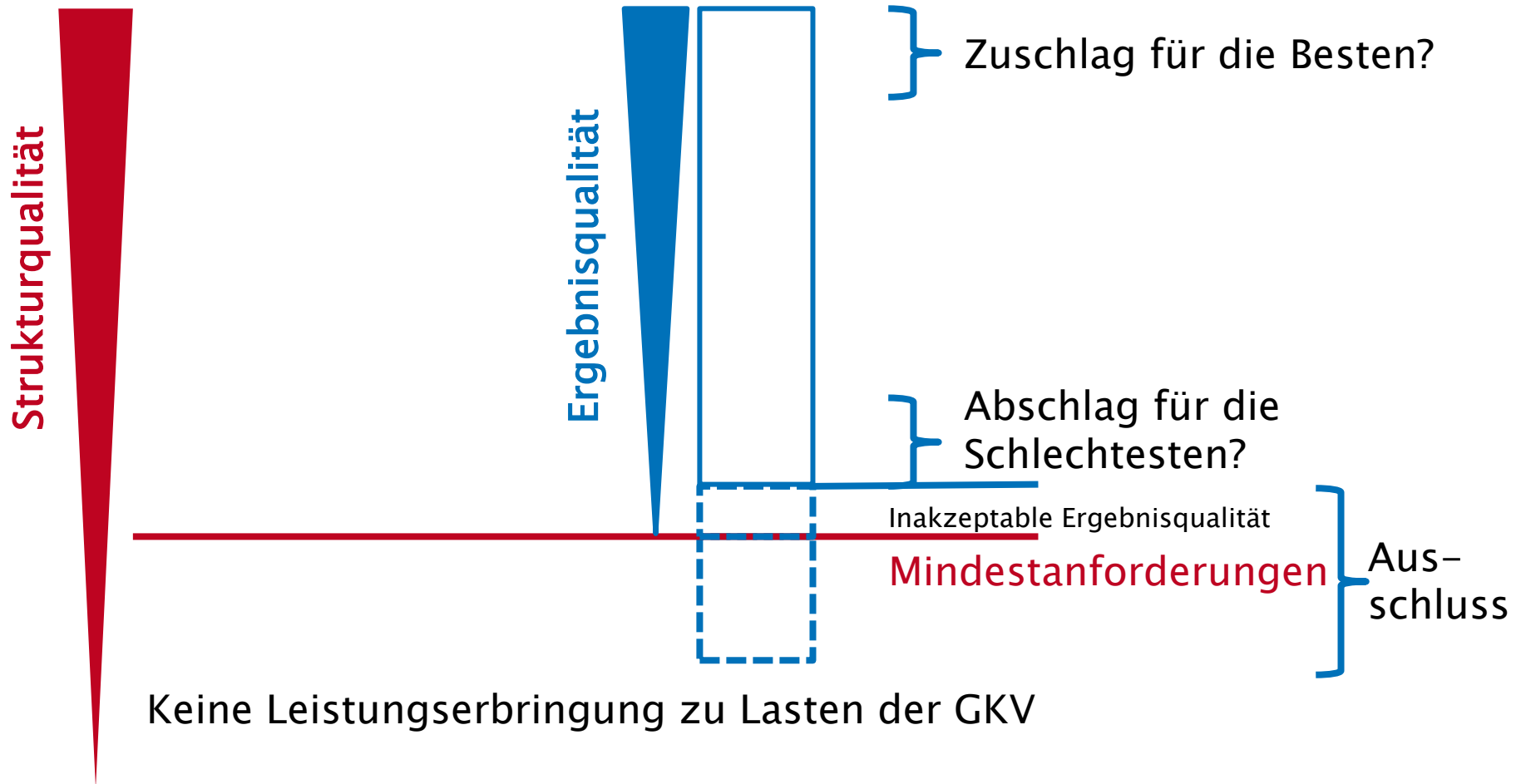
1.4 Qualitätszuschläge und -abschläge

- ▶ 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

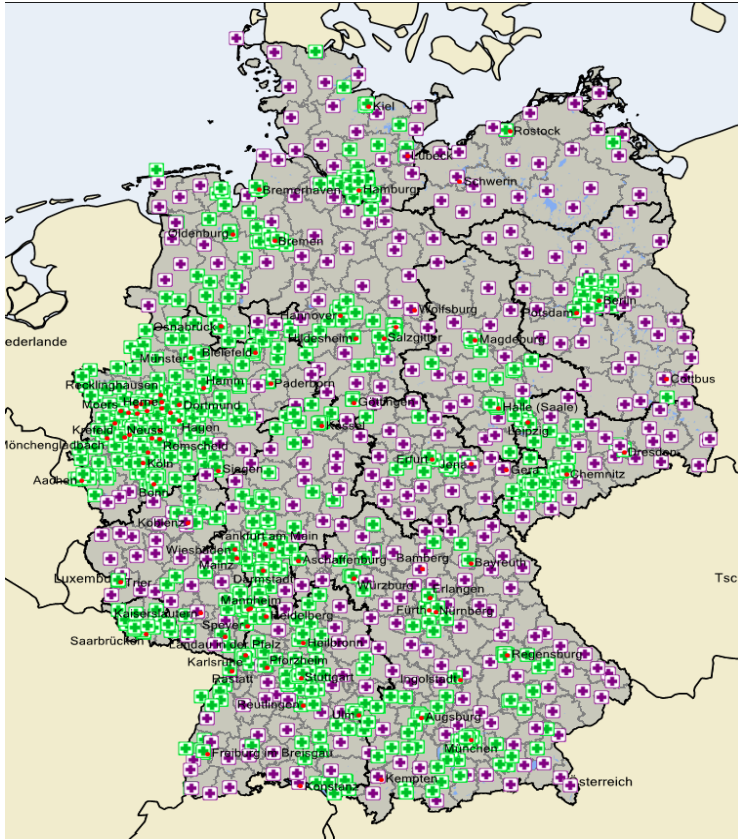


- ▶ Der G-BA legt bis 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest.

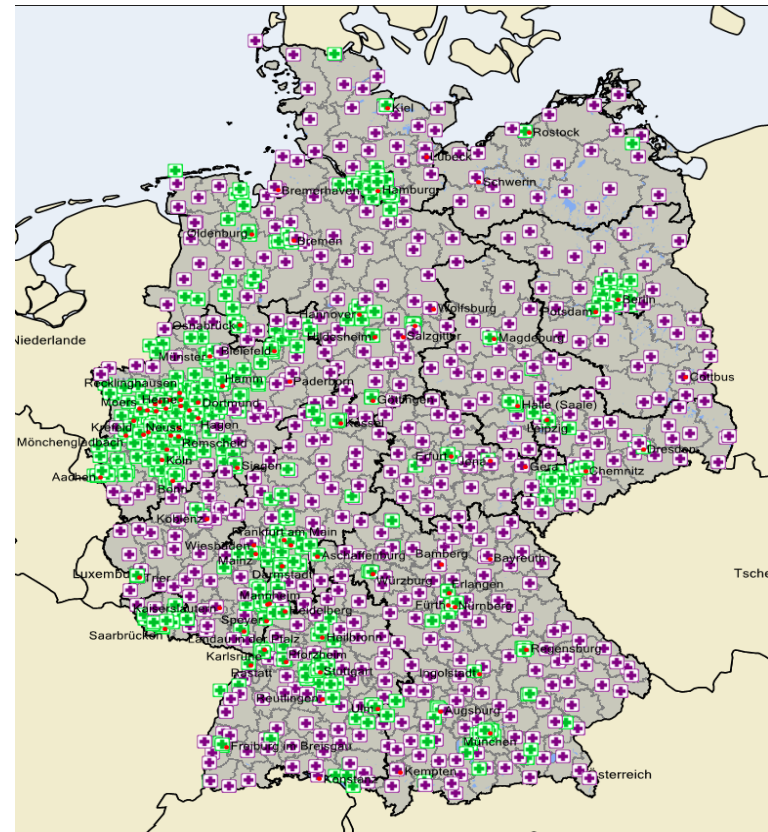
- ▶ Kleine Revolution:

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

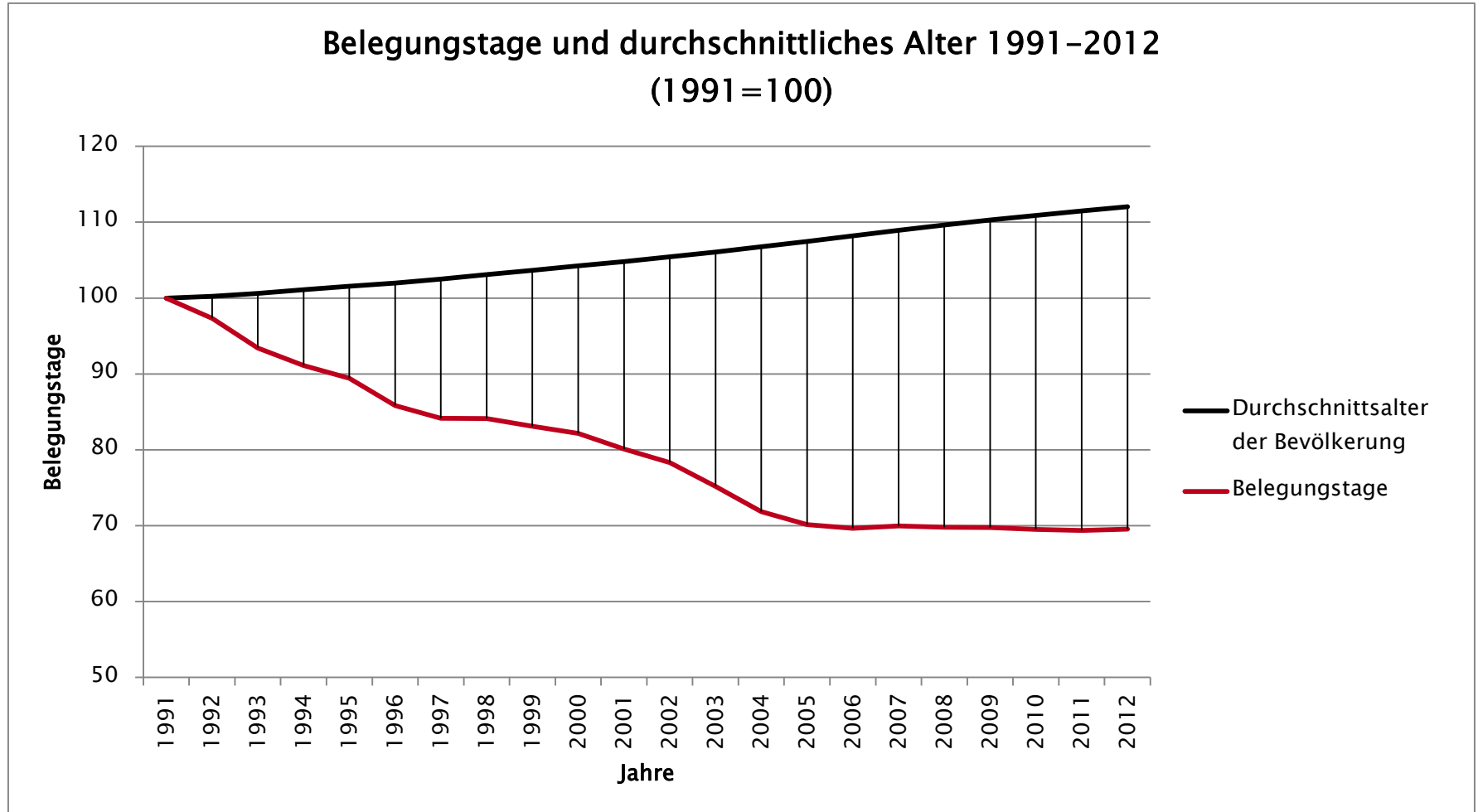
2.4 Berücksichtigung von Personalkosten im DRG-System

- ▶ 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

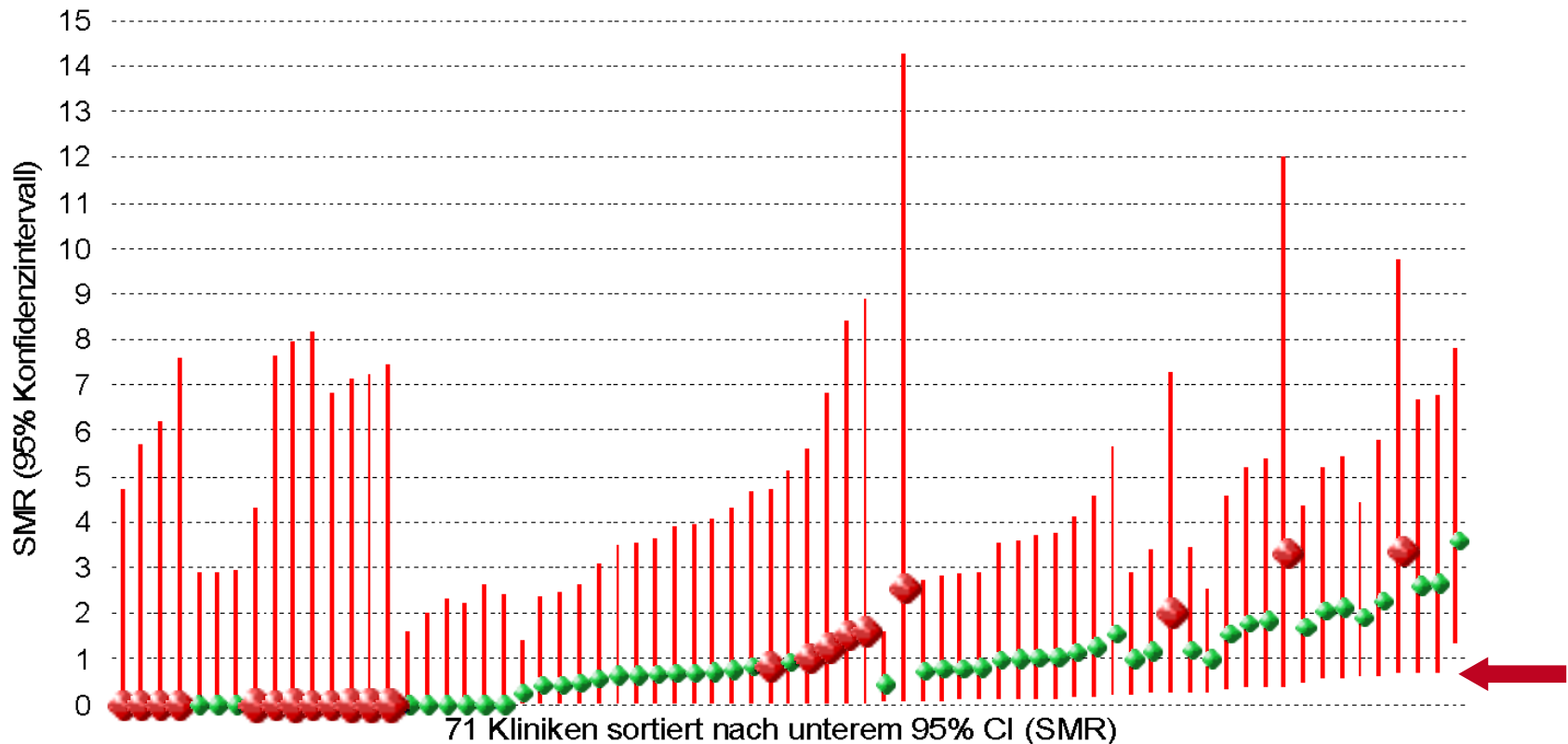
1. Krankenhausplanung ohne Qualität
2. Der G-BA als Regulierungsbehörde
3. Struktur- oder Ergebnisqualität
4. Signifikant gut
5. Versuch eines Ausblicks

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

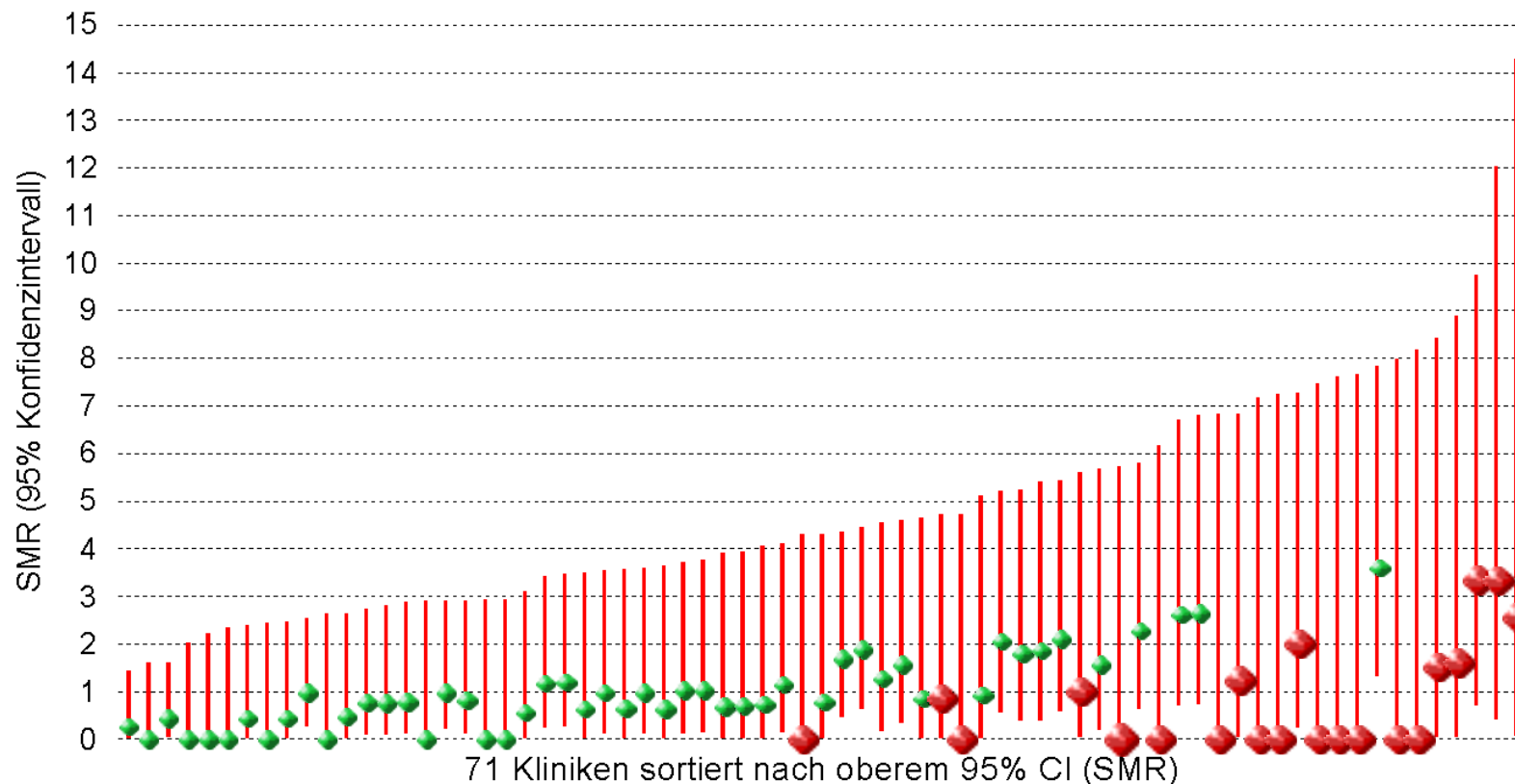
Standardisiertes-Mortalitäts-Ratio für Krankenhaussterblichkeit nach Kolonkarzinom-Operation,
AOK-Patienten, 71 Kliniken, Bundesauswertung 1999-2001



Rote Markierung: Häuser mit ≤ 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 ≤ 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