

Qualität im Krankenhaus aus Sicht der Krankenkassen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Schleswig-Holstein

Marburger Bund 27. April 2016

Agenda

- Qualitätssicherung früher – heute – morgen
- IQTIG
- KHSG
- Fazit

Qualitätssicherung früher-heute-morgen

Ausgangslage: Gewachsene Strukturen durch Reformstau

- Seit der DRG-Einführung gab es keine Krankenhausreform
- Die Krankenhausstrukturen haben sich seit der DRG-Einführung nach den ökonomischen Interessen der Krankenhausträger entwickelt
- Die Länderplanung gibt keine Richtung vor, sondern schreibt ziellos die gewachsenen Strukturen fort
- Es besteht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Qualität und Versorgung

- In den urbanen Regionen gibt es Überkapazitäten, die zu einer Überversorgung führen
 - ↳ Ökonomisch motivierte Leistungs- und Fallzahlsteigerungen bedeuten **fehlende Indikationsqualität**
- In ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten gibt es eine Tendenz zur Unterversorgung
 - ↳ Kleine Fallzahlen führen entsprechend der Mindestmengen-theorie zu einem **Problem der Ergebnisqualität**

Internationale und nationale Unterschiede

- International sind wir Spitzenreiter bei den Ausgaben
- International gesehen haben wir zwar ein gutes, nicht aber ein herausragendes Qualitätsniveau
- Zwischen den Krankenhäusern bestehen erhebliche Qualitätsunterschiede!

Geschichte der Qualitätssicherung I

Jahr	Verfahren	Meilensteine
1975 1980 1984	Perinatalerhebung Tracer-Konzept Chirurgie QUADRA-Studie Herzchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Initiativen der Fachgesellschaften (interne Qualitätssicherung)
1995	Fallpauschalen / Sonderentgelte	Ziel der externen QS: <ul style="list-style-type: none"> • Verhinderung von Qualitätsverlusten durch das neue Anreizsystem der FP/SE • Vergütung durch Krankenkassen • Gründung der ersten Geschäftsstellen • „Institutionalisierung“
2000	Bundesverfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Bundeweit einheitlich • EDV-basiert • Verpflichtend und mit Sanktionen • Externe Intervention
2004	Externe stationäre QS beim G-BA	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenvertreterbeteiligung • DRG-Bezug • Follow-up für TX (3 J. Nachverfolgung)
2007	Richtlinie Qualitätsbericht Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtendes Public-Reporting
2010	Sektorenübergreifende QS	<ul style="list-style-type: none"> • Sektorenübergreifendes Setting • Follow-Up möglich

Geschichte der Qualitätssicherung II

- Qualitätssicherung fußt auf Initiativen der Ärzteschaft (**interne Qualitätssicherung**)
- über die Jahre immer weiter institutionalisiert und professionalisiert (**externe Qualitätssicherung**)
- mehrere Paradigmenwechsel:
 - ➔ Bundeseinheitlich und verpflichtend in 2000 → § 137 SGB V
 - ➔ Ansiedelung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2004
 - ➔ Einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Ergebnissen 2007
 - ➔ Sektorenübergreifende QS 2009 (Echtbetrieb 2016)
 - ➔ Sozialdatennutzung in 2012 (Echtbetrieb 2016)

Wissenschaftlich-methodische Entwicklung der QS

Ab 2001 durch das BQS-Institut



Ab 2009 durch das AQUA-Institut



Ab 2016 durch das IQTIG

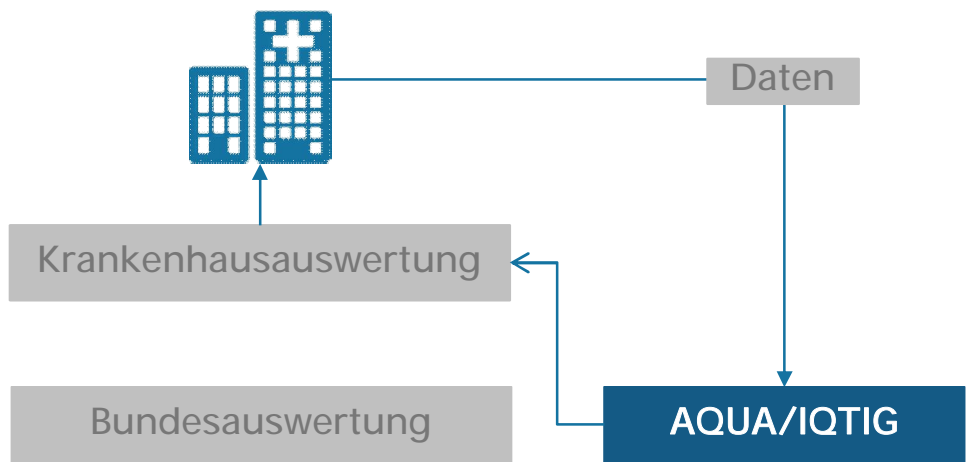
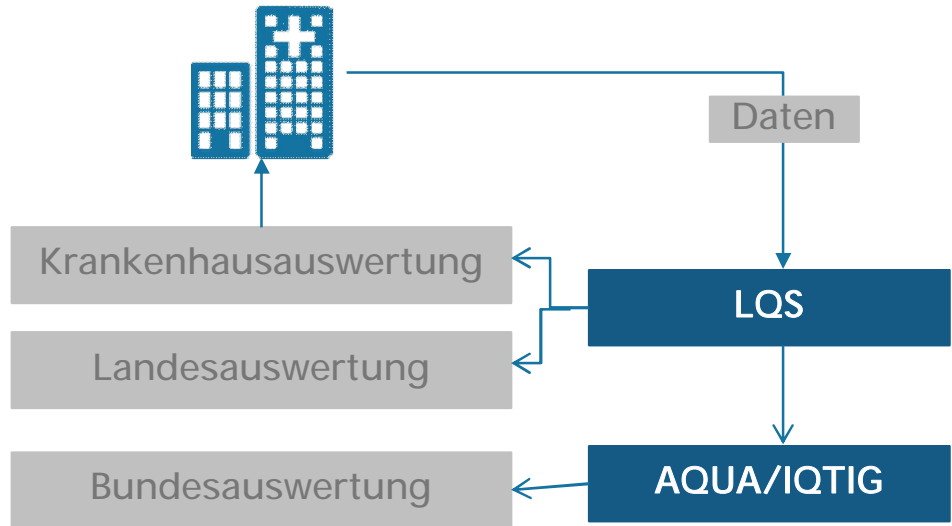
Ablauf ESQS

Indirekte Verfahren: hohe Fallzahl, viele Anbieter

- Lungenentzündung
- Gallenblasenentfernung
- Dekubitus
- Geburtshilfe
- Gynäkologische OP
- Herzschrillmacher
- Defibrillatoren
- Hüft-TEP
- Knie-TEP
- Oberschenkelhalsfraktur
- Halsschlagader OP
- Herzkatheter
- Brust OP
- Neugeborenenmedizin

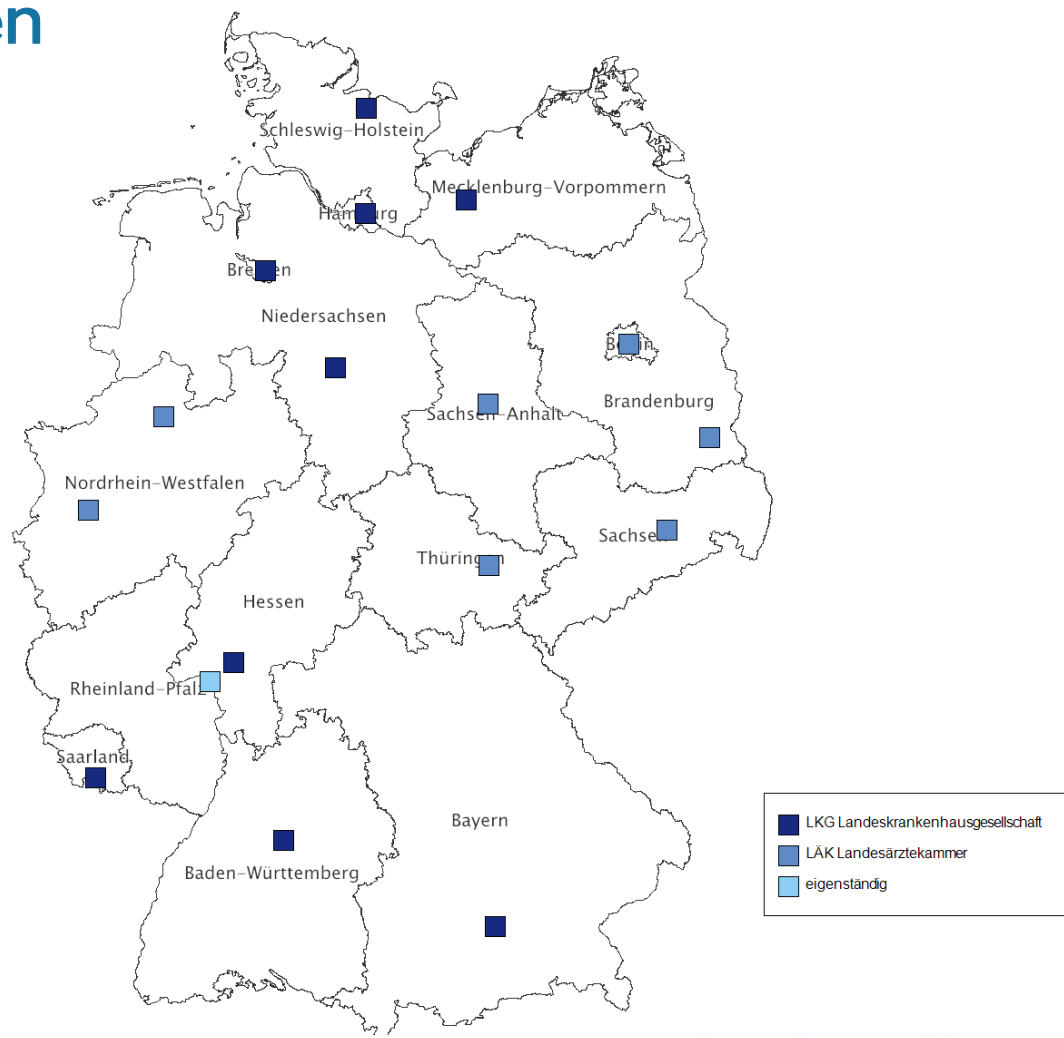
Direkte Verfahren: kleine Fallzahl, wenige Anbieter

- Aortenklappenchirurgie
- Herztransplantation
- Koronarchirurgie
- Lebertransplantation und -lebenspende
- Nierentransplantation und -lebenspende
- Lungentransplantation
- Bauchspeicheldrüsentransplantation

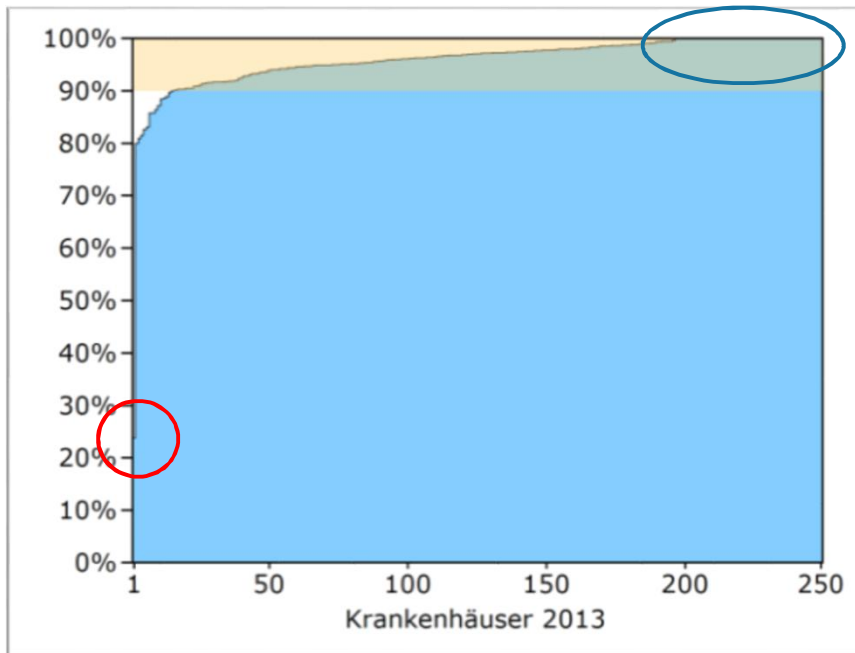


Landesgeschäftsstellen

- Es gibt in Deutschland 17 LQS
- **Neun** bei Landeskrankenhausgesellschaften (LKG)
- **Sieben** bei Landesärztekammern (LÄK)
- **Eine** eigenständige GmbH
- Rechtsgrundlage: Richtlinie des G-BA über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)



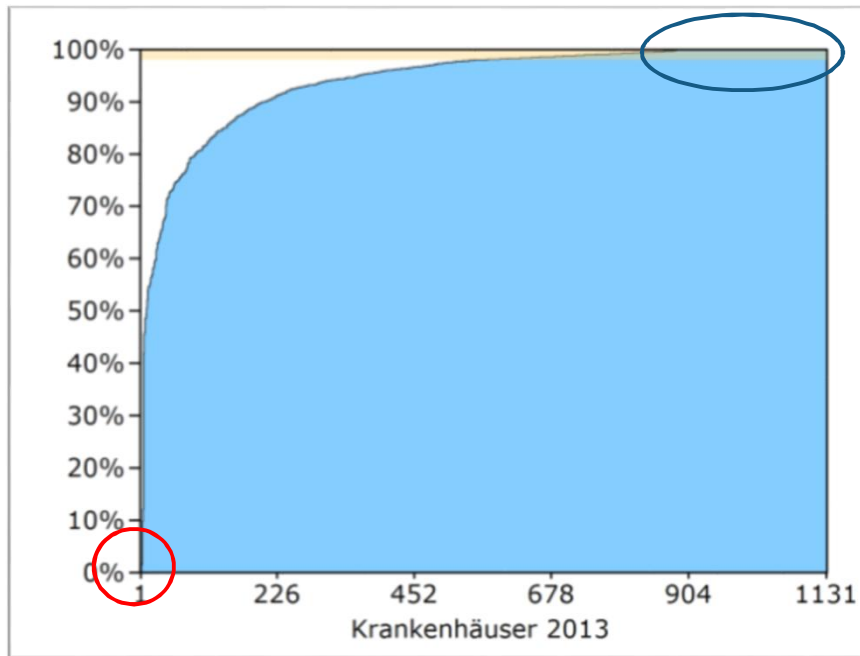
Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Qualitätsziel: Ein Kinderarzt sollte möglichst immer bei einer Frühgeburt anwesend sein, um das Kind nach der Geburt spezialisiert zu versorgen
- Es gibt Krankenhäuser, die das nur in 24 Prozent ihrer Fälle schaffen und andere dagegen zu 100 Prozent

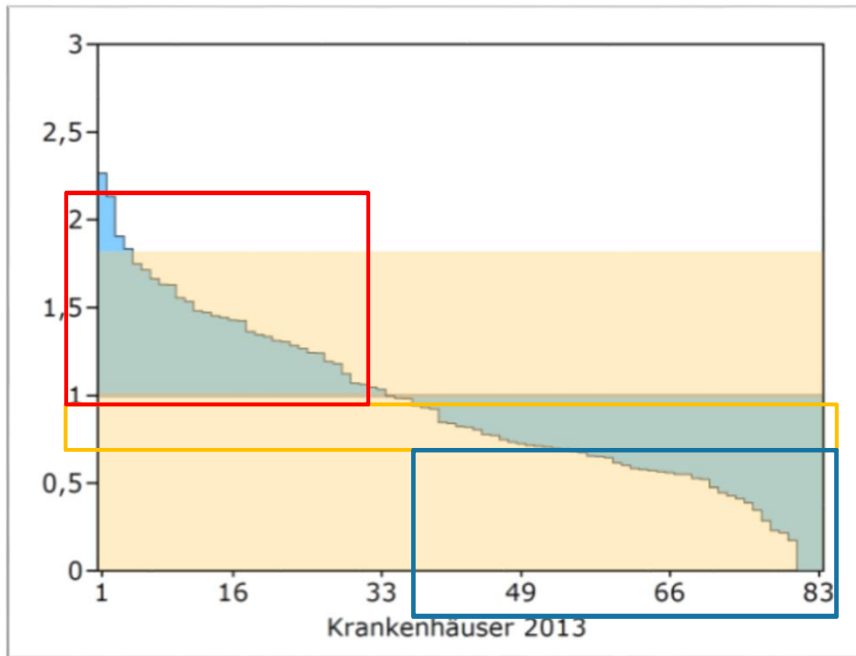
Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Qualitätsziel: Möglichst immer sollte bei Patienten mit einer Lungenentzündung die Atemfrequenz bei der Aufnahme in das Krankenhaus bestimmt werden
- Es gibt Krankenhäuser, die das nie schaffen und andere dagegen zu 100 Prozent

Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

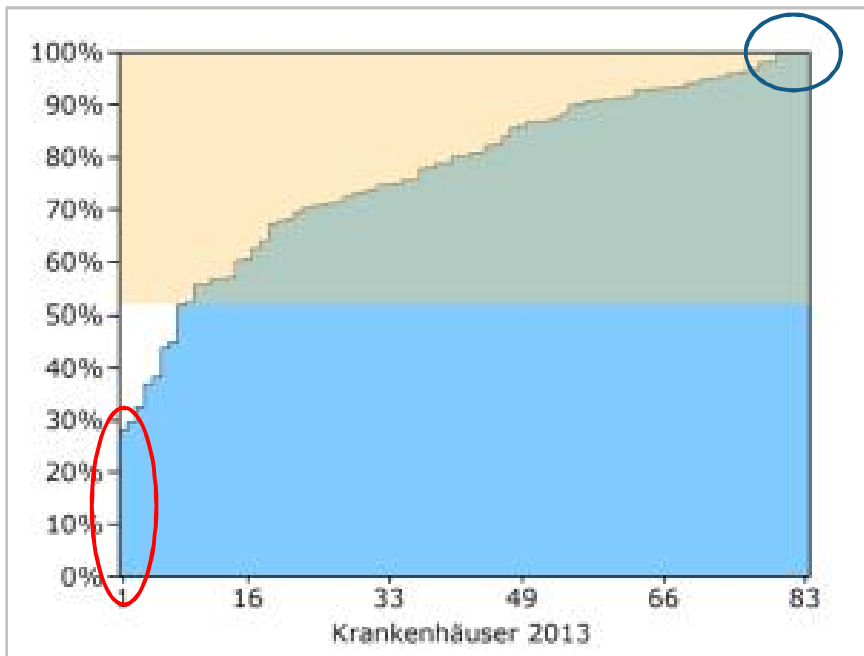


Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

Spannweite beträgt 0 bis 2,3 fach

- Qualitätsziel: Möglichst selten sollte ein Patient nach einer minimalinvasiven Herzklappenintervention sterben.
- Der Indikator ermittelt,
 - ➔ den risikoadjustierten Durchschnitt (gelber Rahmen),
 - ➔ Krankenhäuser, die weniger Todesfälle als erwartet hatten (blauer Rahmen),
 - ➔ Krankenhäuser, die mehr Todesfälle als erwartet hatten (roter Rahmen)

Große Qualitätsunterschiede bei der Indikationsqualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Qualitätsziel: Eine TAVI sollte möglichst nur bei Patienten durchgeführt werden, die älter als 75 Jahre sind und einen log. EuroScore von über 20 Prozent haben
- Es gibt Krankenhäuser, die sich immer an diese Kriterien halten und es gibt solche, die es nur in 28 Prozent ihrer Fälle schaffen

4 Krankenhäuser 3 mal in Folge auffällig!

Zwischenfazit

- **20 Jahre** wird externe Qualitätssicherung betrieben
- Qualitätsverbesserungen lassen sich eher **fühlen als messen**
- Über die Ergebnisse wird **viel geredet** (strukturierter Dialog)
- Ross und Reiter werden so gut wie nicht benannt
(Ausnahme: Medizinische Hochschule Hannover)
- Bisher fehlten rechtssichere Konsequenzen
- Die heutigen Qualitätssicherungsverfahren bieten Ergebnisse, auf die aufgebaut werden kann

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen



Aufgaben des neuen Instituts (IQTIG) I

Bisherige Aufgaben der Institution nach § 137a SGB V:

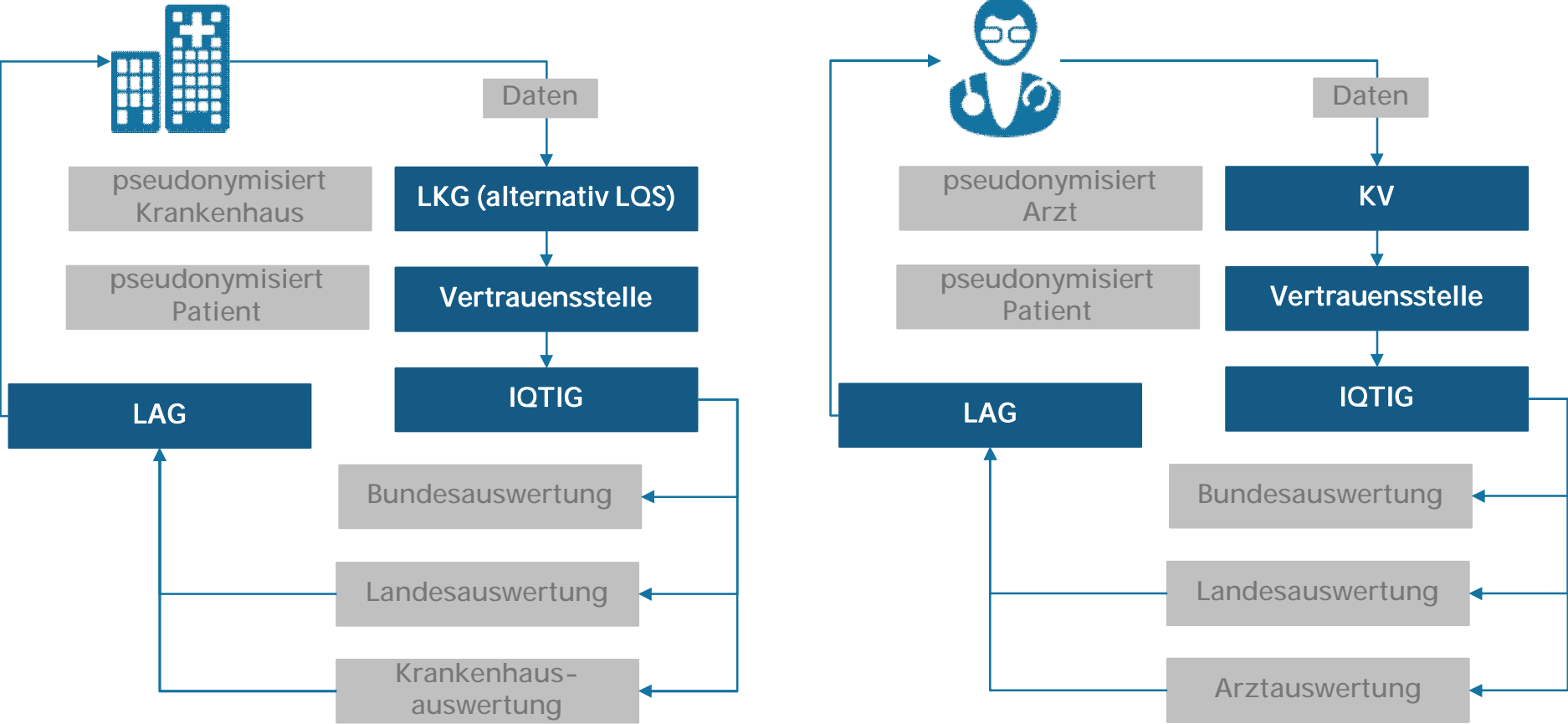
1. **Entwicklung** von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Messung der Versorgungsqualität und
2. die dafür notwendige **Dokumentation**
3. Beteiligung an der **Durchführung** der Qualitätssicherung und
4. **Veröffentlichung** von Qualitätssicherungsergebnissen

Aufgaben des neuen Instituts (IQTIG) II

Neu hinzukommende Aufgaben:

5. Für ausgewählte Bereiche **Krankenhausvergleiche** im Internet zur Verfügung stellen
6. Für ausgewählte Bereiche Qualitätsmessung und -darstellung der ambulanten und stationären Versorgung auf Basis von **Sozialdaten** der Krankenkassen
7. Öffentliche Bewertung von **Zertifikaten und Qualitätssiegeln** aus der ambulanten und stationären Versorgung

Ablauf Qesü - Leistungserbringer

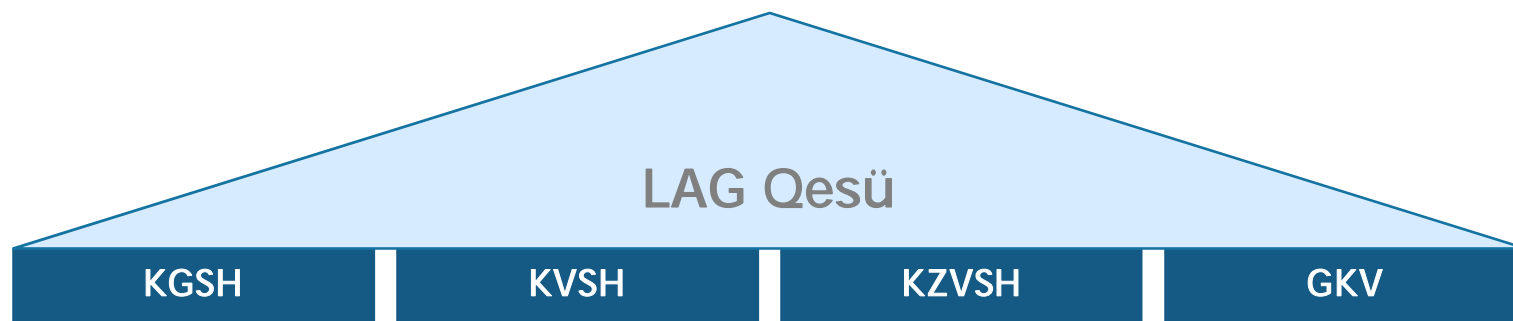


Ablauf Qesü - Sozialdaten bei den Krankenkassen



Gründung der LAG Qesü

- Qesü-RL
- Erste Verfahren: PCI und Koronarangiographie seit 1.1.2016
- Aktuelle Diskussionen im G-BA über QSKH-RL und Qesü-RL
- Die LAG muss nur noch gegründet werden!



Krankenhausstrukturgesetz KHSG

Änderungen KHSG – Qualitätsorientierung I

- Qualität wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als Kriterium aufgenommen
- Der G-BA legt bis Ende 2017 Qualitätsziele und -indikatoren für geeignete Leistungen fest
- Qualitätsverträge sollen in vier vom G-BA festgelegten Leistungsbereichen ermöglicht werden
- Zu- und Abschläge für gute und unzureichende Qualität sind vorgesehen; der G-BA legt die Leistungsbereiche fest
- Falls Abschläge erhoben wurden, sollen spätestens nach drei Jahren krankenhauplanerische Konsequenzen gezogen werden

Änderungen KHSG - Qualitätsorientierung II

- Die Verständlichkeit der Qualitätsberichte soll verbessert werden
- Mindestmengen =>
 - ➔ G-BA: Katalog planbarer Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Menge und Qualität vorhanden ist
 - ➔ Rechtsichere Ausgestaltung
 - ➔ Ausnahmetatbestände
 - ➔ Nachweisregelung
 - ➔ Vergütungsausschluss

Mindestmengen I

- „Erfahrung macht den Meister“
- Der Zusammenhang von Erfahrung und guter Ergebnisqualität ist unumstritten
- In den sechs Mindestmengenregelungsbereichen ist die gewünschte Konzentration nahezu ausgeblieben
- Die Mindestmengenregelungen werden vielfach unterlaufen, beispielsweise durch Kooperationen
- Knapp unterhalb einer Grenze besteht die Gefahr einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung

Mindestmengen II

- Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende): **28**
- Nierentransplantation (inkl. Lebendspende): **37**
- Komplexe Eingriffe an der Speiseröhre: **283**
- Komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse: **481**
- Stammzellentransplantation: **78**
- Kniegelenk-Totalendoprothesen: **933** (2014 ausgesetzt)

* Krankenhäuser 2014 mit entsprechender Budgetvereinbarung

Mindestmengen III

Anteil der Krankenhäuser, die die **Mindestmenge** 2011 **nicht erreichten:**

- Lebertransplantationen: 55 %
- Nierentransplantationen: 27 %
- Komplexe Eingriffe an der Speiseröhre: 68 %
- Komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse: 49 %
- Stammzellentransplantation: 35 %
- Kniegelenk-Totalendoprothese: 16 %
- Früh- und Reifgeborene: 56 %

Quelle: Peschke D, Nimptsch U, Mansky T: Achieving minimum caseload requirements: an analysis of hospital discharge data from 2005-2011. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 556-63.

Planung I

- Der G-BA soll planungsrelevante Qualitätsindikatoren entwickeln
- Der G-BA übermittelt den zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogen die Auswertungsergebnisse
- Die Länder sollen diese anwenden
- Die Länder können sich durch Landesrecht ganz oder teilweise der Geltung entziehen

Planung II

- Der G-BA beschließt bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen, insbesondere
 1. zur Erreichbarkeit
 2. zum geringen Versorgungsbedarf und
 3. für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist
- Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern
- Regelung zur Kündigung von Versorgungsverträgen werden vereinfacht.
- Qualität ist wichtiger als Trägervielfalt

Position der Ersatzkassen zum KHSG

- Zu- und Abschläge verbessern nicht die Qualität, die Wirkung verpufft; Abschläge erheben bedeutet, Qualitätsmängel zu akzeptieren. Schlechte Qualität wird zwar seltener, bleibt aber bestehen und gefährdet die Patientensicherheit
- Dauerhaft schlechte Qualität muss zu einem **Leistungsausschluss** führen, nur so wird die Qualität der Versorgung insgesamt, aber auch für den einzelnen Patienten besser
- Die rechtsichere Ausgestaltung der **Mindestmengenregelung** wird ausdrücklich begrüßt
- Es fehlt weiterhin die Rechtsgrundlage, in den **Budgetverhandlungen** einen **Ausschluss einzelner Leistungen** mit dauerhaft schlechter Qualität zu vereinbaren

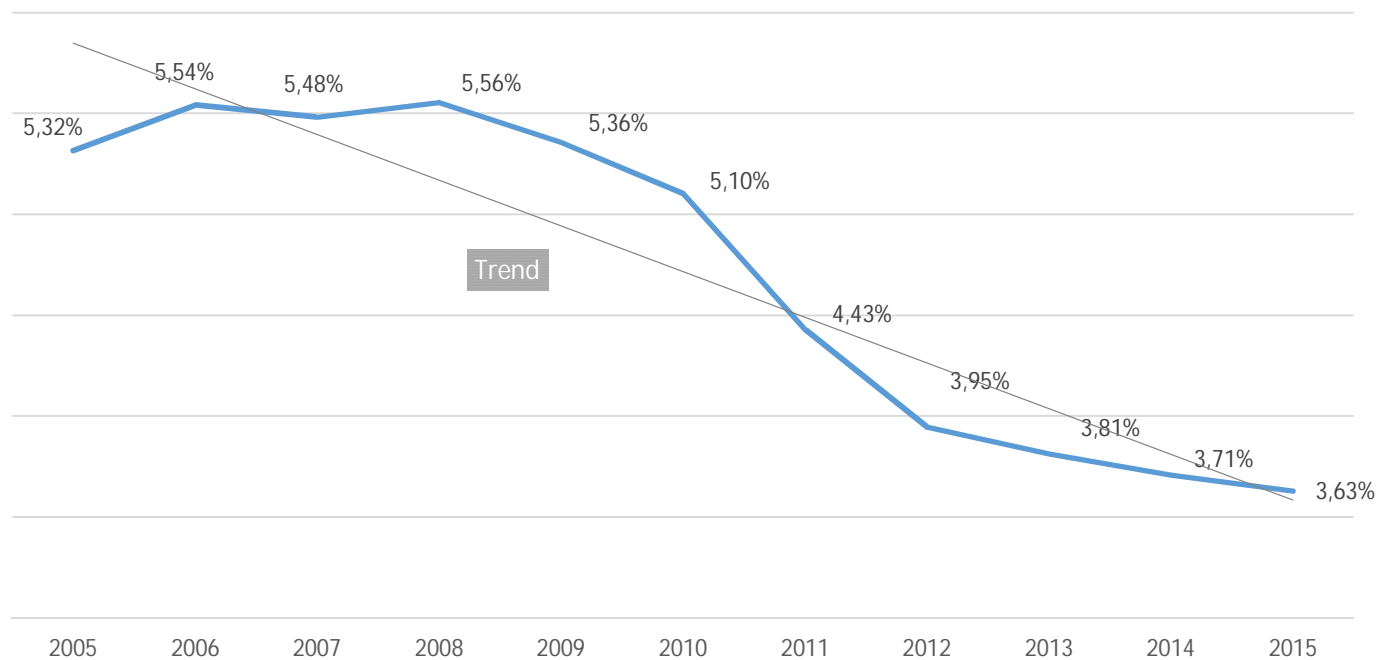
Kernprobleme

- Es gibt kein Problem der Betriebskostenfinanzierung, sondern ein **Problem der Investitionskostenfinanzierung**
- Es besteht ein **Problem der ökonomisch motivierten Mengensteigerungen**
- Es gibt ein **Personalproblem aufgrund des Sparzwanges**

Ausgaben und Fördermittel für Krankenhäuser

- Die **Ausgaben** sind von **47,51 Milliarden Euro** in 2004 auf **67,39 Milliarden** in 2014 gestiegen
- Ausgabenanstieg rund **42 Prozent**
- Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist im selben Zeitraum nur um 34 Prozent gestiegen
- Der **Anteil** der **Krankenhausausgaben** an den GKV-Gesamtausgaben betrug 2013 **35,1 Prozent**
- Die **Investitionsförderquote** der Länder ist von rund **10 Prozent** in 1993 auf rund **3,5 Prozent** ($\hat{=}$ 2,7 Milliarden Euro) in 2013 gesunken
 - ↳ Mehr als **drei Milliarden Euro** der **Investitionsausgaben** werden pro Jahr aus GKV-Mitteln verdeckt finanziert (**schleichende Monistik**)

Anteil des Landes an den Gesamtkosten SH



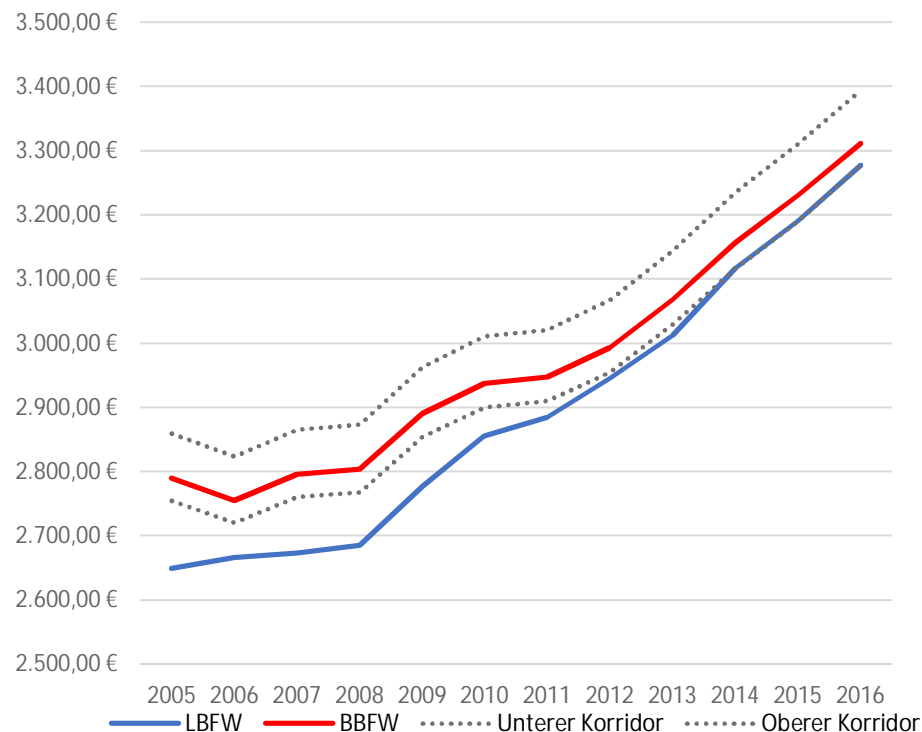
Landesbasisfallwert

Landesbasisfallwert 2016: 3.278,19 Euro

KHSG:

- Anhebung des Korridors: -1,02 %
- 10 Bundesländer am unteren Korridorrand
- Pflegestellen-Förderprogramm: 320 Mio.
- Versorgungs-/Pflegezuschlag: 500 Mio.
- Hygieneförderung: 50 Mio.

LBFW SH 2005-2016



Fazit

- Es gibt kein Problem der Betriebskostenfinanzierung, sondern ein **Problem der Investitionskostenfinanzierung**
- Es besteht ein **Problem der ökonomisch motivierten Mengensteigerungen**
- KHSG-Mehrausgaben führen zu Zusatzbeiträgen
- Qualität kommt sowieso – mitmachen erlaubt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Armin Tank
Leiter der Landesvertretung
vdek Landesvertretung Schleswig-Holstein
Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel
Tel 0431/ 97 44 1 - 0
armin.tank@vdek.com