



Qualitätsorientierung: Der neue Hype?

Dr. med. **Bernd Metzinger** M.P.H.

Geschäftsführer Personalwesen und Krankenhausorganisation

Deutsche Krankenhausgesellschaft



Agenda

Qualitätsorientierung: Der neue Hype?

- Qualitätsorientierte Politik?
- Qualitätsorientierte Krankenhäuser!
- Qualitätsorientierte Vergütung?



Agenda

Qualitätsorientierung: Der neue Hype?

- Qualitätsorientierte Politik?
- Qualitätsorientierte Krankenhäuser!
- Qualitätsorientierte Vergütung?



Koalitionsvertrag – Stand der Umsetzung

Bund-Länder-Arbeitsgruppe:

- Ziel: Eckpunkte zur Vorbereitung der geplanten Krankenhausreform
- Zeitplan:
 - 26. Mai 2014: Konstituierende Sitzung
 - 30. Juni 2014: Krankenhausplanung / Qualität
 - 08. September 2014: DRG-System / Betriebskosten
 - 03. November 2014: Investitionsfinanzierung
 - Dezember 2014: Abschluss. Eckpunkte 8.12.2014???

Alles im Fluss – ohne konkrete Festlegungen



Koalitionsvertrag – Stand der Umsetzung

„GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“: Referentenentwurf: 13. Oktober 2014

- Zweitmeinung
- Entlassmanagement
- Terminservicestellen
- Arztgruppengleiche MVZ
- Innovationsfonds
- Hochschulambulanzen
- Zulassung von Innovationen im Medizinproduktebereich: besondere Nachweispflicht für Medizinprodukte der Risikoklassen IIb und III
- Förderung Weiterbildung Allgemeinmedizin
- Neustrukturierung Integrierte Versorgung („Besondere Versorgung“)

Krankenhausreformgesetz

- Erwartet für 2015



Agenda

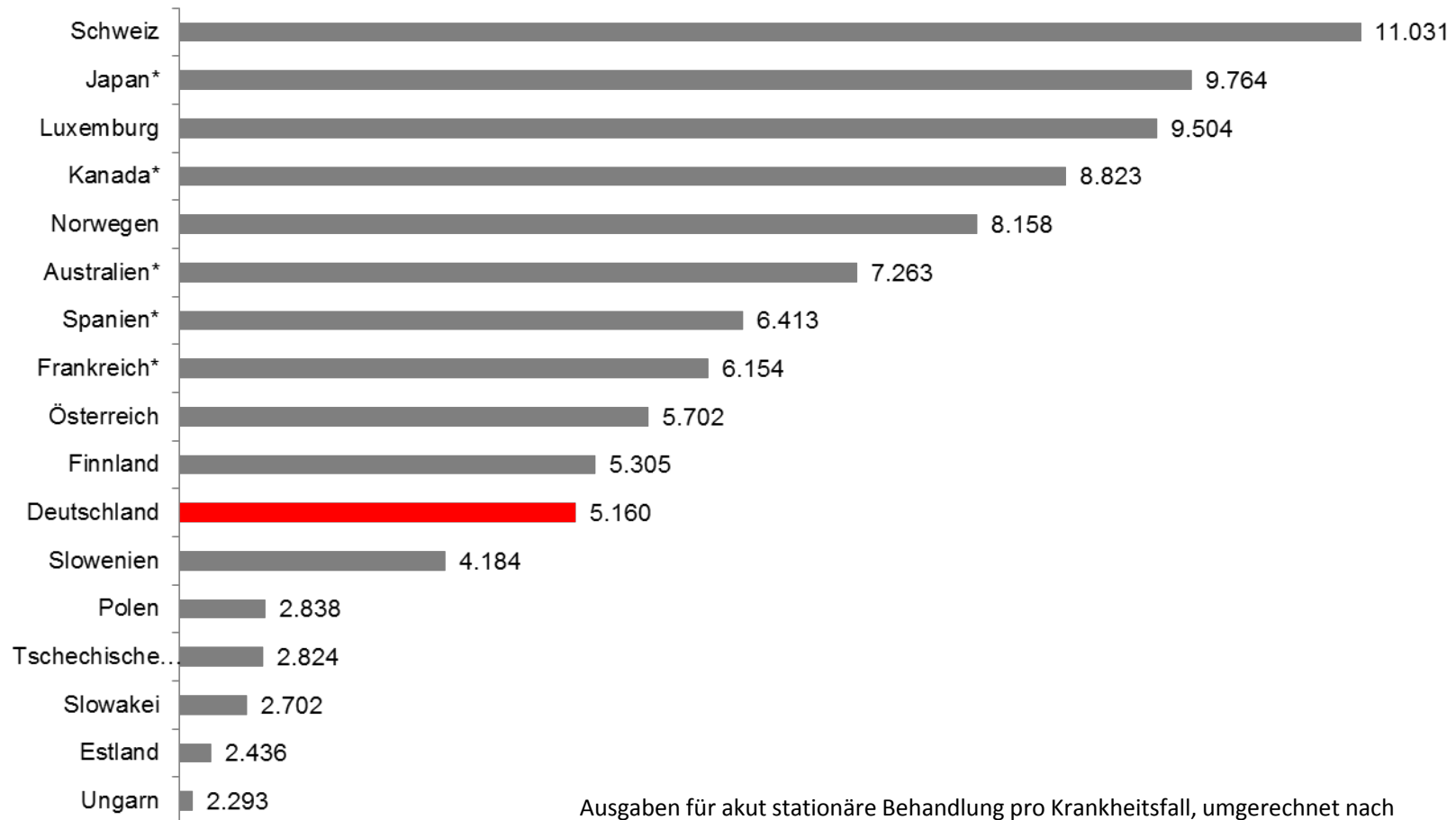
Qualitätsorientierung: Der neue Hype?

- Qualitätsorientierte Politik?
 - Einschub: Finanzierung



Deutschland im internationalen Vergleich

Krankenhauskosten pro Fall 2012 in Dollar

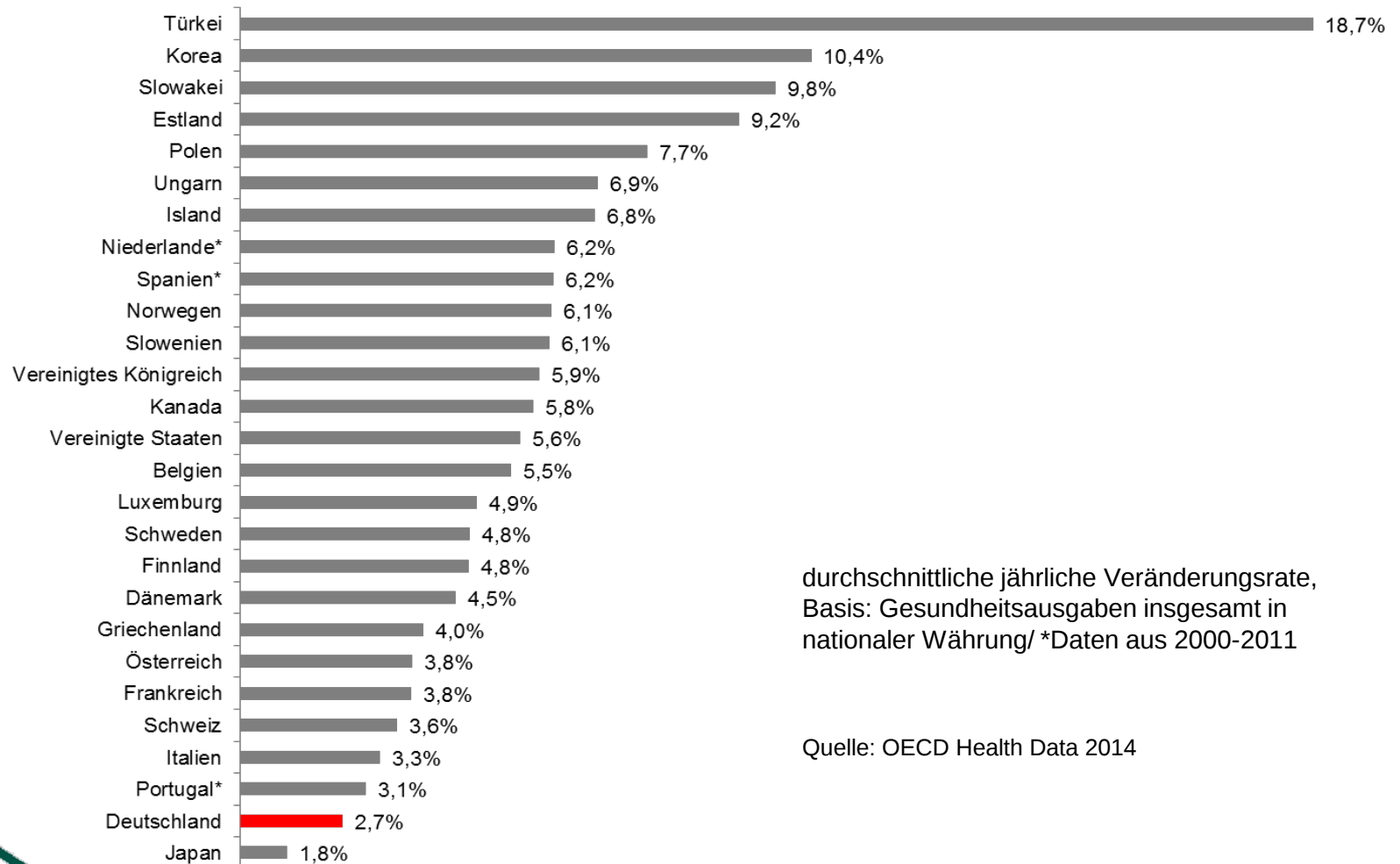


Ausgaben für akut stationäre Behandlung pro Krankheitsfall, umgerechnet nach Kaufkraftparitäten/*Daten für 2011



Deutschland im internationalen Vergleich

Anstieg der Gesundheitsausgaben 2000-2012



durchschnittliche jährliche Veränderungsrate,
Basis: Gesundheitsausgaben insgesamt in
nationaler Währung/ *Daten aus 2000-2011

Quelle: OECD Health Data 2014

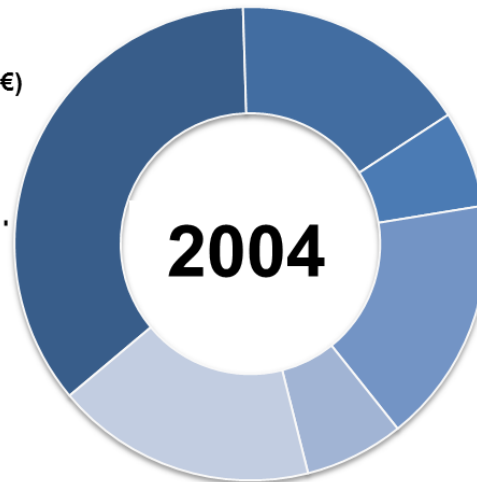


Finanzentwicklung: Ausgaben GKV

Gesamt: 131,16 Mrd. €

Krankenhausbehandlung
36 % (47,17 Mrd. €)

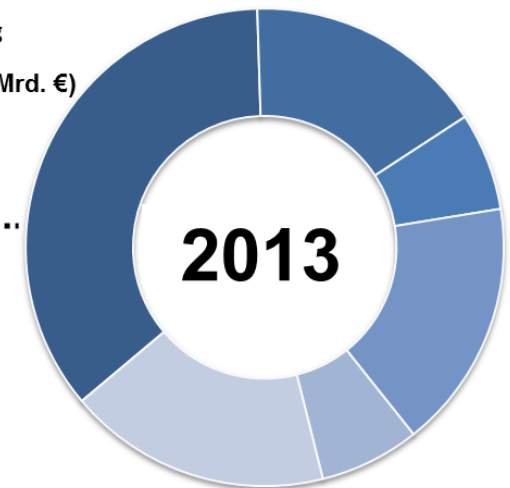
16,8 Mio.
Patienten
.....



Gesamt: 182,84 Mrd. €

Krankenhausbehandlung
35,1 % (64,21 Mrd. €)

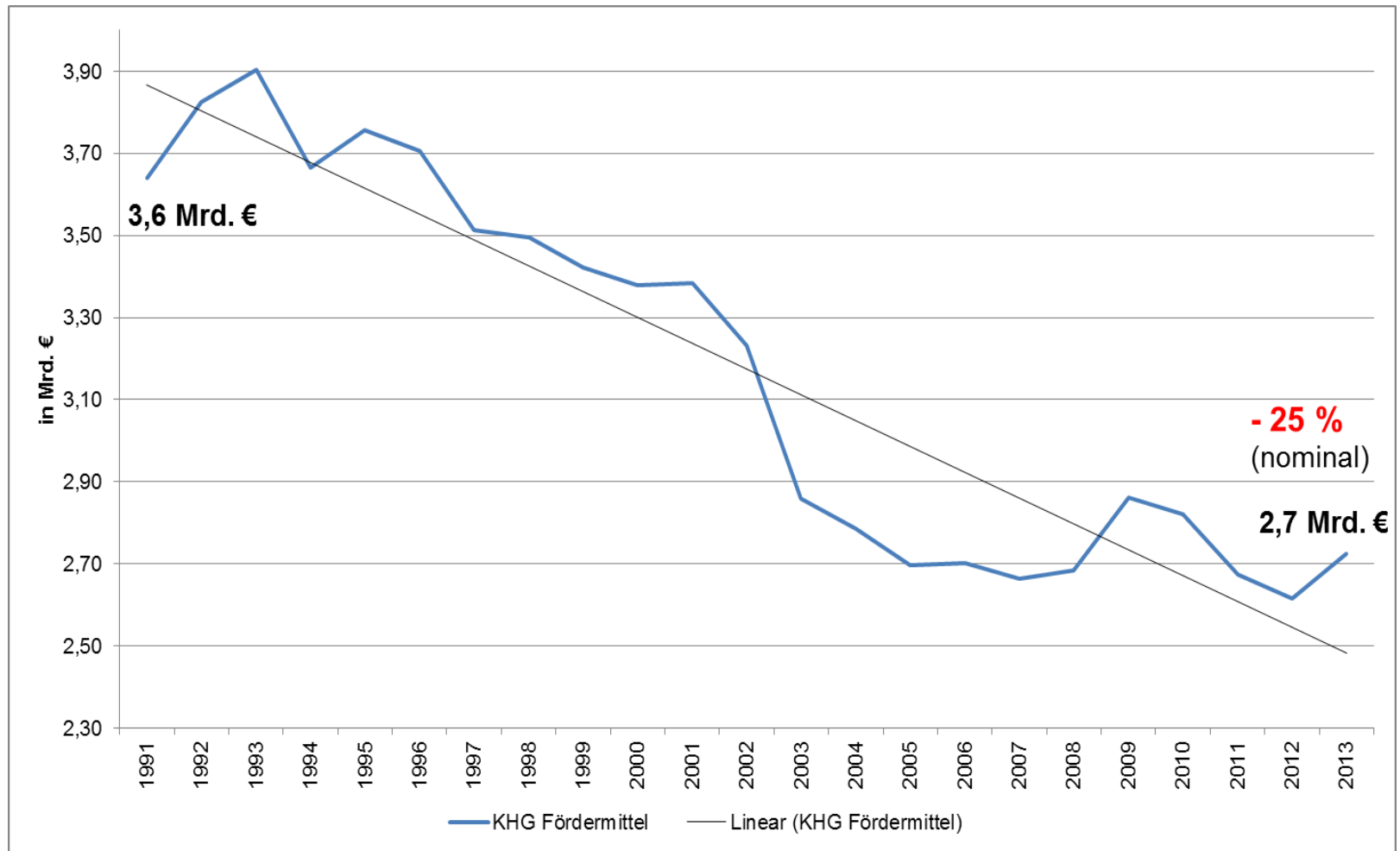
18,6 Mio.
Patienten (2012)
.....



Anstieg Krankenhausausgaben absolut: + 17 Mrd. Euro



Entwicklung der KHG-Investitionsförderung



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung



Zentraler Handlungsbedarf - Investitionen

- **Förderung aktuell:** 2,7 Mrd. € p. a.
- **Tatsächlicher Bedarf lt. InEK: mind.** 6,0 Mrd. € p. a.
- **Es fehlen** 3,3 Mrd. € p. a.

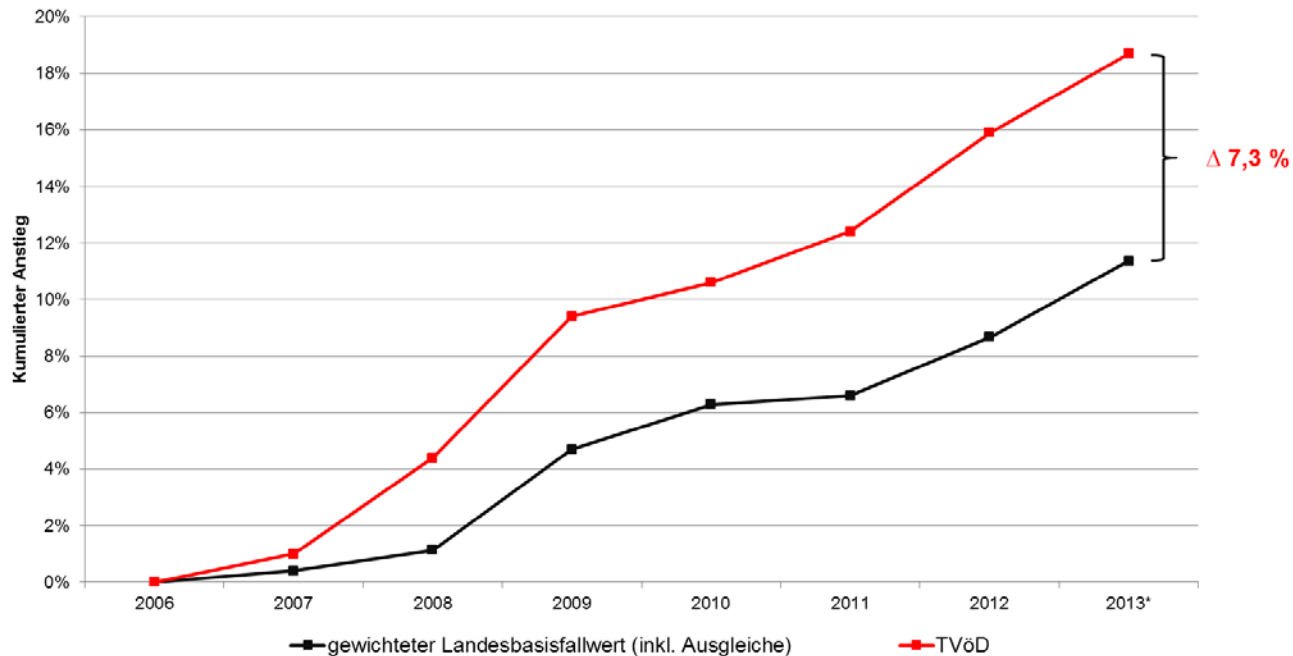
Handlungsbedarf:

- Nationaler Kraftakt unter Beteiligung des Bundes
- Zahlreiche Modelle zur Ausgestaltung vorstellbar
- Zentrale Frage: Mittelherkunft



Kostenschere Tariflohn - Erlös

Tariflohn-Erlös-Schere der Krankenhäuser



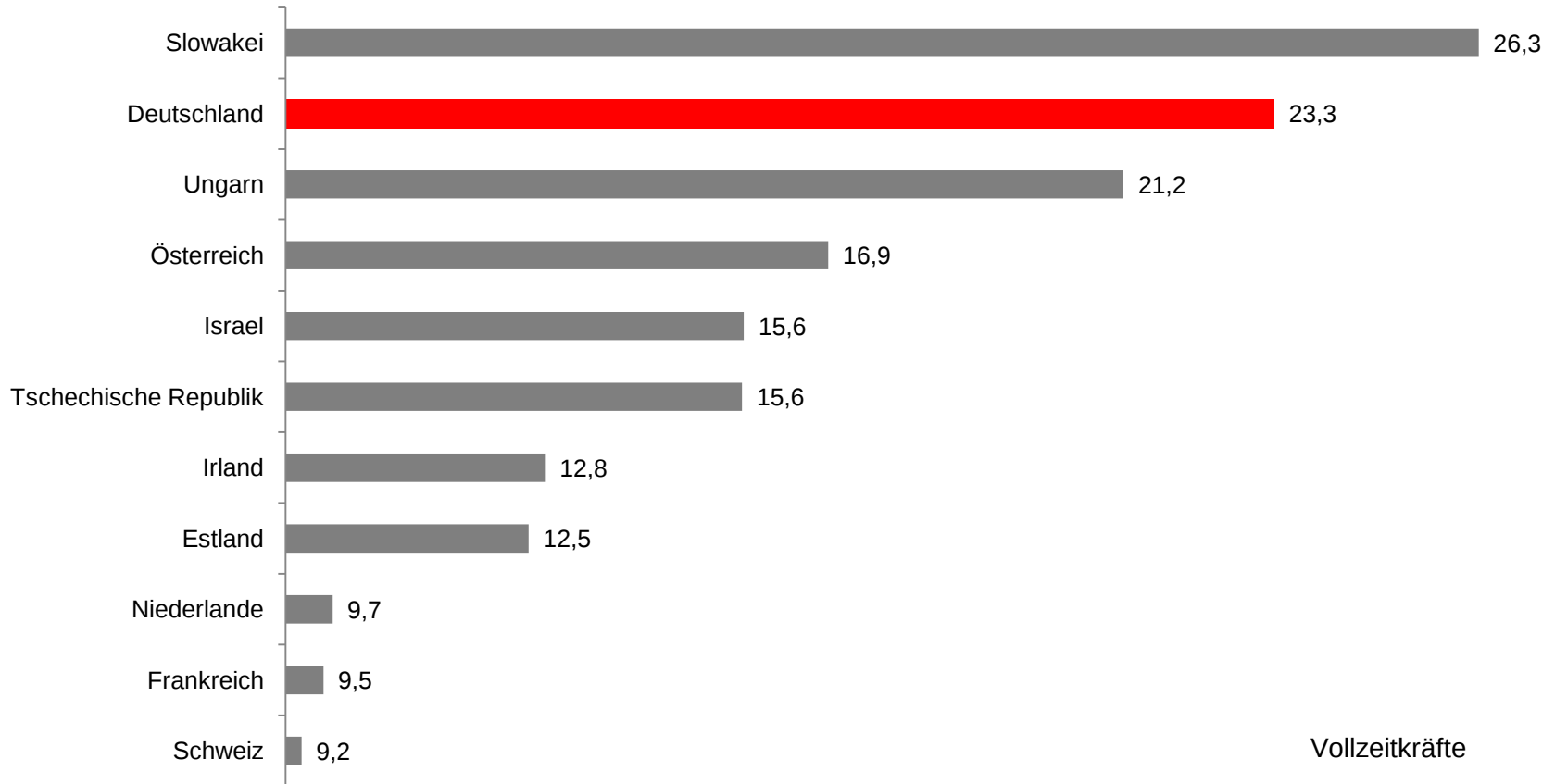
* Landesbasisfallwert 2013 inkl. quantitativer Berücksichtigung des Versorgungszuschlages und der Tarifräte

**2014: Verdi-VKA: 3,0 % ab März 2014 (mindestens 90 Euro)
plus 2,4 % ab März 2015
Veränderungswert = Obergrenze für Landesbasisfallwerte:
2,81 %**



Deutschland im internationalen Vergleich

Patientenentlassungen je Krankenhausmitarbeiter 2012





Lösungsstrategie der Politik:

**Qualität
statt
Geld**



Qualitätsoffensive der Regierungskoalition

- Die Qualitätsdiskussion lenkt von der Finanzierungsdiskussion ab.
- Niemand kann sich öffentlich gegen gute Qualität positionieren. Also sind alle dafür!
- Strenge Qualitätsvorgaben sollen die Mengenentwicklung und damit die Kosten deckeln.
- Krankenhaus-Bashing liegt im publizistischen Trend.
- Die Fakten zum Thema Qualität versteht sowieso niemand.



Qualitätsoffensive der Regierungskoalition

- „Neues“ **Qualitätsinstitut** (u. a. Krankenhausvergleiche) ✓
- **Zweitmeinungsverfahren** für vom G-BA auszuwählende Operationen ✓
- **Transplantations- und Implantateregister**: Aufbau mit verpflichtender Datenlieferung und Einbeziehung bestehender Register
- **Qualitätsbezogene Mehrleistungsabschläge**, ggf. auch Zuschläge
- Unangemeldete **Qualitätskontrollen** des MDK
- Nachweispflicht **Personalvorhaltung** analog DRG-Kalkulation
- Qualität als Kriterium für die **Krankenhausplanung**
- Stärkung der Qualität als **ASV-Teilnahmekriterium**
- Ausweitung der **Qualitätsberichte** (verpflichtender Bestandteil: Infektionen)
- Ausbau der Qualitätssicherung mit **Routinedaten** (ambulant und stationär)
- Rechtssichere **Mindestmengenregelungen** des G-BA
- **Selektive Qualitätsverträge** (G-BA benennt Elektivleistungen; Kriterien nur durch Kassen)



„Qualitätsoffensive“ der Politik

- Q-Diskussion nur bei KH, nicht bei Vertragsärzten.
- „Maßnahmen pro Qualität“ von Politik und Kassen sind ausschließlich Mengengrenzungsmaßnahmen.
- Preissenkungen möglichst schnell sind gefragt.
- Politik sieht KH als Kostenproduzenten, nicht als Erbringer von nachgefragten Gesundheitsleistungen.



Agenda

Qualitätsorientierung: Der neue Hype?

- Qualitätsorientierte Politik?
- **Qualitätsorientierte Krankenhäuser!**
- Qualitätsorientierte Vergütung?



Ergebnisqualität: externe stationäre QS

Qualitätsberichte (Erfassungsjahr 2013)

- o 30 Leistungsbereiche
- o 434 Indikatoren erfasst
- o 295 Indikatoren veröffentlicht
- o Erfassung der Daten von mehr als 1557 Krankenhäusern
- o Vollständigkeit über 99 %
- o Erfassung von 3,2 Mio. Datensätzen
= 22% der ca. 18 Mio. Krankenhausfälle
- o Risikostatistik Dekubitusprophylaxe: fast 100% der Krankenhausfälle fließen in stat. QS ein!
- o **Auffälligkeiten nach strukturiertem Dialog:**
1.800 von 3.200.000 erfassten Fällen (0,06%)



Ergebnisqualität: externe stationäre QS

Qualitätsberichte (Erfassungsjahr 2013)

- o 30 Leistungsbereiche
- o 434 Indikatoren erfasst
- o 295 Indikatoren veröffentlicht
- o Erfassung der Daten aus 1.000 Krankenhäusern
- o Vollständigkeit der Datensätze

Krankenhäuser bekennen sich zur Transparenz und zur öffentlichen Darstellung ihrer Qualität, die auch für Patienten nachvollziehbar sein soll.

- o 100% Krankenhaushäufigkeit
- o Dekubitusprophylaxe: fast 100% der Krankenhaushäufigkeit fließen in stat. QS ein!
- o Auffälligkeiten nach strukturiertem Dialog:
1.800 von 3.200.000 erfassten Fällen (0,06%)



Ergebnisqualität: Qualitätsreport des G-BA

„Die Ergebnisse im Erfassungsjahr 2012 zeigen über alle Leistungsbereiche hinweg betrachtet eine gleichbleibend gute Qualität auf.“

Dr. med. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA

„Insofern lässt sich festhalten, dass man in Bezug auf die in diesem Report dargestellten Ergebnisse insgesamt von einer guten Versorgungsqualität der Patienten in deutschen Krankenhäusern sprechen kann.“

Qualitätsreport 2012, Zusammenfassung

„Die externe stationäre Qualitätssicherung ist das „Flaggschiff“ unter den G-BA-Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Das Verfahren ist langjährig etabliert, es schafft Transparenz und die Grundlage für Verbesserungen.“

Dr. med. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA



Ergebnisqualität: externe stationäre QS

„Die Ergebnisse im Erfassungsjahr 2012 zeigen über alle Leistungsbereiche hinweg eine gleichbleibend gute Qualität.“

Dr. med. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA

„Insofern lässt sich feststellen, dass in diesem Bereich eine gute Qualität vorliegt.“

Ist ausgerechnet für die Krankenhäuser eine weitere Qualitätsoffensive notwendig ???

Sind weitere Investitionen in Qualität bei Krankenhäusern richtig alloziert ??? (Grenznutzen ???)

„Gute Qualität ist das „Flaggschiff“ zur Qualitätssicherung. Das ist etabliert, es schafft Transparenz und die Verbesserungen.“

Dr. med. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA



Richtlinien des G-BA: UA Qualitätssicherung

- Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
- Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
- Mindestmengenregelungen
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie
- Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung
- Qualitätsmanagementvereinbarung für Krankenhäuser
- Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene - QFR-RL
- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma
- Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC
- Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus
- Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V
- Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
- Richtlinie zur Kinderonkologie
- NEU: Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen



„Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung“

GKV will Mengenentwicklung deckeln

- mit Strukturqualität
- mit Prozessqualität
- mit Mindestmengen
- mit Mindestvorgaben zum Personal

GKV stellt Anspruch der Patienten auf Behandlung in Frage.



Strukturqualität

- Vorgaben zur Strukturqualität sinnvoll, wenn
 - nachweislich begründete Mindestanforderungen
 - Nutzen der einzelnen Festlegungen für den Patienten belegt
- Ergebnisqualität hat Vorrang, so lange Nutzen der Vorgaben zur Strukturqualität nicht ausreichend belegt ist
- Strukturqualität muss refinanziert werden!
- Kein Missbrauch von Strukturqualitätsvorgaben des G-BA zur Übersteuerung der Krankenhausplanung der Länder!





Strukturqualität

- verursacht Aufwand
- kostet Geld

Beispiel:

- Frühgeborene





Strukturqualität: QFR-Richtlinie des G-BA

Neonatologische Intensivstationen der Perinatalzentren:

- ausschließlich Kinderkrankenpflegekräfte
- Perinatalzentren Level 1: 40% der Pflegekräfte mit abgeschlossener Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“
- Perinatalzentren Level 2: 30% der Pflegekräfte mit abgeschlossener Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“
- In jeder Schicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“
- Pflegepersonalschlüssel Intensivtherapie 1:1
- Pflegepersonalschlüssel Intensivüberwachung 1:2



Strukturqualität: Perinatalbefragung DKI

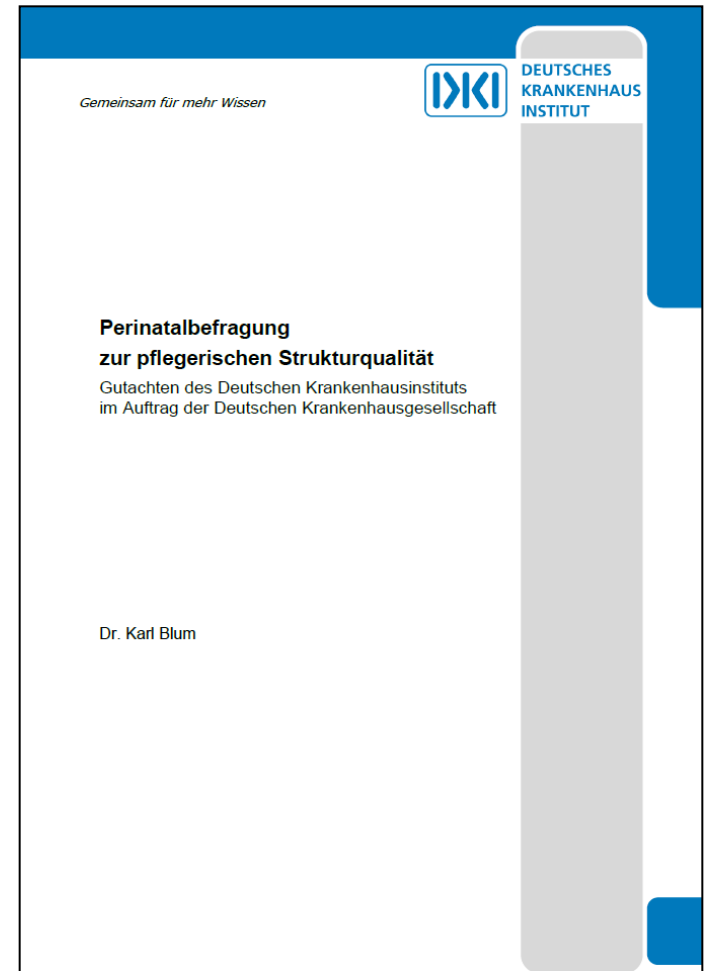
DKG trägt QFR-RL als Zielvorgabe mit

Aber:

- Wie ist das Ziel erreichbar?
- Ist das Ziel bis zum Ablauf der Übergangsfrist (1.1.2017) erreichbar?
- Welche Kosten entstehen?

DKI-Studie:

- Rücklaufquote: 68%, repräsentativ (163 von 240 Perinatalzentren)





Strukturqualität: Perinatalbefragung DKI

Ergebnisse:

	Soll	Ist	Erforderlich
Kinderpflegekräfte	8412	5888	+2524 (+43%)
davon Fachpflegekr.	3248	1883	+1365 (+73%)
Gehaltskosten	423,3 Mio. €	294,6 Mio. €	+128,7 Mio. €
WB-Kosten (Freistell.)			+ 30,7 Mio. €
Mehrkosten pro Jahr:			+159,4 Mio. €



Strukturqualität: QFR-Richtlinie

- **verursacht Aufwand:**

+ 2524 Kinderkrankenpflegekräfte,
davon +1365 Fachpflegekräfte

- **kostet Geld:**

159,4 Mio. €
pro Jahr

- **benötigt Zeit**

Zeitziel 1.1.2017
unrealistisch



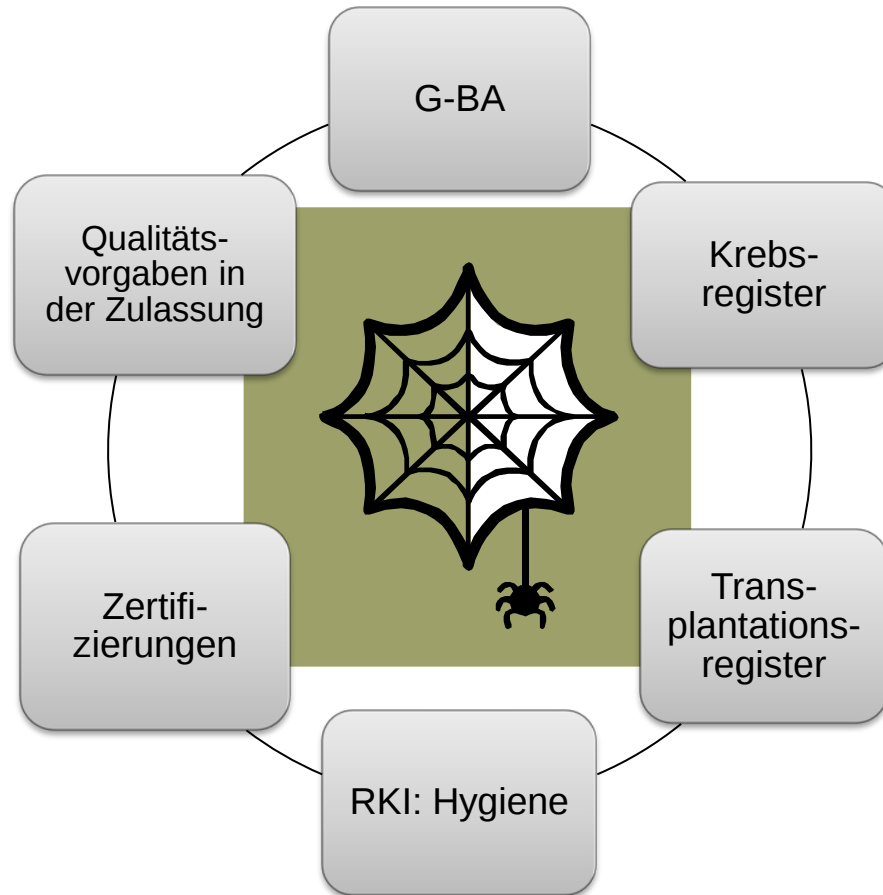


Richtlinien des G-BA: UA Qualitätssicherung

- Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
- Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
- Mindestmengenregelungen
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie
- Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung
- Qualitätsmanagementvereinbarung für Krankenhäuser
- Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene - QFR-RL
- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma
- Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC
- Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus
- Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V
- Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
- Richtlinie zur Kinderonkologie
- NEU: Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen



Parallele QS-Systeme





Parallele QS-Systeme

- Inhaltliche und organisatorische Überschneidungen
- Meldung von Daten zur Qualitätssicherung vom selben Patienten vielfach an mehrere Institutionen
- Keine systematische Verknüpfung der Qualitätssicherungsverfahren





Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

- Sektorenübergreifender Ansatz
- Bevorzugte Nutzung geeigneter und hinreichend validierter routinemäßig erhobener Daten („Routinedaten“) zukünftig in allen Verfahren der Qualitätssicherung
- Einbindung der Patientenperspektive





Agenda

Qualitätsorientierung: Der neue Hype?

- Qualitätsorientierte Politik?
- Qualitätsorientierte Krankenhäuser!
- Qualitätsorientierte Vergütung?



„Qualitätsorientierte Vergütung“ Pay For Performance

- Vollständig erbrachte Leistung muss vollständig bezahlt werden
- Qualitativ schlechtere Leistung kann nicht durch einen geringeren Preis gerechtfertigt werden:

➔ KEIN RABATTSYSTEM !

- entspräche weder den Grundsätzen des DRG-Systems
- noch denen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- widerspräche einer verantwortungsvollen medizinischen Patientenversorgung





Pay For Performance

- Vorgaben aus **GBA-Richtlinien** zur Strukturqualität kommen als Anknüpfungspunkte für ein P4P-Modell nicht infrage, da sie

Mindestvoraussetzungen

der Leistungserbringung beschreiben, die gegen eine geringere Vergütung nicht unterschritten werden dürfen.



Pay For Performance

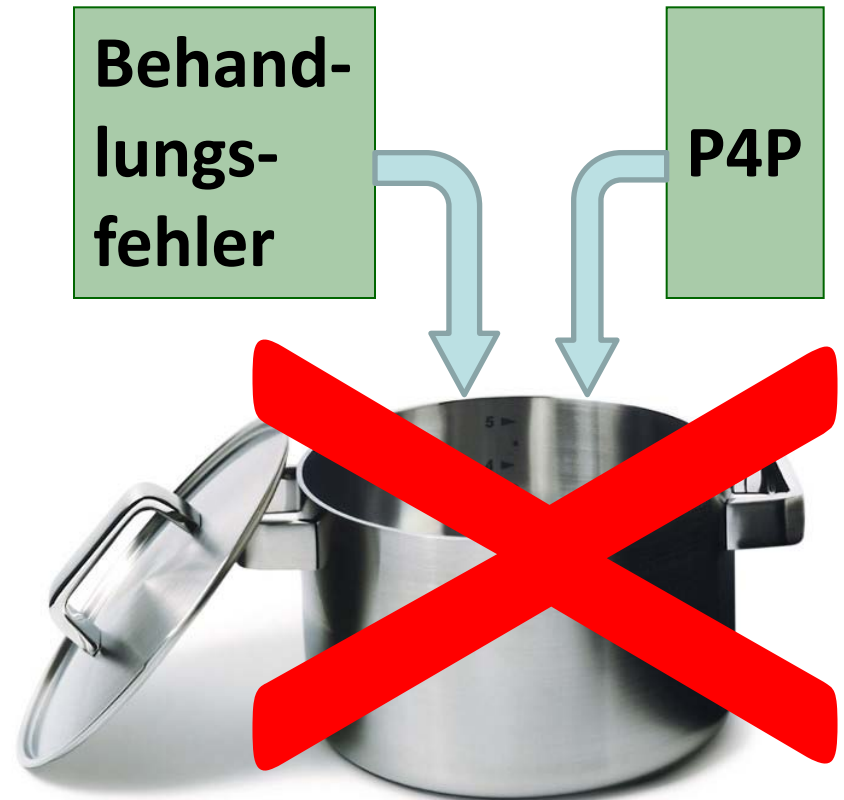
- Die Qualitätsindikatoren der derzeit bestehenden Qualitätssicherungs-verfahren des GBA:
 - Keine ausreichend trennscharfe Unterscheidung zwischen guten und schlechten Leistungen
 - o Statistische Problematik kleiner Fallzahlen
 - Keine Bewertung der Relevanz für die Behandlung von Patienten
- Gefahr der Risikoselektion und damit
 - Behinderung des Zugangs zu medizinischen Leistungen durch P4P für Patienten mit hohen Risiken



Pay For Performance

- P4P-Diskussion nicht in einen Topf werfen mit schweren Behandlungsfehlern

(was in Politik und Medien leider immer wieder geschieht)
- Kliniken haften schon heute bei Behandlungsfehlern und werden für Behandlungskosten und Folgebehandlungskosten in Anspruch genommen.





Pay For Performance

- Einstieg in Selektivvertragsmodelle als eigentlich von den gesetzlichen Krankenkassen verfolgte Ziel von P4P-Regelungen
- Selektivverträge übertragen die Krankenhausplanung als zentrales Element der Daseinsfürsorge faktisch von den Bundesländern auf die Krankenkassen.
 - Dies lehnt die DKG ab.





Fazit

- Die Versorgungsqualität deutscher Krankenhäuser ist nachgewiesen gut.
- Qualitätsorientierte Vergütungssysteme sind auf der Grundlage heutiger Qualitätsindikatoren nicht rechtssicher zu gestalten.
- Die Qualitätsoffensive der Koalition ist ein Ablenkungsmanöver von der Finanzierungsdiskussion.
- „Qualität“ wird von Krankenkassen und Politik missbraucht zur Deckelung von Leistungsmengen

**WANN IMMER DAS
LEBEN UNS BRAUCHT.**

