



Versorgungsplanung durch Qualitätsvorgaben

Sicht der Krankenhäuser

BDI Symposium

40. Deutscher Krankenhaustag

Düsseldorf, den 14. November 2017

Thilo Grüning

Dezernat VII - Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin & Psychiatrie

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Inhalt

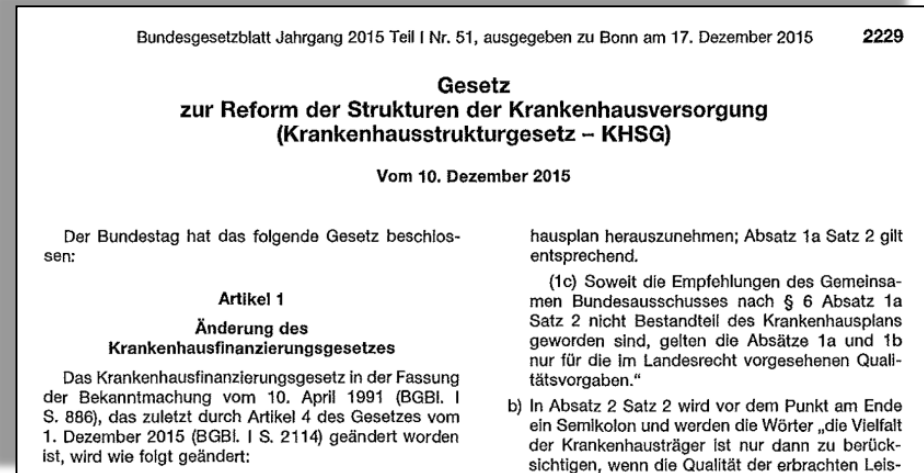
- I. Qualität und Krankenhausplanung im Krankenhausstrukturgesetz
- II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
- III. Herausforderungen
- IV. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

I. Qualität und Krankenhausplanung im Krankenhausstrukturgesetz

Durch das KHSG erhält Qualität einen besonderen gesetzlichen Stellenwert:

Ziel des Gesetzes (*Auszug aus Bundestagsdrucksache 18/5372*):

- Eine gut erreichbare und **qualitativ hochwertige** Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein.
- Die **Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung** eingeführt ...



§ 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

„...um eine **qualitativ hochwertige, patienten- und** bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, **qualitativ hochwertig und** eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.“

I. Qualität und Krankenhausplanung im Krankenhausstrukturgesetz

Neue QS-Instrumente mit Verwendung zur Krankenhausplanung, u.a.

a. Qualitätszu- oder –abschläge

(§ 136b Abs. 1 Nr. 5 & Abs. 9 SGB V, § 5 Abs. 3a und § 8 Abs. 4 Nr. 2 KHEntgG und § 8 Abs. 1b KHG)

b. Richtlinie des G-BA zur Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(§ 137 Abs. 3 i.V.m. § 275a SGB V)

c. Richtlinie des G-BA zur Durchsetzung der Qualitätsanforderungen mit einem gestuften System von Folgen der Nichteinhaltung

(§ 137 Abs. 1 SGB V)

d. Mindestmengen (Neuregelung) (§ 136b Abs. 1 S.1 Nr. 2, Abs. 3 und 4 SGB V)

e. Sicherstellungszuschläge (§ 136c Abs. 3 SGB V)

f. Notfallstrukturen (§ 136c Abs. 4 SGB V)

g. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

(§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V, § 6 Abs. 1a und § 8 Abs. 1a & 1b KHG)

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Auftrag an den G-BA:

- Qualitätsindikatoren (QI) zur Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität als Grundlage für **qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung**
- QI als **Empfehlungen** an die Krankenhausplanungsbehörden
- QI werden **Bestandteil des Krankenhausplans** (Ausnahmen durch Landesrecht).
- Übermittlung der **Auswertungsergebnisse** zu planungsrelevanten QI sowie von **Maßstäben und Kriterien zur Bewertung, insbesondere ob eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität vorliegt**, an die Krankenhausplanungsbehörden

§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V, § 6 Abs. 1a KHG

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

„Automatischer“ Ausschluss von der Versorgung:

- Krankenhäuser bzw. Plankrankenhäuser, die nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen,
 - dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden.
 - sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen...

§ 8 Abs. 1a und 1b KHG

Gesetzesbegründung zum KHSG mit differenzierter Abwägung:

- Durch die Anwendung der Qualitätsindikatoren werden die Länder in die Lage versetzt, bei ihren Planungsentscheidungen **neben Aspekten** der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern **auch die Versorgungsqualität** der Einrichtungen zu berücksichtigen.

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Gesetzesbegründung zum KHSG erwähnt methodische Schwierigkeiten:

- In den Ländern erfolgt bisher regelmäßig keine Beplanung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche, sondern von Abteilungen. Daher müssen die **Indikatoren z.B. in der Zusammenschau eines Indikatorensets** die Bewertung der Versorgungsqualität einer Abteilung ermöglichen.

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Erste Umsetzungsversuche:

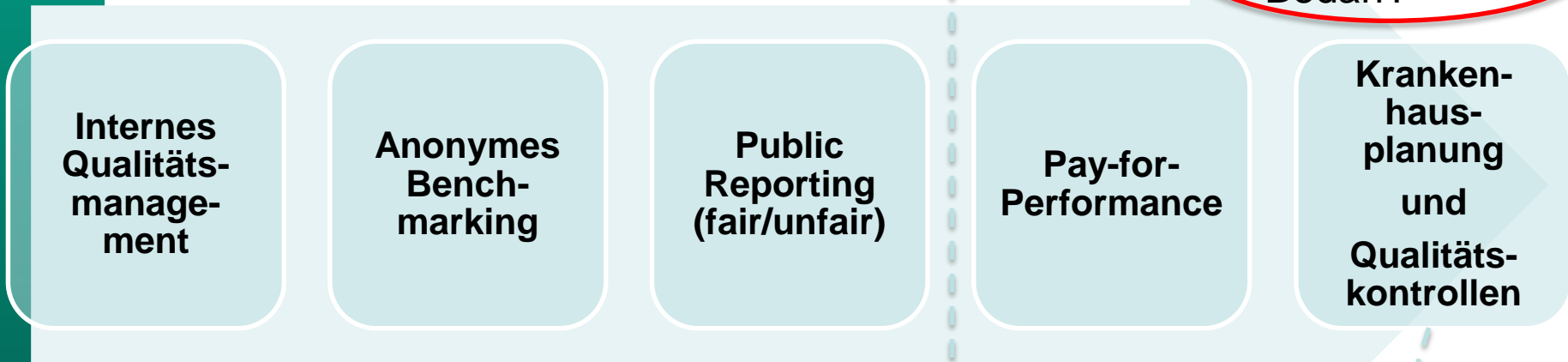
- Der G-BA hat am 15.12.2016 fristgemäß den ersten Beschluss zu den Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren getroffen.
- Elf Indikatoren wurden aus den QS-Verfahren Mammachirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe der externen stationären Qualitätssicherung ausgewählt und werden nun – jeweils einzeln - zur Darstellung unzureichender Qualität einer gesamten Fachabteilung oder eines (Fach)Krankenhauses herangezogen.

Gynäkologische Operationen		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryeingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18

III. Herausforderungen

Zunehmende Wirkungsstärke von datengestützten QS-Instrumenten:

Zunahme der positiven Anreize bzw. der Sanktionsstärke



Ziel: Zunahme der positiven Wirkungen auf die Qualität

3. Zunahme der negativen Auswirkungen / Nebenwirkungen

1. KHSG: Paradigmenwechsel

2. Qualität oder Bedarf?

4. Qualitätsmodell?

III. Herausforderung 1: Paradigmenwechsel

Berwick D. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *N Engl J Med* 1989;320:53-56.

■ Theory of Bad Apples

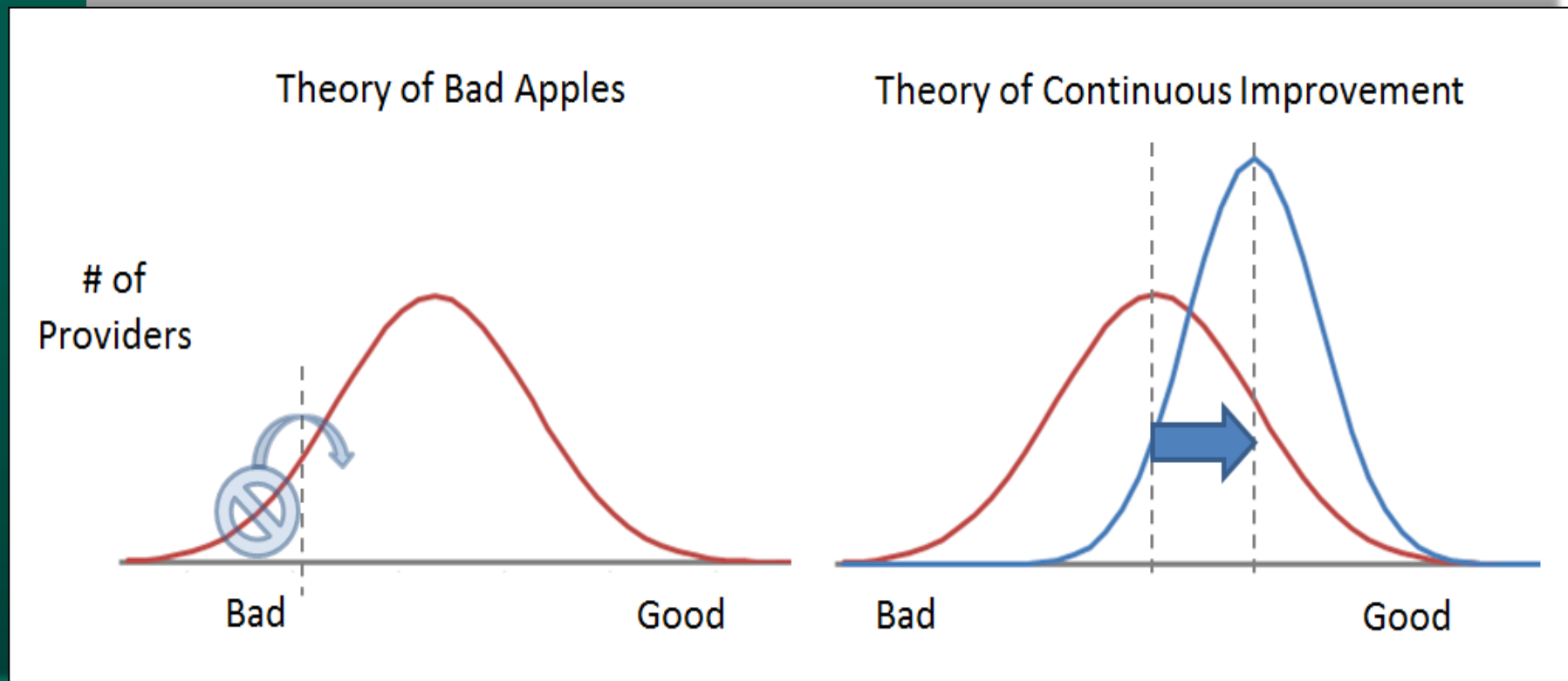
- Qualitätsdefizite durch Mangel an Motivation und Expertise Einzelner
- Inspektion und Sanktionierung
- Ineffektiv, veraltet



■ Theory of Continuous Improvement

- Anwendung in der japanischen Industrie (W. Edwards Demming und Joseph M. Juran)
- Qualitätsdefizite durch Fehler des Systems/des Prozesses
- Kontinuierliche Suche nach Qualitätsdefiziten und Verbesserung des Systems (*kaizen*)
- „No-blame culture“ versus „accountability“

II. Herausforderung 1: Paradigmenwechsel



(Quelle: Ward 2011)

*QS-Instrumente des KHSG:
Rückkehr zum „Bad-Apple“-Prinzip?*

III. Herausforderung 2: Qualität oder Bedarf?

- Einerseits sollen die neuen QS-Instrumente zur „**Verdrängung von Krankenhäusern vom Markt**“ oder zum **Leistungsverbot (als Sanktion)** führen, wenn bestimmte Qualitätsanforderungen nicht erfüllt werden.
 - Andererseits zielt das SGB V auf die Sicherstellung der „**bedarfsgerechten Versorgung durch Planung**“.
- ⇒ Möglicher Konflikt zwischen dem **Vorrang** der Qualität und einer bedarfsgerechten Versorgung
- ⇒ Notwendig ist die Berücksichtigung von **Bedarf und Qualität**:
- Feststellung des Versorgungsbedarfs und Versorgungsplanung und begleitende Maßnahmen der Qualitätsverbesserung (dabei Leistungsverbot als Ultima Ratio, aber Absage an das „Bad-Apple“-Prinzip).

III. Herausforderung 3: positive vs. negative Auswirkungen

Nebenwirkungen und Risiken (BQS-Gutachten 2012 u.a.):

1. Probleme beim Messen von Ergebnisqualität, „Selektion bias“ der Teilnehmer am P4P
(Goldacre et al. *BMJ* 2002; 324:1069-70, Leyland et al. *Lancet* 1998; 351:555-8, Seagroatt et al. *BMJ* 2004; 328: 1235-6)
2. „Gaming“ und „tunnel vision“: Leistungserbringer zielen auf die Verbesserung der Qualitätsstatistik (nicht der Qualität der Versorgung), keine Spill-over-Effekte
(McKee. *BMJ* 2004; 328: 153, Mason A, Street A. *To Publish or not*, Office of Health Economics, London 2005)
3. Manipulation bei der Datenerfassung, verändertes Kodierverhalten
(Green und Wintfeld. *N Engl J Med* 1995; 332:1229-32)

III. Herausforderung 3: positive vs. negative Auswirkungen

4. Selektion des geringen Risikos („Rosinenpicken“) und Indikationsausweitung (Überversorgung)
(Werner et al. JAMA 2005; 293: 1239-44, Walter et al. JAMA 2004; 291: 2466-70)
5. Absicherungsversorgung
6. Vermeidung des hohen Risikos: Patienten mit hohem Risiko werden abgewiesen
(Schneider et al. N Engl J Med 1996; 335:251-6, Omoigui et al. Circulation 1996; 93:27-83, Dranove et al. J Polit Econ 2003; 111:555-88)
7. Negative Auswirkungen auf die Motivation: „blame industry“ mit negativen Effekten auf die Versorgung
(J Health Organ Manag 2010; 24(6):597-610)

III. Herausforderung 4: Qualitätsmodell

- **Wissenschaftlich korrekte Unterscheidung einzelner Indikatoren** ist bei fehlender Überlappung des 95%-Konfidenzintervalls möglich.
- Die neuen QS-Instrumente des KHSG erfordern jedoch eine **Indexbildung**, d.h. Zusammenfassung der Ergebnisse **verschiedener Indikatoren** für...
 - eine Behandlung (einen Leistungsbereich)
 - eine Fachabteilung oder
 - das gesamte Krankenhaus,

die eine **rechtsichere Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität** ermöglicht.

- **Was ist Qualität (Qualitätsmodell)?**

III. Herausforderung 4: Qualitätsmodell

- Problem der Identifizierung und Messung aller relevanten Qualitätsaspekte
- Problem der Gewichtung der Indikatoren bei der Indexbildung:
z.B. Mortalität im Vergleich zu Morbidität,
Komplikation A im Vergleich zu Komplikation B?
- Wie ist mit den impliziten ethischen Entscheidungen umzugehen?
Expertenmeinungen? Studien zu Patientenpräferenzen?
Gesellschaftlicher Konsens erforderlich?
- Wie wird die Qualität verschiedener Leistungen bei der Beurteilung einer Fachabteilung (eines Krankenhauses) gewichtet und zusammengefasst?
- Wie wird der Zufall und das Problem kleiner Fallzahlen berücksichtigt (überlappende Konfidenzintervalle)?
- Wie wird berücksichtigt, dass Risikoadjustierung nicht „perfekt“ sein kann? Wie wird das Ergebnis des Strukturierten Dialogs berücksichtigt?

III. Herausforderung 4: Qualitätsmodell

Oder doch?

**Leitfragen zur Annäherung an das „Konstrukt Qualität“
(Döbler, 2014):**

1. Indikationsstellung sachgerecht?
2. Primäre Behandlungsziele erreicht?
3. Häufigkeit potentiell vermeidbarer Komplikationen?

IV. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

1. Paradigmenwechsel:

Balance zwischen kontinuierlicher Qualitätsverbesserung des Systems und individueller Verantwortung (nicht: „Bad-Apple“-Prinzip)

2. Potentieller Konflikt zwischen dem Vorrang der Qualität und dem Versorgungsbedarf:

Feststellung des Bedarfs und begleitende Qualitätsverbesserung

3. Neue QS-Instrumente mit zunehmender Wirkungsstärke:

Wie können positive Effekte erreicht und negative Auswirkungen vermieden werden?

4. Die neuen Instrumente des KHSG setzen eine eindeutige (rechtssichere) Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität voraus:

Wie lässt sich ein Qualitätsmodell dafür entwickeln?

Vielen Dank!

Dr. med. Thilo Grüning, MSc
Geschäftsführer des Dezernats VII
Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin & Psychiatrie

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Wegelystr. 3
10623 Berlin

E-Mail: t.gruening@dkgev.de
Internet: www.dkgev.de