

Möglichkeiten und Grenzen qualitätsorientierter Ressourcensteuerung

Kurzes Statement zum KHSG aus der Perspektive eines Kostenträgers

Simon Loeser

AOK Rheinland/Hamburg

Jahrestagung der DGFM

Dortmund, 08.09.2016

Mehr Wettbewerb wird vielfach als Rezept für eine effiziente stationäre Versorgung propagiert.

Eine Beschreibung des Wettbewerbsmodells sieht gegenwärtig etwa so aus:

- Der Kunde erkennt seinen Bedarf nicht sicher.
- Der Kunde kann die Qualität der Anbieter nicht differenzieren.
- Es gibt nationale Einheitspreise für das Produkt.
- Kunde bezahlt nicht selber.
- Der Verkäufer trifft die Verkaufsentscheidung für den Kunden.

Man hat unter diesen Voraussetzungen den Markt über zehn Jahre frei wirken lassen in der Erwartung, eine flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung durch spezialisierte Anbieter zu erhalten.

Wie soll das funktionieren?

Änderungen vor allem an

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

- **Qualität in der Krankenhausplanung (ab 2017)**
- Strukturfonds (läuft)

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

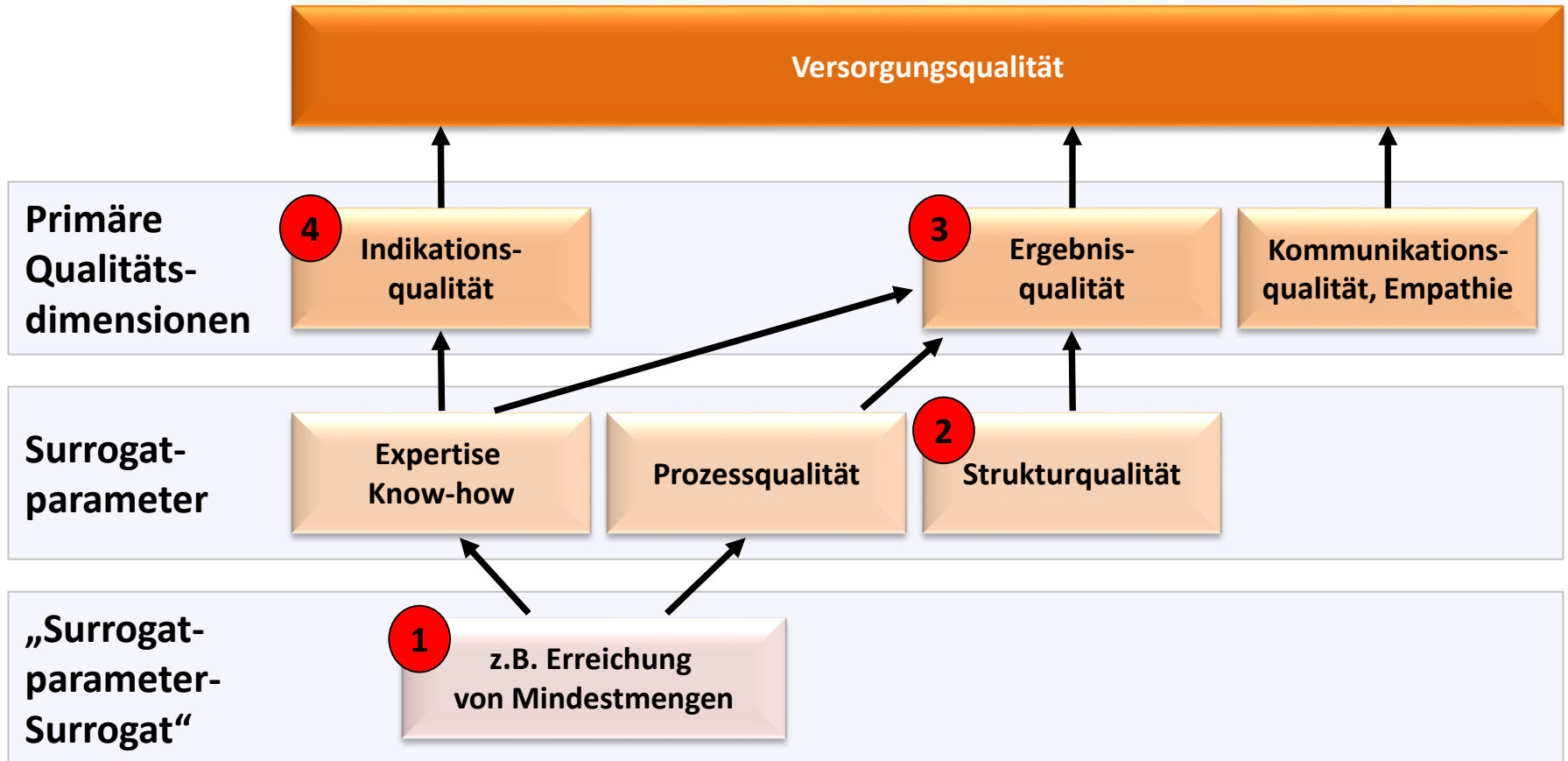
- Fixkostendegressionsabschlag (ab 2017)
- **Qualitätszu- und -abschläge**
- Pflegestellen-Förderprogramm
- Pflegezuschlag (Änderungsantrag)
- Konkretisierung zahlreicher Zuschlagstatbestände
- Modifikation der Verhandlung der Landesbasisfallwerte (ab 2020)

Sozialgesetzbuch (SGB V)

- **Qualitätsverträge (ab 2018)**
- **Ausgestaltung der Mindestmengenregelung**
- Konkretisierung Sicherstellungszuschläge
- **MDK-Kontrollen zur Einhaltung von GBA-Richtlinien**
- Vergütung ambulanter Notfälle (Änderungsantrag)

Die Megathemen
des KHSG waren:

1. Qualität
2. Strukturwandel in der stationären Versorgung
3. Mengensteuerung



Versorgungsqualität setzt sich aus unserer Sicht zusammen aus Indikationsqualität, Ergebnisqualität und der menschlichen Komponente

Surrogate – gut operationalisierbar

Endpunkte – schlecht operationalisierbar

1

Mindestmengen

- Erfahrung von Behandler und Team ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der Qualität
- Elementarer und unbestrittener Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung
- Diskussion um Schwellenwerte, das zu fordernde Evidenzlevel und rechtssichere Ausgestaltung mit KHSG hoffentlich überwunden

2

Struktur- und Prozessqualität

- Zentrale Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsversorgung
- Festlegungen zum Beispiel durch GBA-Richtlinien, aber auch Krankenhausplanung oder Voraussetzung für OPS-Prozedurencodes
- Überprüfung und Konsequenzen werden mit KHSG verbessert (MDK)

3

Ergebnisqualität

- Patientenrelevanter Endpunkt, damit prinzipiell von überragender Bedeutung
- aber oft sehr schwer zu erfassen
- Risikoadjustierung z.T. sehr anspruchsvoll
- Soll für KH-Planung und Vergütung in Zukunft genutzt werden; sehr große Herausforderung

4

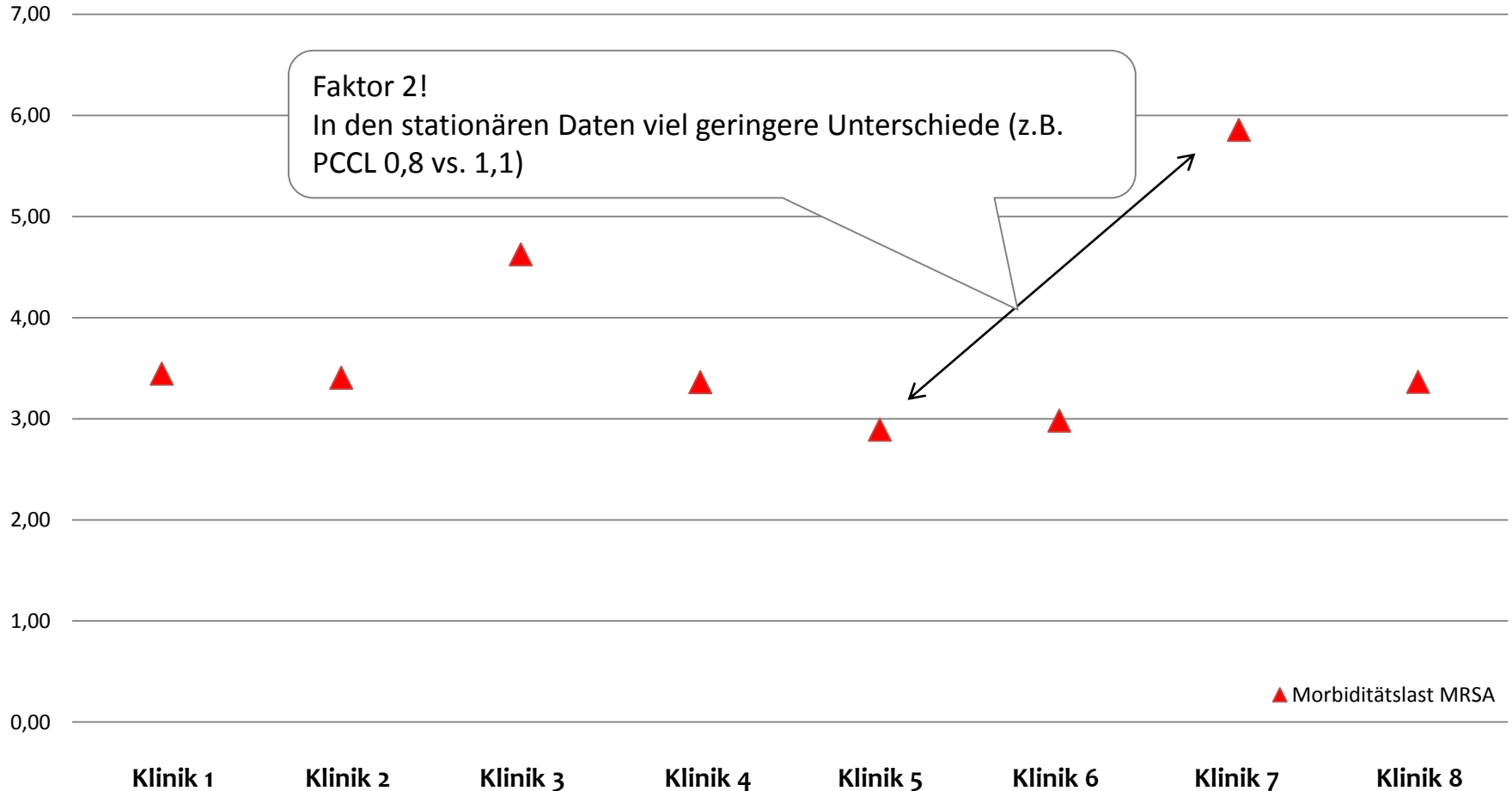
Indikationsqualität

- Individueller Patientennutzen hängt maßgeblich von Indikationsstellung ab
- Fehlanreize durch Preissystem und schwache Planung führen zu ökonomisch motivierten Entscheidungen
- Erfassung extrem schwer und nur für einen Teil der Leistungen denkbar

Zeitablauf zur Einführung der neuen Regelungen zur Qualität

Thema	Termin Referentenentwurf	Termin Kabinettsbeschluss	Prognose Eintritt praktische Relevanz
Qualitätsverträge	Definition Leistungsbereiche bis Juli 2016	Definition Leistungsbereiche bis Dezember 2017	fraglich
Qualitätszu- und -abschläge	Grundlagen durch GBA bis Dezember 2016	Grundlagen durch GBA bis Dezember 2017	gar nicht
Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung	Beschluss GBA bis Dezember 2016	Beschluss GBA bis Dezember 2016	gar nicht
Prüfrichtlinien nach § 137 Abs. 1 und 3	keine Fristen genannt	keine Fristen genannt	möglich
Rechtssichere Mindestmengen § 136b SGB V neu	keine Fristen genannt	keine Fristen genannt	sicher

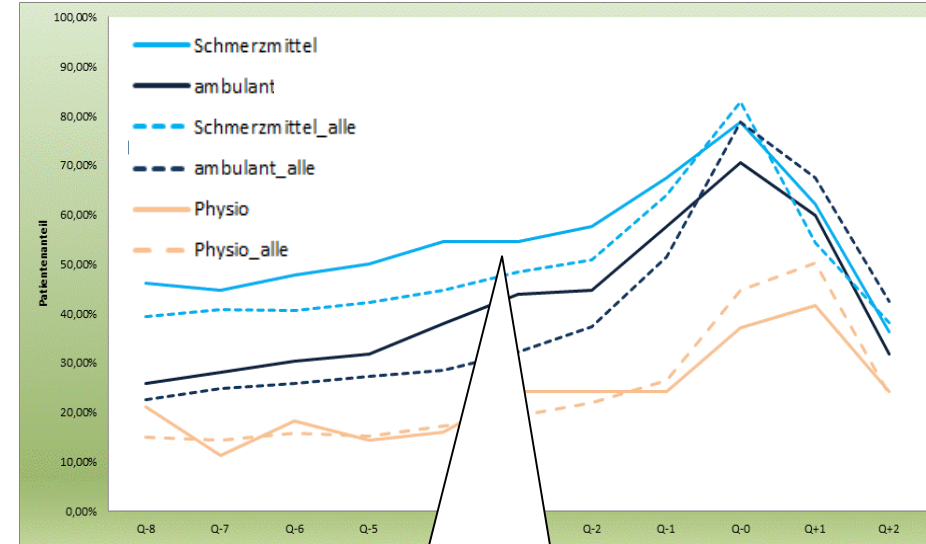
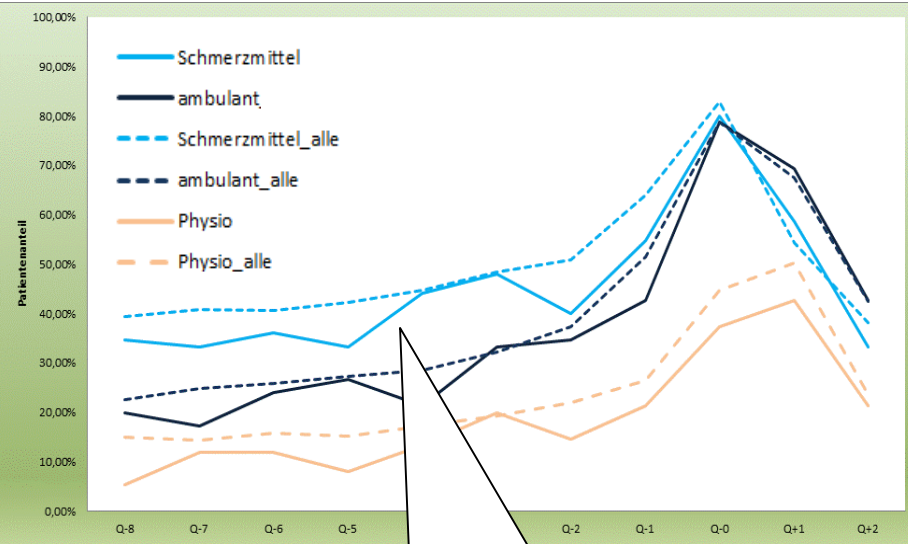
MRSA-Risikomenge interventionell-kardiologischer Patienten in der Region Wuppertal



Präoperative Patientenhistorie am Beispiel der Bandscheibe (OPS-Code 5-831) von zwei Kliniken aus der gleichen Region

Klinik A

Klinik B

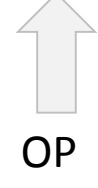


Durchgängig unterdurchschnittliche präoperative Therapieintensität



OP

Durchgängig überdurchschnittliche präoperative Therapieintensität



OP

Und was bedeutet das für die Messung der Qualität?

Über planungsrelevante Qualitätsindikatoren soll die Qualität der stationären Versorgung verbessert werden. Das wackelt der Schwanz mit dem Hund

**Es muss nicht die Qualität planungsrelevant werden,
sondern die Planung qualitätsrelevant!**

Wenn über eine starke Krankenhausplanung

- komplexe Leistungen zentralisiert werden und
- notwendige strukturelle Voraussetzungen ausreichend investiv gefördert werden,

sind die Weichen für eine hochwertige Versorgung schon richtig gestellt.

Der „Markt“ wird sich nicht von allein im Sinne der Patienten regulieren. Wir brauchen als Korrektiv mehr denn je eine aktive Krankenhausplanung inklusive bedarfsorientierter Investitionsförderung!

Über die Qualitätsoffensive des KHSG wird keine Strukturmodernisierung angestoßen!

- Die Möglichkeiten der Standardisierbarkeit der beobachteten Leistung, der Risikoadjustierung und der Abbildung relevanter Endpunkte wurden überschätzt.
- Insbesondere verlässliche Aussagen zur Qualität ganzer Fachabteilungen oder Krankenhäusern wird nur in den Extremen möglich sein.
- Der Strukturwandel wird also schon rein praktisch nicht über Qualitätsindikatoren erreicht, das geben die Instrumente auf absehbare Zeit nicht her. Aufwand und Konsequenzen für die Kliniken durch die neuen Regelungen zur Qualität werden fast überall eher moderat ausfallen.

Die Maßnahmen sind hilfreich zur Sicherung von Mindeststandards.
Für den Strukturwandel werden Sie aber keine Bedeutung entfalten.
