

Strukturbereinigung durch Qualitätsorientierung – der künftige Weg?

Matthias Mohrmann
AOK Rheinland/Hamburg

Biersdorfer Krankenhausgespräche

19.09.2014

Krankenhauslandschaft in Deutschland:

- Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- (vor allem) in Ballungsräumen Überkapazitäten und Doppelstrukturen
- Sicherstellung in ländlichen Gebieten nicht konsequent über alle Sektoren hinweg definiert

Festzustellen sind unter anderem

- In einigen Bereichen fragwürdige Mengenentwicklung
- Regionale Varianzen
- Quersubventionierung von Investitionen über Behandlungskosten
- Fortschreiben historisch gewachsener Überkapazitäten
- Ungeregelte und nicht abgestufte Angebotsvielfalt
- Regionale Wirtschaftsförderung statt Entwicklung einer zeitgemäßen medizinischen Versorgungsstruktur.

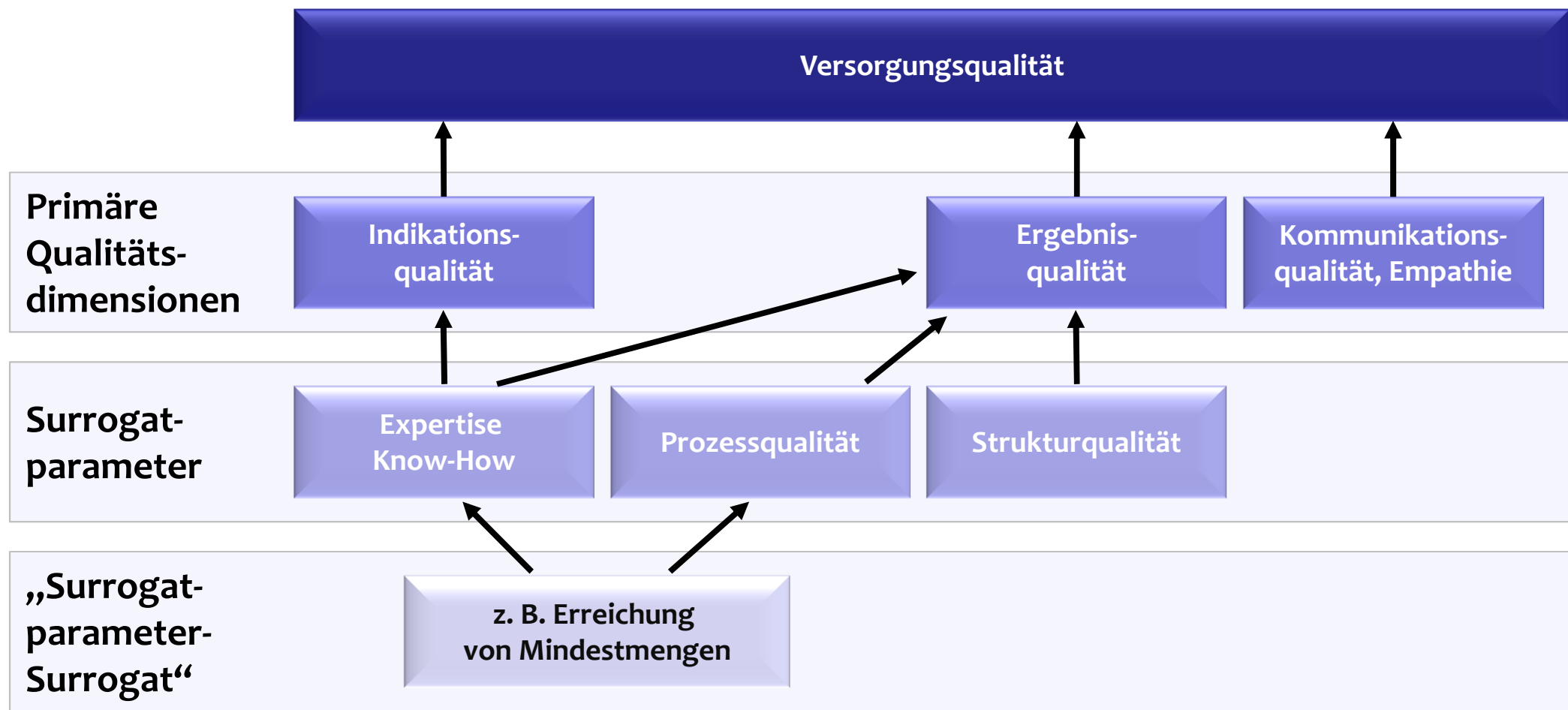
Geplante Krankenhausreform ist richtig und notwendig.

Modernes und flexibles Vergütungssystem seit 10 Jahren. Geringer Einfluss auf Krankenhausstrukturen und –planung.

Modernisierungsschub erforderlich, um Versorgungsqualität sichern und am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausrichten zu können.

Adam Smith kannte nicht den deutschen Krankenhausmarkt: Interventionen erforderlich.





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

Grundsätzlich zwei Ansätze denkbar

1. Schlechte Qualität führt zu einer Reduktion der Vergütung

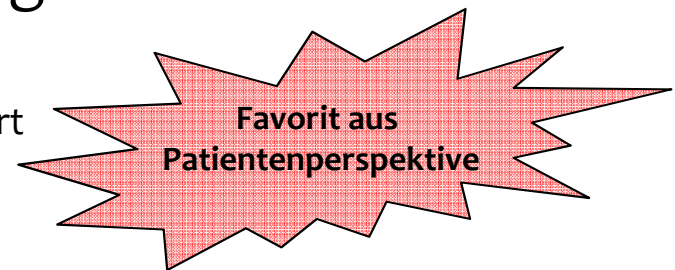
Vorteile: Sanktion wäre stufenlos skalierbar

Nachteil: Privatisierung des Risikos, Solidarisierung der Einsparung
Zur Erreichung des gebotenen Qualitätslevels steht der Klinik weniger Geld zur Verfügung

2. Schlechte Qualität führt zu einem Leistungsausschluss

Vorteile: Qualitätsorientierte Strukturbereinigung wird forciert
Sicherung des Qualitätslevels für alle Patienten

Nachteile Sanktion ist nicht skalierbar



Surrogate

Versorgungsqualität

1

Mindestmengen

- Erfahrung der Behandler ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der Qualität
- Elementarer und unbestrittener Bestandteil der fachärztlichen Weiterbildung
- Derzeitige Diskussion um Schwellenwerte, das zu fordernde Evidenzlevel, rechtssichere Ausgestaltung

2

Struktur- und Prozessqualität

- Zentrale Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsversorgung
- Festlegungen zum Beispiel durch GBA, Krankenhausplanung oder Voraussetzung für OPS-Prozedurencodes
- Gesamtaussage durch Zertifizierungen möglich
- Überprüfung und Konsequenzen derzeit nicht verbindlich und einheitlich umgesetzt

3

Ergebnisqualität

- Patientenrelevanter Endpunkt, damit prinzipiell von überragender Bedeutung
- aber oft sehr schwer zu erfassen
- Risikoadjustierung z.T. sehr anspruchsvoll
- wird für Leistungssteuerung und Vergütung praktisch noch nicht genutzt

4

Indikationsqualität

- Individueller Patientennutzen hängt maßgeblich von der richtigen Indikationsstellung ab
- massive Fehlanreize durch Preis- und Vergütungssystem führen zu ökonomisch motivierten Entscheidungen
- Erfassung extrem schwer und nur für einen Teil der Leistungen denkbar
- Fehlanreize sind zu beseitigen

1

Mindestmengen

- Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sind eine einzige Ansammlung von Mindestmengen – insbesondere im chirurgischen Bereich.
- Diese Mindestmengen sind überwiegend nicht evidenzbasiert, aber gesellschaftlich akzeptiert.
- Erfüllung der Vorgaben ist eine Voraussetzung zur Erlangung des Facharztstatus.
- Wer will hier ernsthaft bestreiten, dass man durch Erfahrung und Routine „besser“ wird?

1
Mindestmengen

Facharztweiterbildung Thoraxchirurgie

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der Spezialisierung	Richt- zahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 WBO: Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben/ erreichte Richtzahl je Weiterbildungsjahr Datum, Unterschrift und Bemerkungen * des/der Weiterbildungsbefugten						
- an der Lunge, auch auf thorakoskopischem Weg und mit Laser, davon	50							
- Keilresektionen, E nukleationen, Zystenabtragungen		50						
- Lobektomien, Bilobektomien		50						
- Pneumonektomien, anatomische Segmentresektionen		25						
- erweiterte Eingriffe an der Lunge, davon		10						
- intraperikardiale Gefäßversorgung, Vorhofteilresektion	10							

Quelle: Logbuch Facharztweiterbildung Thoraxchirurgie der Ärztekammer Nordrhein
Weiterbildungsordnung vom 01.10.2005 in der Fassung vom 01.01.2012
Richtlinien in der Fassung vom 03.08.2011

1

Mindestmengen

- Nach § 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V können die Partner der Bundesmantelverträge Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen vereinbaren
- Beispiele:
 - HIV/Aids: Selbstständige Betreuung von jährlich durchschnittlich **25** HIV- / Aids-Patienten **je Quartal**
 - Vakuumbiopsie der Brust: **25** Vakuumbiopsien **in 12 Monaten**
 - Mammographie Screening: **5.000** Untersuchungen **pro Jahr**
- Erfüllung der Vorgaben Voraussetzung für Abrechnung

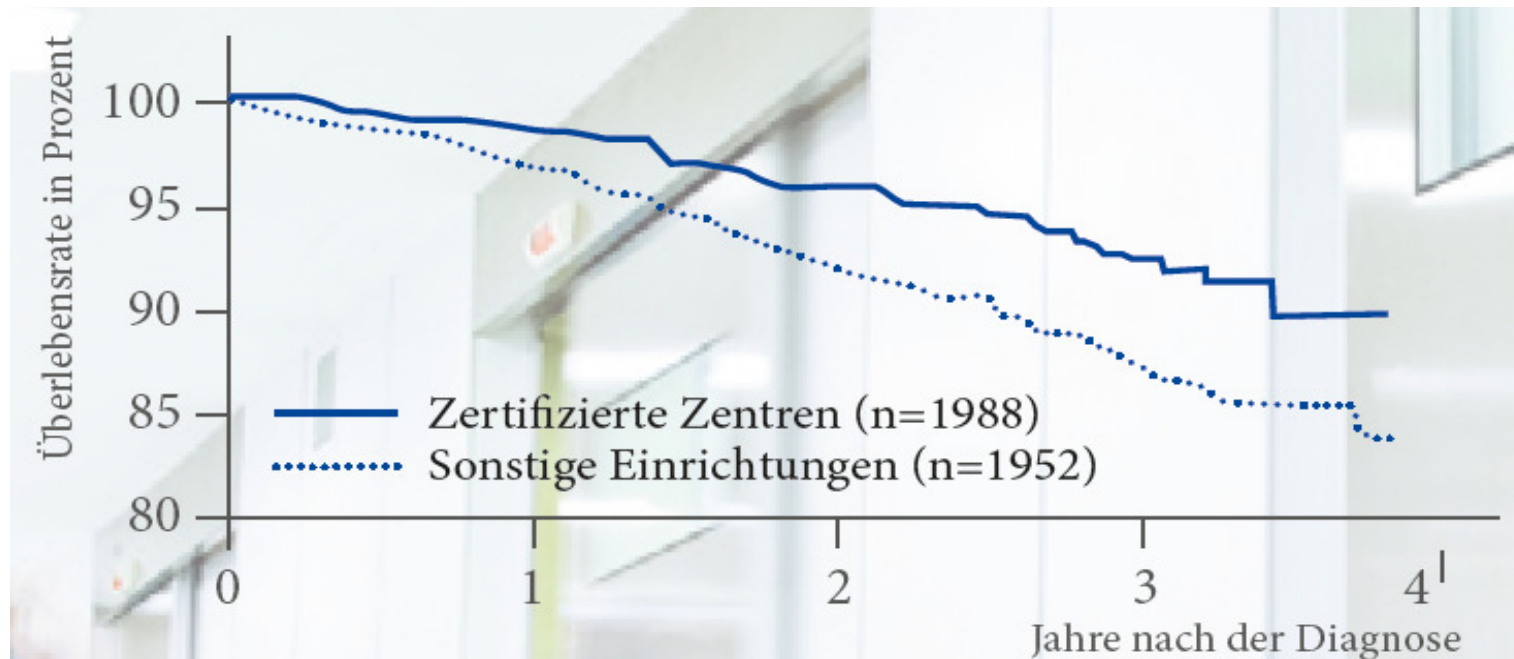
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V Anlage 1 a)
onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1:
gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
 - ▶ Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
 - ▶ *Personelle Anforderungen*
 - *Teamleitung*
 - *Kernteam*
 - *Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte*
 - ▶ *Sächliche und organisatorische Anforderungen*
 - ▶ *Dokumentation*
 - ▶ **Mindestmengen**

Erfüllung der Vorgaben ist eine Voraussetzung für die Abrechnung

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fasst Beschlüsse zu Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße in Abhängigkeit von der Menge der erbrachten Leistung steht.
- Rechtsgrundlage § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- 01.01.2006: Inkrafttreten der Mindestmengenvereinbarung
- Leistungsbereiche mit gültigen Mindestmengen:
 - *Lebertransplantation*
 - *Nierentransplantation*
 - *Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus*
 - *Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas*
 - *Stammzelltransplantation*
 - *Versorgung von Früh- und Neugeborenen*
- Die geltenden Mindestmenvorgaben betreffen nur 0,15% aller vollstationären Fälle.

Forderungen der Kostenträger

- Anwendung von Mindestmengenregelungen nicht nur bei „hochkomplexen“ und „seltenen“ Erkrankungen, sondern tendenziell in allen Bereichen, in denen „Übung den Meister“ macht
- Gesunder Menschenverstand sowie fachlich fundierte Bewertungen müssen die harte Evidenz ergänzen dürfen
- Rechtssichere Ausgestaltung (Forderung Koalitionsvertrag) notwendig
- Die Ausnahmetatbestände (z. B. 36 Monate Übergang) sind schärfer zu formulieren und restriktiver anzuwenden
- Honorarärztlich fragmentiert erbrachte Leistungen (52 Knie von 11 Operateuren) sind perspektivisch herauszurechnen



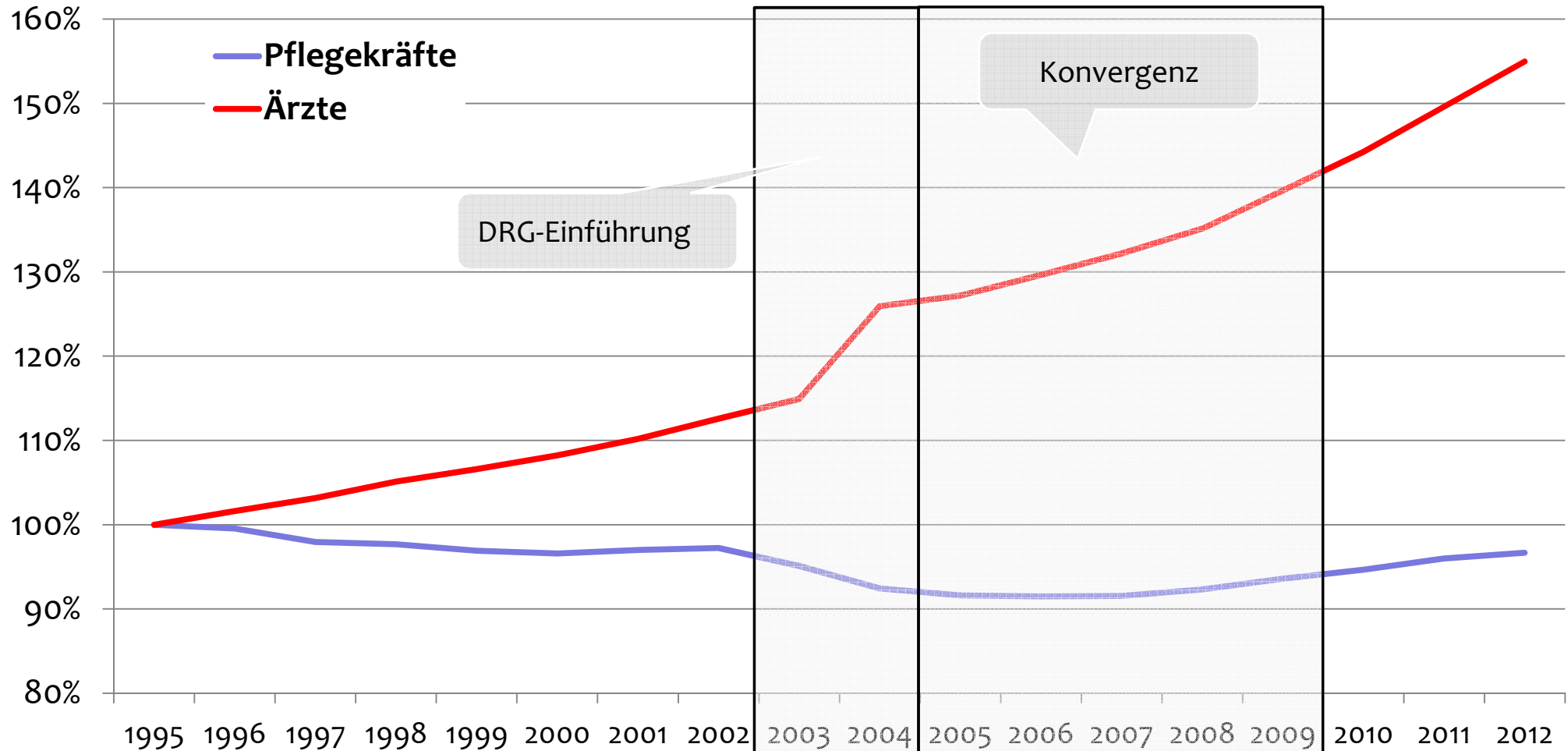
Werden Patienten mit Krebs in darauf spezialisierten DKG-zertifizierten Zentren versorgt, haben sie größere Chancen zu überleben. Bei Brustkrebs liegt die Zahl derjenigen, die vier Jahre nach der Diagnose noch leben, in den Zentren bei 90 Prozent, in anderen Einrichtungen bei 83 Prozent. Quelle: Beckmann MW et al. in Onkologie 2011

Zertifizierungen tragen sowohl durch die Sicherstellung der Anforderungen als auch durch eine Konzentration der Leistungen zur Qualitätssteigerung bei.

Strukturveränderung durch veränderte Anreize im DRG- und Preissystem: Brauchen wir feste Personalanforderungen?

Indiz. Anzahl der Beschäftigten,
1995 entspr. 100%

2 Prozess- und
Strukturqualität



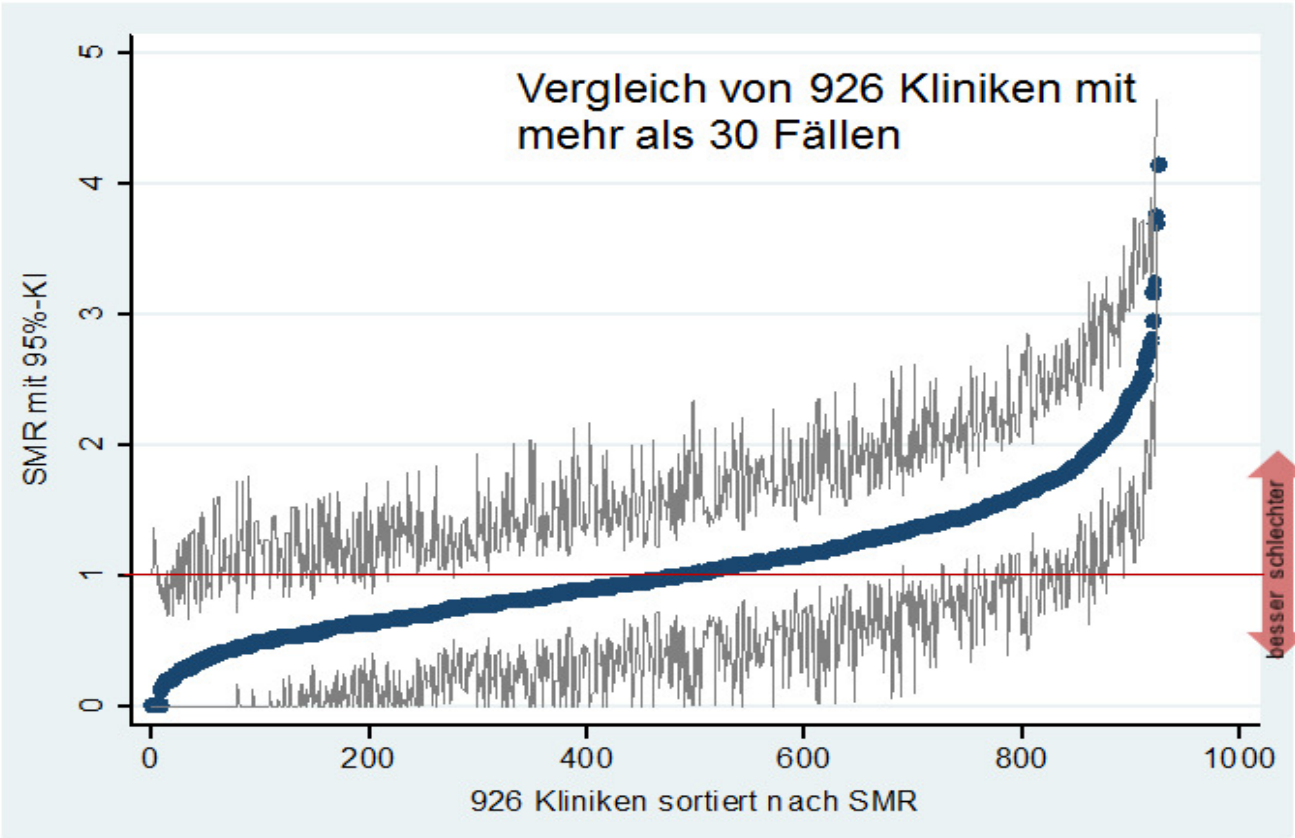
Quelle: GBE-Bund

Kostensenkung durch Arbeitsverdichtung in der Pflege, gleichzeitig Generierung Fallzahlenanstieg mit zusätzlichen Ärzten. Wie ist eine empathische Versorgung sicherzustellen?

- Struktur- und Prozessqualität als zentrale Qualitätsdimensionen
- Sie stellen bei adäquater fachlicher Begründung (Leitlinien, Fachgesellschaften) Mindestanforderungen sicher, reduzieren bedenkliche „Gelegenheitsleistungen“, sorgen für faire Wettbewerbsbedingungen und die gewünschten Konzentrationsprozesse bei der Erbringung komplexerer Leistungen.
- Abrechnung muss bei Nichterfüllung verbindlich ausgeschlossen werden (kein Empfehlungscharakter).
- Normen können vom G-BA, im Rahmen der Krankenhausplanung oder im Rahmen von Voraussetzungen für Komplexleistungs-OPS-Codes gesetzt werden.
- Die Überprüfung der Einhaltung der Kriterien, z. B. durch den MDK, ist im Sinne der Patientensicherheit zu regeln.

Wissenschaftliches Institut der AOK **Wido**

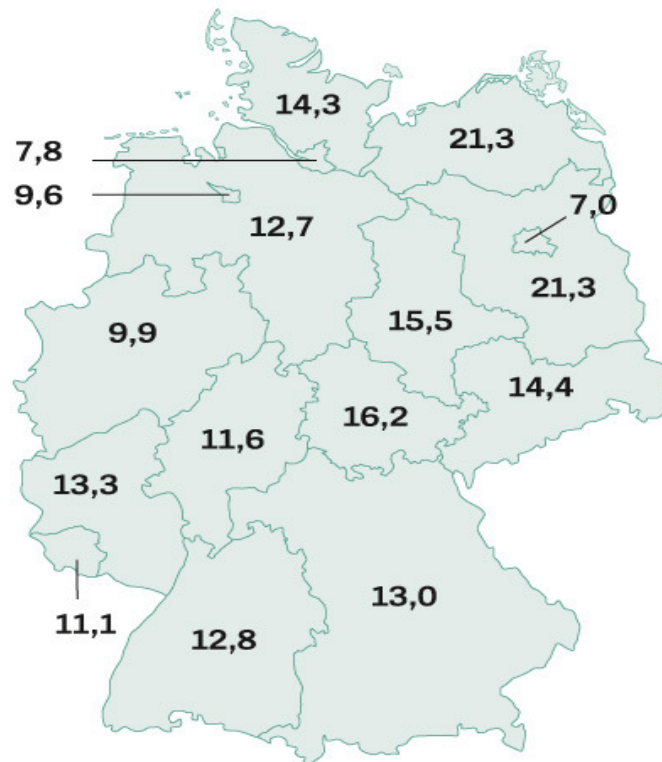
Kniegelenkersatz bei Arthrose (KNIETEP) Risikoadjustierte Gesamtbewertung mit 95%-KI



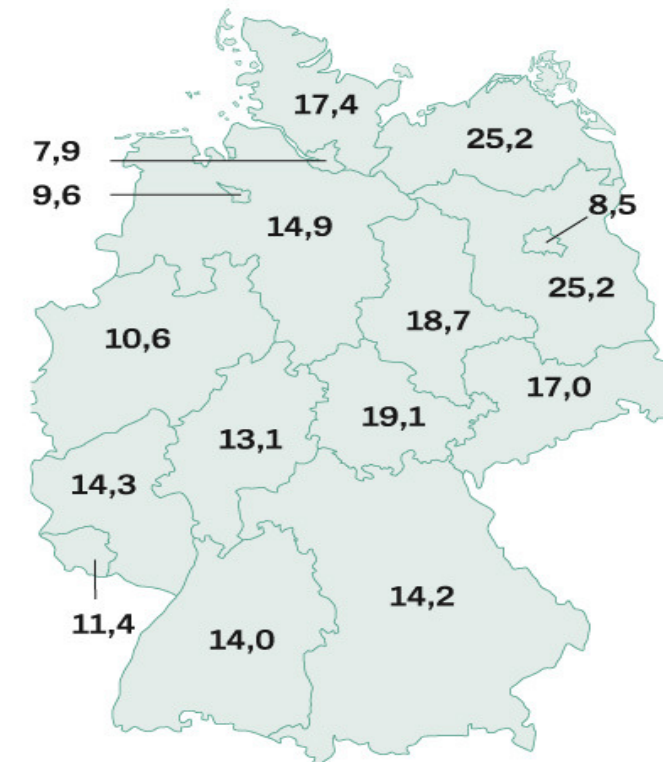
Hüftendoprothesen: Bessere Qualität ist erreichbar

Durchschnittliche Fahrtzeiten in Minuten:

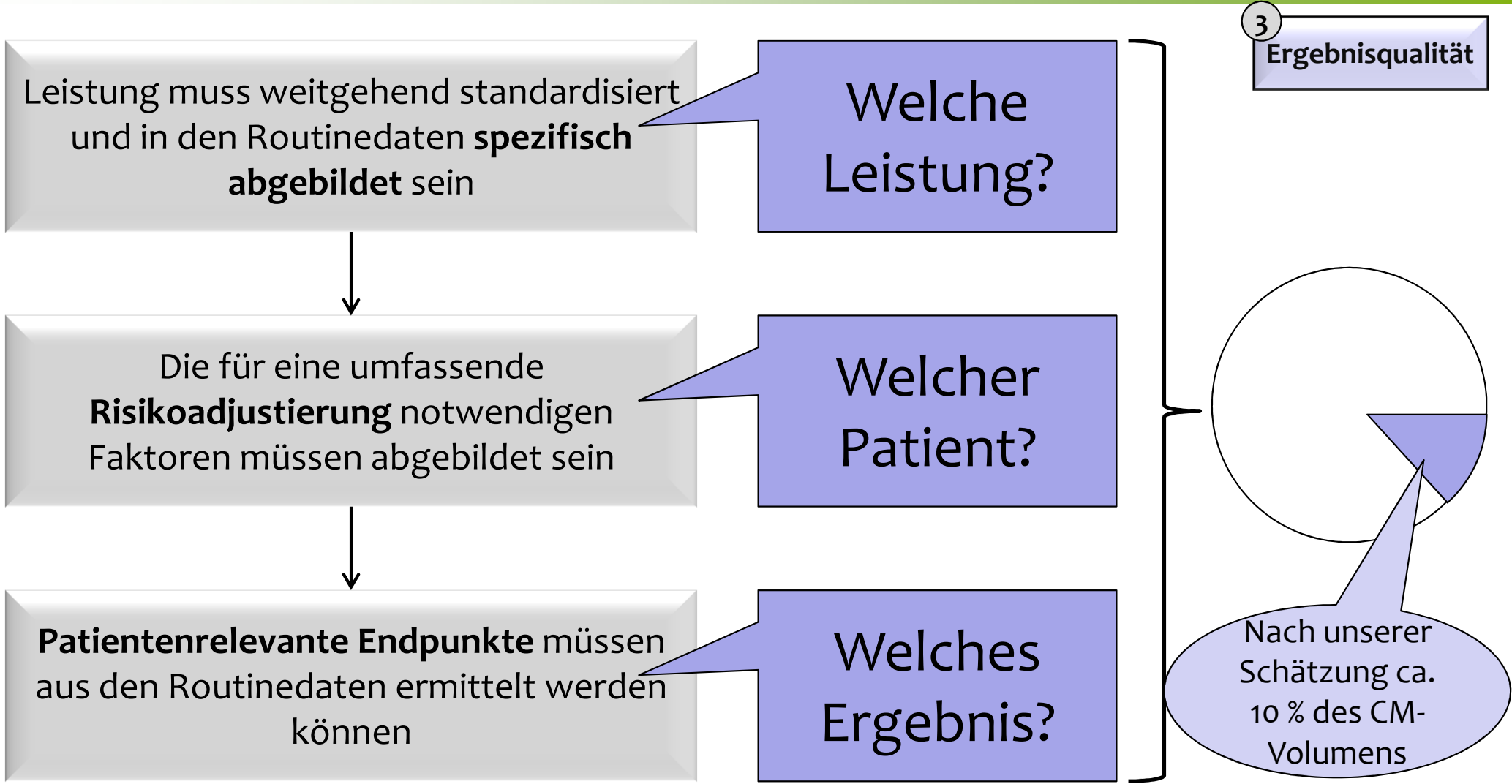
- bei Berücksichtigung aller Kliniken



- bei Verzicht auf laut QSR unterdurchschnittliche Kliniken



Quelle: Krankenhaus-Report 2012, Grafik: AOK-Mediendienst



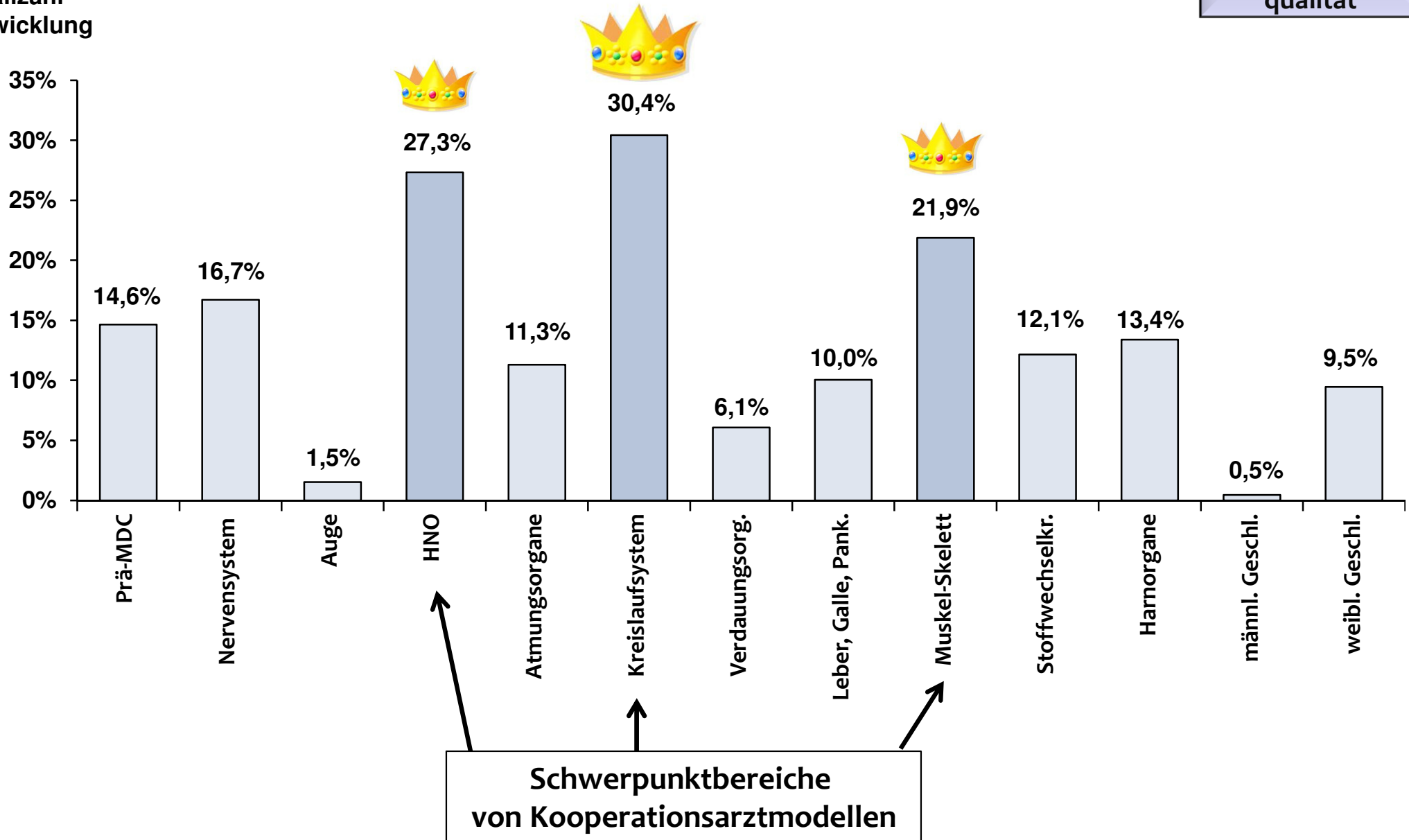
Trotz „Ergebnisqualitätseuphorie“ in den Debatten vor der Bundestagswahl 2013 und im Koalitionsvertrag: Wir müssen realistisch bleiben. Es wird nicht alles umsetzbar sein.

- Die Ergebnisqualität ist neben der Indikationsqualität die einzige Dimension mit unmittelbarer Patientenrelevanz.
- Sie ist damit prinzipiell von überragender Bedeutung.
- Zur Stärkung der Patientensouveränität sind die Informationen extrem wertvoll.
- Die Messung der patientenrelevanten Endpunkte sowie die Risikoadjustierung sind jedoch große Herausforderungen, denen auch auf mittlere Sicht viele Leistungsbereiche nicht zugänglich sein werden.
- Die Ergebnisqualität ist oft stark personenabhängig und wirkt damit strukturell ungerichteter als Mindestmengenregelungen oder Strukturvoraussetzungen.
- Daher ist es fraglich (obgleich wünschenswert), ob ergebnisqualitative Aspekte im Rahmen des kommenden Strukturwandels in der stationären Versorgung tatsächlich eine führende Rolle werden spielen können.

Systembedingt geringe Indikationsqualität: Leistungsentwicklung AOK HH 2007 bis 2012 in den Major Diagnostic Categories (MDCs)

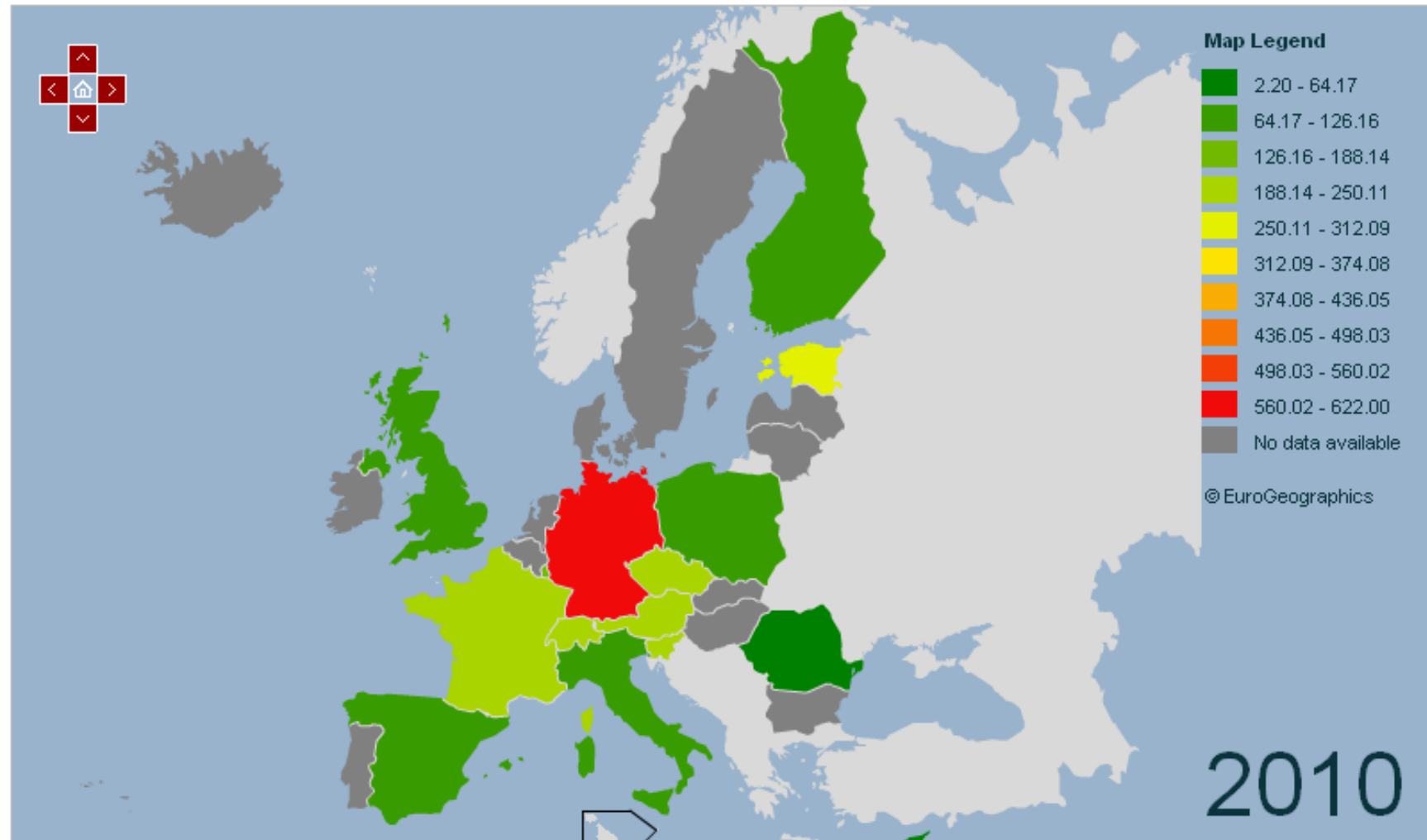
4 Indikationsqualität

Fallzahlentwicklung



Number of PTCA (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) per 100,000 inhabitants, time series of 6 years

The indicator on selected surgeries gives the number of surgical operations and procedures performed in hospitals, including day-cases as well as in-patient surgery.

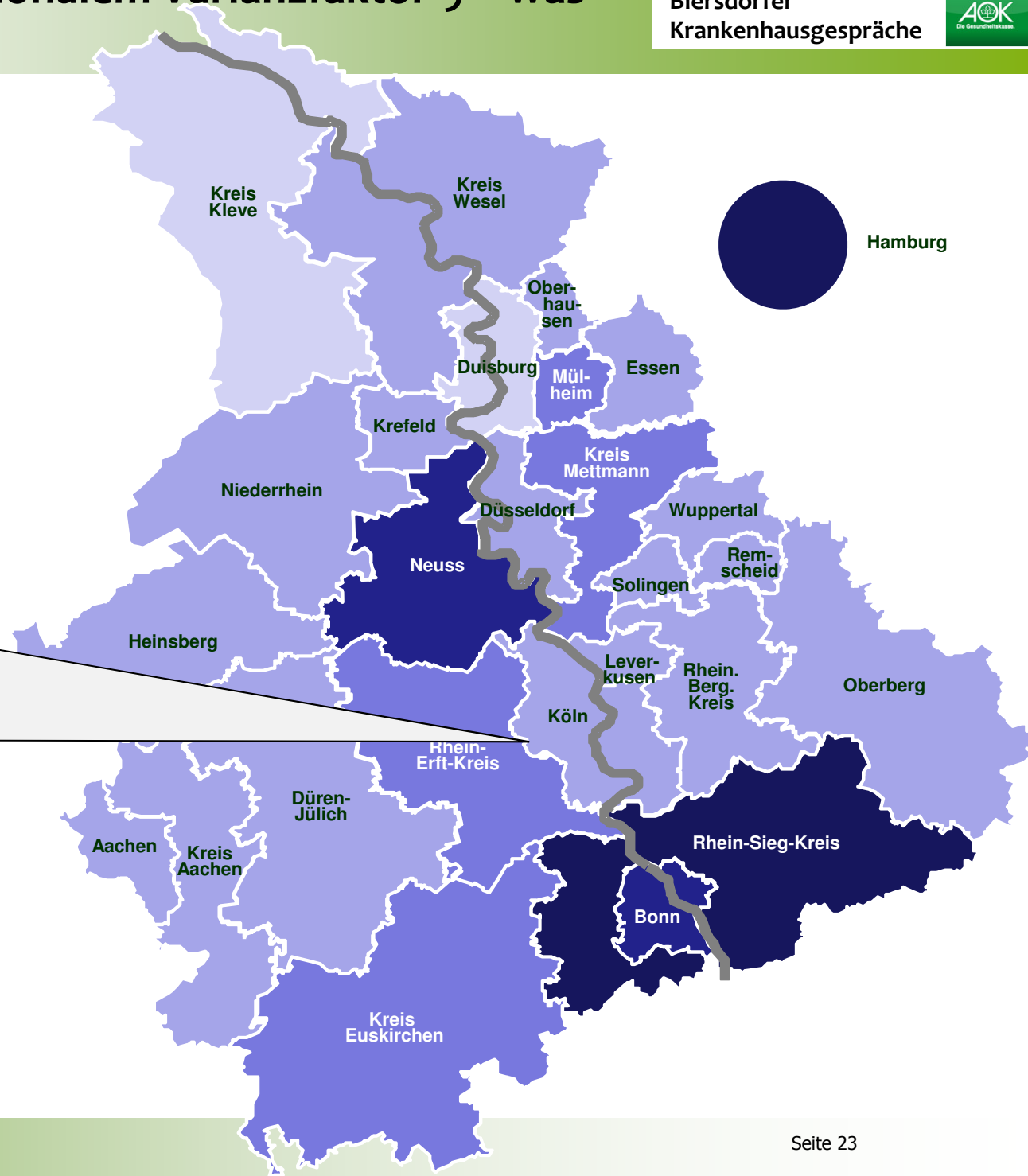


Quelle: EU Heidi-Datool

TAVI Fallzahlen 2008 bis 2013 mit regionalem Varianzfaktor 9 – was ist der echte Bedarf?

Region	Fallzahl pro 100.000 Versicherte
Aachen	47,89
Rhein.-Berg.Kr.	35,08
Bonn	70,19
Düren-Jülich	24,57
Düsseldorf	34,85
Duisburg	19,66
Essen	34,06
Euskirchen	57,64
Oberberg	93,4
Heinsberg	44,5
Niederrhein	22,4
Kreis Kleve	44,5
Kreis Wesel	30,83
Duisburg	19,66
Mülheim	33,15
Essen	34,06
Krefeld	24,18
Kreis Mettmann	37,54
Niederrhein	22,4
Düsseldorf	34,85
Wuppertal	37,54
Heinsberg	44,5
Neuss	92,90
Solingen	33,15
Remscheid	28,55
Leverkusen	28,55
Rhein. Berg. Kreis	24,08
Oberberg	93,4
Köln	44,5
Rhein-Erft-Kreis	24,18
Aachen	47,89
Kreis Aachen	24,08
Düren-Jülich	24,57
Rhein-Sieg-Kreis	92,90
Solingen	33,15
Kreis Aachen	24,08
Wuppertal	37,54
MG/VE	28,55
Hamburg	91,73
Durchschnitt	44,42

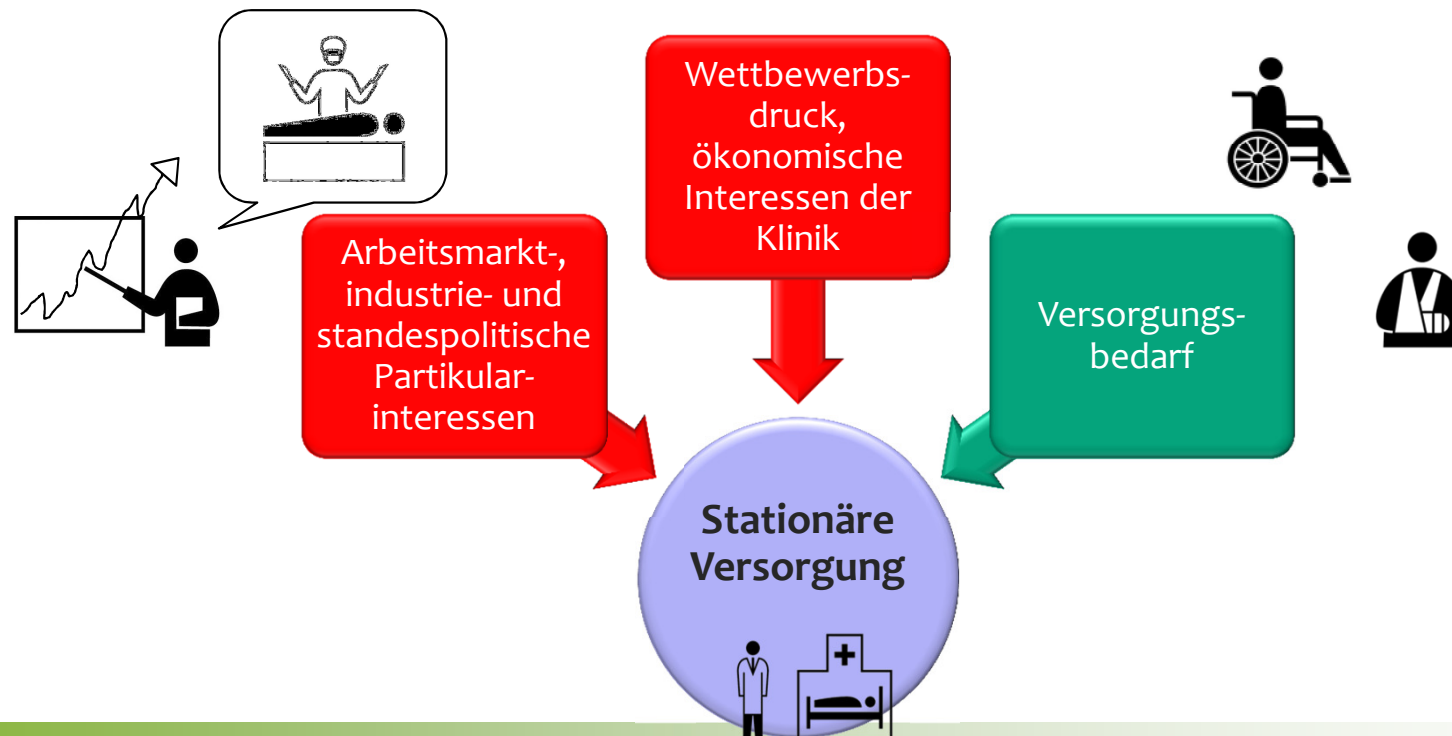
Rein mathematisch ist die entscheidende Determinante für die Therapieentscheidung bei einer Aortenklappenstenose der **Wohnort**.



4

Indikations-
qualität

- Der Patient steht nicht immer im Mittelpunkt der (stationären) Versorgung.
- Aus dem DRG-System hat sich in Kombination mit einer ungerichteten Mengendeckung auf Landesebene ein starker Konkurrenzdruck zwischen KH entwickelt.
- Es resultieren Überkapazitäten, eine in Teilen zweifelhafte Mengenentwicklung, eine Diffusion hochkomplexer Leistungen in die Fläche und ein noch nicht ausreichendes Maß an Qualitätsorientierung.



- Die Indikationsqualität ist neben der Ergebnisqualität die einzige Dimension mit unmittelbarer Patientenrelevanz, wird aber in ihrer aktuellen Bedeutung im deutschen Gesundheitssystem immer noch völlig unterschätzt.
- In einigen Regionen reiben sich die Kliniken im Konkurrenzkampf auf, was sich in Mengenausweitungen, einer Diffusion hochkomplexer Leistungen in die Fläche und einer fehlenden Orientierung am Patientennutzen widerspiegelt.
- Dabei kann die Ergebnisqualität durchaus sehr gut sein!
- Die Indikationsqualität ist ein blinder Fleck in der Qualitätssicherung der stationären Versorgung. Die Indikatoren aus der ESQS hierzu sind noch nicht einmal als Feigenblatt zu bezeichnen.
- Die Indikationsqualität steht derzeit geradezu in einer inversen Beziehung zum Strukturwandel. Über- und Fehlversorgung sichern die betreffenden Krankenhäuser ab.

- **Die Qualität muss neben dem Bedarf als ein entscheidender Faktor für den Strukturwandel in der stationären Versorgung wirken.**
- Der Strukturwandel kann durch Mindestmengenregelungen sowie Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität (also die Surrogate) zielgerichtet, konstruktiv und zügig eingeleitet werden.
- Dies wird nicht von allein passieren. Hierzu sind unter anderem gesetzliche Änderungen auf Bundesebene sowie Aktivitäten des G-BA und der Planungsbehörden notwendig.
- Bei den patientenrelevanten Dimensionen der Ergebnis- und Indikationsqualität ist eine Nutzung höchst wünschenswert, hier erscheint aber noch weitere Entwicklungsarbeit notwendig.
- Das heißt nicht, dass man abwarten sollte. Wir müssen jetzt starten!