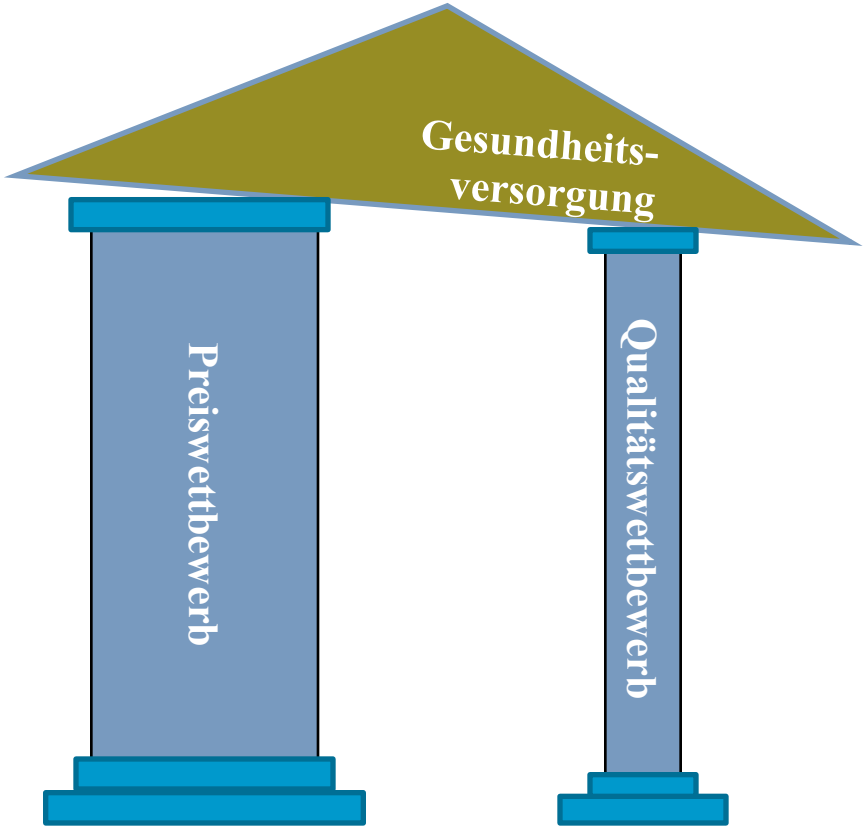
SVR GESUNDHEIT

Klinikum Fulda

Stärkung und Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus – was wird getan, was kann man tun?

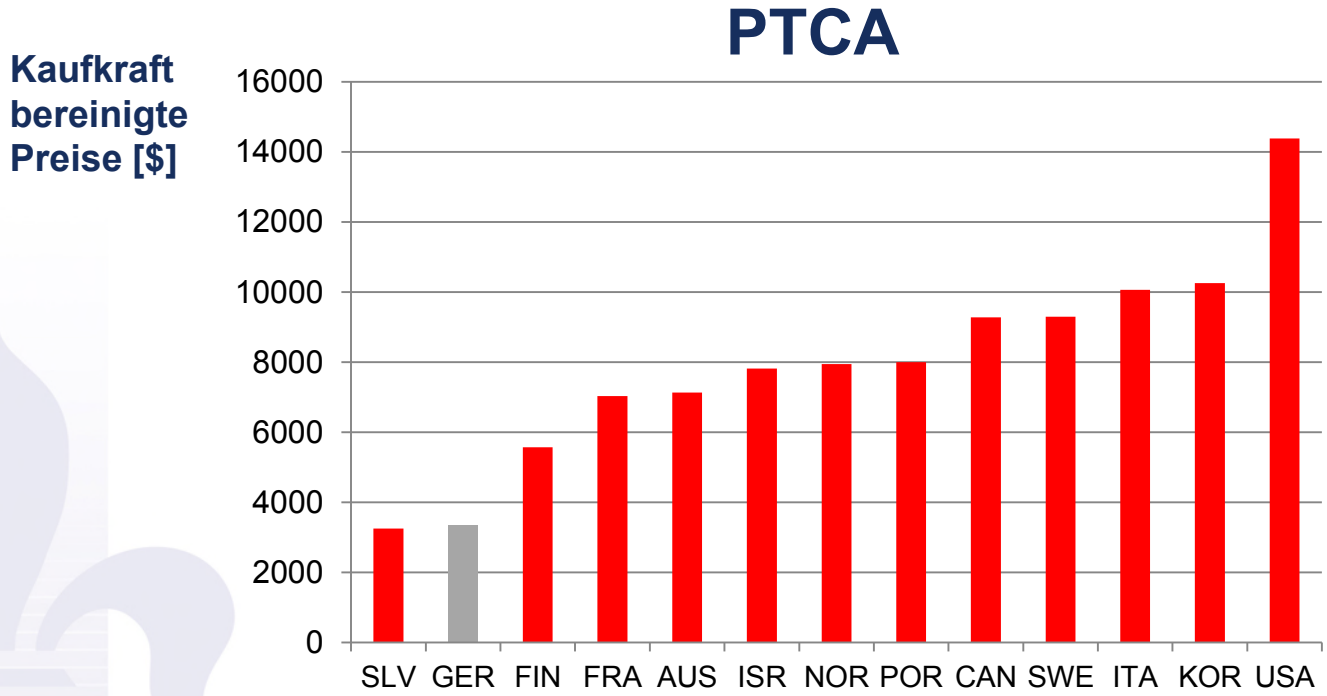
Prof. Dr. M. Haubitz
Klinikum Fulda
SVR Gesundheit

Preis- und Qualitätswettbewerb: Schieflage



Deutschland hat vergleichsweise geringe Preise

OECD Studie: Vergleich von Preisen im Krankenhaus 24 Leistungen in 14 Ländern, u.a. PTCA, ACVB, Hüft-TEP



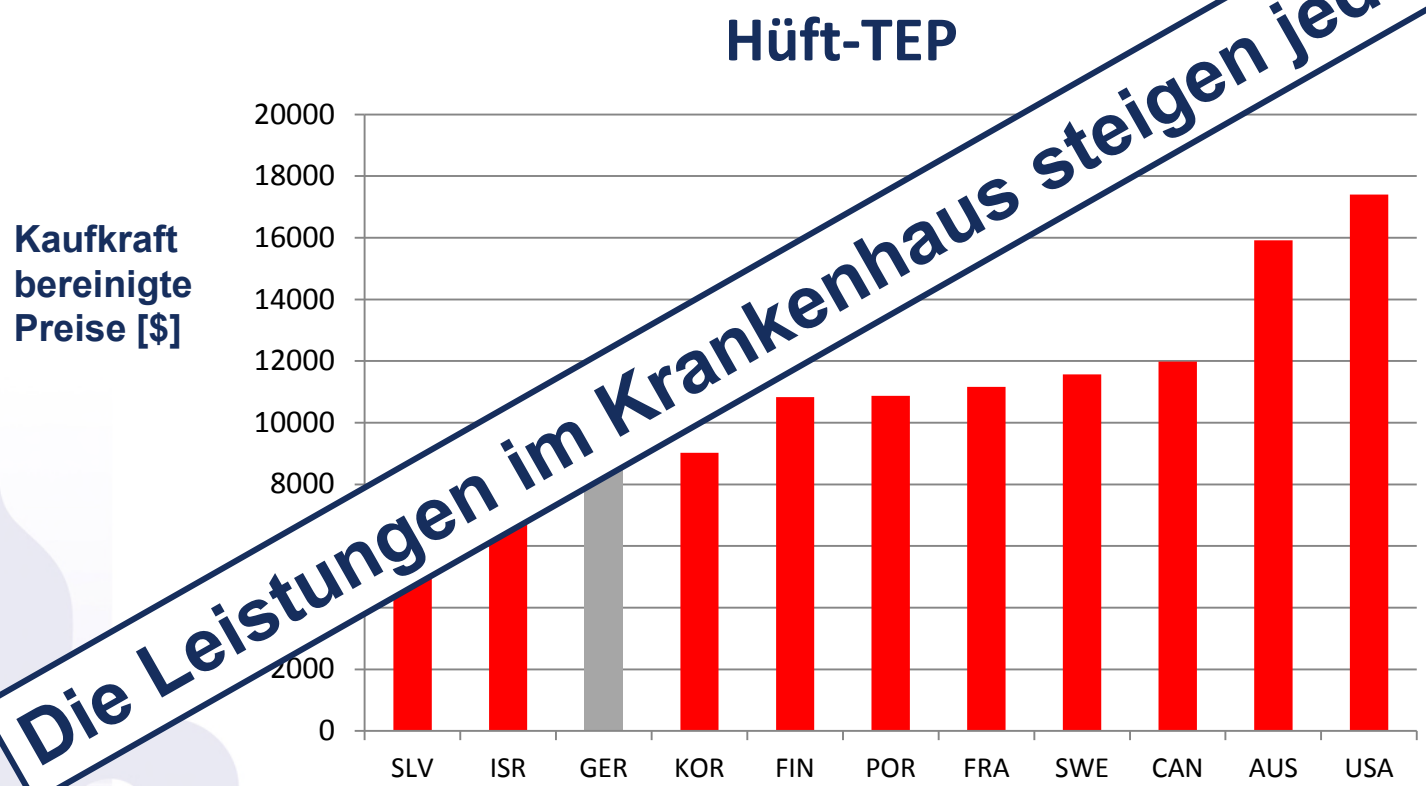
Koechlin et al. (2010) Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries. *OECD Health Working, Papers*, No. 53, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5km91p4f3rzw-en

SVR GESUNDHEIT

Klinikum Fulda

Deutschland hat vergleichsweise geringe Preise

Die Leistungen im Krankenhaus steigen jedes Jahr



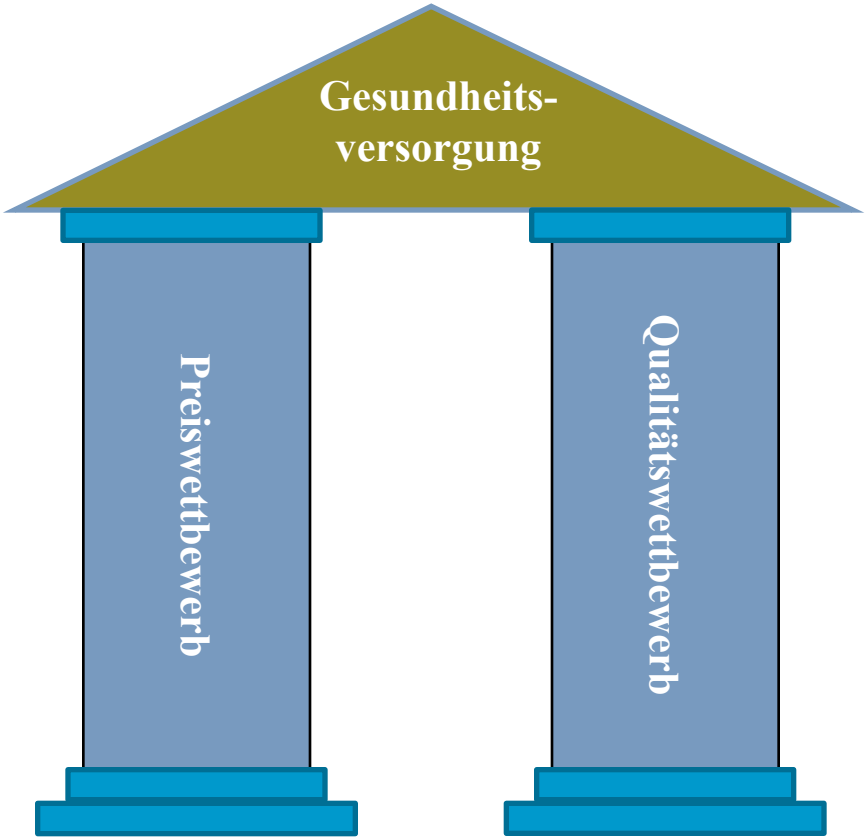
Koechlin et al. (2010) Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries. *OECD Health Working, Papers*, No. 53, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5km91p4f3rzw-en

Die Ursachen der Fallzahlsteigerung liegen auch im Vergütungssystems

- **Es müssen Überschüsse „erwirtschaftet“ werden für wichtige Investitionen (hoher Investitionsstau) = Umsätze müssen schneller steigen als Kosten**
- **Andere Vergütungskomponenten außer DRGs spielen keine Rolle**
- **Qualität spielt im Vergleich zu anderen Ländern eine geringere Rolle**
- **KH/Strukturen mit hohen Vorhaltekosten geraten unter Druck (Interventionen 24h an 365 Tagen)**

Dies geht zu Lasten von Patienten, Pflegenden, Ärzten

Qualitätswettbewerb als zweite Säule



Qualitätsindikatoren: Was wird gemessen?

- **Strukturindikatoren**
  (z.B. Öffnungszeiten, technische Ausstattung, Ausbildung des Personals)

- **Prozessindikatoren**
  (z.B. Leitlinientreue)

- **Ergebnisindikatoren**
  (z.B. Sterbefälle, Komplikationsraten)

Qualitätsindikatoren: Grenzen

Qualitätsmessung – Validität

- **Positive Ausprägungen von Struktur- und Prozessindikatoren sind *nicht* gleich-bedeutend mit besserer Ergebnisqualität (z.B. Überversorgung infolge Leitlinientreue bei Mehrfacherkrankten)**

- **Zurechenbarkeit: Ausprägung von Ergebnisindikatoren wird nicht nur durch einzelnen Arzt / einzelne Klinik beeinflusst (u.a. andere Ärzte, andere Kliniken, Patient)**

Fallzahlproblematik

- **Von 100 Knie-TEPs 2010 wurden 1,3 wegen Komplikationen erneut operiert*. Um Qualitätsunterschiede (und nicht Zufalls-verteilungen) zu erkennen, braucht ein Krankenhaus mindestens 447 Knie-TEPs. Diese Fallzahl erreichen nur 2,5% aller Häuser.***

- **Je geringer das Risiko, desto höher die statistisch erforderliche Mindestfallzahl: beim zentralen Indikator Sterblichkeit erreichen nur Herzoperationen ausreichende Fallzahlen****

* AQUA (2011): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungs-bezogene öffentliche Berichterstattung; ** AQUA (2011): Qualitätsreport 2010

Voraussetzungen für Qualitätswettbewerb

1. **Qualitätsmessung**
2. **Qualitätstransparenz**
3. **Vergleich**
4. **Qualitätsverbesserung**

   a) „Informiertere“ Entscheidungen (Selektion) durch Patienten, Einweiser oder Selektivvertragspartner

   b) Verbesserung durch gegenseitiges Lernen von den Besten („Benchmarking“)

Krankenhausstrukturgesetz – 1.1.2016

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung u.a.

- Ausbau der Qualitätsberichte
- Pay-for-performance (P4P)
- Qualitätsverträge
- Qualität als Bestandteil der Krankenhausplanung

Effektivität wird v.a. von folgenden Faktoren abhängen

- Akzeptanz bei Ärzten und Patienten
- Auswahl der Datengrundlagen
- Auswahl der Indikatoren
- Rechtsicherheit der Umsetzung

Deutschland verfügt über herausragende Datengrundlagen

Klinikum Fulda

Kassenroutinedaten § 301 Daten (Krankenhaus), § 295 (ambulant) und § 300 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 31 SGB V (Arzneimittel)	• Umfassende Information zum gesamten Krankheitsverlauf (ambulant, stationär etc.) • Zusätzliche Indikatoren, z.B. Wiedereinweisung, möglich im Vergleich zu § 21 Daten • Ermöglichst valide Risikoadjustierung • Besonders wichtig für Indikatoren zu Ergebnisqualität • Herausforderung: Daten müssen erst zusammengeführt werden
Krankenhausabrechnungsdaten § 21 KHEntgG Daten	• Keine longitudinale Perspektive • Kein umfassendes Bild über Krankheitsverlauf, d.h. keine prä- und poststationären Referenzpunkte möglich • Risikoadjustierung möglich, aber weniger Informationen als bei Routinedaten • Leistung kann u. U. „verschwimmen“, z.B. durch Verlegungen • Vorteil: Daten bereits vorhanden
Daten aus externer Qualitätssicherung § 137 SGB V Daten	• Selbstauskünfte der Krankenhäuser • Kein umfassendes Bild über Krankheitsverlauf, d.h. keine prä- und poststationären Referenzpunkte möglich • Risikoadjustierung noch schwieriger • Vorteil: Daten bereits vorhanden

Qualitätszu- und abschläge (Pay-for-Performance)

G-BA soll Leistungen festlegen, die für eine messbare Unterscheidung von außerordentlich guter beziehungsweise unzureichender Qualität geeignet sind; hierfür soll es Qualitätszu- bzw. abschläge geben

P4P wird im stationären Sektor in vielen OECD-Ländern verwendet

- Überwiegend in angelsächsischen und ostasiatischen Ländern
- Überwiegend aggregierter Score mit Prozess- und zum Teil auch Ergebnisindikatoren
- Geringe finanzielle Zu- (und Abschläge) von etwa 2% des Krankenhausbudgets
- Maßnahmen kommen als Teil eines Gesamtpakets (z.B. Ergebnisveröffentlichungen…)

Evidenz aus anderen Ländern bisher gemischt – nur wenige gute Studien

- Erfolg hängt von Wahl der Indikatoren und Art des finanziellen Anreizes ab
- Veröffentlichung der Ergebnisse setzt starke Anreize
- Führt zu allgemeiner Diskussion und steigender Bedeutung von Versorgungsqualität

Milstein und Schreyoegg. Pay for performance in the inpatient sector. Health Policy 2016

Mögliche Indikatoren für Qualitätszu- / abschläge

(grundsätzlich betrifft dies nur ausgewählte Indikationsbereiche)

Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität
International: Strukturindikatoren - selten, Prozessindikatoren - immer, Ergebnisindik. - häufig

Strukturindikatoren eher für KH-Planung relevant z.B. Verfügbarkeit MRT o. Intensivbetten für bestimmte Interventionen, 24h Nierenersatzverfahren

Prozess- u. Ergebnisindikatoren werden primär herangezogen, z.B. Infektionsraten, poststationäre Mortalitäts- und Wiedereinweisungsraten

Indikationsqualität: medizinische Notwendigkeit belegt, Teilnahme am Register, Scores, eventuell ambulantes Zeitfenster vor Einweisung (Zweitmeinungsverfahren)

Beispiel: Akuter Myokardinfarkt

Behandlungsprozess

Primäre PCI innerhalb von 90 min nach Ankunft
Therapie nach Leitlinien
Vermittlung von Adressen zum Koronarsport, Raucherentwöhnungsprogramm u.a.

Ergebnis

Mortalität im Krankenhaus / 1 Jahr nach Entlassung

Cave: bei langen Transportwegen mag die Krankenhausmortalität niedrig sein

Beispiel: Akutes Nierenversagen

Behandlungsprozess

Hinzuziehung eines Nephrologen innerhalb von 12 h
Ausschluss eines postrenalen Nierenvesagens in 2 h
Dokumentation Ausfuhr alle 12 h
...
Sicherstellung einer poststationären Nachsorge

Ergebnis

Mortalität im Krankenhaus / 1 Jahr nach Entlassung
Terminale Niereninsuffizienz nach 1 Jahr

Bei der Indikatorenauswahl wird die Rechtssicherheit eine große Rolle spielen – Statistische Validität

Haben die Krankenhäuser genügend Fälle für Indikator X?

Beschränkung auf **besonders häufige Interventionen/Fallkonstellationen**

- **Prozessqualität**: weniger problematisch
- **Ergebnisqualität**: oftmals problematisch, da wenige Ereignisse, poststationäre Daten der KK wichtig, erhöht Zahl der Ereignisse um 50-300%
- **Indikationsqualität**

-> Problem: bei zu kleinen Fallzahlen kann kein sign. Unter- oder Überschreitens eines Referenzwertes festgestellt werden; dann weder Zu- noch Abschläge (auch gängige Praxis in anderen Ländern)

Qualitätsmessung – Fallzahlproblematik

Klinikum Fulda

- **Von 100 Knie-TEPs wurden 1,3 wegen Kompli-kationen erneut operiert*. Zur Erkennung von Qualitätsunterschiede (nicht Normalverteilung) braucht ein KK mindestens 100 Knie-TEPs Diese Fallzahl erreichen nur 2,5% aller Häuser.***
- **Je geringer die Komplikationsrate, desto höher die statistisch erforderliche Mindestfallzahl: beim zentralen Ergebnisindikator Sterblichkeit erreichen nur Herzoperationen ausreichende Fallzahlen****

Weiteres Problem: Sektorbeschränkung und zu kurze Nachbeobachtungzeit

* AQUA (2011): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungs-bezogene öffentliche Berichterstattung; ** AQUA (2011): Qualitätsreport 2010

Bei der Indikatorenauswahl wird die Rechtssic eit eine große Rolle spielen – interne Validität

Cave **Selektion**, cave falsche **Risi**

Bei Notfallindikationen wen

Beispiel: Myokardinfa ch hier Gegenbeisp

■**Risikoadi** sser als für andere mationen

, frühere KH-Aufenthalte

Mit Selektion, Konzentration auf bestimmte häufige Leistungen, die möglichst standartisiert erfassbar sind, fallen Patienten mit selteneren Erkrankungen, seltenen Prozeduren aus dem Fokus.

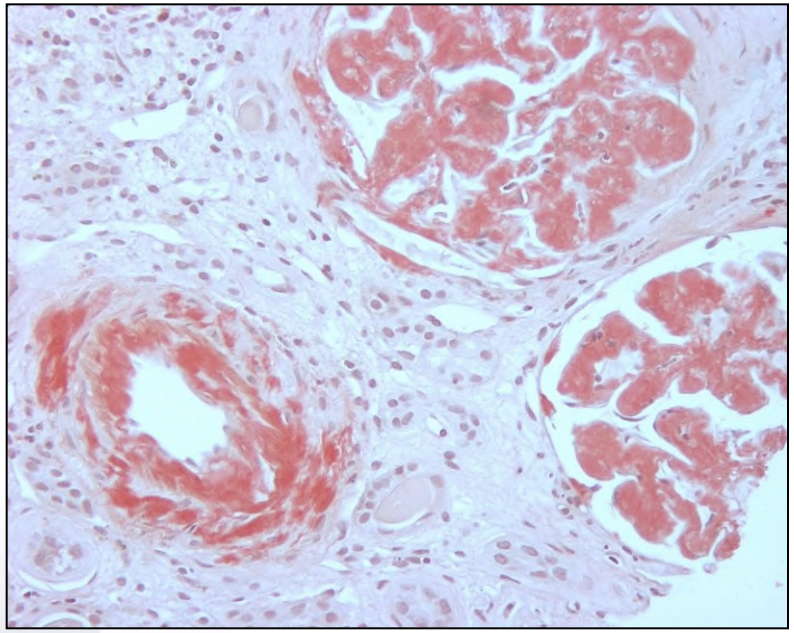
Cave – Rare Diseases – ca. 5 % der Bevölkerung „lohnen“ sich auch schon ambulant nicht mehr!

Beispiel – Seltene Erkrankung

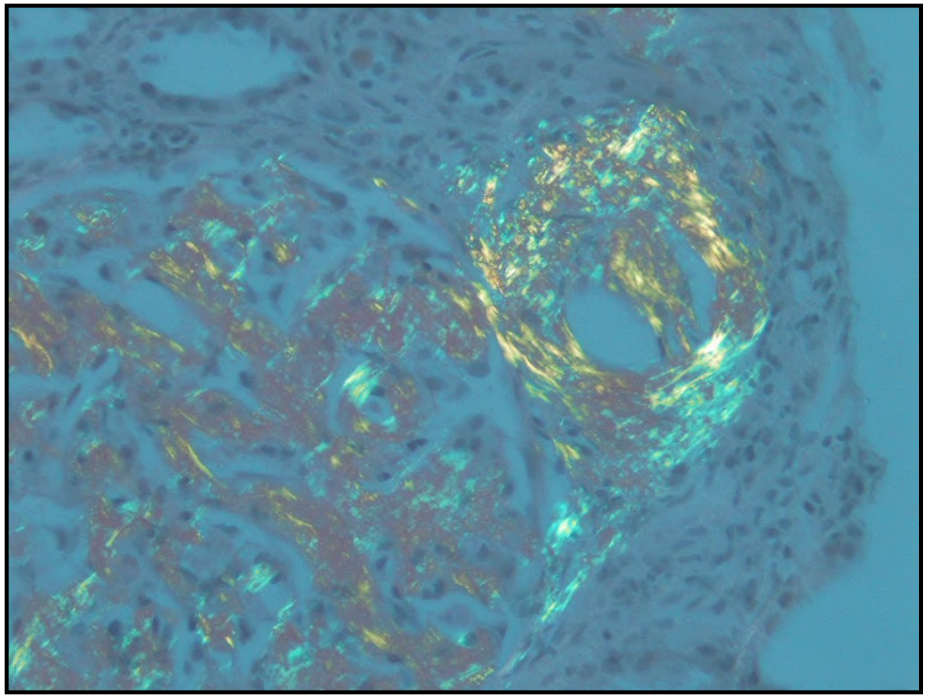
- 45jährige Patientin stationäre Aufnahme
- Leitsymptom: AZ-Verschlechterung, Übelkeit, Ödeme
- „Leidsymptom“ – Patientin war bei 5 KV-Fachärzten, in 3 KH und hatte keine Unterlagen mit, wusste aber von vielen Untersuchungen
- Anamnese und Untersuchung: 1 h
- Beschaffung der Befunde: 1 h
- Telefonate mit anderen Ärzten: 30 min
- Diagnosestellung 20 min
- Beratung und weiteres Prozedere festlegen mit Patientin und Angehörigen 20+30 min
- Kodierung und Erlös?

Kongorot positiv (Mesangium und in der Wand der Arteriole)

Klinikum Fulda



Kongorot positiv im polaris. Licht: grüne Doppelbrechung



Qualitätsverträge

Pressemitteilung

G-BA legt vier Leistungsbereiche für die Erprobung von Qualitätsverträgen fest

Berlin, 18. Mai 2017– Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin vier stationäre Leistungen beziehungsweise Leistungsbereiche festgelegt, zu denen das gesetzlich neu vorgesehene Instrument der Qualitätsverträge erprobt werden soll:

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten sowie
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus.

Qualitätsverträge

- **Erhöht Qualitätssensitivität und Trans für Patienten**
- **Grundvoraussetzungen auf**
  - Vergleichbarkeit der Kranke er
  - Transparenz für Patien tscheidend
  - Festlegung von M kriterien kann unterstützend wirken
  - **Weiter usforderungen**
  - Pri elektive Eingriffe bezogen – Cave Selektion
  - nt muss bereit sein, dieses KH auszuwählen
  - Die meisten Krankenkassen müssen de facto Kooperationspartner suchen

Wichtig: der aufgeklärte, informierte Patient

Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung

Klinikum Fulda

- **KHSG stattet Länder mit neuen Planungskompetenzen aus (dargestellt im Folgenden)**
- **Wie ist dies in andern Ländern? Skandinavischen Staaten planen schon länger auf Basis von Qualitätskriterien**
- **Beispiele für Qualitätsrichtlinien aus Dänemark**

  Richtlinien können sowohl das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Leistungsbereiche gelten

  –Technische Ausstattung z.B. CT vorhanden als Voraussetzung für bestimmte Leistungen

  –Vorhaltung von Abteilungen, Intensivbetten vorhanden als Voraussetzung für bestimmte Leistungen

  –Patientenvolumina

  –Patientensicherheit

Beispiel Transplantation

Beispiel Nierentransplantation

- **Der G-BA hat Mindestmengen für die Nieren- u. Lebertransplantation festgelegt**
- **Wenn die Zahl von 25 Nieren-Tx im Jahr nicht erreicht wird, darf das Zentrum im nächsten Jahr nicht mehr transplantieren**
- **Ziel dieser Mindestmengenregelung in der Nieren- und Leber-Tx (bei z.B. Herzen und Lungen gibt es das nicht) ist eine Zentralisierung, auch wenn es keine Evidenz für eine Qualitätssteigerung gibt**

Beispiel Nierentransplantation

- **Es gibt keine wissenschaftliche Grundlage für eine bessere Versorgung und keinen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität in der Nierentransplantation**
- **So haben die Daten der Qualitätssicherung in der Nieren-Tx gezeigt, dass die Zentrumsgröße keine Rolle spielt**
- **Die Berichte der Prüfungs- und Über-wachungskommission der BÄK zeigen, dass gerade kleine Zentren gute Qualität und wenig Richtlinienverstöße aufweisen**

Beispiel Nierentransplantation

Qualitätsindikator	Refe-renz	Zähler/ Nenner	Ergebnis	Vertauens-bereich	Entwick-lung
Sterblichkeit im KH					
Sofortige Funktionsauf-nahme des Transplantats	≥60%				
	≥ 90% **	542/573	94,59%	92,42-96,16%	
Qualität d.Transplantat-funktion bei Entlassung					
Intra- oder postoperative Komplikationen					

** Lebendspender

Beispiel Transplantation

- Die Regelung setzt falsche Anre
- Perspektivisch werden kle n schließen, die Versor schaft wird sich zu Lasten de verändern
- Der Fachkrä n der Transplantationsr d sich verstärken
- Di renz des Entwicklungsprozess beziehung der Fachgesellschaften, entenvertreter und der Öffentlichkeit ist kontraproduktiv bzgl. des Vertrauens der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin

Und das, nachdem die Zahl der Organspender 2017 auf eine Tiefstand von 797 (-60 gegenüber 2016) gefallen ist

Beispiel Transplantation

- **Es gibt Qualitätsdaten zur Transplantation**
- **Diese sind verlässlich, sie werden kontrolliert und können zentral ausgewertet werden**
- **Hier zeigt sich über 3 Jahre kein Unterschied in der Qualität kleiner und großer Zentren**
- **Die Zahl von 25 ist aufgrund des Rückgang der Spenderzahlen für 1/3 der oft universi-tären Zentren problematisch**
- **Ziel ist eine Zentralisierung, auch wenn keine Qualitätssteigerung erreicht wird**

Initiativen der Krankenhäuser zur Qualitätsverbesserung

- **Zertifizierung**
- **CIRS, Fehlerkultur**
- **Initiative Qualitätsmedizin – IQM**

- **Wichtig: wenig Aufwand – auf Routinedaten basierendes Indikatorensystem**
- **Vergleich der beteiligten Kliniken mit Qualitätstransparenz als Ansatz für**
- **Internes Qualitätsmanagement und Durchführung von Peer-Reviews**

Pflegebedarf und Stärkung der Pflege

ulda

- **Koalitionsvertrag 12/2013 „Eine sichere Behandlung ist ... nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird“**
- **Daten (selten aus Deutschland) zeigen, dass eine höhere Zahl von Pflegekräften assoziiert ist mit**
  - geringerer Sterblichkeit
  - weniger Infektionen, weniger Stürzen
  - weniger Wiedereinweisungen
  - weniger Medikationsfehlern
  - höherer Patientenzufriedenheit

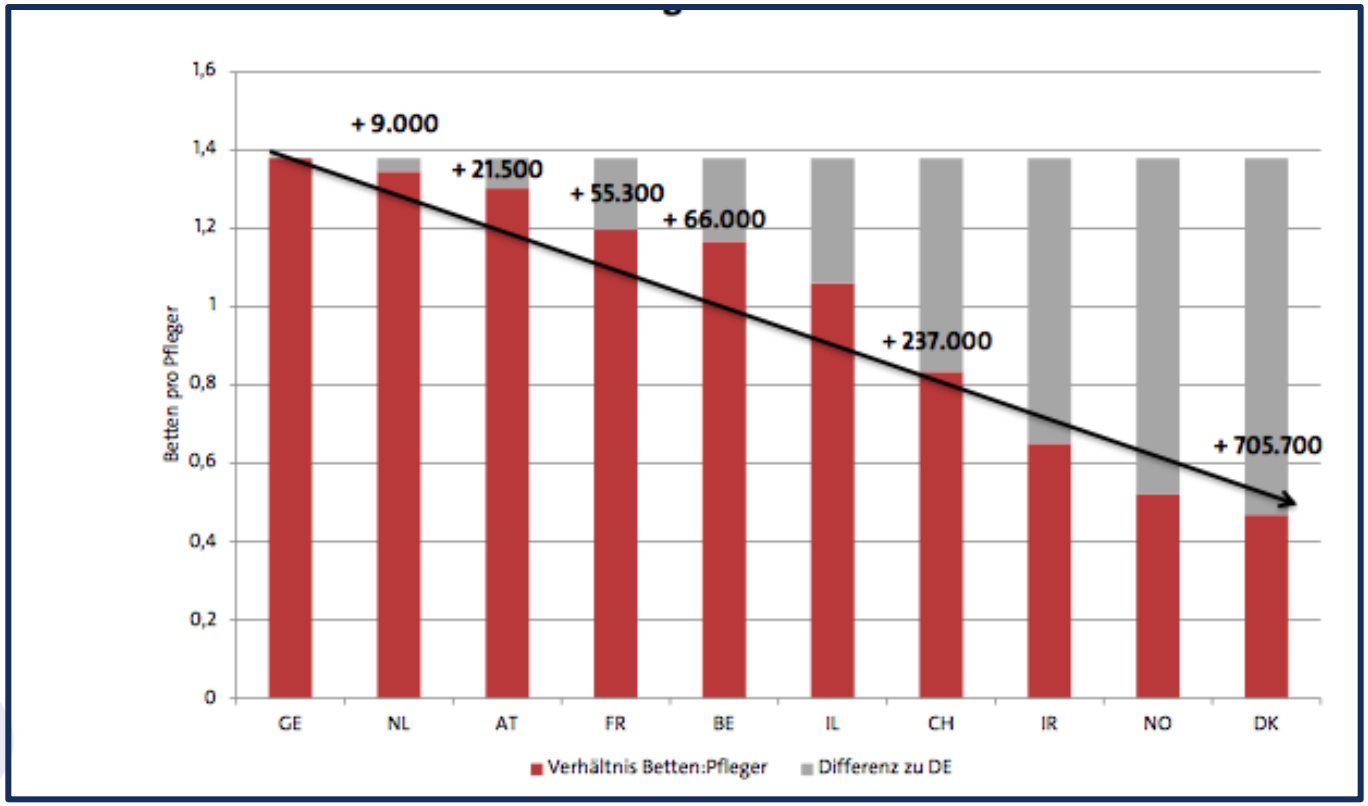
Klein, Schwinger. Krankenhausreport 2014, Griffiths et al. Int J Nursing Studies 2016, Aiken et al. Lancet 2014; Kraska et al. Health Expect 2016

- **Weitere Faktoren: Zufriedenheit, kollegiale Beziehung Arzt-Pflege, niedrige Fluktuation, Mitbestimmung, Zahl/Qualifikation der Ärzte**

Krankenhausreport 2017

- **Personalmindeststandard in der Pflege**

Betten pro Pfleger in ausgewählten OECD-Staaten



Pflegebedarf und Stärkung der Pflege

Es besteht ein erheblicher Fachkräftemangel in der Pflege

- **Die Quantifizierung der in KH tät Pflegenden ist schwierig**
- **Nach OECD ist im Ver zu Deutschland in Österreich, Nied de, Frankreich die Zahl der Bett Pflegekraft geringer**
- **Befragu on Pflegenden im KH zeigen eine mende Belastung**
- **ufbau von Pflegekräften wird mit hoher Wahrscheinlichkeit die Versorgungsqualität in deutschen KH erhöhen wird**
- **Pflegesensible Bereiche werden identifiziert**

Empfehlungen

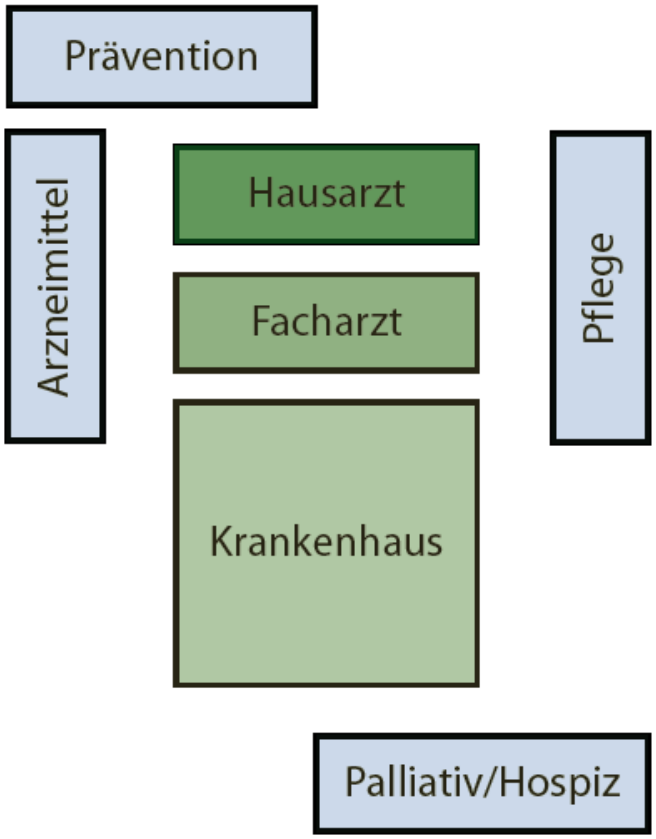
Klinikum Fulda

- Internationalen Beispiele beachten
- Behutsame Entwicklung und Integration. Qualitätszu- u. -abschläge nur graduell entwickelt, Evaluation!
- Transparenz ist wichtig, Veröffentlichung entscheidender Erfolgsfaktor
- Reformen auf Basis von Evidenz, das gilt auch und besonders für die Mindestmengenregelungen
- Die Initiative der KH sollte gefördert werden
- Änderungen in der Krankenhausfinanzierung notwendig – Fallzahlsteigerungen zu Lasten von Patienten u. Personal
- Personelle Ausstattung wird zum Hauptproblem – immer mehr, immer schneller, heißt nicht immer perfekter, im Gegenteil
- Sicherung der notwendigen Fachkräfte, Sicherung des Arbeitsstandortes Krankenhaus

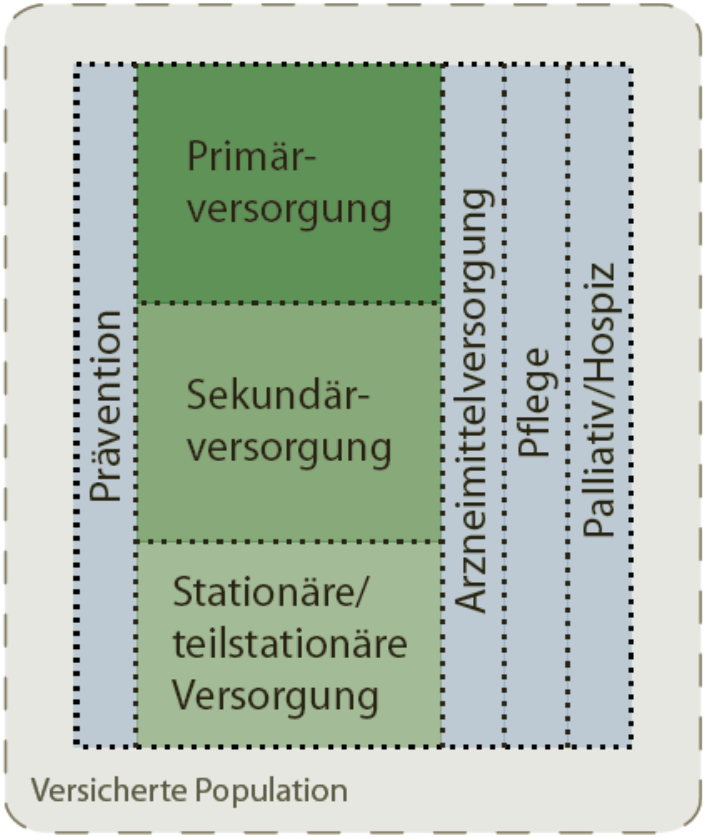
SVR GESUNDHEIT

Klinikum Fulda

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend



SGA 2009

Populationsorientierte Indikatoren

Klinikum Fulda

- **Bezogen auf eine Population:** z.B. alle **Einwohner** eines Kreises o. Regierungsbezirks o. alle eingeschriebenen **Versicherten** eines Ärzte- / Versorgungsnetzes
- **Nicht nur** für **Patienten** / eine **Praxis** / eine **Klinik**
- **Auch Prävention** oder **Unterversorgung** wird **erfasst**

Gemeinsam für ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung

- **Übernahme von gemeinsamer Qualitätsverantwortung** (wie heute nur für Klinikärzte eines Hauses) wird gezielt **gestärkt**
- **Qualitätsvergleiche zwischen Regionen möglich**

Beispiel für Regionenvergleich patientenrelevanter Endpunkte

Klinikum Fulda

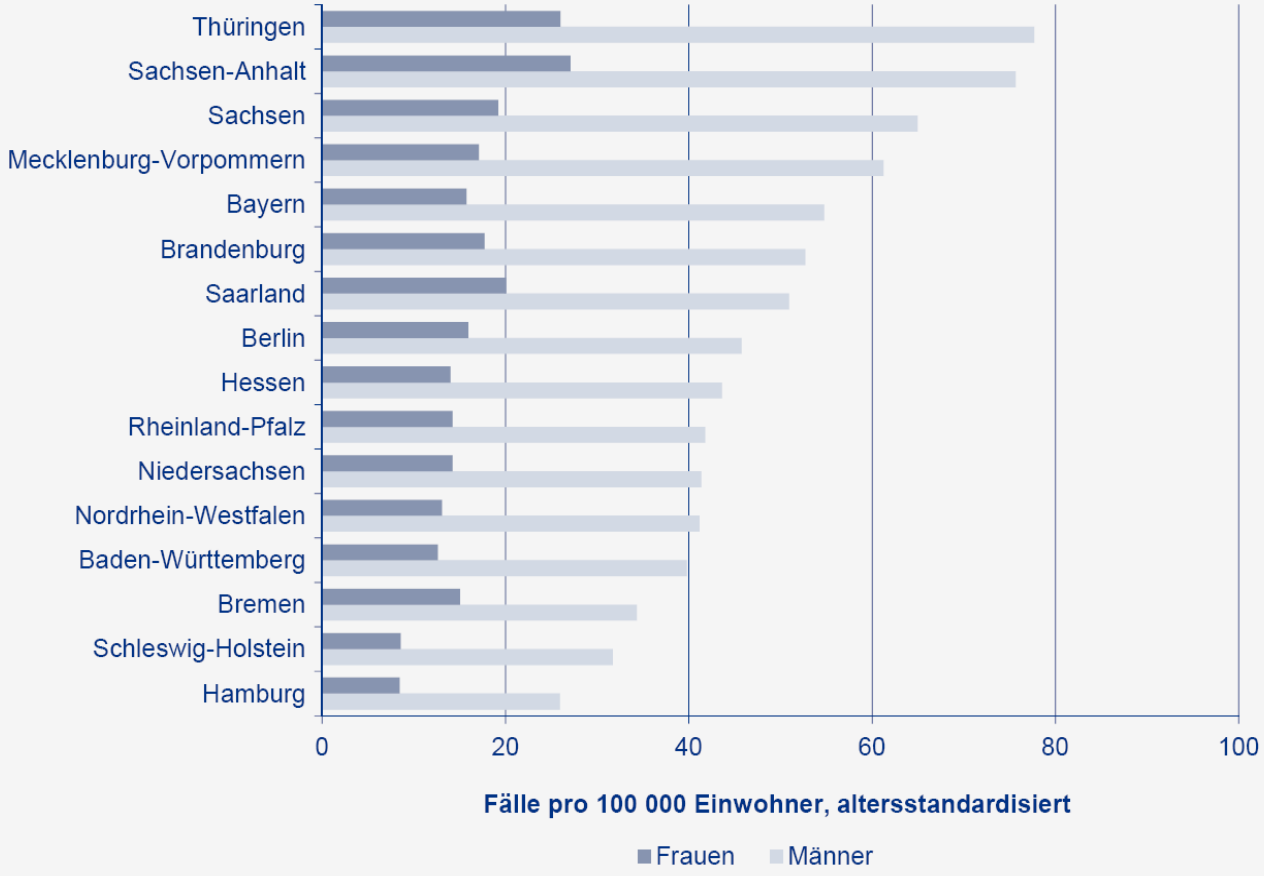


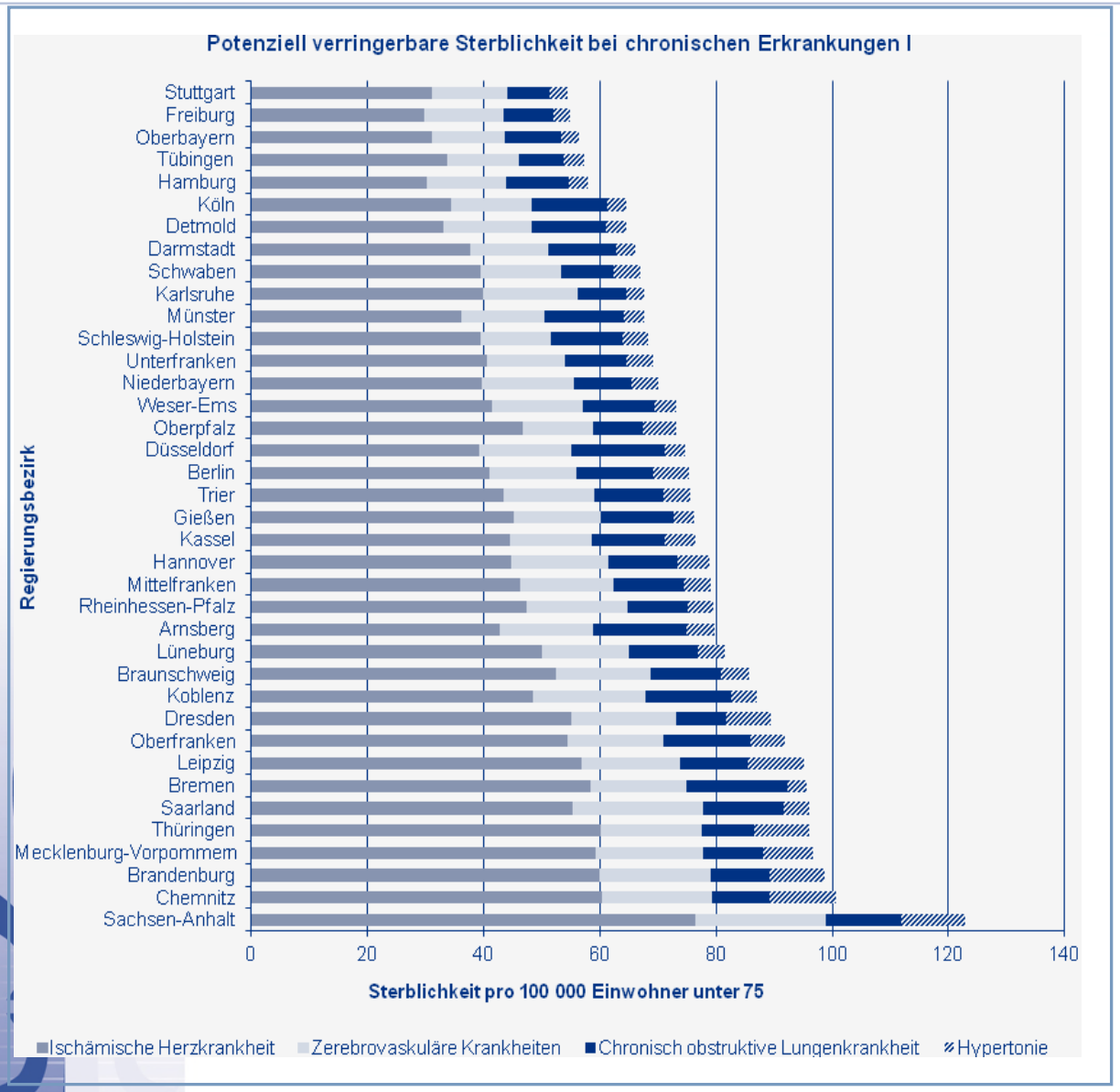
Abbildung 15: Amputationen an den unteren Extremitäten bei Diabetes mellitus

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten von Weyermann et al. 2010

Ursachen?

Beispiel verringerbare Sterblichkeit

Klinikum Fulda



Ursachen

Kodierung?

Sozioökon. Einflüsse?

Versorgungsstruktur?

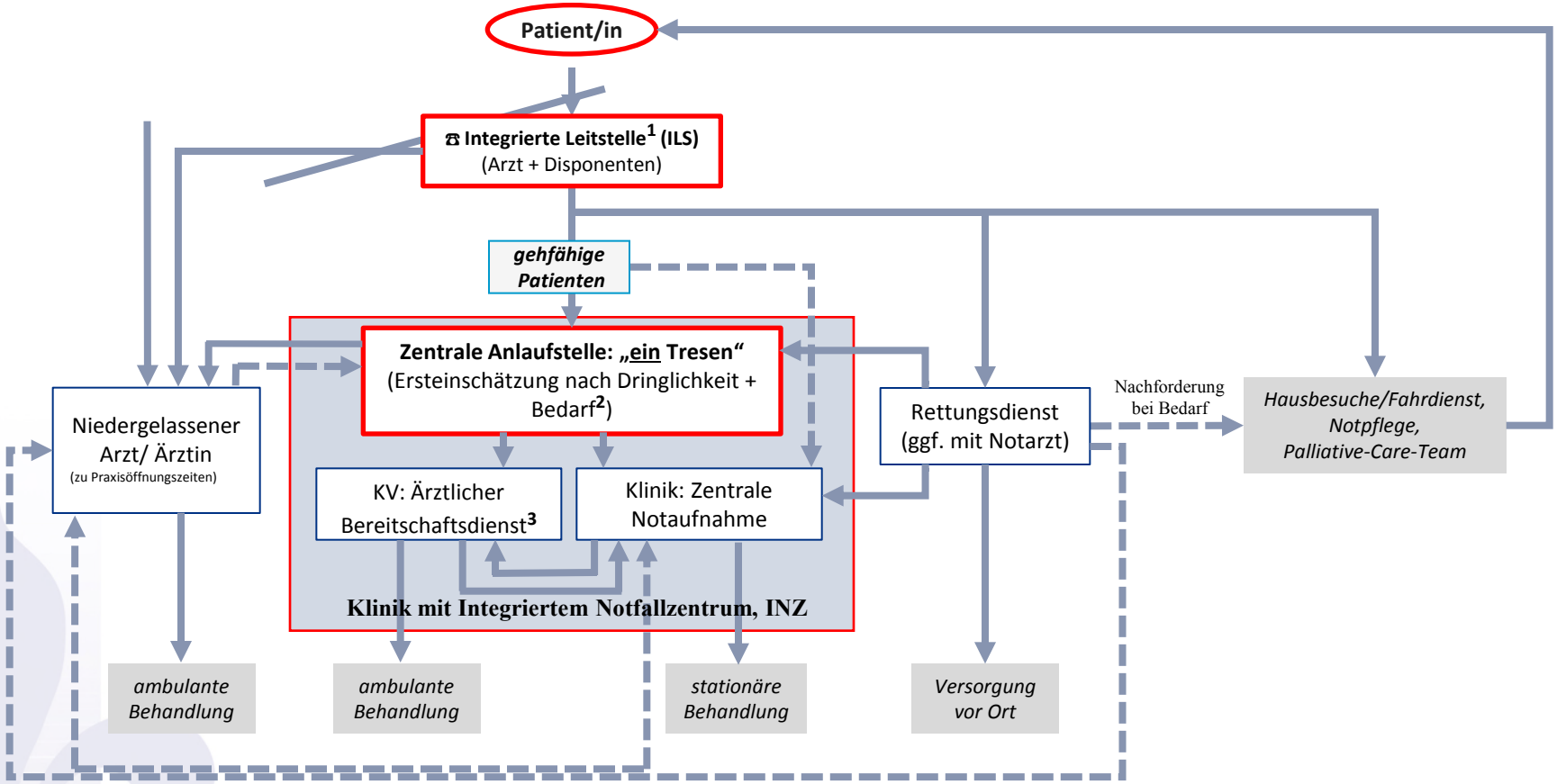
(Regierungsbezirke)

Quelle: eigene Berechnung SVR nach Statistisches Bundesamt 2010

Sektorübergreifend, auch in der Qualitätssicherung

Klinikum Fulda

Integrierte Notfallversorgung *(Entwurf)*



1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle

2 Ersteinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Ersteinschätzung muss unabhängig von Interessenskonflikten, die Patienten stationär aufzunehmen, erfolgen.

3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst