



## Krankenhausstrukturreform – Qualität in der Krankenhausplanung

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende

Verband der Ersatzkassen e. V.



Gesundheitspolitisches Symposium 2015  
Konrad-Adenauer-Stiftung am 21.11.2015  
in Schwerin



# Agenda

1. Bisherige Qualitätssicherung
2. Krankenhausstrukturreform – Qualitätsorientierung
3. Finanzierung und Handlungsbedarf



## Status quo der stationären Versorgung

## Ausgangslage: Gewachsene Strukturen durch Reformstau

- Seit der DRG-Einführung hat es keine Krankenhausreform mehr gegeben (**Reformstau**).
- Die Krankenhausstrukturen haben sich seit der DRG-Einführung nach den ökonomischen Interessen der Krankenhausträger entwickelt.
- Die Länderplanung gibt keine Richtungen vor, sondern schreibt ziellos die gewachsenen Strukturen fort.
- Es besteht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Der ambulante Sektor entwickelt sich regional gesehen ähnlich.

## Qualität und Versorgung

- In den urbanen Regionen gibt es Überkapazitäten, die zu einer Überversorgung führen.
  - ↳ Ökonomisch motivierte Leistungs- und Fallzahlsteigerungen bedeuten **fehlende Indikationsqualität**.
- In ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten gibt es eine Tendenz zur Unterversorgung.
  - ↳ Kleine Fallzahlen führen entsprechend der Mindestmengen-  
theorie zu einem **Problem der Ergebnisqualität**.



## Internationale und nationale Unterschiede

- International sind wir Spitzenreiter bei den Ausgaben.
- International gesehen haben wir zwar ein gutes, nicht aber ein herausragendes Qualitätsniveau.
- Zwischen den Krankenhäusern bestehen erhebliche Qualitätsunterschiede!

## Rückblick: Qualitätsoffensive der Ersatzkassen

- Das Thema Qualität hat für die Ersatzkassen seit Anfang der 90er Jahre einen sehr hohen Stellenwert.
- Daher haben die Ersatzkassen in 2013 erneut eine Qualitätsoffensive gestartet.
- Mit einer Studie haben wir bereits die Verbindung von Qualität und Krankenhausplanung aufgezeigt. ➔ [IGES-Studie](#)
- In 2014 haben sich die Ersatzkassen der Krankenhausplanung gewidmet. ➔ [RWI-Gutachten](#)
- Die [Krankenhausstrukturreform \(KHSG\)](#) nimmt diese Aspekte auf!

## Bisherige Qualitätssicherung



# Geschichte der Qualitätssicherung I

Jahr	Verfahren	Meilensteine
1975 1980 1984	Perinatalerhebung Tracer-Konzept Chirurgie QUADRA-Studie Herzchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiativen der Fachgesellschaften (interne Qualitätssicherung)</li> </ul>
1995	Fallpauschalen / Sonderentgelte	Ziel der externen QS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhinderung von Qualitätsverlusten durch das neue Anreizsystem der FP/SE</li> <li>• Vergütung durch Krankenkassen</li> <li>• Gründung der ersten Geschäftsstellen</li> <li>• „Institutionalisierung“</li> </ul>
2000	Bundesverfahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundeweit einheitlich</li> <li>• EDV-basiert</li> <li>• Verpflichtend und mit Sanktionen</li> <li>• Externe Intervention</li> </ul>
2004	Externe stationäre QS beim G-BA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenvertreterbeteiligung</li> <li>• DRG-Bezug</li> <li>• Follow-up für TX (3 J. Nachverfolgung)</li> </ul>
2007	Richtlinie Qualitätsbericht Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtendes Public-Reporting</li> </ul>
2010	Sektorenübergreifende QS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sektorenübergreifendes Setting</li> <li>• Follow-Up möglich</li> </ul>

## Geschichte der Qualitätssicherung II

- Qualitätssicherung fußt auf Initiativen der Ärzteschaft (**interne Qualitätssicherung**)
- über die Jahre immer weiter institutionalisiert und professionalisiert (**externe Qualitätssicherung**)
- mehrere Paradigmenwechsel:
  - ➔ Bundeseinheitlich und verpflichtend in 2000 → § 137 SGB V
  - ➔ Ansiedelung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2004
  - ➔ Einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Ergebnissen 2007
  - ➔ Sektorenübergreifende QS 2009 (Echtbetrieb 2016)
  - ➔ Sozialdatennutzung in 2012 (Echtbetrieb 2016)

## Wissenschaftlich–methodische Entwicklung der QS

- ab 2001 durch das BQS–Institut
- ab 2009 durch das AQUA–Institut
- ab 2016 durch das IQTiG

## Aufgaben des neuen Instituts (IQTIG) I

### Bisherige Aufgaben der Institution nach § 137a SGB V:

1. **Entwicklung** von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Messung der Versorgungsqualität und
2. die dafür notwendige **Dokumentation**.
3. Beteiligung an der **Durchführung** der Qualitätssicherung und
4. **Veröffentlichung** von Qualitätssicherungsergebnissen.

## Aufgaben des neuen Instituts (IQTIG) II

### Neu hinzukommende Aufgaben:

5. Für ausgewählte Bereiche **Krankenhausvergleiche** im Internet zur Verfügung stellen.
6. Für ausgewählte Bereiche Qualitätsmessung und -darstellung der ambulanten und stationären Versorgung auf Basis von **Sozialdaten** der Krankenkassen.
7. Öffentliche Bewertung von **Zertifikaten und Qualitätssiegeln** aus der ambulanten und stationären Versorgung.

## Perspektive des neuen Instituts (IQTIG)

Die Ersatzkassen fordern den Gesetzgeber auf, dem Institut noch weitere Aufgaben zuzuweisen:

- Die Entwicklung bzw. Ableitung **planungstauglicher Qualitätsindikatoren** aus den Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung.
- Die Entwicklung von Indikatoren für die **Indikationsqualität** zur Eindämmung ökonomisch motivierter Mengensteigerungen.

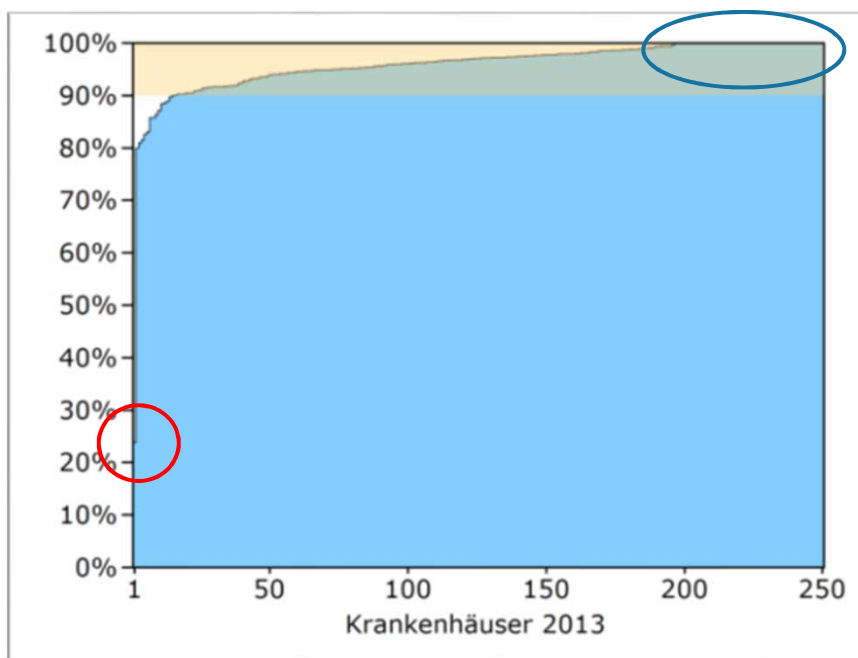
## Zwischenfazit Qualitätssicherung heute

- Seit fast **20 Jahren** wird externe Qualitätssicherung betrieben!
- Qualitätsverbesserungen lassen sich eher **fühlen als messen!**
- Über die Ergebnisse wird **viel geredet** (strukturierter Dialog)!
- Richtlinien des G-BA lassen sich **nicht** immer **operationalisieren!**
- Es fehlt der Bezug zur Umsetzung der G-BA-Vorgaben!
- Es **fehlen rechtssichere Konsequenzen!**
- Die heutigen Qualitätssicherungsverfahren bieten Ergebnisse, auf die aufgebaut werden kann!

## Exkurs: Qualitätskategorien und – unterschiede



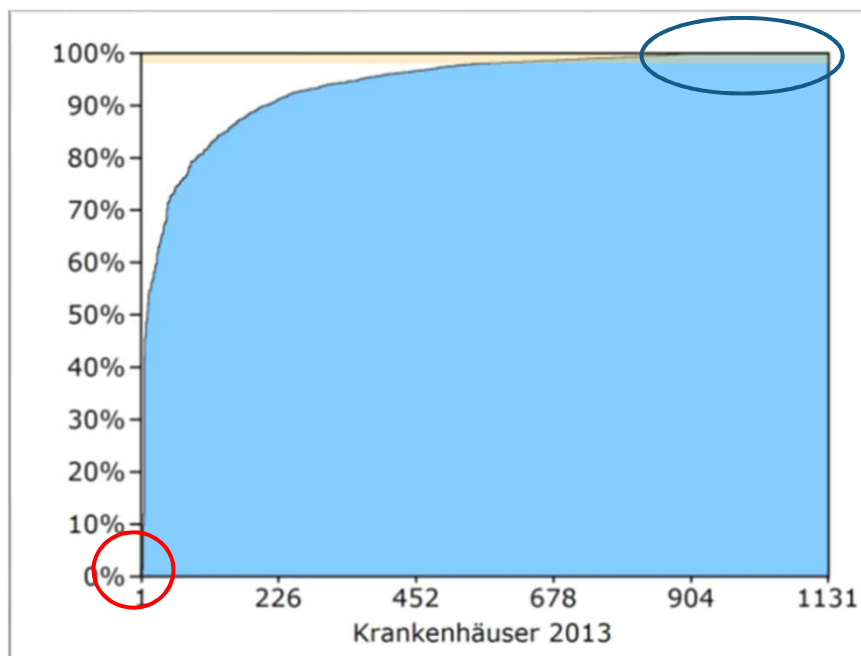
## Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Ein Kinderarzt sollte möglichst immer bei einer Frühgeburt anwesend sein, um das Kind nach der Geburt spezialisiert zu versorgen.
- Es gibt Krankenhäuser, die das nur in 24 Prozent ihrer Fälle schaffen und andere dagegen zu 100 Prozent.

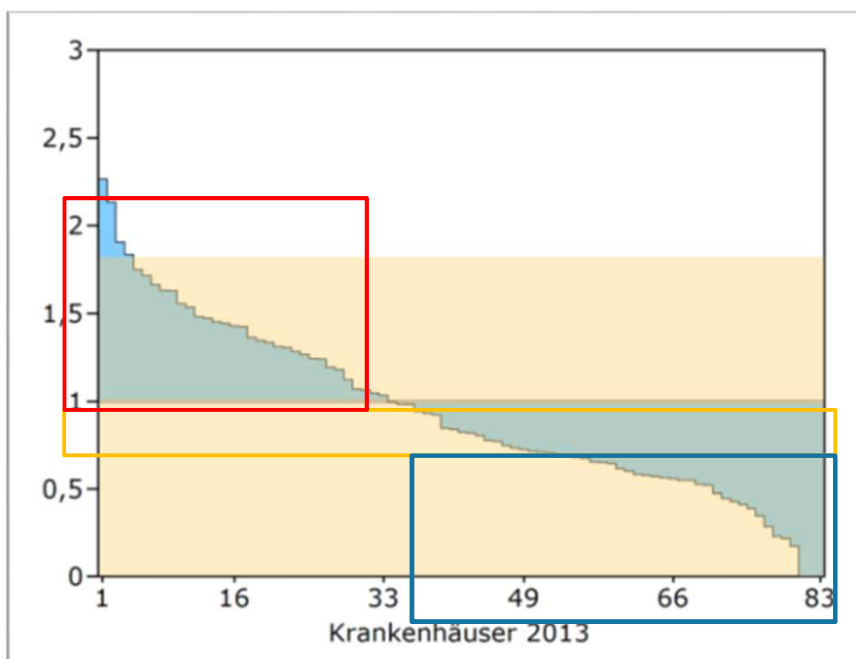
## Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Möglichst immer sollte bei Patienten mit einer Lungenentzündung die Atemfrequenz bei der Aufnahme in das Krankenhaus bestimmt werden.
- Es gibt Krankenhäuser, die das nie schaffen und andere dagegen zu 100 Prozent.

## Große Qualitätsunterschiede bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

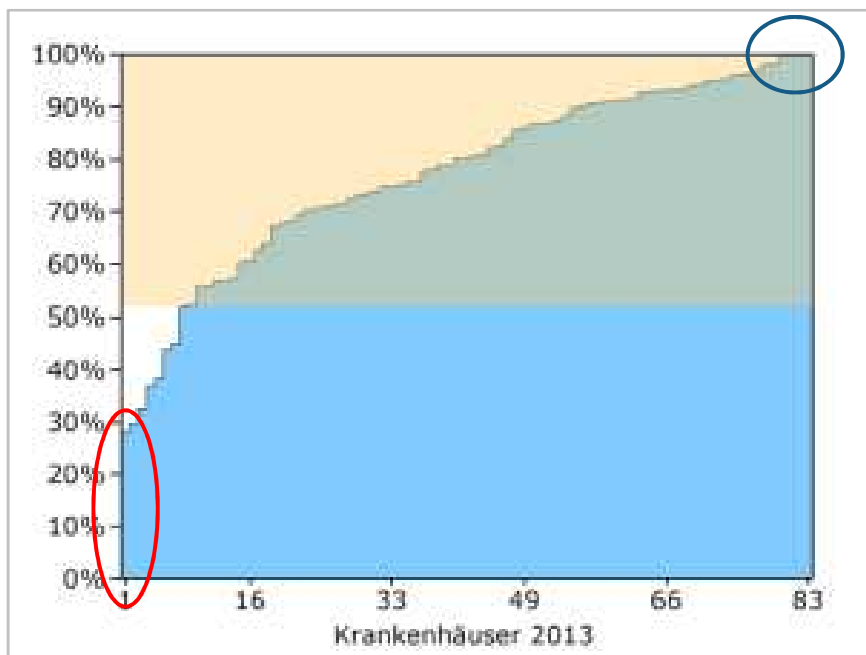


Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- ➔ Die Spannweite der Krankenhausergebnisse liegt zwischen 0 und 2,3fach.

- Das Qualitätsziel lautet: Möglichst selten sollte ein Patient nach einer minimal-invasiven Herzklappenintervention sterben.
- Der Indikator ermittelt,
  - ➔ den risikoadjustierten Durchschnitt (gelber Rahmen),
  - ➔ Krankenhäuser, die weniger Todesfälle als erwartet hatten (blauer Rahmen),
  - ➔ Krankenhäuser, die mehr Todesfälle als erwartet hatten (roter Rahmen).

## Große Qualitätsunterschiede bei der Indikations-qualität



Quelle: Bundesauswertung 2013, AQUA-Institut

- Das Qualitätsziel lautet: Eine TAVI sollte möglichst nur bei Patienten durchgeführt werden, die älter als 75 Jahre sind und einen log. EuroScore von über 20 Prozent haben.
- Es gibt Krankenhäuser, die sich immer an diese Kriterien halten und es gibt solche, die es nur in 28 Prozent ihrer Fälle schaffen.



# Krankenhausstrukturreform – Qualitätsorientierung

## Änderungen durch die Krankenhausstrukturreform – Qualitätsorientierung I

- Qualität wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als Kriterium aufgenommen.
- Der G-BA legt bis Ende 2017 Qualitätsziele und -indikatoren für geeignete Leistungen fest.
- Qualitätsverträge sollen in vier vom G-BA festgelegten Leistungsbereichen ermöglicht werden.
- Zu- und Abschläge für gute und unzureichende Qualität sind vorgesehen; der G-BA legt die Leistungsbereiche fest.
- Falls Abschläge erhoben wurden, sollen spätestens nach drei Jahren krankenhauserischer Konsequenzen gezogen werden.

## Änderungen durch die Krankenhausstrukturreform – Qualitätsorientierung II

- Die Verständlichkeit der Qualitätsberichte soll verbessert werden.
- Mindestmengen =>
  - ➔ Katalog planbarer Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Menge und Qualität vorhanden ist.
  - ➔ Rechtsichere Ausgestaltung
  - ➔ Ausnahmetatbestände
  - ➔ Nachweisregelung
  - ➔ Vergütungsausschluss

## Mindestmengen I

- „Erfahrung macht den Meister“
- Der Zusammenhang von Erfahrung und guter Ergebnisqualität ist unumstritten.
- Der Fließbandeffekt bzw. Routineeffekt ist bekannt und stellt diesen Grundsatz nicht in Frage.
- In den sechs Mindestmengenregelungsbereichen ist die gewünschte Konzentration nahezu ausgeblieben.
- Die Mindestmengenregelungen werden vielfach unterlaufen, beispielsweise durch Kooperationen.
- Knapp unterhalb einer Grenze besteht die Gefahr einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung.



## Mindestmengen II

- Lebertransplantation (inkl. Teilleber–Lebendspende):  
**28 Zulassungen\***
- Nierentransplantation (inkl. Lebendspende):  
**37 Zulassungen\***
- Komplexe Eingriffe an der Speiseröhre:  
**283 Zulassungen\***
- Komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse:  
**481 Zulassungen\***
- Stammzellentransplantation:  
**78 Zulassungen\***
- Kniegelenk–Totalendoprothesen (Prüfung ausgeschaltet):  
**933 Zulassungen**

\* Zulassungen (2014) = Krankenhäuser mit entsprechender Budgetvereinbarung

## Mindestmengen III

Anteil der Krankenhäuser, die die Mindestmenge 2011 nicht erreichten:

- Lebertransplantationen: 55 %
- Nierentransplantationen: 27 %
- Komplexe Eingriffe an der Speiseröhre: 68 %
- Komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse: 49 %
- Stammzellentransplantation: 35 %
- Kniegelenk–Totalendoprothese: 16 %
- Früh– und Reifgeborene: 56 %

Quelle: Peschke D, Nimptsch U, Mansky T: Achieving minimum caseload requirements: an analysis of hospital discharge data from 2005–2011. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 556–63.

## Wie sehen die Ersatzkassen die Qualitätsorientierung in der Reform?

- Zu- und Abschlagsmodelle (Pay for Performance bzw. P4P) verbessern nicht die Qualität, denn die Wirkung verpufft nach kurzer Zeit.
- Abschläge erheben bedeutet, Qualitätsmängel zu akzeptieren. Schlechte Qualität wird dann zwar seltener, aber bis dahin bleibt sie bestehen und die Patientensicherheit ist gefährdet.
- Dauerhaft schlechte Qualität muss zu einem Leistungsausschluss führen, nur so wird die Qualität der Versorgung insgesamt, aber auch für den einzelnen Patienten besser.
- Die rechtsichere Ausgestaltung der Mindestmengenregelung wird begrüßt.

## Planung I

- Der G-BA soll planungsrelevante Qualitätsindikatoren entwickeln.
- Der G-BA übermittelt den zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogen die Auswertungsergebnisse.
- Die Länder sollen diese anwenden.
- Die Länder können sich durch Landesrecht ganz oder teilweise der Geltung entziehen.

## Planung II

- Der G-BA beschließt bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen, insbesondere
  1. zur Erreichbarkeit
  2. zum geringen Versorgungsbedarf und
  3. für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.
- Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.
- Regelung zur Kündigung von Versorgungsverträgen werden vereinfacht.
- Qualität ist wichtiger als Trägervielfalt.
- Zentren als Bestandteil der Planung

## Wie sehen die Ersatzkassen die Reform der Krankenhausplanung? I

- Abschlüge für weniger gute Qualität dürfen auch keine Übergangslösung bis zum Leistungsausschluss werden!
- Der Leistungsausschluss auf Abteilungs- oder Krankenhaus-ebene bei dauerhaft schlechter Qualität durch Entzug des Versorgungsauftrages im Rahmen der **Länderplanung** wird in der Praxis tendenziell selten erfolgen.
- Es fehlt weiterhin die Rechtsgrundlage, in den **Budgetverhandlungen** einen Ausschluss einzelner Leistungen mit dauerhaft schlechter Qualität zu vereinbaren.

## Wie sehen die Ersatzkassen die Reform der Krankenhausplanung? II



## Exkurs: Strukturfonds



## Strukturfonds I

- Zur Verbesserung der Strukturen richtet das Bundesversicherungsamt (BVA) einen Strukturfonds ein.
- 500 Millionen Euro werden aus dem Gesundheitsfonds bereitgestellt.
- Die Länder und ggf. die Krankenhausträger beteiligen sich in gleicher Höhe.
- Zweck des Strukturfonds ist insbesondere
  - ➔ der Abbau von Überkapazitäten,
  - ➔ die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten,
  - ➔ die Umwandlung in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen.

## Strukturfonds II

Weitere Regelungen durch die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung:

- Die Umwandlung von nicht bedarfsnotwendigen in bedarfsnotwendige Fachabteilungen wird förderungsfähig **(Türschildwechselfinanzierung)**!
- Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen sein.
  - ➔ Fraglich ist, ob hierdurch die gewünschte „Hebelwirkung“ eintreten kann.

## Wie sehen die Ersatzkassen den Strukturfonds?

- Aufgrund der demographischen Entwicklung, die nicht nur den Gesundheitssektor, sondern auch den Arbeitsmarkt tangiert, ist ein **Strukturwandel** rechtzeitig einzuleiten.
- Begrenzte Personalressourcen müssen sachgerecht auf alle Regionen verteilt werden.
- Der Strukturfonds ist daher theoretisch der richtige Ansatz.
- Die Evaluation des Strukturfonds ist folgerichtig.
- Es wird sich zeigen, ob der Strukturfonds in der Praxis richtig umgesetzt wird.
- Der Strukturfonds darf nicht zur „**Abwrackprämie**“ zum **Geschäftsmodell** gewinnorientierter Krankenhausträger mutieren!



## Finanzierung und Handlungsbedarf

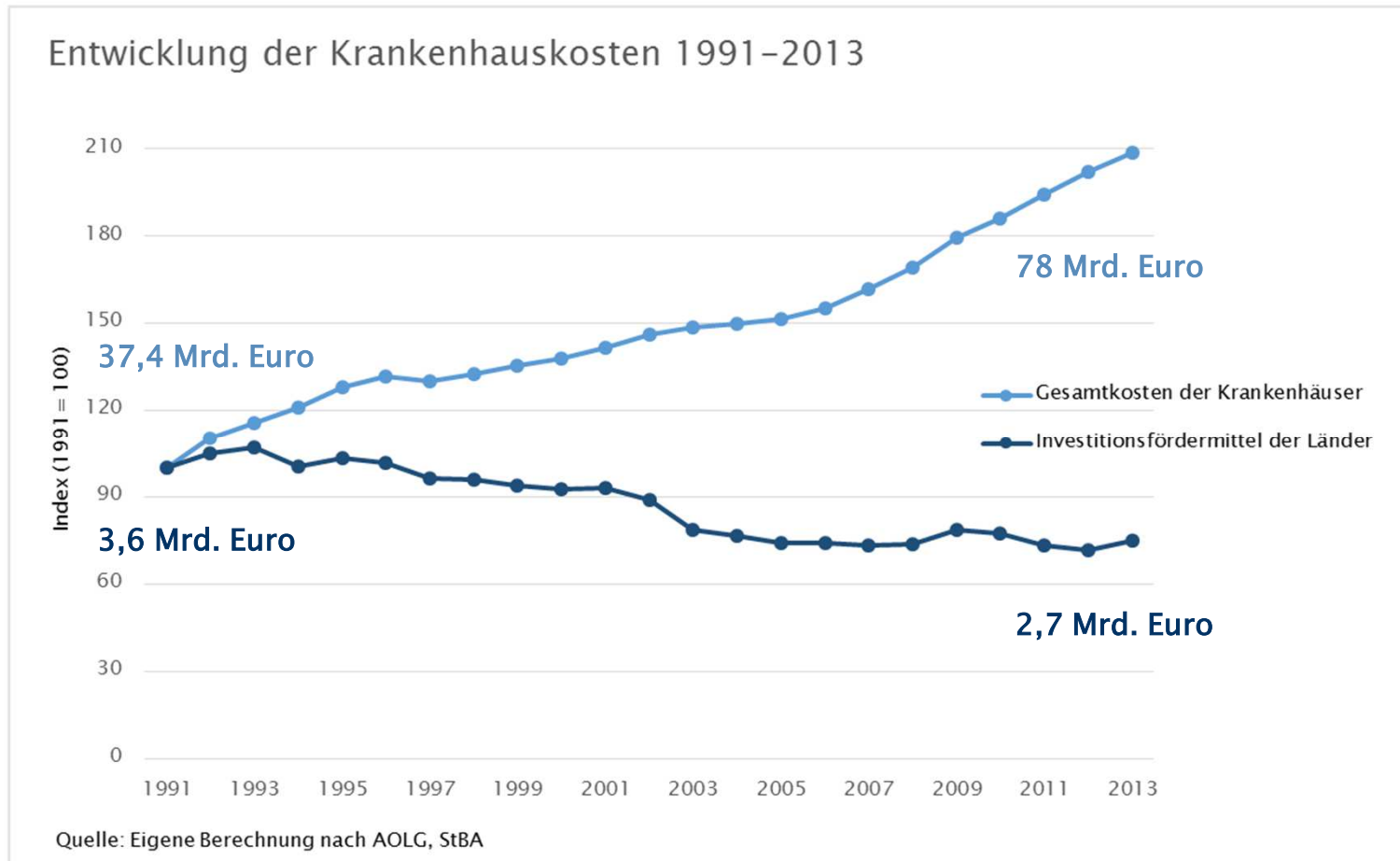
## Kernprobleme

- Es gibt kein Problem der Betriebskostenfinanzierung, sondern ein **Problem der Investitionskostenfinanzierung**.
- Es besteht ein **Problem der ökonomisch motivierten Mengensteigerungen**.
- Es fehlt bislang eine Qualitätsorientierung in der Planung und in den Budgetverhandlungen.

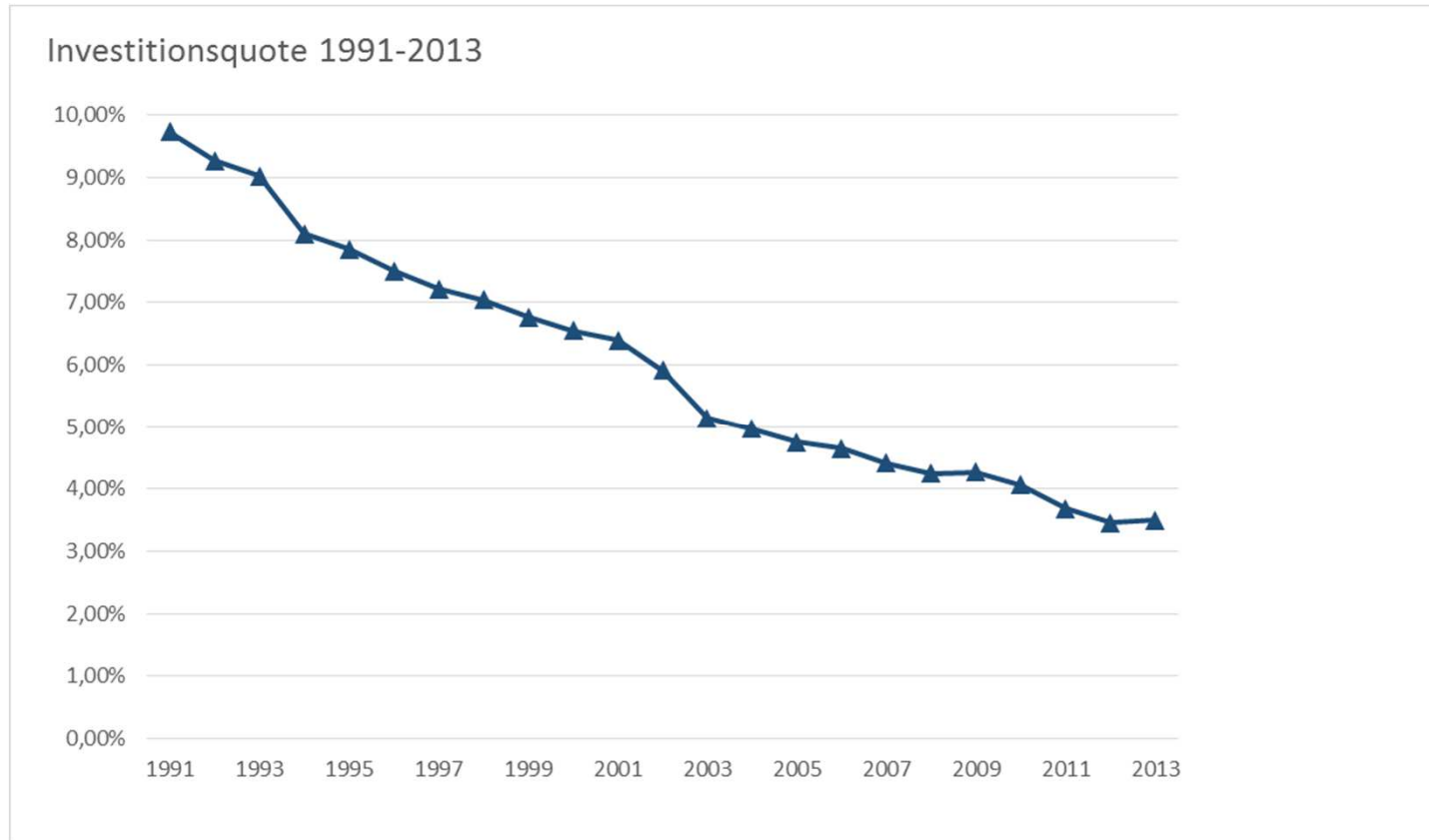
## Ausgaben und Fördermittel für Krankenhäuser

- Die **Ausgaben** sind von **47,51 Milliarden** Euro in 2004 auf **67,39 Milliarden** in 2014 gestiegen.
- Das entspricht einem Ausgabenanstieg im genannten Zeitraum von rund **42 Prozent**.
- Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist im selben Zeitraum nur um 34 Prozent gestiegen.
- Der **Anteil** der **Krankenhausausgaben** an den GKV-Gesamtausgaben betrug 2013 **35,1 Prozent**.
- Die **Investitionsförderquote** der Länder ist von rund **10 Prozent** in 1993 auf rund **3,5 Prozent** ( $\triangleq$  2,7 Milliarden Euro) in 2013 gesunken.
  - ↳ Mehr als **drei Milliarden Euro** der **Investitionsausgaben** werden pro Jahr aus GKV-Mitteln verdeckt finanziert (**schleichende Monistik**).

## Entwicklung der Gesamtkosten und Fördermittel

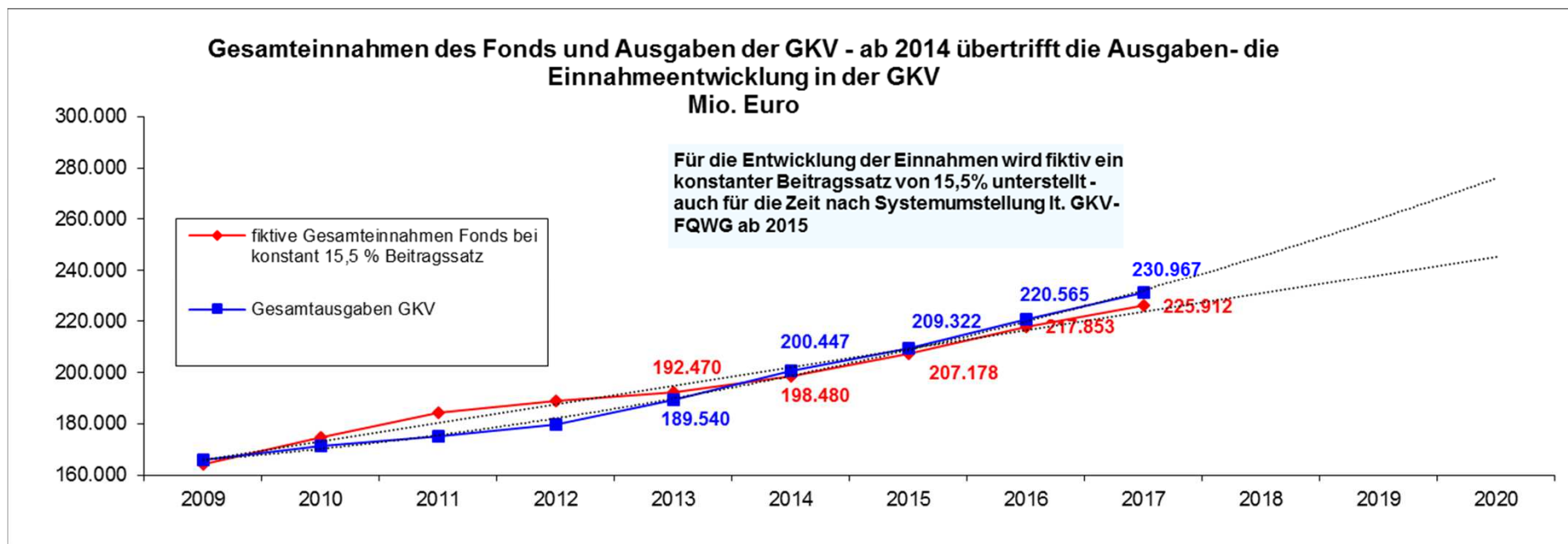


## Investitionsquote





## Die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen geht auseinander

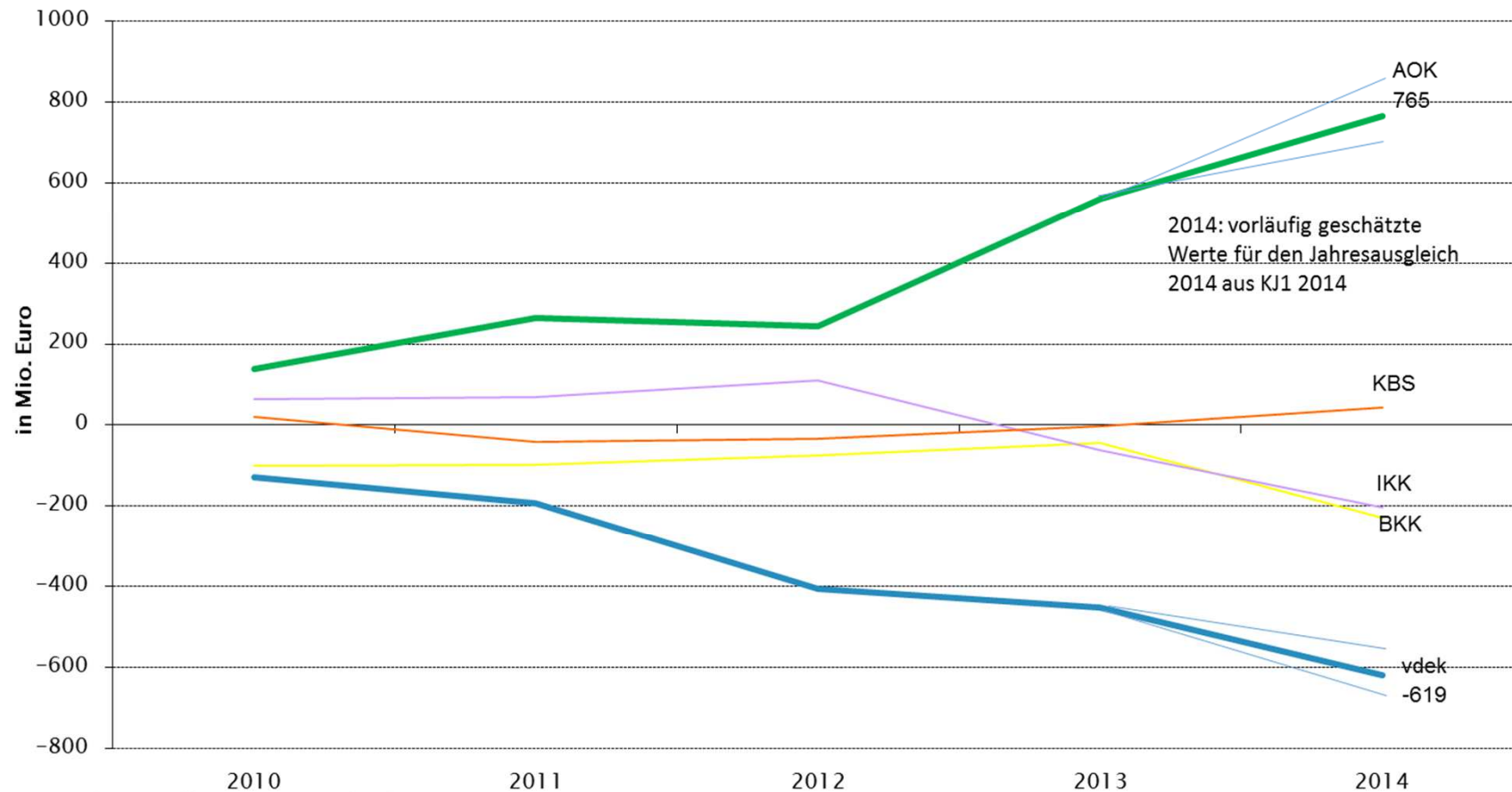


**Gesetzlich induzierte Ausgabensteigerung = erhöht den ohnehin jährlichen Anpassungsdruck beim Zusatzbeitragssatz**

# Die Unterdeckung der Ersatzkassen steigt zugunsten des AOK-Systems

Deckungsgrad der ausgleichsfähigen Ausgaben durch Zuweisungen

(ohne Berücksichtigung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen §40/41 RSAV und periodenfremde Korrekturen)

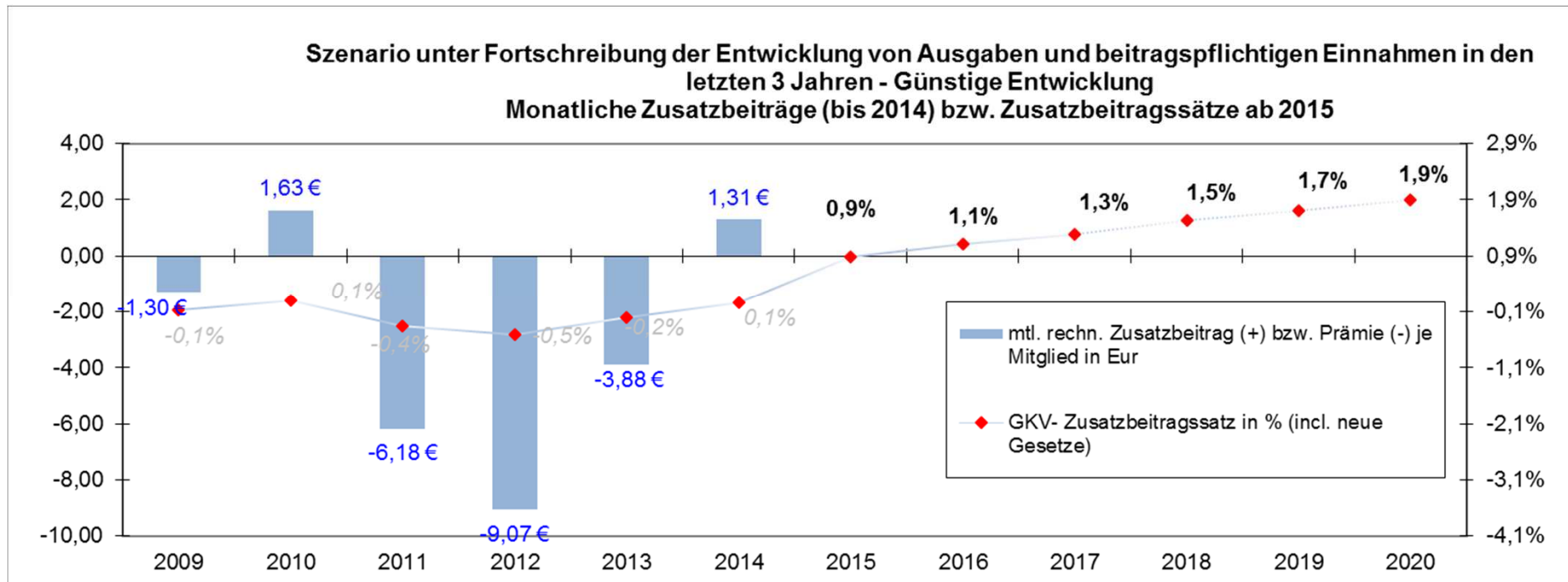


2014: vorläufig geschätzte Werte für den Jahresausgleich 2014 aus KJ1 2014

Deckungsgrad für Leistungsausgaben der Konten 9992, 9995, 9999 aus KJ1  
Zuweisungen ohne Mitgliederbezogene Anpassung aus BVA-Jahresausgleichen bzw. KJ1 2014



## Zusatzbeitrag steigt – auch bei günstiger Entwicklung – jährlich um 0,2 Prozentpunkte



**Problem: Zusatzausgaben über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BpE) finanziert allein das Mitglied**

## Handlungsbedarf für eine nachhaltige Finanzierungsstrategie

- Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung in der GKV durch Dynamisierung der allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 Prozent.
- Abschmelzung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf 35 Prozent einer Monatsausgabe und Mittelverwendung für Zuweisungen.
- Behebung von Wettbewerbsverzerrungen durch den Morbi-RSA zu Lasten der Ersatzkassengemeinschaft und zu Gunsten der AOK.

**Vielen Dank für Ihr Interesse!**

Ulrike Elsner  
Vorstandsvorsitzende  
Verband der Ersatzkassen e. V.  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030 / 269 31-10 00