



# Neue Aufgabe für den G-BA: Qualität als Auswahlkriterium für die Krankenhausplanung

## 3. Thüringer Krankenhausforum

Erfurt, am 22. November 2016

### Thilo Grüning

Dezernat VII - Qualitätssicherung, Transplantationsmedizin & Psychiatrie

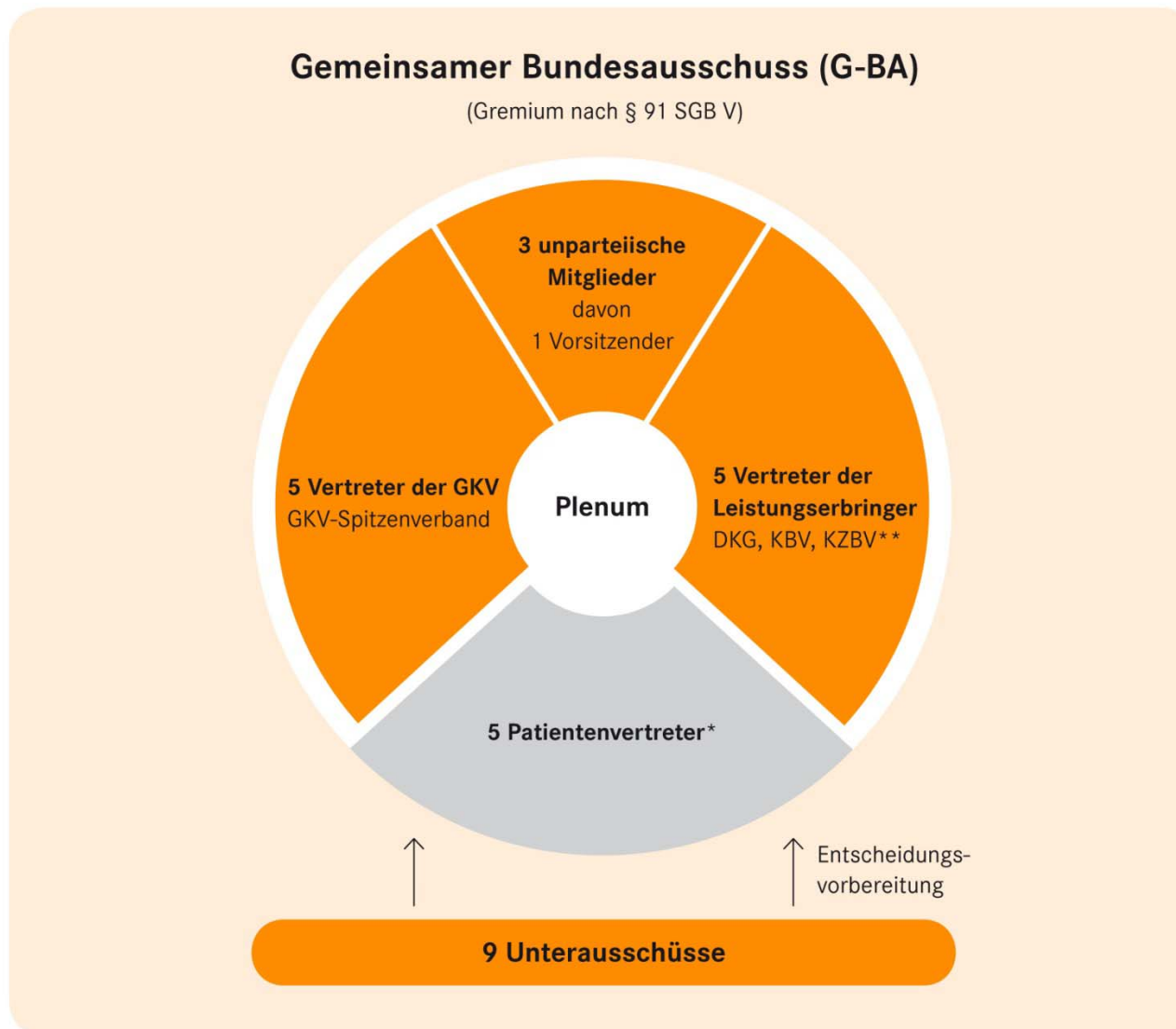
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

# Inhalt

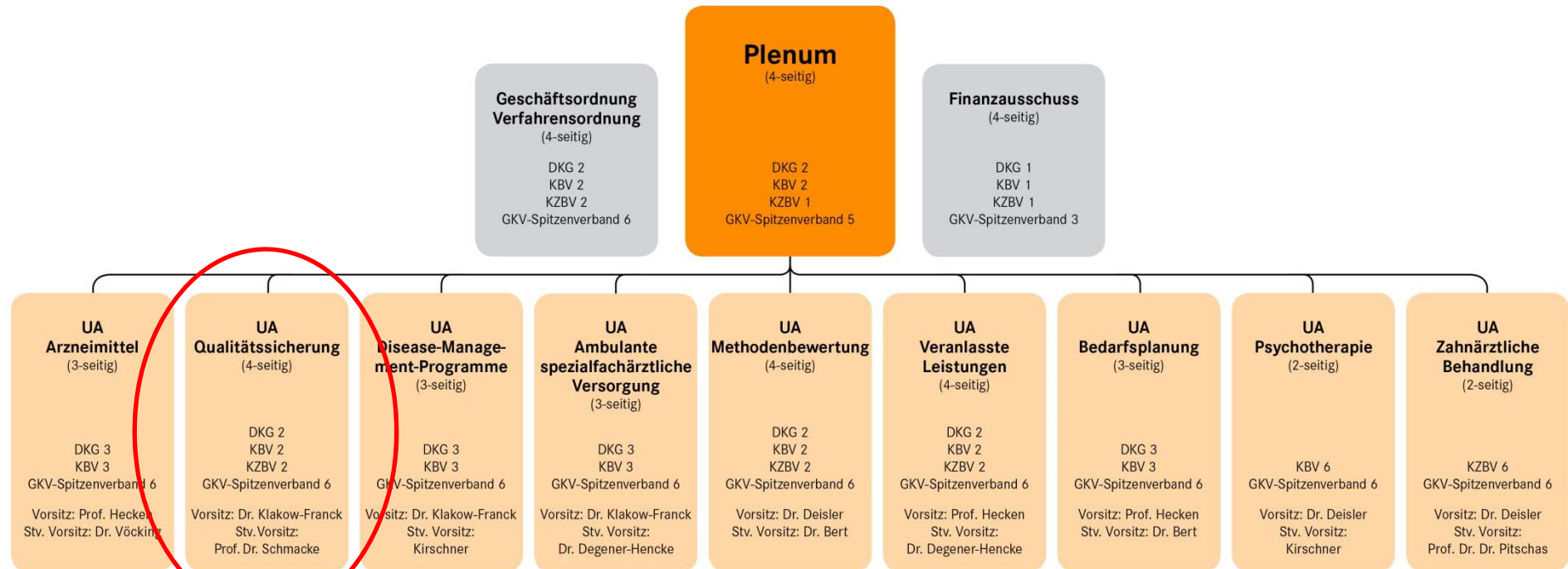
- I. Gemeinsamer Bundesausschuss
- II. Qualität und Krankenhausplanung im Krankenhausstrukturgesetz
- III. Herausforderungen
- IV. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

# I. Gemeinsamer Bundesausschuss

- Der G-BA ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Rechtsgrundlage ist § 91 SGB V. Aufgaben des G-BA in weiteren § des SGB V
- Vorläuferorganisationen seit etwa 100 Jahren. Gegründet durch das GKV-Modernisierungsgesetz zum 01.01.2004 und durch das GKV-WSG zum 01.07.2008 „weiterentwickelt und in seinen Strukturen professionalisiert“ und „sektorenübergreifend ausgerichtet“.
- Der G-BA ist rechtsfähig und hat eine eigenständige gesetzliche Finanzierungsgrundlage.
- Das Beschlussgremium des G-BA fasst in der Regel seine Beschlüsse mit der einfachen Mehrheit seiner Mitglieder. Geänderte Stimmrechtsverteilung bei nur 1 oder 2 betroffenen Leistungssektoren.
- Geschäftsordnung und Verfahrensordnung des G-BA
- Zusammenarbeit mit dem IQWiG und dem IQTIG



## Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Unterausschüsse



- In allen Gremien nehmen **Patientenvertreterinnen und -vertreter** mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f Abs. 2 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Bedarfsplanung nehmen **zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder** mitberatend teil. (§ 92 Abs. 7e SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Qualitätssicherung nehmen **jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflgerats** mitberatend teil (§ 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V), soweit es Regelungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherung) betrifft. Dies gilt auch für **die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer**, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen oder Zahnärzte berührt ist.

Stand: Februar 2015

# Inhalt

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

# II. Qualität und Krankenhausplanung im KHSG

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 17. Dezember 2015

2229

## **Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

Vom 10. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

### **Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

hausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.“

b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leis-

## II. Qualität und Krankenhausplanung im KHSG

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

- Eine gut erreichbare und **qualitativ hochwertige** Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein.
- Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Eckpfeiler in der Versorgung von Patienten. Sie sichern eine **qualitativ hochwertige** und leistungsfähige Medizin.
- Vor dem Hintergrund u.a. der demografischen und regionalen Veränderungen und des medizinischen-technischen Fortschritts müssen die Rahmenbedingungen jedoch weiterentwickelt werden.
- Die **Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung** eingeführt und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung wird durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt.



## II. Qualität und Krankenhausplanung im KHSG

Qualität erhält einen besonderen gesetzlichen Stellenwert:

### § 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):

„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine **qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte** Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, **qualitativ hochwertig und** eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.“

### Institute of Medicine (2001):

Qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist 1. **sicher** (Patientensicherheit), 2. **effektiv**, 3. **patientenorientiert**, 4. **zeitgerecht**, 5. **effizient** und 6. **gerecht** (keine Variation bzgl. Geschlecht, Ethnizität, Wohnort, sozioökonomischer Status)

## II. Qualität und Krankenhausplanung im KHSG

### Grundlegende Umstrukturierung und Änderungen des SGB V für den Bereich Qualitätssicherung

I. §110a Qualitätsverträge

II. §§135a, 135 b (Kven), 135c (DKG) Verpflichtung LE

III. §136 Richtlinien und Beschlüsse des G-BA

§136a Hygiene, Psychiatrie, Patientensicherheit

§136b Fortbildung, Mindestmengen, QB, **Pay-for-Performance**

§136c **KH-Planung**, Sicherstellungszuschläge, Notfallstrukturen

§136d Evaluation

IV. §§137 und 275a **Qualitätskontrolle**

V. §137a und b IQTIG

VI. §299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für QS

## Ila. Qualitätsorientierte Vergütung

### Auftrag an den G-BA:

- **Katalog von Leistungen** oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen
- **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren** (Struktur, Prozess, Ergebnis)
- Qualitätszu- und -abschläge für die Einhaltung oder Nichteinhaltung von **Mindestanforderungen sind ausgeschlossen.**
- Erstmals bis zum 31. Dezember 2017
- **Verfahren** für Krankenkassen (KK) und Krankenhäusern (KH) zur Vereinbarung von Qualitätszuschlägen für **außerordentlich gute** und Qualitätsabschlägen für **unzureichende** Leistungen
- Jährliche Veröffentlichung von **Bewertungskriterien**
- Zeitnahe Übermittlung der **Auswertungsergebnisse** an KK und KH sowie an **Krankenhausplanungsbehörden**

§ 136b Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V

# Ila. Qualitätsorientierte Vergütung

## Vertragsparteien vereinbaren Qualitätszu- oder –abschläge:

- für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter und unzureichender Qualität
- auf der Grundlage der Bewertungskriterien & Auswertungsergebnisse nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V
- Beseitigung der Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres, danach Qualitätsabschläge für maximal 3 Jahre, anschließend:
  - keine Entgelte
  - Plankrankenhäuser sind **durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan** herauszunehmen.

§ 5 Abs. 3a und § 8 Abs. 4 Nr. 2 KHEntgG und § 8 Abs. 1b KHG

## IIb. Qualitätskontrolle

Auftrag an den G-BA für zwei Richtlinien:

### Richtlinie zur Durchsetzung der Qualitätsanforderungen:

- Festlegung eines **gestuften Systems von Folgen der Nichteinhaltung** von Qualitätsanforderungen des G-BA „zur Förderung der Qualität“.
- **Durchsetzungsmaßnahmen** je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen (neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung) z.B.
  1. **Vergütungsabschläge**
  2. **Wegfall des Vergütungsanspruchs**
  3. **Information Dritter (z. B. Krankenhausplanungsbehörden)**
  4. **einrichtungsbezogene Veröffentlichung**

§ 137 Abs. 1 SGB V

## IIb. Qualitätskontrolle

*Fortsetzg. Richtlinie zur Durchsetzung der Qualitätsanforderungen:*

- Maßnahmen sind **verhältnismäßig zu gestalten** und anzuwenden.
- Festlegungen (u.a. zu Stellen für die Durchsetzung der Maßnahmen) in grundsätzlicher Weise in einer **Richtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13**
- **Konkretisierungen in den einzelnen Richtlinien** jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen
- Abweichungen vom gestuften Verfahren **bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden** Verstößen

§ 137 Abs. 1 SGB V

## IIb. Qualitätskontrolle

### Richtlinie zur Kontrolle der Qualitätsanforderungen:

- Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach § 275a SGB V:
- Begründung der Kontrollen durch **Anhaltspunkte** (auch Anhaltspunkte für **unangemeldete** Kontrollen)
- Stellen, die die Kontrollen beauftragen
- **Art, Umfang und Verfahren** der Kontrollen („aufwandsarm“)
- Umgang mit den Ergebnissen und die Folgen
- Einrichtungsbezogene **Information an die für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen** über die Prüfergebnisse.
- Übermittlung der Prüfergebnisse bei erheblichen Verstößen gegen Qualitätsanforderungen durch den MDK direkt an Dritte (insbesondere an **Krankenhausplanungsbehörden**)

## IIb. Qualitätskontrolle

### Gesetzliche Ermächtigung des MDK (§ 275a SGB V)

- nach **Maßgabe der Richtlinie des G-BA zur Kontrolle der Qualitätsanforderungen** (§ 137 Abs. 3)
- Voraussetzung: **Beauftragung** von einer vom G-BA festgelegten Stelle oder **durch die Krankenhausplanungsbehörden**
- **Aufwandsarm** zu gestalten und können **unangemeldet** sein.
- Gegenstand der Aufträge können sein
  1. die **Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA** (§§ 135b, §§ 136 bis 136c)
  2. die Kontrolle der Richtigkeit der **Dokumentation** (ESQS)
  3. die Einhaltung der **Qualitätsanforderungen der Länder**



# IIc. 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).
- Erster Beschluss bis zum 31. Dezember 2016
- Übermittlung der **Auswertungsergebnisse** der Krankenhäuser (KH) zu planungsrelevanten QI sowie von **Maßstäben und Kriterien zur Bewertung** an die Krankenhausplanungsbehörden
- **Quartalsweise Lieferung** planungsrelevanter QI durch die KH sowie Verkürzung des Auswertungsverfahrens (einschließlich des strukturierten Dialogs) um 6 Monate

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

# IIc. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

## Gesetzesbegründung

- Mit den Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse müssen die Länder mindestens beurteilen können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Häusern **gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität** aufweist.

§ 8 Abs. 1a und 1b KHG

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

# IIc. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

## Gesetzesbegründung

- 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.
- 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.

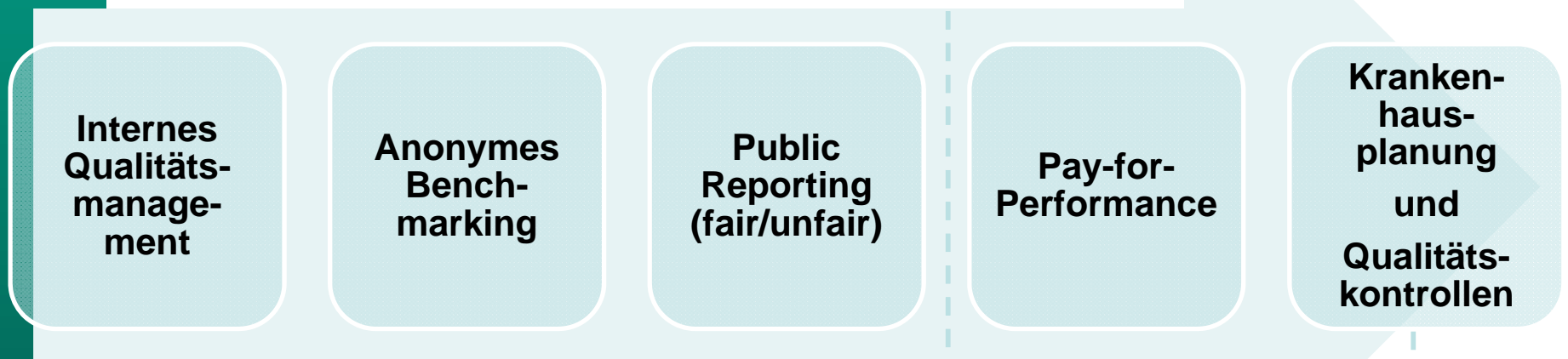
# Inhalt

- I. Gemeinsamer Bundesausschuss
- II. Qualität und Krankenhausplanung im Krankenhausstrukturgesetz
- III. Herausforderungen**
- IV. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

# III. Herausforderungen

Zunehmende Wirkungsstärke von QS-Instrumenten unter Verwendung von Qualitätsdaten (Ergebnisqualität):

Zunahme der positiven Anreize bzw. der Sanktionsstärke



Zunahme der angestrebten positiven Wirkungen

Zunahme der negativen Auswirkungen / Nebenwirkungen

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**

- Inspektion und Sanktionierung
- Ineffektiv, veraltet



- **Theory of Continuous Improvement**

- Einführung in japanischer Industrie (W. Edwards Demming und Joseph M. Juran)
- Kontinuierliche Suche nach Qualitätsdefiziten im Prozess und Verbesserung des Systems (*kaizen*)
- „No-blame culture“ entwickeln:  
„Jeder Fehler ist ein Schatz.“

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

# III. Herausforderung 1: Paradigmenwechsel

- Theorie der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung geht von der Motivation zu guter Versorgungsqualität aus.
- Wichtigster Motivationsfaktor ist die **intrinsische Motivation** (nicht extrinsische Motivation: monetäre Anreize oder Sanktionen).
- **Motivation by Autonomy, Mastery, Purpose**

Daniel Pink. "The surprising truth about what motivates us":

<http://www.youtube.com/watch?v=u6XAPnuFjJc>

## Daher:

- Leistungserbringer werden durch den Wettbewerb im Rahmen von Benchmarking und Public Reporting zur Qualitätsverbesserung motiviert.
- Bislang gelang es nicht, die Wirksamkeit finanzieller Anreize im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen von Pay-for-Performance nachzuweisen. (*BQS-Gutachten zu P4P, 2012*)

### III. Herausforderung 2: Qualität oder Bedarf?

- Einerseits zielen einige QS-Instrumente auf die „**Verdrängung von Krankenhäusern vom Markt**“ oder den **Leistungsausschluss (als Sanktion)**, wenn die Qualität bestimmte Kriterien nicht erfüllt.
- 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** durch:

Feststellung des Versorgungsbedarfs und begleitende Maßnahmen der Qualitätsverbesserung (Leistungsausschluss als Ultima Ratio, aber Absage an das „Bad-Apple“-Prinzip).



### III. Herausforderung 3: positive vs. negative Auswirkungen

Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann

#### **Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung**

Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012

- **Kein Nachweis (Evidenz) der positiven Wirkungen** der neuen QS-Instrumente des KHSG (Pay-for-Performance und qualitätsbasierte Krankenhausplanung), nur Hinweise
- Aber **zahlreiche Studien zu Nebenwirkungen**, Risiken und Gegenstrategien, zum Teil analog zu den negativen Auswirkungen von Public Reporting

# III. Herausforderung 3: positive vs. negative Auswirkungen

## Nebenwirkungen und Risiken (BQS-Gutachten 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.
- **Hohes Anforderungsprofil an QI in P4P-Projekten**  
(Prüfalgorithmus zu Eignung: BQS-Gutachten, 2012)
- Die neuen QS-Instrumente im 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.

## III. Herausforderung 4: Qualitätsmodell

Wie lässt sich zwischen guter und schlechter Qualität einer Behandlung, einer Fachabteilung oder eines Krankenhauses unterscheiden (**Qualitätsmodell**)?

- Wie sollen unterschiedliche Indikatoren gewichtet/bewertet werden (z.B. Mortalität im Vergleich zu Morbidität, Komplikation A im Vergleich zu Komplikation B)?
- Wäre hierfür ein gesellschaftlicher Konsens erforderlich?
- Wie wird die Qualität verschiedener Leistungen bei der Beurteilung einer Fachabteilung (eines Krankenhauses) gewertet oder gewichtet?
- 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?

# Inhalt

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

## IV. Zusammenfassung: Fortschritt oder Rückschritt?

### 1. Paradigmenwechsel:

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

### 2. Konflikt zwischen dem Vorrang der Qualität (bei Leistungsausschluss) 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. Qualitätsorientierte Krankenhausplanung setzt 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](mailto:t.gruening@dkgev.de)  
Internet: [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)