

# Krankenhausplanung, Personaluntergrenzen und MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie – Perspektive der Krankenkassen

Neue Rolle/Aufgaben des Qualitätsmanagements (?)

Matthias Mohrmann  
AOK Rheinland/Hamburg

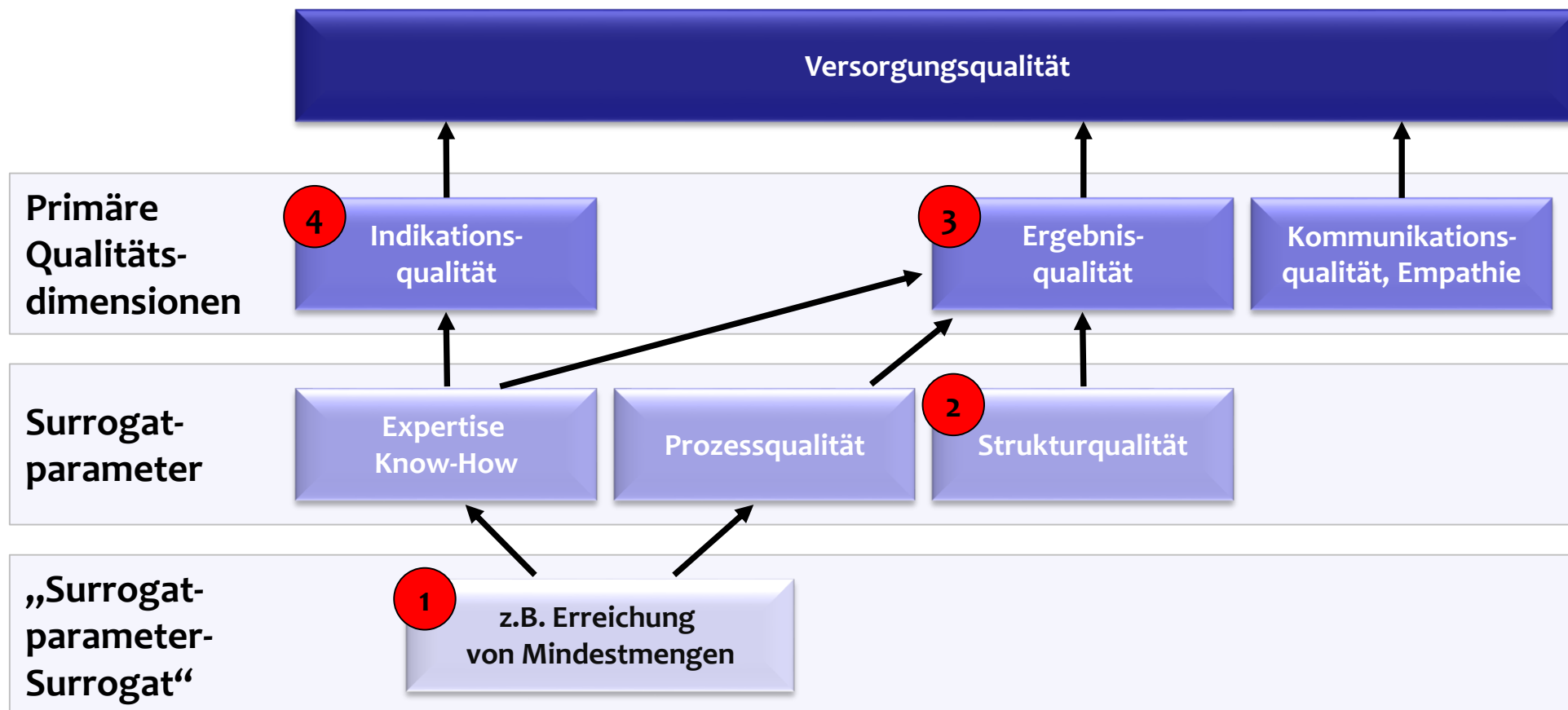
13. Krankenhaus-Qualitätstag NRW  
Duisburg, 26. Juni 2019

Die Kostenträger sind **nicht** der Auffassung, dass die Ergebnisqualität in deutschen Krankenhäusern **nicht** gut wäre.

Wir sind aber sehr wohl der Auffassung, dass es **deutliche Qualitätsunterschiede** unter den Kliniken und dementsprechend noch erhebliches **weiteres Optimierungspotential** gibt (das Bessere ist der Feind des Guten).

Die 18. Legislaturperiode (2013 bis 2017) hat in Bezug auf die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung keine positiven Effekte gebracht. Es war verlorene Zeit mit viel Lärm und Arbeit für (fast) nichts.

Koalitions- vertrag Nov. 2013	Eckpunkte BuLAG Dez. 2014	Referenten- entwurf KHSG April 2015	Kabinetts- entwurf KHSG Juni 2015	Änderungs- anträge Okt. 2015	Inkrafttreten KHSG Jan 2016	Reale Qualitätseffekte bis heute nicht
-------------------------------------	---------------------------------	---	---	------------------------------------	-----------------------------------	--



## 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 von überragender Bedeutung
- aber oft sehr schwer zu erfassen
- Risikoadjustierung z.T. sehr anspruchsvoll
- Sollte für KH-Planung und Vergütung in Zukunft genutzt werden; vorerst gescheitert
- Spahns neues Lieblingsthema

4

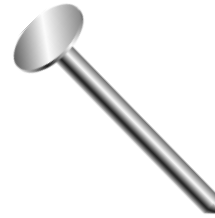
### Indikationsqualität

- Individueller Patientenutzen hängt maßgeblich von der richtigen Indikationsstellung ab
- Fehlanreize durch Preissystem und schwache Planung führen zu ökonomisch motivierten Entscheidungen
- Erfassung extrem schwer und nur für einen Teil der Leistungen denkbar
- Wird im KHSG auf der Anreizzebene angegangen

---

## 1. Die Aufgabe

---

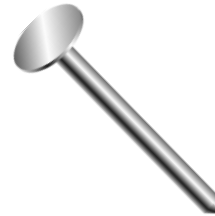


**Aufgabe der Kostenträger ist es, für ihre Versicherten neben optimaler Ergebnisqualität folgende qualitativen Zielsetzungen zu verfolgen:**

- eine empathische Patientenversorgung mit präsenten, geduldigen Pflegekräften und Ärzten mit Zeit für Patienten- und Angehörigengespräche
- eine umsichtige, stets wissenschaftlich begleitete Einführung medizinischer Innovationen zur Maximierung des Patientennutzens auf der Basis und zur Erhärtung wissenschaftlicher Evidenz
- eine planvolle Überleitung mit optimaler Abstimmung zwischen Stationsarzt, Pflege, Sozialdienst, Hausarzt, Kasse, MDK, Pflegeheim, Angehörigen, Reha
- optimale Krankenhaushygiene
- ein bedarfsgerechtes Angebot mit gestufter Versorgung, also flächendeckende Grundversorgung und erreichbarkeitsorientiert zentralisierte Maximalversorgung
- patientenindividuell optimale Indikationsstellung bei eingewiesenen Patienten und umsichtige Triage durch erfahrene Fachärzte in der Notaufnahme

**Das derzeitige regulative Umfeld aus Krankenhausplanung, Preis- und Vergütungssystem gibt das aber nicht her.**

## 1. Die Aufgabe

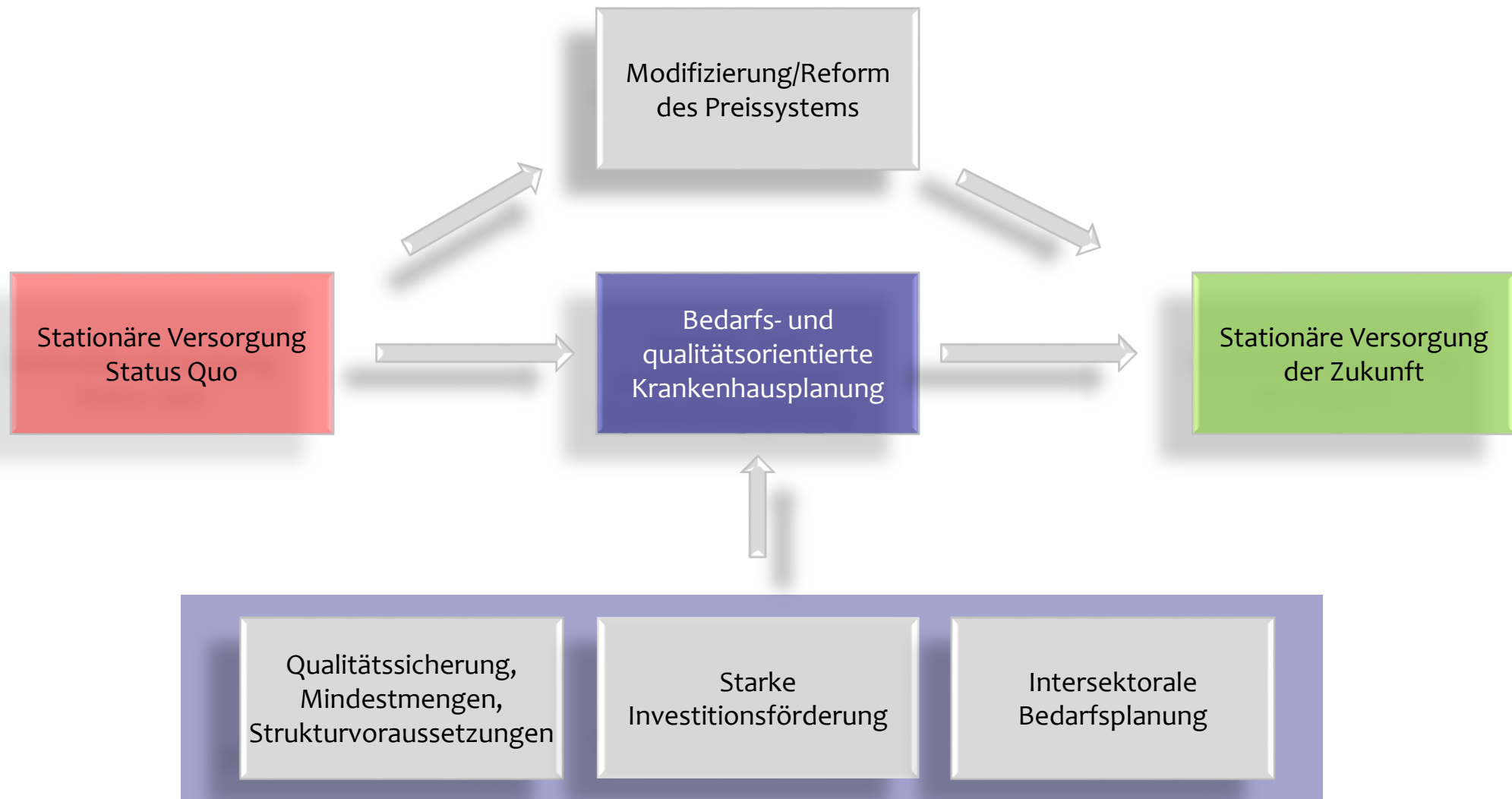


---

## 2. Die Lösung

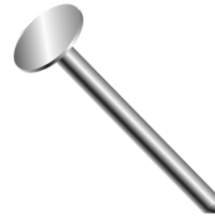


# Voraussetzungen für einen KH-Strukturwandel mit einer sinnvollen Stadt/Land-Aufgabenverteilung ist eine starke Planung





## 1. Die Aufgabe



## 2. Die Lösung



---

## 3. Das Behelfswerkzeug



Die wahren  
Problemfelder....

KH-Strukturen und  
Planung

Finanzierungs- und  
Vergütungssystem

... sind eigentlich  
viel zu anstrengend.  
Lasst uns lieber  
Stellvertreterkriege  
ausfechten!

Abrechnungs-  
prüfung

Qualitätsdebatte

Rechtliche Grundlage §137 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 275 a SGB V

Teil A der Richtlinie mit allgemeinen Regelungen ist am 13.12.2018 in Kraft getreten.

In Teil B derzeit in der Beratung: Kontrolle der Einhaltung von Strukturanforderungen bei Richtlinien nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Auftakt im G-BA im Oktober 2018

Seitdem vier Beratungsrunden auf AG-Ebene (2-monatiger Turnus)

Bisheriges Ziel des GKV-Spitzenverbandes: Beschlussfassung bis Ende 2019

Schreiben des BMG zum Beratungsstand samt der Aufforderung, den Beschluss bis spätestens Ende des 3. Quartals ins Plenum (19.09.) zu bringen

Nächste Themenfelder: Notfallstufen (§ 136 c Abs. 4 SGB V) und Personalausstattung Psych (§ 136a Abs. 2 S. 1)

Nach Auffassung der GKV gilt bis zum Inkrafttreten des Abschnitts II. die bisherige Grundlage für Strukturprüfungen gemäß §275 Abs. 4 SGB V weiter

Krankenhäuser verweigern aber mit Verweis auf eine Regelungslücke die Prüfungen. Die Prüfung von Strukturanforderungen sei erst wieder mit Inkrafttreten des Abschnitts II. möglich. Unterstützt werden die Häuser in ihrer Argumentation durch die Juristen der DKG.

GKV-Spitzenverband stellte Anfragen an das BMG zwecks Klarstellung.

Antwort des BMG erfolgt am 19.03.2019: Prüfungen nach bisheriger gesetzlicher Regelung (§ 275 Abs. 4 SGB V) sind weiterhin möglich

Prüfung der Erfüllung der Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V

Sehr geehrter Herr XXX,

Sehr geehrter XXX,

ich

Sehr geehrter XXX,

ich bedaure die kurzfristige Absage, aber auch wir wurden - nach intensiver Vorbereitung auf diesen Termin - erst Ende letzter Woche über die rechtlichen Bedenken informiert.

Gleichzeitig verstehe ich ihre erneut vorgetragene Aussage nicht, dass Sie morgen – trotz unserer Absage – [...] erscheinen werden. Daher konkretisiere ich meine Aussage zum morgigen Termin wie folgt:

Der Termin ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage abgesagt. Es ist niemand da, der Sie begrüßen kann und die bis gestern für die Prüfung eingeplanten Mitarbeiter sind mit anderweitigen Aufgaben betraut. Ich möchte nicht, dass Sie und die übrigen Mitglieder der Prüfungskommission morgen zum Zweck einer Überprüfung der QFR-RL das xxx betreten; ich mache hierbei von meinem Hausrecht Gebrauch.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrter XXX,

ich bedanke mich für Ihre kurzfristige Rückmeldung. Unverändert kommt zum Ergebnis, dass die Rechtsgrundlage für eine QFR-RL [...] gegeben ist. Wir haben die morgige Prüfung gerecht angemeldet und werden dennoch, wie angekündigt, morgen zur Prüfung in Ihrem Hause

Entscheidung festhalten, würden wir dann weitergehen und eine entsprechende gutachterliche Stellungnahme abgeben.

En

Gesetzliche Grundlage § 137i SGB V (Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten, EpiModIfSG)

Schicht- und stationsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen für vier pflegesensitive Bereiche:

- Intensivmedizin
- Geriatrie
- Unfallchirurgie
- Kardiologie

- Pflegepersonaluntergrenzen = maximale Anzahl zu versorgender Patienten je Pflegekraft
- Differenzierte Pflegepersonaluntergrenzen für Tag- und Nachtschicht
- Differenzierte Höchstanteile von Pflegehilfskräften
- Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand monatlicher Durchschnittswerte
- Übermittlungspflicht der Anzahl gerissener Schichten pro Monat

Orientierende Ergebnisse des 1. Quartals:

Von den Tagschichten werden zwischen ca. 10 % (Intensivmedizin) und 25 % (Unfallchirurgie) gerissen.

Bei den Nachtschichten sind es zwischen 10 % (Intensivmedizin) und über 30 % (Unfallchirurgie)

Überraschenderweise zeigt sich auch in der relevanten Monatsdurchschnittsbetrachtung bei einem signifikanten Anteil der Krankenhäuser eine Unterschreitung der Untergrenzen. Auch hier ist der Anteil in der Intensivmedizin am geringsten und in der Unfallchirurgie am höchsten.

Fazit: Nachschichten werden häufiger gerissen als Tagschichten, die Unfallchirurgie unterschreitet die Untergrenzen sowohl schichtbezogen als auch im Monatsdurchschnitt am häufigsten.

Die Pflegepersonaluntergrenzen sind ein guter Indikator für das Absurditätslevel, auf dem das System sich mittlerweile befindet.

Absurd ist

- die Methodik des Gutachtens zur Identifikation der pflegesensitiven Bereiche
- die Definition der meldepflichtigen Abteilungen und der Indikator-DRGs und die resultierende Willkür der Hausauswahl für die Meldepflicht
- die Manipulationsanfälligkeit
- die Komplexität, der Dokumentationsaufwand und die bürokratischen Implikationen für die Erfassung und Verarbeitung der Daten
- die Methodik der konkreten Ermittlung der Untergrenzen
- die Anzahl der notwendigen Vereinbarungen zur Umsetzung
- die Dauer und der Prozess der Umsetzung (läuft noch)
- die Redundanz der Ziele dieses Ansatzes zur Pflegeausgliederung, dem Pflegeförderprogramm, dem Pflegequotienten etc.

Weil stets nur an den Symptomen herumgedoktert wird und eine für die Patienten spürbar positive Reform offensichtlich nicht erreicht werden kann, werden immer komplexere Surrogate und Ausgleichsmechanismen in der Qualität und der Finanzierung geschaffen.

Solange die große Reform nicht gelingt, werden wir mit solchen Behelfswerkzeugen leben und sie als GKV mit Vehemenz vertreten müssen.



**AOK**  
die Gesundheitskasse.



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.

- Es ist keine Selbstregulierung des „Marktes“ im Sinne der Patienten zu erwarten.
- KHSG und PpSG ändern an den Versorgungsstrukturen auf absehbare Zeit nichts.
- Notwendiges Korrektiv: Aktive Krankenhausplanung inkl. Investitionsmittel

Wir verstehen die Position der Qualitätsmanager der Krankenhäuser, dass Aufwand und Nutzen der aktuellen Regelungen oft in keinem günstigen Verhältnis stehen. Während die MDK-Qualitätskontrollen aus unserer Sicht einen sinnvollen Beitrag zu Sicherung der Qualität bringen werden, kann man das bei anderen Themen wie z.B. den Pflegepersonaluntergrenzen in der derzeitigen Fassung anzweifeln.

Solange die weiterhin dringend benötigte Krankenhausreform mit der Beseitigung von Fehlanreizen und fragmentierten Strukturen nicht kommt, sind aber engmaschige Maßnahmen notwendig.

Welche Auswüchse z.B. der Abbau des Pflegepersonals unter den Rahmenbedingungen einer Vollkosten-Pauschalfinanzierung notwendigerweise nimmt, haben Krankenhäuser vor allem am Ende der Konvergenzphase I bewiesen.

Und die nächsten Auswüchse sind schon konkret angekündigt:

Coming to the DRG change from 2020 onwards, and as a result of this law, the nursing costs will be excluded from the DRG from 2020 onwards. Instead, the costs for patient-oriented nursing care will be fully reimbursed by the health insurance funds via separate nursing budgets. As a consequence, as we explained to you in the past, there is no longer an incentive to improve efficiencies. And thus, we will obviously feel an impact on our profitability, given that we improved our efficiency in the past amongst a few other things also by outsourcing central services. We have, consequentially, initiated countermeasures. For instance, some activities that have been performed by doctors in the past will now be taken over by educated caring staff, for example, documentation of patient records. Our doctors have therefore in the future more time for additional treatments. And so we hope that admissions can be increased. We also want to adjust our employee mix. That means that activities that, in the past, were performed by service employees will be diverted back to nurses.

 **FRESENIUS**

Transcript  
Conference Call FY 2018 results

February 20, 2019



# Ausblick zur Krankenhausqualität: BMG will das System im 2. Halbjahr 2019 reformieren

Qualitätsmessung in Kliniken soll nach Plänen des Bundesgesundheitsministers künftig nicht nur nach Menge und Einsatz des Personals und der Geräte gehen, sondern sich vor allem an Behandlungsergebnissen orientieren. Das kündigte Jens Spahn bei der nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft an.

Ärzte Zeitung 14.06.2019



Festhalten,  
Jens McFly!  
Wir reisen einfach  
zurück ins Jahr 2013  
und machen den  
ganzen Quatsch  
nochmal genau so!