



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

P4P und sektorenübergreifende QS – Quo Vadis?

IQMG Jahrestagung 2016:

**Zauberformel Qualitätsindikator – Auf dem Weg zu
einer transparenten Belegungs- und
Vergütungssteuerung**

Berlin | 17. November 2016

Dr. Regina Klakow-Franck, M. A.

Unparteiisches Mitglied

Gliederung

- I. Einleitung: QS als Instrument zur Versorgungssteuerung**
- II. Methodische Anforderungen an P4P**
- III. Rückblick: Erfahrungen mit P4P im Ausland**
- IV. P4P im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)**
- V. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung**
- VI. Zusammenfassung und Ausblick**



I. Einleitung

Funktionswandel der Qualitätssicherung

Qualitätssicherung
als originäre Aufgabe
des ärztlichen
Berufsstands

Benchmarking von
Krankenhäusern im
geschützten Raum

Public Reporting

Strukturqualitäts-
Richtlinien und
Mindestmengen zur
Versorgungssteuerung

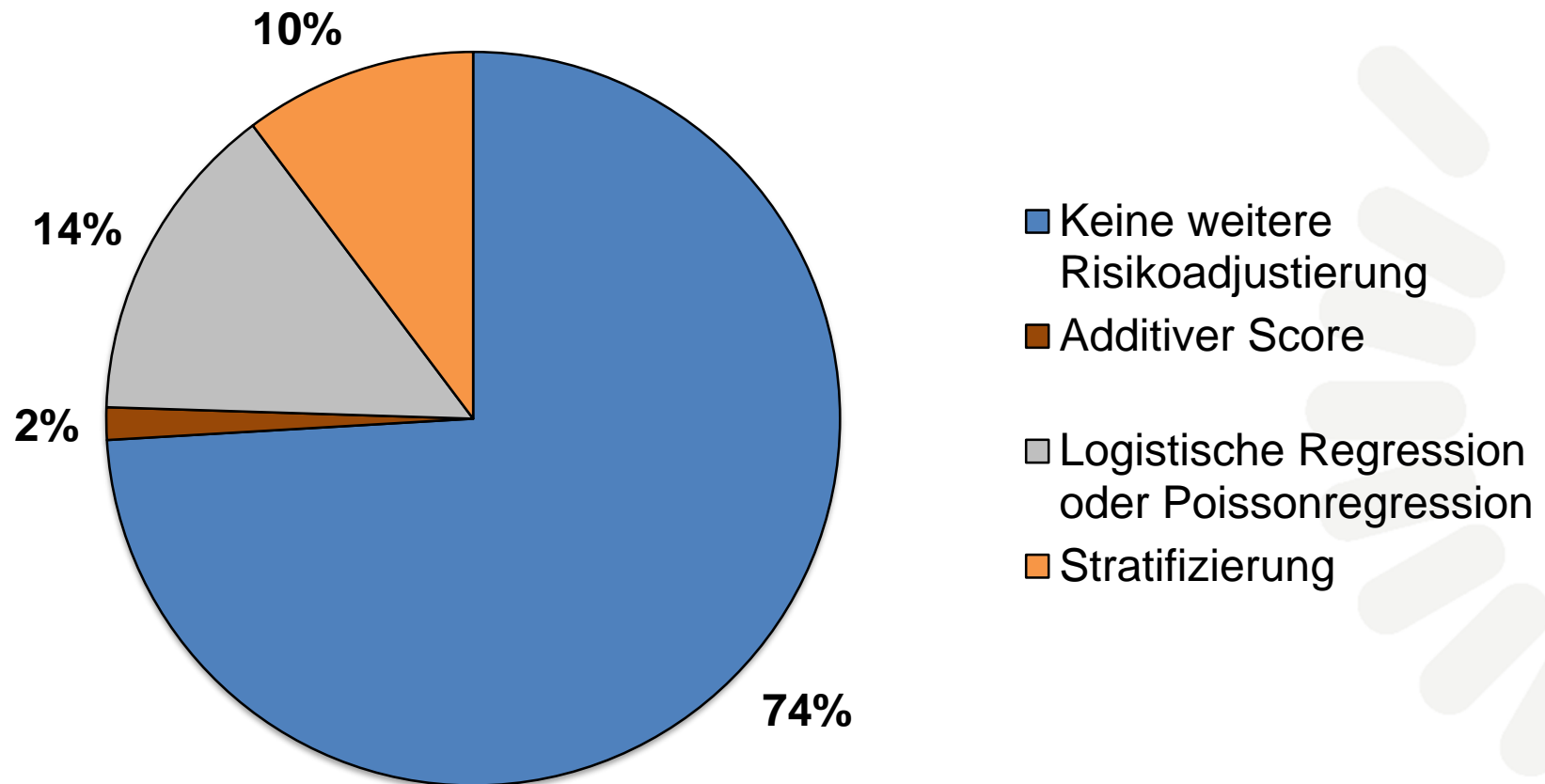
Qualitätsorientierte
Krankenhaus-Planung

Pay for Performance/
Qualitätsverträge

II. Methodische Anforderungen

Risikoadjustierung

Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren



n= 351 QI der externen stationären QS (esQS) im Erfassungsjahr 2015

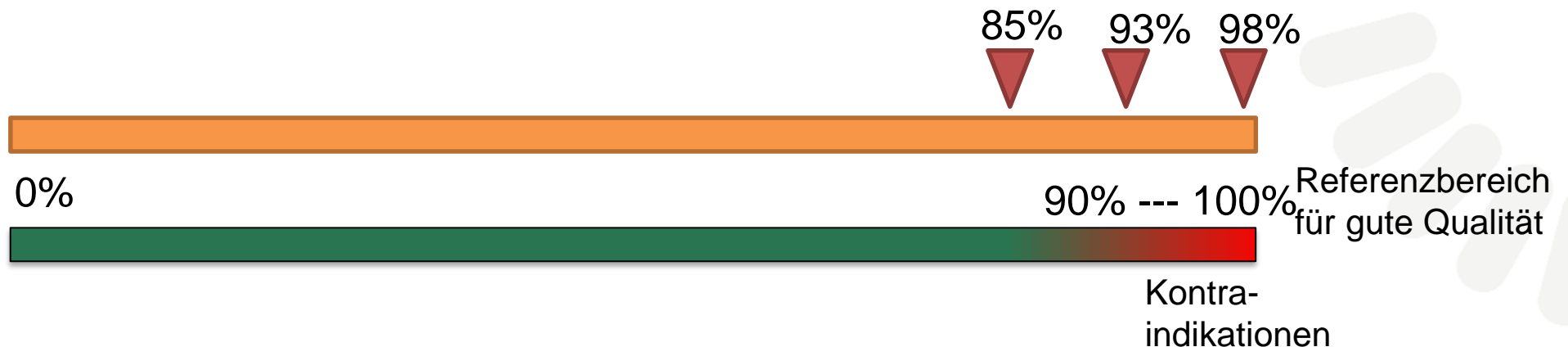
II. Methodische Anforderungen

P4P-Gutachten im Auftrag des BMG von 2012* (1)

Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen besserer und schlechterer Qualität ab bestimmten Niveau (Abbildung „Exzellenzqualität“)

- Qualitativ unauffällig wenn Antibiotikaprohylaxe >90 %
- Folglich: 93% Antibiotikaprohylaxe besser als 85%
- Doch sind 98% besser als 93%?

Beispiel Antibiotikaprohylaxe bei Hüftoperationen



*Veit, Christof; Hertle, Dagmar; Bungard, Sven; Trümner, Andrea; Ganske, Verena und Meyer-Hofmann, Bettina (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. BQS-Institut: Berlin.

II. Methodische Anforderungen

P4P-Gutachten im Auftrag des BMG von 2012* (2)

Bewertung des Qualitätsbereichs und der Qualitätsrichtung notwendig, um geeignetes Anreiz-Modell zu finden

- Ein Qualitätsbereich bzw. eine Qualitätsrichtung gibt an, wann eine gute bzw. bestmögliche Qualität erreicht ist. Es gibt folgende Kategorien an Anforderungen:
 - Zielforderung (kontinuierlich)
 - Vollständige Erfüllung angestrebt; bspw. „Beratung von allen Patienten über Behandlungsoptionen“
 - Schwellenforderung
 - Erreichung eines bestimmter Prozentsatzes; bspw. „Intraoperative Antibiotikaprophylaxe“
 - Korridorforderung
 - Zielbereich in Korridor, bspw. „Histologie nach Appendektomie pathologisch auffällig“
 - Sentinel Event
 - Ereignisse, die nicht vorkommen sollten, bspw. Todesfälle

*Veit, Christof; Hertle, Dagmar; Bungard, Sven; Trümner, Andrea; Ganske, Verena und Meyer-Hofmann, Bettina (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. BQS-Institut: Berlin.

II. Methodische Anforderungen

P4P-Gutachten im Auftrag des BMG von 2012* (3)

Art des Ziels	Zielgruppe	Problem	Ziel	Dokumentation	Intervention
Korrektur von Versorgungsmängeln	Eine Minderheit von Versorgern	Deutliche Abweichung von den Qualitätsvorgaben (Prozess- oder Ergebnisqualität) ohne ersichtlichen Grund	Auffälligkeitsanalyse, Klärung und Mängelbeseitigung	gezielte, ausführliche Dokumentation und Analyse im Bereich der auffälligen Versorger	Edukation, Feedback, institutionelle Intervention, Public reporting, P4P- Sanktionen
Versorgungsentwicklung	Eine Mehrheit der Versorger	Ein Qualitätsstandard wird von einer Mehrheit der Versorger noch nicht in der Routine erreicht	Durchsetzung eines Qualitätsstandards in der medizinischen Routine	Spezifische Dokumentation bezogen auf den Qualitätsstandard, gleichzeitig als Reminder	Edukation, Feedback, P4P-Boni und Sanktionen
Förderung exzellenter Versorgungsqualität	Einzelne Versorger oder Gruppen von Versorgern	-	Förderung exzellenter Qualität	Versorgungsspezifische Dokumentation, die insbesondere die höhere Qualität und Effizienz messen kann.	P4P-Boni und Shared Savings
Effizienzorientierte Versorgungssteuerung	Sämtliche Versorger, Gruppen verantwortlicher Versorger	Reduktion offensichtlich vermeidbarer Zusatzkosten der Behandlung z. B. durch Reduktion vermeidbarer Komplikationen	durch Finanzierung des Mehraufwands Unterstützung des Wandels von Versorgungsstrukturen; Ergebnisorientierte Förderung effizienter Kooperationsstrukturen	Effiziente Messung kostenrelevanter Versorgungsparameter und -ergebnisse	P4P als Shared Savings

*Veit, Christof; Hertle, Dagmar; Bungard, Sven; Trümner, Andrea; Ganske, Verena und Meyer-Hofmann, Bettina (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. BQS-Institut: Berlin.



II. Methodische Anforderungen

5-Punkte-Katalog

(1) Datenvalidierung

(2) Prüfung der Eignung von QI für P4P

- z.B. im Hinblick auf die Diskriminationsfähigkeit des Indikators
- Z.B. im Hinblick auf die klinische Relevanz des Messunterschieds
- z.B. im Hinblick auf die Zuschreibbarkeit des schlechten oder guten Ergebnisses

(3) Risikoadjustierung

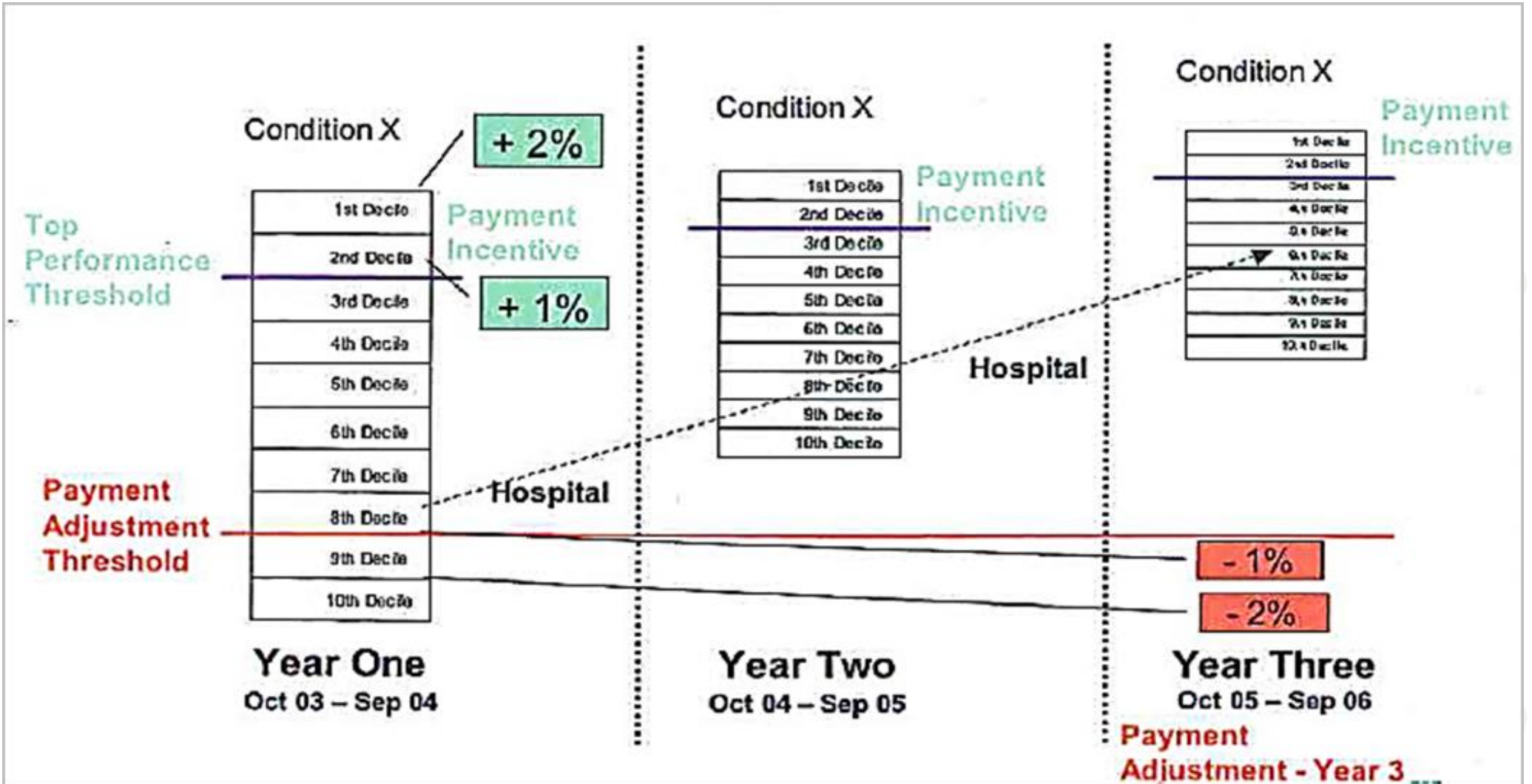
(4) Problemfokussierung

- Klare Formulierung des Projektziels von P4P
- Festlegung von Qualitätsbereich und -richtung

(5) Einbettung in ein Gesamtkonzept zur Qualitätsentwicklung

III. Rückblick

Erfahrungen aus dem Ausland (1)



Quelle: Richard Norling, „Pay for Performance“, S. 10, 2006

III. Rückblick

Erfahrungen aus dem Ausland (2)

Characteristics of top performers

1. Quality is a core value of the institution
2. Quality is a top priority of the executive team
3. Physicians are engaged in quality improvement
4. The institution has a defined improvement methodology
5. The institution has a defined methodology for prioritizing improvement efforts
6. The institution dedicates resources to quality improvement
7. “Knowledge transfer” is institutionalized and continuous

Quelle: Norling, Richard (2006): Pay für Performance, S.10



III. Rückblick

Erfahrungen aus dem Ausland (3)

Indikatoren des
“Hospital Value-
Based-Purchasing
Program“

Indikator-ID	Beschreibung
Prozessqualität	
AMI-7a	Fibrinolytische Therapie innerhalb von 30 Minuten nach Aufnahme
AMI-8a	Erstversorgung Koronarintervention (PCI) innerhalb von 90 Minuten nach Aufnahme
HF-1	Schriftliche Entlassungspapiere mit Verordnungen und Therapiehinweisen
PN-3b	Anlage von Blutkulturen in der Notaufnahme vor Beginn der Antibiotikatherapie
PN-6	Leitliniengerechte Antibiotikawahl bei ambulant erworbener Pneumonie bei immunkompetenten Patienten
SCIP-Inf-1	Antibiotikaphylaxe innerhalb einer Stunde vor Operation
SCIP-Inf-2	Wahl der Antibiotikaphylaxe vor Operation
SCIP-Inf-3	Antibiotikaphylaxe beendet innerhalb von 24 Stunden nach OP-Ende
SCIP-Inf-4	Postoperative Kontrolle des Morgenzuckers bei herzchirurgischen Patienten
SCIP-Inf-9	Entfernung des Blasenkatheters am Tag 1 oder 2 nach Operation
SCIP-VTE-1	Durchführung der empfohlenen Thromboseprophylaxe bei operativen Patienten
SCIP-VTE-2	Anteil operativer Patienten mit Thromboseprophylaxe innerhalb 24 Stunden vor und nach OP
SCIP-Card-2	Anteil der Patienten mit Betablocker perioperativ von denen, die Betablocker vor Aufnahme eingenommen haben
IMM-2	Gripeschutzimpfung
Patientenzufriedenheit	
	Kommunikation mit den Pflegekräften
	Kommunikation mit den Ärzten
	Ansprechbarkeit des Krankenhauspersonals
	Schmerzmanagement
	Erläuterung der Medikation
	Sauberkeit und Ruhe
	Adäquate Entlassungsinformation
	Gesamtbeurteilung des Krankenhauses
Ergebnisqualität	
MORT-30-AMI	30-Tage-Mortalität bei Herzinfarkt
MORT-30-HF	30-Tage-Mortalität bei Herzinsuffizienz
MORT-30-PN	30-Tage-Mortalität bei Pneumonie
AHRQ Composite (PSI-90)	Aggregierter Indikator zu Komplikationen und Patientensicherheit bei bestimmten Krankheiten/Eingriffen
CLABSI	Systemische Infektion durch zentralvenöse Katheter
CAUTI	Infektion durch Blasenkatheter
SSI	Wundinfektion bei Kolonoperationen
SSI	Wundinfektionen bei abdominaler Hysterektomie
Effizienz	
MSPB-1	Medicare-Kosten für den Versicherten

Quelle: Völzke, T./Matthes, N./Mansky, T (2015): Einen Schritt voraus. In: f&w 4/2015



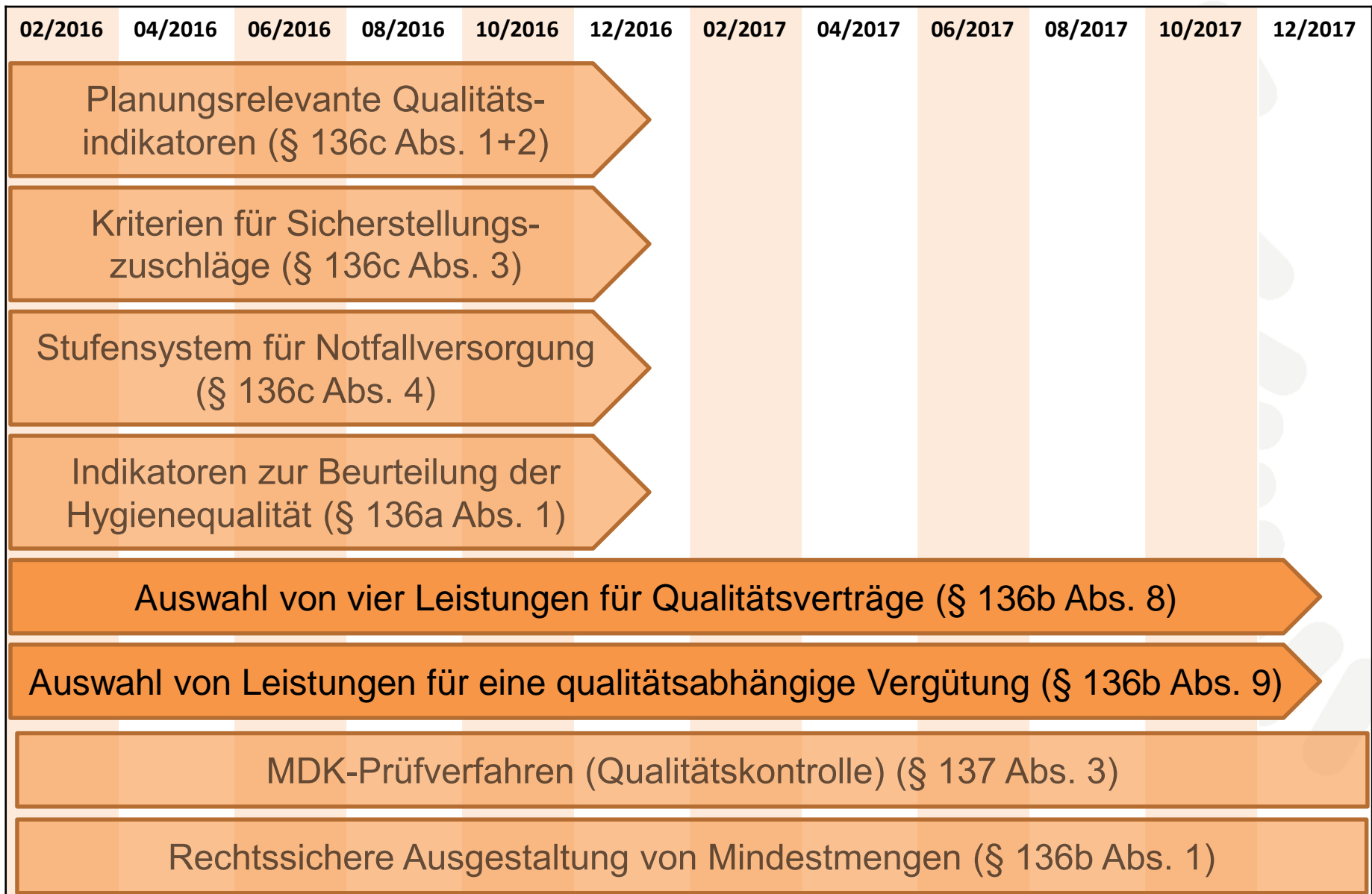
III. Rückblick

Zwischenfazit

- Finanzieller Anreiz nicht nachhaltig
- Voraussetzung für nachhaltige Qualitätsentwicklung:
 - Einrichtungsinterne Qualitätskultur
 - Intrinsische Motivation der Gesundheitsberufe („accountability“)
- Klinische Relevanz des Deltas zwischen G-BA-definierter „normal guter“ und „außerordentlich guter“ Qualität“?
- Risiko der Datenmanipulation?
- Risiko der Risikoselektion?
- Einsatz von P4P in anderen Gesundheitssystemen insbesondere auch als Anreiz zur Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätszielen
 - Alternative hierzu im deutschen Gesundheitswesen: Struktur- und Prozessqualitäts-Richtlinien des G-BA!

IV. Krankenhausstrukturgesetz

Aufträge an den G-BA



IV. Krankenhausstrukturgesetz

Qualitätszu- und -abschläge (1)

„Pay for Performance“:


- Vergütungsrelevante Indikatoren (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V):
 - Vereinbarung durch die Vertragspartner
 - G-BA: Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für Qualitätszu- und -abschläge eignen,
 - sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren
- Qualitätsabschläge für „unzureichende Qualität“
 - längstens für drei Jahre, dann Herausnahme aus dem Krankenhausplan
- Qualitätszuschläge für „außerordentlich gute“ Qualität
- Paradigmenwechsel im Vergleich zur bisherigen Qualitätsphilosophie der externen stationären QS (EsQS):
 - **keine** Differenzierung in „normal gute“ und „außerordentlich gute“ Qualität,
 - sondern QI-gestützte Etablierung eines flächendeckend **gleich** hohen Mindest-Qualitätsniveaus

IV. Krankenhausstrukturgesetz

Qualitätszu- und -abschläge (2)

Schrittweise Beauftragung des IQTIG durch den G-BA vom 20.10.2016:

- In einem **ersten Schritt** empfiehlt das IQTIG bis zum 30. Juni 2017 aus den gemäß **QSKH-RL einbezogenen Leistungsbereichen eine Leistung oder einen Leistungsbereich**, die bzw. der sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignet. Die Empfehlung umfasst auch Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien, anhand derer erstmals **außerordentlich gute und unzureichende Qualität** bestimmt werden kann.

 Beschluss des G-BA bis 31. Dezember 2017 zunächst mit einer Leistung bzw. einem Leistungsbereich

IV. Krankenhausstrukturgesetz

Qualitätszu- und -abschläge (3)

Schrittweise Beauftragung des IQTIG durch den G-BA vom 20.10.2016:

- In einem **zweiten Schritt** prüft das IQTIG **weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß QSKH-RL** auf ihre Eignung für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen und empfiehlt **bis zum 31. Dezember 2017** diejenigen, die sich hierfür eignen. Auch diese Empfehlung umfasst Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien, anhand derer außerordentlich **gute und unzureichende Qualität** bestimmt werden kann.



IV. Krankenhausstrukturgesetz

Qualitätszu- und -abschläge (4)

Schrittweise Beauftragung des IQTIG durch den G-BA vom 20.10.2016:

- In einem **dritten Schritt** empfiehlt das IQTIG bis zum **31. Dezember 2018 Leistungen oder Leistungsbereiche**, die sich für Zu- und Abschläge eignen, jedoch **nicht zu den Leistungsbereichen gemäß QSKH-Richtlinie** zählen.

Dazu legt das Institut ein Konzept vor, das Kriterien definiert, auf deren Basis Leistungen oder Leistungsbereiche, die sich **in besonderem Maße für Zu- und Abschläge eignen**, identifiziert und ausgewählt werden können. **Dieses Konzept umfasst auch eine Methodik zur Bewertung von Exzellenzqualität.**



IV. Krankenhausstrukturgesetz

Qualitätsverträge

Erprobung von „Vertragswettbewerb“:

- Qualitätsverträge gem. § 110a SGB V:
 - mit Anreizen für die Einhaltung **besonderer** Qualitätsanforderungen
 - Modellcharakter, kein Anspruch auf Vertragsabschluss
 - G-BA: Auswahl von vier Leistungen oder Leistungsbereichen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V)
- Beauftragung des IQTIG mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität bei den vier Leistungen oder Leistungsbereichen

 Beschluss des G-BA bis 31. Dezember 2017

V. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Start des sQS-Verfahrens PCI in 2016



QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)“

- Verpflichtende Teilnahme von Krankenhäusern und Vertragsärzten (Belegärzten) seit 01.01.2016
- Qualitätsindikatoren (Auszug):
 - Indikation zur isolierten Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund
 - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI/PCI-Indikation ST-Hebungsinfarkt
 - Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
 - Unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) innerhalb von 7 Tagen jeweils bei Patienten mit isolierter Koronarangiographie/PCI/Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
 - 30-Tage und 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI
- Gründung sektorenübergreifender Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) noch nicht erfolgt
- Probleme bei der notwendigen Software für die Vertragsärzte
- Strukturierter Dialog ab Sommer 2017

V. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Start des sQS-Verfahrens QS WI in 2017



QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ (Qesü-RL)

- Regelbetrieb des **sektorenübergreifenden** QS-Verfahrens 2017
- Fallbezogene Betrachtung postoperativer Wundinfektionsraten (8 QI)
- Einrichtungsbezogene Betrachtung des Hygiene- und Infektionsmanagements (inkl. Einrichtungsbefragung)
- Einbezogene Fachgebiete:
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Gefäßchirurgie
 - Herzchirurgie
 - Orthopädie / Unfallchirurgie
 - Urologie
 - Viszeralchirurgie

VI. Zusammenfassung und Ausblick

- Zunehmende Regelungsdichte (Qualitätsvorgaben für Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)
- Hohe Anforderungen an Methodik und Rechtssicherheit der planungs- und vergütungsrelevanten Instrumente (planungsrelevante Indikatoren, Qualitätszu- und -abschläge, Mindestmengen)
 - Verbleibende Rechtsrisiken aufgrund kompetentieller Grundfragen des KHSG
- Paradigmenwechsel: Differenzierung in durchschnittliche und (außerordentlich) gute Qualität
 - Chance zur Qualitätsförderung durch Qualitätszuschläge?
- Sektorenübergreifende QS endlich gestartet
 - Weiterentwicklung setzt Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen für die datengestützte QS voraus
- Stufenweise Einführung der neuen QS-Instrumente/-Verfahren durch G-BA/IQTIG
 - „Lernendes System“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

