

Steuerung der Versorgung durch qualitätsbezogene Vergütung aus der Sicht der Krankenkassen

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.
Berlin 19.11.2009

Dr. Wulf-Dietrich Leber GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

- 1 Ein Blick zurück: Codex Hammurapi
- 2 Ein Blick über den Teich: P4P
- 3 Ein Blick zu uns: Paralleluniversum QS
- 4 Die Welt der QS-Indikatoren
- 5 Sektorübergreifende QS des G-BA
- 6 Richtlinie 13
- 7 Qualität in Selektivverträgen

Codex Hammurapi (1750 v. Chr.) Erste ärztliche Gebührenordnung



- è „Wenn der Arzt bei einem Herren einen Abszess mit dem Bronzemesser öffnet oder eine Trübung im Auge mit dem Bronzeinstrument entfernt und das Auge des Patienten erhält, so stehen ihm 10 Schekel Silber zu.“
- è „Für die gleiche Operation bei einem Freigelassenen erhält der Arzt 5 Schekel, bei einem Sklaven 2 Schekel Silber.“

Qualitätssicherung

- è „Wird ein Herr vom Arzt mit dem Broncemesser wegen einer schweren Wunde behandelt und stirbt, so werden dem Arzt die Hände abgehackt.“
- è „Die gleiche Strafe trifft den Arzt, wenn er bei einer Augenoperation das Sehorgan eines Mannes der höheren Klasse zerstört.“
- è „Wenn der Arzt durch seine Behandlung einen Sklaven tötet, so hat er ihn zu ersetzen; wenn er sein Augenlicht zerstört, seinen halben Kaufpreis zu zahlen.“

Zitiert nach: Gerhard Venzmer, Fünftausend Jahre Medizin, Bremen, 1968

Gang der Handlung

- 1 Ein Blick zurück: Codex Hammurapi
- 2 Ein Blick über den Teich: P4P
- 3 Ein Blick zu uns: Paralleluniversum QS
- 4 Die Welt der QS-Indikatoren
- 5 Sektorübergreifende QS des G-BA
- 6 Richtlinie 13
- 7 Qualität in Selektivverträgen

Im Krankenhaus erworbene Zustände – Vergütungsregelung im IPPS ab 2009



- è In Section 5001(c) des „Deficit Reduction Act“ von 2005 verlangt das United States Secretary of Health and Human Services (<http://www.hhs.gov/>), Bedingungen zu identifizieren, in denen folgende Fallkonstellationen vorliegen:
 1. Hochkosten oder Hochkostenvolumen oder beides
 2. Eine Nebendiagnose führt zu einer höheren DRG-Vergütung.
 3. Die Nebendiagnose wäre durch Anwendung evidenzbasierter Richtlinien vermeidbar gewesen.
- è Das Center for Medicare an Medicaid Services (CMS) hat hierzu 10 Kategorien für im Krankenhaus erworbene Zustände identifiziert (Hospital-Acquired Conditions (HAC)).
- è Ab dem 31.07.2008 regelt das IPPS (Inpatient Prospective Payment System) für das Geschäftsjahr 2009 diese Vergütungsregelung.

Quelle: <http://www.cms.hhs.gov/hospitalacqcond/>

Zehn Kategorien im Krankenhaus erworbener Zustände:



- è Fremdkörperverbleib nach Operation / Foreign Object Retained After Surgery
- è Luftembolie / Air Embolism
- è Blutgruppenunverträglichkeit / Blood Incompatibility
- è Stufe III und IV Stage III and IV Dekubitus / Pressure Ulcers
- è Stürze und Traumata / Falls and Trauma
 - Frakturen / Fractures
 - Auskugelung / Dislocations
 - Schädel-Hirn-Traumata / Intracranial Injuries
 - Quetschverletzungen / Crushing Injuries
 - Verbrennungen / Burns
 - Elektrischer Schock / Electric Shock
- è Zeichen mangelnder glykämischer Kontrolle / Manifestations of Poor Glycemic Control
 - diabetische Ketoazidose / Diabetic Ketoacidosis
 - hyperglykämisches nichtketotisches Koma / Nonketotic Hyperosmolar Coma
 - hypoglykämisches Koma / Hypoglycemic Coma
 - sekundärer Diabetes mit Ketoazidose / Secondary Diabetes with Ketoacidosis
 - sekundärer Diabetes mit Hyperosmolarität / Secondary Diabetes with Hyperosmolarity
- è Katheterbezogene Harntraktinfektion / Catheter-Associated Urinary Tract Infection (UTI)
- è gefäßkatheterbezogene Infektion / Vascular Catheter-Associated Infection
- è Folgeinfektion nach Operation / Surgical Site Infection Following:
 - Koronararterien-Bypass - Mediastinitis / Coronary Artery Bypass Graft (CABG) - Mediastinitis
 - Adipositaschirurgie / Bariatric Surgery
 - Laparoskopischer Magenbypass / Gastric Bypass
 - Gastroenterostomie / Gastroenterostomy
 - Laparoskopische restriktive Magen Chirurgie / Laparoscopic Gastric Restrictive Surgery
 - Orthopädische Prozeduren / Orthopedic Procedures
 - Wirbelsäule / Spine
 - Nacken / Neck
 - Schulter / Shoulder
 - Ellenbogen / Elbow
- è tiefe Venenthrombose / Deep Vein Thrombosis (DVT)/Pulmonary Embolism (PE)
 - Totale Knieendoprothese / Total Knee Replacement
 - Hüftersatz / Hip Replacement

Quelle:

<http://www.cms.hhs.gov/hospitalacqcond/>
hier speziell:
http://www.cms.hhs.gov/HospitalAcqCond/O6_Hospital-Acquired_Conditions.asp#TopOfPage

P4P-Review des SVR

- è Gutachten 2007 des Sachverständigenrates:
„Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“
- è 28 Studien identifiziert, davon 21 mit positivem Effekt
- è 15 Studien mit einfachen und 19 mit komplexen Endpunkten
- è Beispiel für einfache Endpunkte: Einhalten von Leitlinien zu Raucherentwöhnung, Screening, Impfung, Leitliniengerechte Therapie
- è Beispiele für komplexe Endpunkte: Asthma-Therapie, Qualität der Versorgung in Pflegeheimen, Präventionsprogramme, Erfolgsfaktor von Health Plans

Gang der Handlung

- 1 Ein Blick zurück: Codex Hammurapi
- 2 Ein Blick über den Teich: P4P
- 3 Ein Blick zu uns: Paralleluniversum QS
- 4 Die Welt der QS-Indikatoren
- 5 Sektorübergreifende QS des G-BA
- 6 Richtlinie 13
- 7 Qualität in Selektivverträgen

Parallelwelten

- è Vergütungsfragen und Qualitätsfragen sind bislang in Deutschland streng getrennt.
- è Budget- und Krankenhausplanungsrecht kennen keine Qualität. QS-Verfahren sind explizit von Vergütungsfragen getrennt.
- è Getrennte Szenen:
Die Edlen einerseits, die Ernstzunehmenden andererseits.

Parallele Datenwelten

è § 299 Abs. 3 SGB V:

„Daten, die für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 für ein Qualitätssicherungsverfahren verarbeitet werden, dürfen nicht mit für andere Zwecke als die Qualitätssicherung erhobenen Datenbeständen zusammengeführt und ausgewertet werden.“

è Strenge Zweckbindung der 21er-Daten des DRG-Instituts (InEK)

Gang der Handlung

- 1 Ein Blick zurück: Codex Hammurapi
- 2 Ein Blick über den Teich: P4P
- 3 Ein Blick zu uns: Paralleluniversum QS
- 4 Die Welt der QS-Indikatoren
- 5 Sektorübergreifende QS des G-BA
- 6 Richtlinie 13
- 7 Qualität in Selektivverträgen

Der QS-Indikatorenkosmos



BQS

QSR

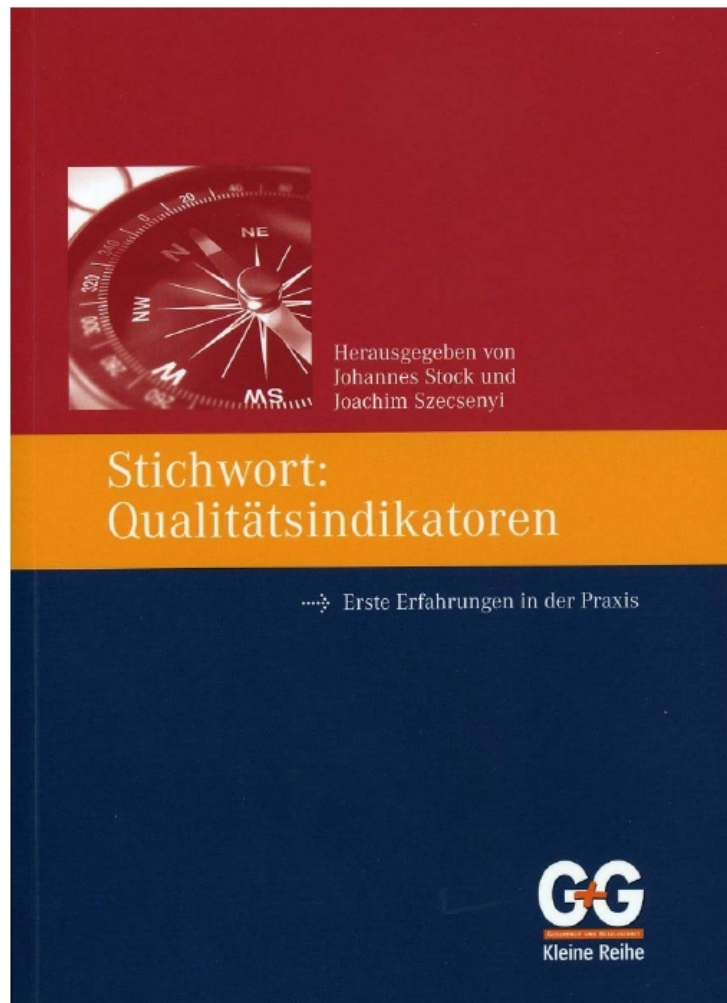
QiSA

AquiK

Literatur



Spitzenverband



Downloads

- Positionspapier des Expertenkreises der ÄZQ, 2005, www.azq.de
- www.qualitymeasures.ahrq.gov
- Schneider A, Szecsenyi J: Müssen wir messen um besser werden zu können?
www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Abteilung_2/Sektion_Allgemeinmedizin/publikationen/Veroeffentlichungen/schneider_2003-547.pdf
- Einführung Qualitätsindikatoren.
www.aqua-institut.de/pdf/indikatoren_einfuehrung.pdf

BQS-Indikatoren

- è rund 200 Indikatoren für die stationäre Versorgung
- è nur rund zwei Dutzend Indikatoren im Qualitätsbericht veröffentlicht (Auswahlmethodik: QUALIFY)
- è Datenbasis: rund 3 Millionen „BQS-Bögen“
- è inhaltlicher Schwerpunkt bei BpflV-Fallpauschalen

BQS-Indikatoren in der Kritik

- è gigantischer Erfassungsaufwand
- è Blickverengung durch Beschränkung auf den Fall bis zur Entlassung
- è QS auf sozialpädagogischem Niveau: „Schön, dass wir darüber gesprochen haben.“

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)



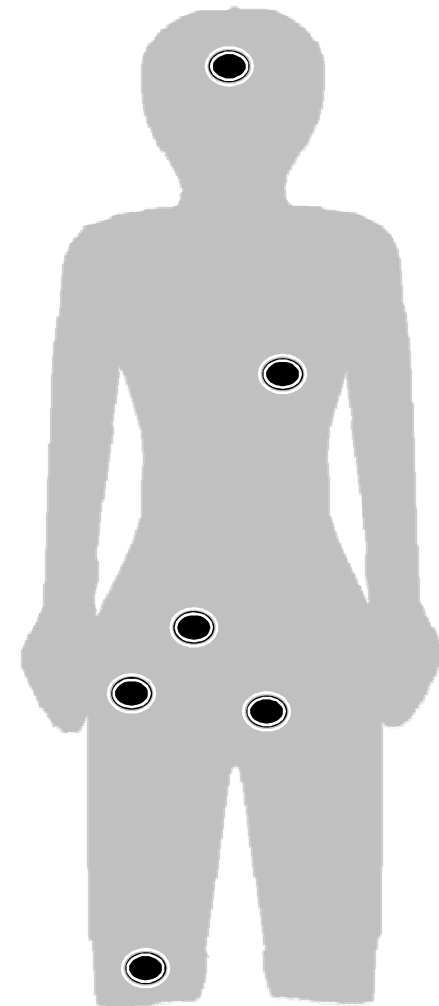
Spitzenverband

- è Verfahren zur Qualitätsmessung mit administrativen Routinedaten wurde entwickelt (Projektpartner: AOK-Bundesverband, HELIOS Kliniken, Universität Magdeburg (FEISA), WIdO)
- è aufwandsarme, an Ergebnisqualität orientierte Qualitätssicherung möglich
- è erstmals Qualitätssicherung über Entlassungstermin hinaus
- è valide Indikatoren der Ergebnisqualität



QSR-Tracer

- è Herzinsuffizienz
- è Herzinfarkt
- è Hirninfarkt oder intrazerebrale Blutung
- è Kolon-/Rektum-Operation bei kolorektalem Karzinom
- è offene oder n.n. bez./laparoskopische Appendektomie
- è Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose (elektive Hüft-TEP)/ Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur
- è Kniegelenk-Totalendoprothese

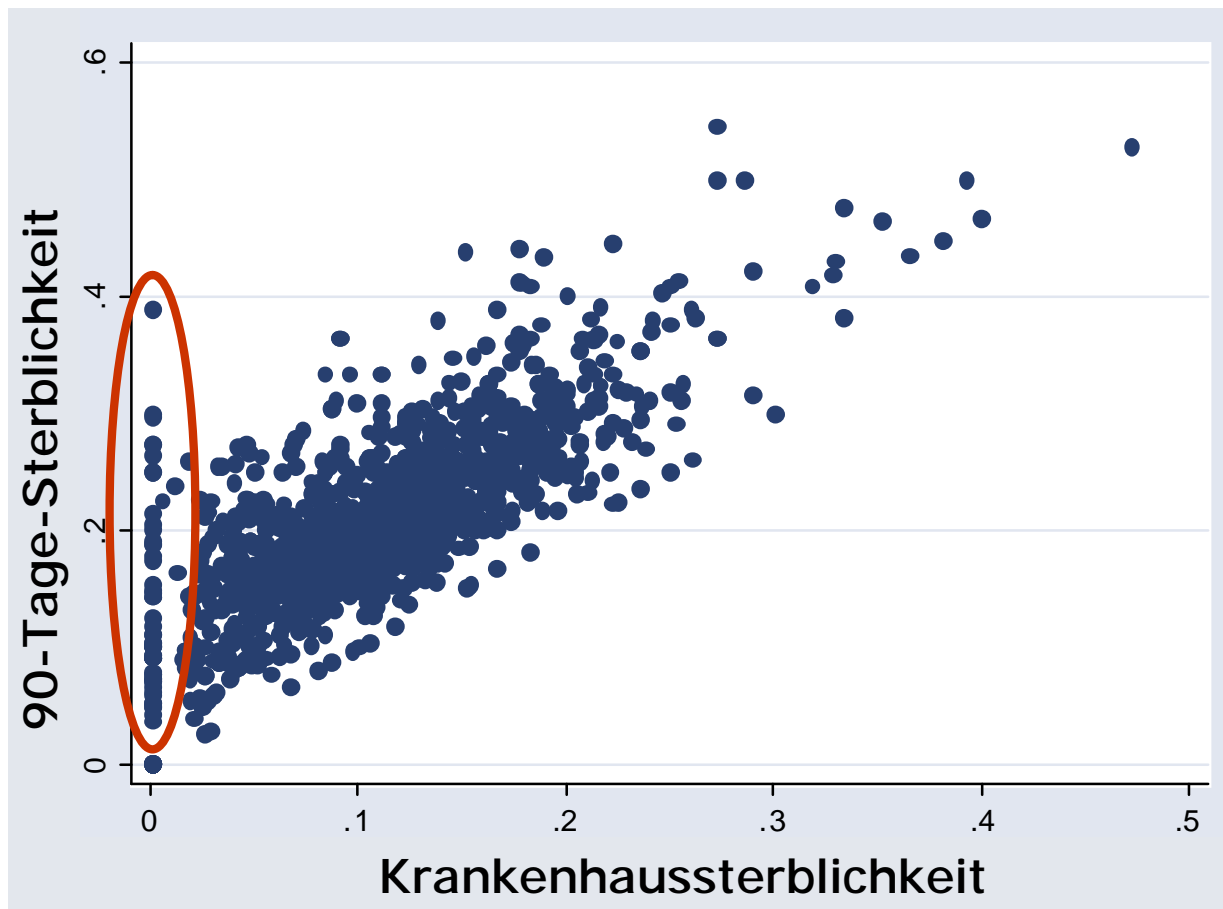


QS nach Entlassung



Spitzenverband

Zusammenhang zwischen 90-Tage- und KH-Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz, AOK-Fälle, 2003, $n > 5$, 1.393 Kliniken



QiSA



- è Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung
- è Handbuch mit über 100 Qualitätsindikatoren, zusammengestellt von AQUA im Auftrag des AOK-Bundesverbandes (vorgestellt am 17.06.2009)
- è zunächst ein Band von insgesamt fünf Bänden (Allgemeine Indikatoren, Asthma/COPD, Pharmakotherapie, Prävention)
- è Einsatz bei Arztnetzen geplant

QiSA-Indikatoren (Auswahl „Allgemeine Indikatoren“)



- 7 Anteil der Ärzte mit Teilnahme an mind. 4 QS-Zirkeln je Jahr
- 17 Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Patientenbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben
- 20 Anteil der Patienten mit Einhaltung der vereinbarten Wartezeit
- 26 Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen
- 28 Zahl der stationären Notfallaufnahmen je 1.000 eingeschriebene Versicherte

QiSA-Indikatoren (Auswahl Asthma, Pharma)



Asthma/COPD

- 6 Hospitalisierungsrate der Asthmatiker
- 9 Anteil der Asthma- und COPD-Patienten mit nicht sinnvollen inhalativen Kombinationspräparaten

Pharmakotherapie

- 4 Verordnungsanteil von Generika am Gesamtmarkt (bei eingeschriebenen Arzneimittelpatienten)
- 14 Anteil der älteren Patienten mit Verordnungen potenziell problematischer Wirkstoffe (an allen eingeschriebenen älteren Arzneimittelpatienten)

AQIK

KBV-Projekt: Indikatorenset für die vertragsärztliche
Versorgung

Zunächst Sichtung von 2.000 Indikatoren

Indikatorenauswahl

- 14 QI fachübergreifend
- 12 QI neuropsychiatrisch
- 7 QI kardiovaskulär
- 6 QI Muskel-Skelett
- 3 QI gynäkologisch
- 2 QI Harninkontinenz
- 2 QI HIV/Aids

Die Suche nach dem idealen Indikator

Der ideale Indikator ...

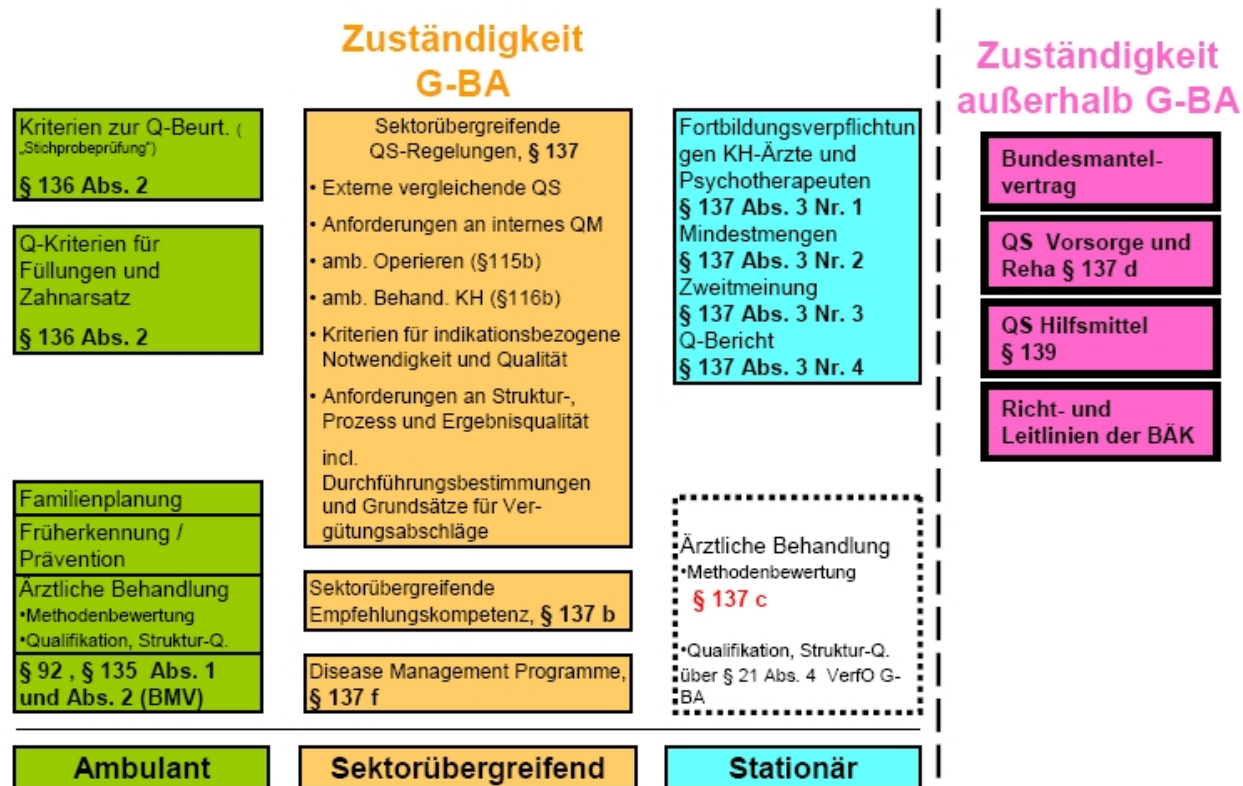
1. ... ist qualitätsdifferenzierend.
2. ... misst Ergebnisqualität.
3. ... ist evidenzbasiert.
4. ... ist signifikant und risikoadjustiert.
5. ... ist aufwandsarm zu erheben (möglichst Routinedaten).
6. ... liefert zeitnah Ergebnisse.
7. ... ordnet Qualität verursachungsgerecht zu.

Gang der Handlung

- 1 Ein Blick zurück: Codex Hammurapi
- 2 Ein Blick über den Teich: P4P
- 3 Ein Blick zu uns: Paralleluniversum QS
- 4 Die Welt der QS-Indikatoren
- 5 Sektorübergreifende QS des G-BA
- 6 Richtlinie 13
- 7 Qualität in Selektivverträgen

QS-Dominanz des G-BA

QS-Regelungen im GKV-System – GKV-WSG





UA Qualitätssicherung

§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13
i.V.m. § 137 Abs. 1 Satz 1
Nr. 1 und 2 QS-RL
(Krankenhäuser, vertrags-
ärztlich, vertragszahnärztlich)
§ 135 Abs. 1 und § 137
Abs. 1 Nr. 1 und 2

- einrichtungsinternes QM
- externe QS i.V.m. dem
QS-Institut nach
§ 137 a und § 299
- indikationsbezogene Not-
wendigkeit sowie Struktur-,
Prozess- und Ergebnis-
qualitätsanforderungen
§ 136

Stichprobenprüfungen
vertragsärztlich und
vertragszahnärztlich

§ 137 Abs. 4
Qualität
Füllungen/
Zahnersatz

§ 137 Abs. 3
(Krankenhäuser)

- Fortbildungs-
verpflichtung
für Fachärzte
- Mindestmengen
- Qualitätsberichte

§ 137 b
Feststellung
und
Bewertung
des Standes
zur QS/QM
und sektoren-
übergreifende
Empfehlungen
zur QS/QM

§ 92 Abs. 1
Satz 2 Nr. 1
i.V.m. § 63
Anforderungen
an Heilmittel-
erbringer
im Rahmen von
Modellvorhaben

WSG-Auftrag

Sektorübergreifende QS im G-BA



einheitlicher Rechtsrahmen („Richtlinie 13“)
einheitliche Beschlussfassung aller Sektoren

phantastische Optionen

drei wesentliche Ansätze:

- sektorengleiche QS (z.B. PTCA, Katarakt)
- extrasektorale Messung (Verlaufsmessung)
- intersektorale Prozesse

Mehrpunktmessung

Fast alle wesentlichen Qualitätsfragen erfordern nach der Initialmessung eine Verlaufsmessung.

Datentechnische und datenschutzrechtliche Herausforderung (Vertrauensstelle) ist die Zusammenführung der Messungen.

Mehrpunktmessungen sind fast immer fallübergreifend, manchmal auch sektorübergreifend.

Verlaufsmessungen bedeuten einen Quantensprung gegenüber den bisherigen fallbezogenen Verfahren. Sie sind der Übergang zu einer patientenorientierten Qualitätssicherung.

Gang der Handlung

- 1 Ein Blick zurück: Codex Hammurapi
- 2 Ein Blick über den Teich: P4P
- 3 Ein Blick zu uns: Paralleluniversum QS
- 4 Die Welt der QS-Indikatoren
- 5 Sektorübergreifende QS des G-BA
- 6 Richtlinie 13
- 7 Qualität in Selektivverträgen

„BQS-Problem 1“ Erfassungsaufwand



Der Erfassungsaufwand ist gigantisch. Mehr als drei Millionen Bögen werden erfasst.

Es gelingt derzeit nicht, Verfahren einzustellen. Letztmalig wurden im Verfahrensjahr 2004 12 von 30 Verfahren eingestellt.

Einige der QS-Ergebnisse könnten auch mit Routinedaten gemessen werden, aber dagegen gab es bislang starke Widerstände.

„BQS-Problem 2“ Mangelnde Transparenz



Nur ein Bruchteil der Kennzahlen wird in Qualitätsberichten veröffentlicht.

Botschaft an die Patienten: „Es gibt schlechte Krankenhäuser in Deutschland, aber wir sagen euch nicht, welche es sind.“

„BQS-Problem 3“ Mangelnde Relevanz



Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die jetzigen QS-Verfahren weitestgehend konsequenzenlos sind.

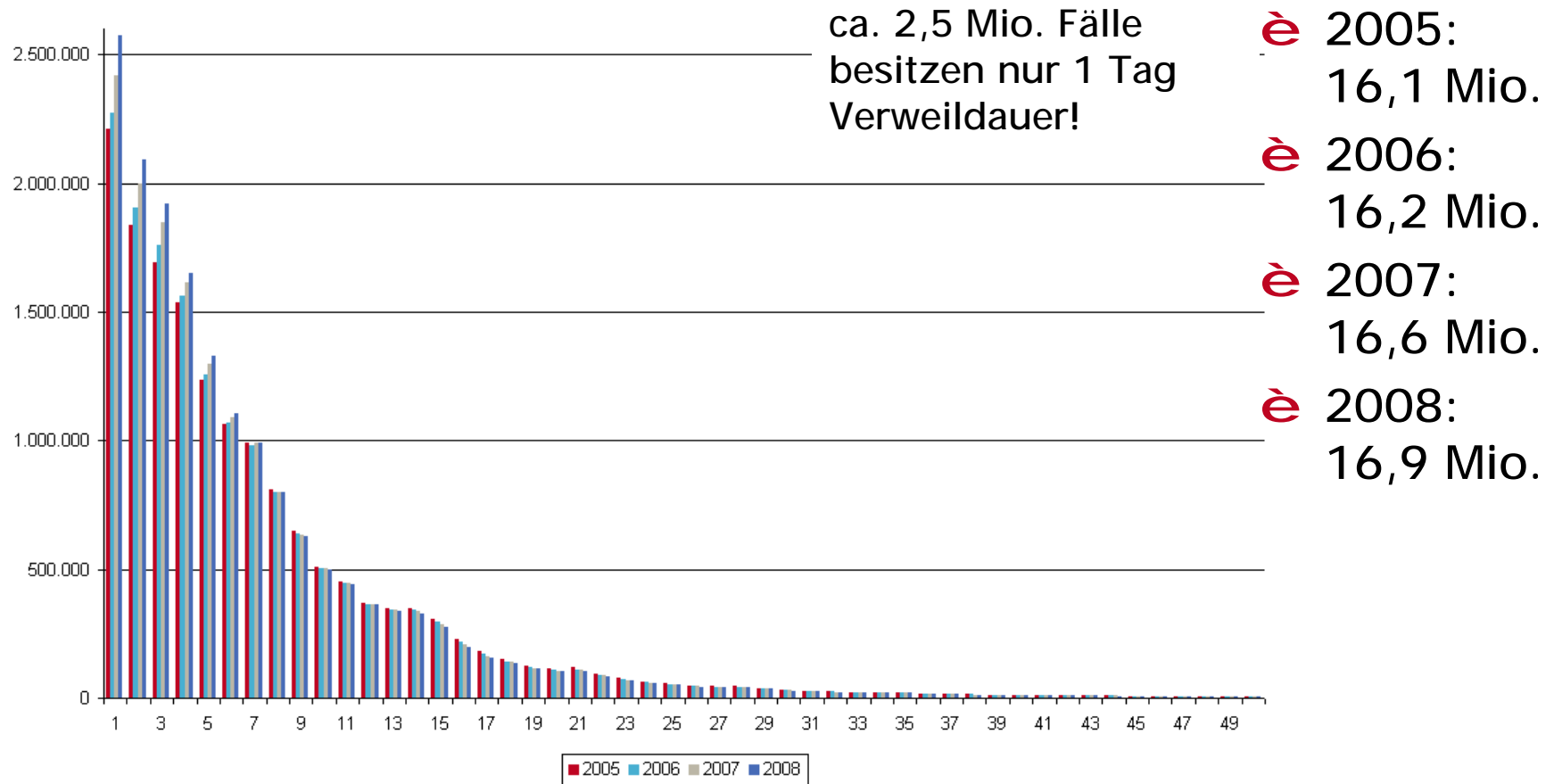
QS auf sozialpädagogischem Niveau: „Schön, dass wir darüber gesprochen haben.“

Künftig werden die Indikatoren vielleicht einmal vergütungsrelevant.

„BQS-Problem 4“ Enges Zeitfenster

- è Die entscheidende Qualitätsfrage bei Endoprothesen – die Standzeit – lässt sich nicht während eines Krankenhausaufenthaltes beantworten.
- è Viele der Qualitätsindikatoren haben wenig mit der Qualität zu tun, die Ärzte und Patienten wirklich interessiert.
- è Bei weiter sinkender Verweildauer wird das derzeitige Messinstrumentarium weiter an Bedeutung verlieren.

Verweildauer nach DRG-Daten- jahren 2005, 2006 und 2007. Jahr der Entlassung



Konsequenzen für die QS-Institutionen



Zu unterscheiden sind:

1. Bundesverfahren (Bsp Kinderherzchirurgie)
 2. Bund-Länderverfahren (fast alle BQS-Verfahren; Berechnung auf Bundesebene, Dialog auf Landesebene)
 3. Landesverfahren (landesspezifische Berechnung)
- è Mehrpunktmessungen können keine Landesverfahren sein, da nicht zwangsläufig alle Messpunkte im gleichen Land liegen. Maßgebliche Ebene für die Mehrpunktmessung ist die Bundesebene. Der strukturierte Dialog kann in der Regel auf Landesebene bleiben.

„Sektorübergreifend“ – eine begriffliche Irreführung



Wenn die Re-TEP zur Messung der TEP-Standzeit verwendet wird, ist das sprachlich gesehen nicht „sektorübergreifend“. Aber es muss wesentlicher Ansatzpunkt einer neuen QS sein.

Konsequenz: „Sektorübergreifende QS umfasst auch Prozesse, die die Sektorengrenze nicht überschreiten.“

Paradigmenwechsel

Standardsichtweise:

„Sektorübergreifende QS-Verfahren ergänzen ein funktionierendes System sektorspezifischer QS-Verfahren.“

Das aber ist falsch. Richtig ist:

„Die bestehenden fallbezogenen Verfahren müssen mittels Mehrpunktmessung fall- und ggf. sektorübergreifend erweitert werden. Ergänzend kann es neue sektorübergreifende Verfahren geben.“

Die Zukunft lässt auf sich warten



Neue sektorübergreifende Verfahren werden kaum bis April 2010 entwickelt sein. Das aber ist notwendig, um sie 2011 einzusetzen.

Erstes Datenjahr ist 2012. Aber erst das zweite liefert in der Regel valide Ergebnisse. Konsequenz: Frühestens 2014 können die ersten Ergebnisse diskutiert werden.

Der schnellere Weg zur sektorübergreifenden QS



Bestehende Verfahren werden sektorengleich angewendet:

- PTCA
- Dialyse

Bestehende Verfahren werden fallübergreifend erweitert

- Endoprothesen (TEP, Re-TEP)
- Herzschrittmacher (Aggregatwechsel)
- PTCA (Restenose)

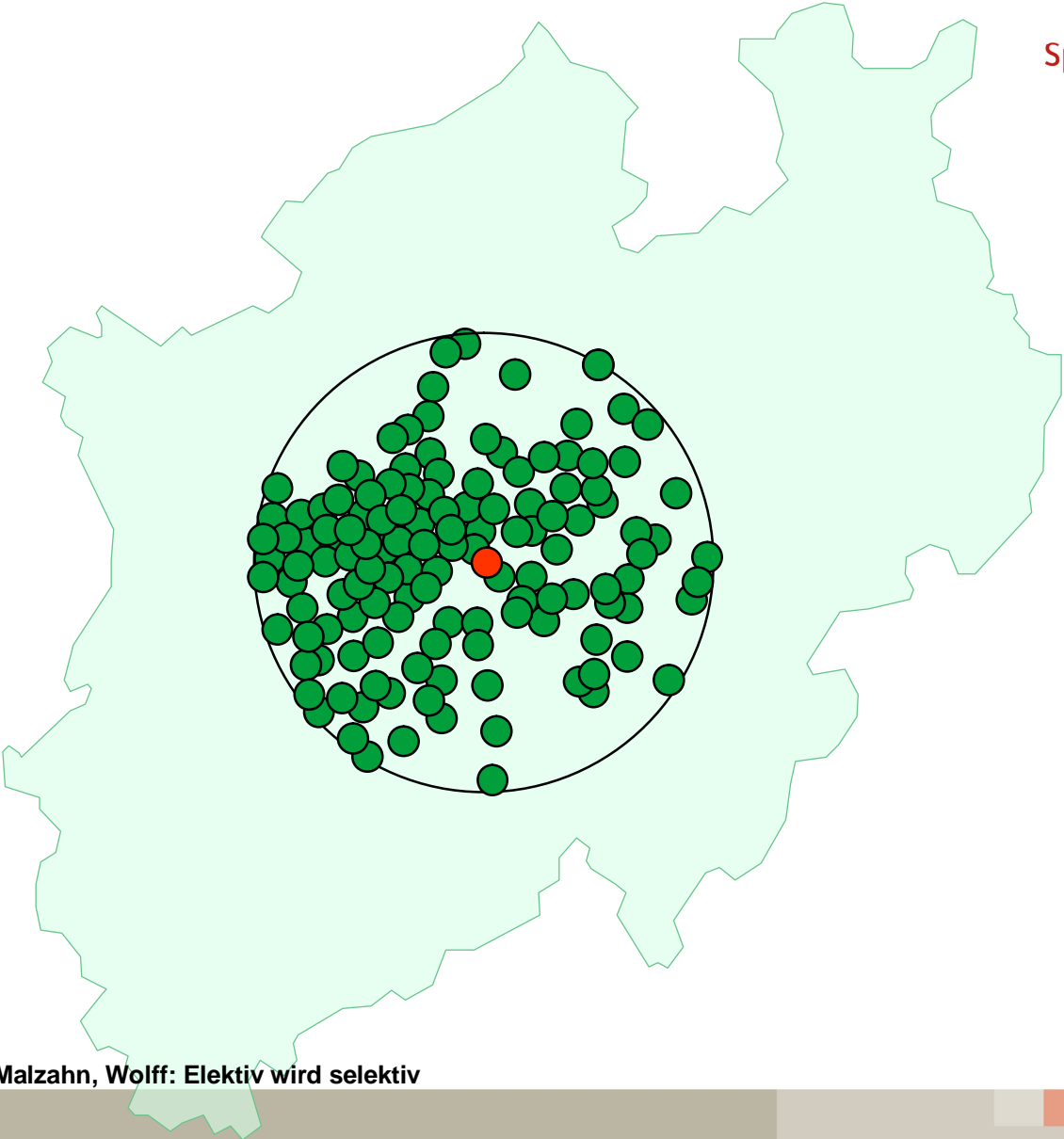
Gang der Handlung

- 1 Ein Blick zurück: Codex Hammurapi
- 2 Ein Blick über den Teich: P4P
- 3 Ein Blick zu uns: Paralleluniversum QS
- 4 Die Welt der QS-Indikatoren
- 5 Sektorübergreifende QS des G-BA
- 6 Richtlinie 13
- 7 Qualität in Selektivverträgen

Ausschreibung von Elektivleistungen

- è zum Konzept vgl. „Elektiv wird selektiv“
(vgl. Leber/Malzahn/Wolff in KH-Report 2007)
- è gleichsinnige Konzepte diverser Kassenarten sowie von Sachverständigenrat und Monopolkommission
- è Grundidee: Die Krankenkassen schreiben regional den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten aus. Je nach Ergebnis des Bieterverfahrens erhalten alle oder ein Teil der Krankenhäuser den Zuschlag.
- è Die Leistungen werden gemäß DRG-Systematik vergütet. Der LBFW hat als Höchstpreis Bestand. Es werden in der Regel kassenspezifische Rabatte verhandelt. Die Qualitätsstandards sind Teil der Ausschreibung.

Region um Essen



50 km

Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

Dr. Wulf-Dietrich Leber

Gründe für Qualität als Teil der Ausschreibung



- è Das Gesetz wird die Berücksichtigung der Qualität in der Ausschreibung vorschreiben.
- è QS-Marketing: Jede Kassen wird versuchen müssen, Rabatte als Qualitätssteigerung zu verkaufen.
- è Echte Qualitätsmängel könnten teuer werden.

Kollektiv messen, selektiv kontrahieren!



- è Es zeichnet sich ein Konsens ab, dass die Richtlinie 13 sowohl kollektiv- als auch selektivvertragliche Leistungen umfasst.
- è Die Einbeziehung von Selektivverträgen bringt eine Reihe von Datenflussproblemen mit sich – insbesondere müssen Daten niedergelassener Ärzte „an der KV vorbei“ geleitet werden.
- è Der G-BA ist langsam. Deshalb wird es auch ergänzende QS-Messungen in selektiven Verträgen geben müssen.

Fazit



- è Qualitätsorientierte Vergütung klingt super. Der Gesetzgeber steht auf so etwas.
- è Ausgangspunkt für qualitätsorientierte Vergütung ist Qualitätsmessung und Qualitätstransparenz.
- è Die Berücksichtigung von Qualität macht die Vergütungssysteme extrem kompliziert („medizinische Behandlung als Werkvertrag“).
- è Sektorübergreifende Qualitätssicherung des G-BA sollte mit der Erweiterung bestehender QS-Verfahren beginnen.
- è Wahrscheinlich gilt im Vertragswettbewerb: Kollektiv messen, selektiv kontrahieren.
- è Eine Sichtung der P4P-Ansätze zeigt: Qualitätsorientierte Vergütung ist kein Konzept – es ist ein Imperativ für jene, die Vergütungssysteme gestalten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.GKV-Spitzenverband.de