Gemeinsamer
Bundesausschuss

Gemeinsamer
Bundesausschuss

Qualitätsorientierte Krankenhausplanung und -vergütung – Vorgaben des G-BA

Ärztekammer Niedersachsen – „Qualität“ als Steuerungsinstrument für die stationäre Versorgung in Niedersachsen?

Hannover | 9. März 2018

Dr. Regina Klakow-Franck, M. A.

Unparteiisches Mitglied

Gliederung

I. Einleitung

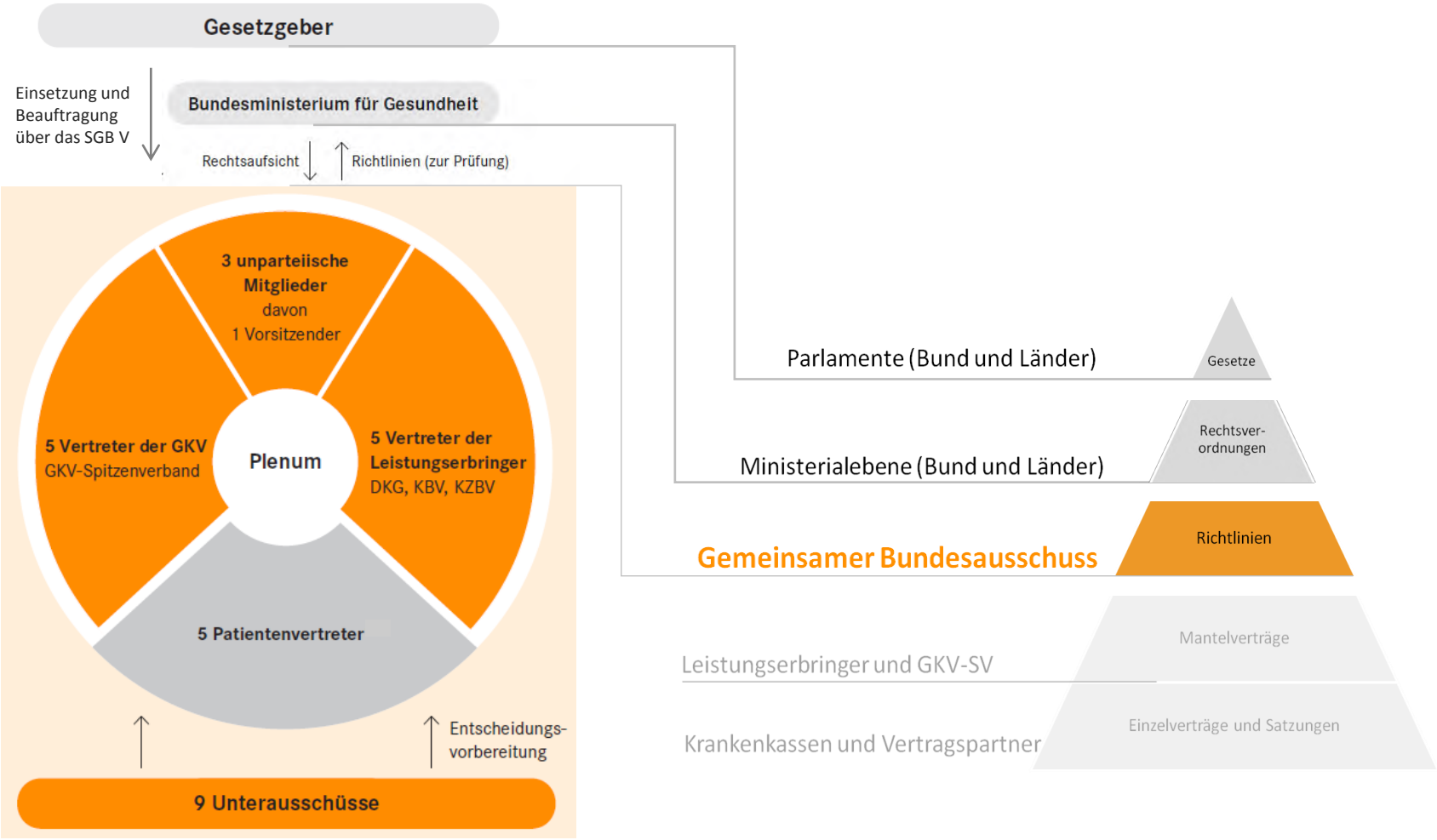
II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

IV. Zusammenfassung und Diskussion

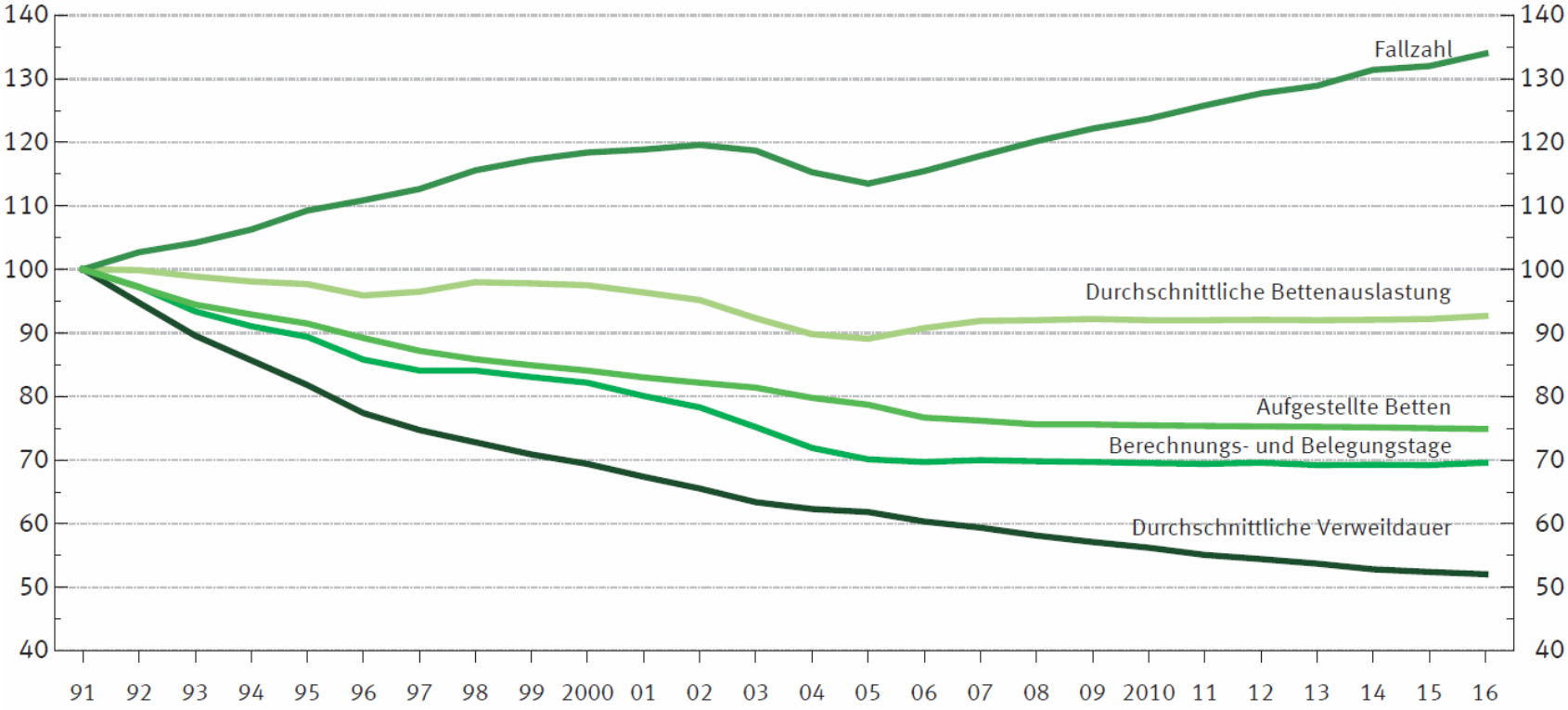
I. Einleitung

G-BA als untergesetzlicher Normgeber



I. Einleitung

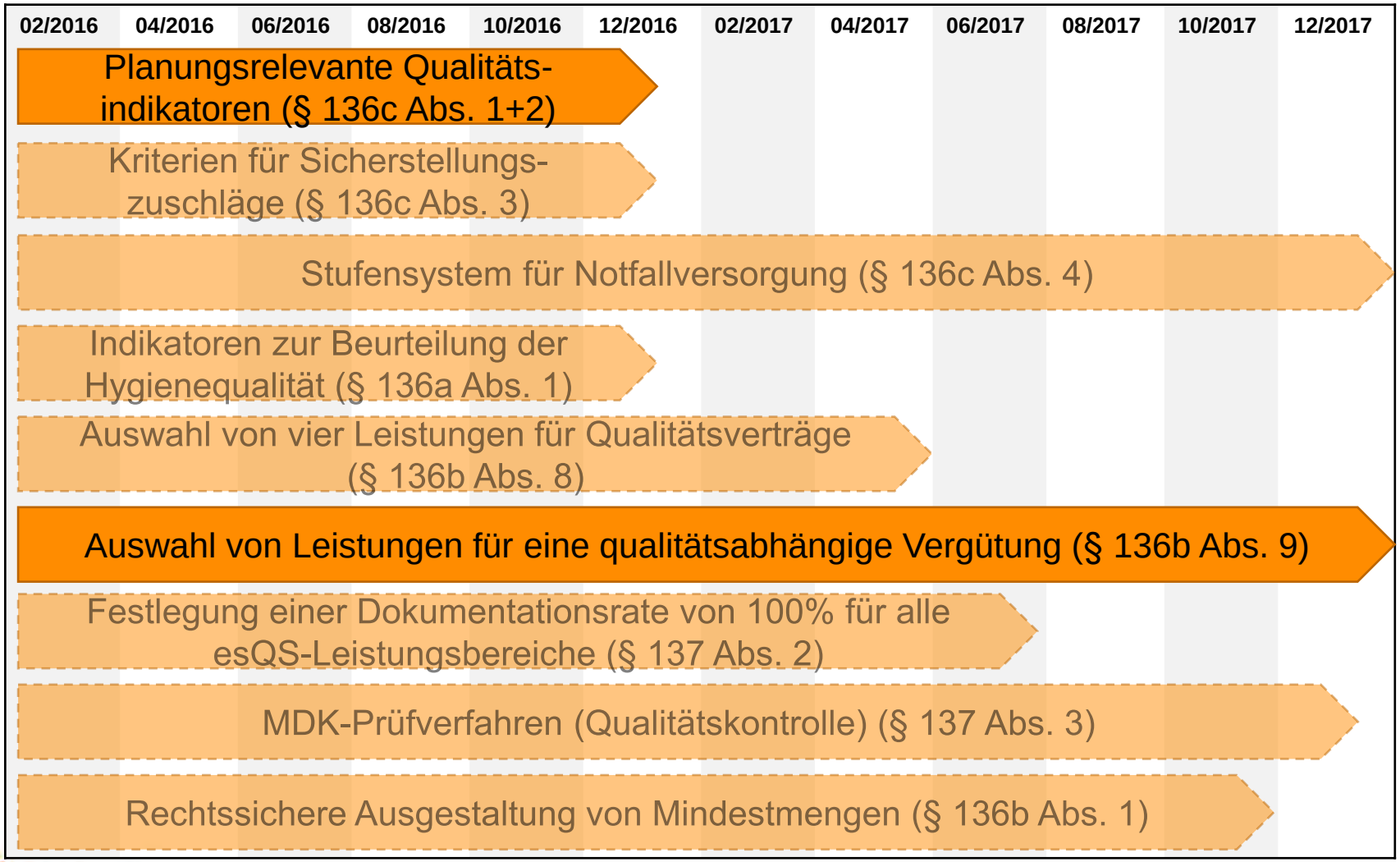
Kennzahlen zur stationären Versorgung in Deutschland (1991 = 100)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser

I. Einleitung

Krankenhausstrukturgesetz – Aufträge an den G-BA



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
PlanQI – Hintergrund und Zielsetzung

- Idee der Bund-Länder-AG: „Qualitätsorientierte Marktbereinigung“
- Ordnungspolitischer Rahmen bleibt unverändert
- Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder
  - neben Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit
- G-BA als „Dienstleister“ der Länder:
  - Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- Ergebnisqualität
  - Indikatorenset soll in der Gesamtschau Beurteilung der Qualität einer Fachabteilung ermöglichen
  - Unterscheidung in gute, durchschnittliche und unzureichende Qualität im Vergleich zu anderen Krankenhäusern
  - Übermittlung von unterjährigen Auswertungsergebnissen und Bewertungskriterien an die Länder
  - Entscheidungsgrundlage für Verbleib/Aufnahme in den Krankenhausplan

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Ausgangsbasis: Externe stationäre Qualitätssicherung (esQS)

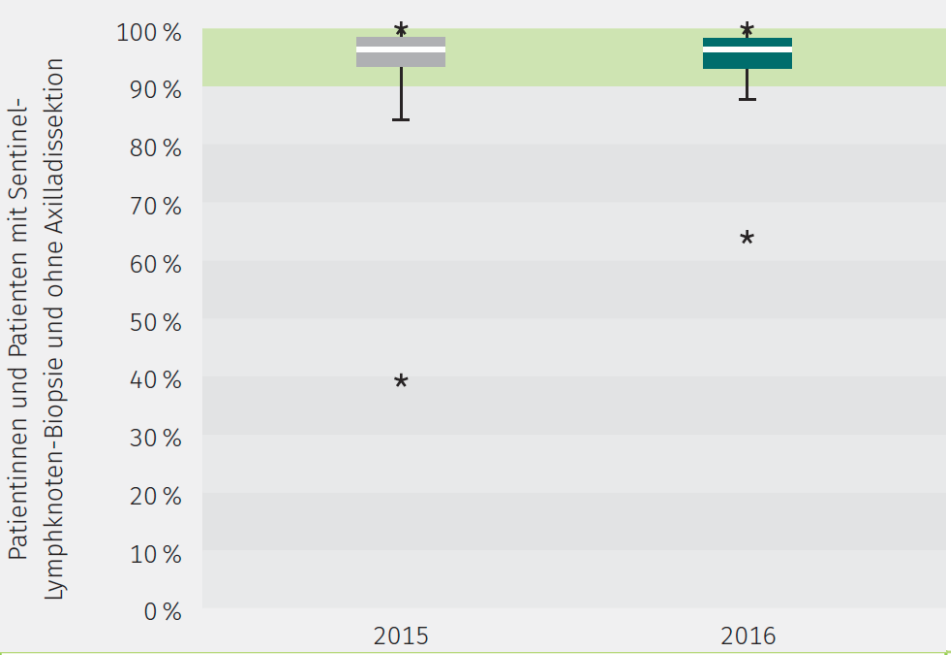
Qualitätsmessung mit Qualitätsindikatoren in folgenden Leistungsbereichen:

- Ambulant erworbene Pneumonie
- Geburtshilfe
- Gynäkologische Operationen
- Mammachirurgie
- Karotis-Revaskularisation
- Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- Implantierbare Defibrillatoren
  Herzschrittmacherversorgung
- Herztransplantation
  Lungen- und Herz-Lungentransplantation
- Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
  Kombinierte/Isolierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
- Lebertransplantation und Leberlebendspende
- Nierentransplantation und Nierenlebendspende
- Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
- Neonatologie
- Pflege: Dekubitusprophylaxe
- Hüft-Endoprothesenversorgung
- Knie-Endoprothesenversorgung

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Beispiel esQS: QI Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser	
Grundgesamtheit aller Krankenhäuser	694
Anzahl der Krankenhäuser mit 0 Fällen	224



419 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen			
Median	96,35 %	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	38 von 419
Spannweite	64,00 – 100,00 %		

275 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen			
Median	100,00 %	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	102 von 275
Spannweite	0,00 – 100,00 %		

Quelle: IQTIG (2017): Qualitätsreport 2016

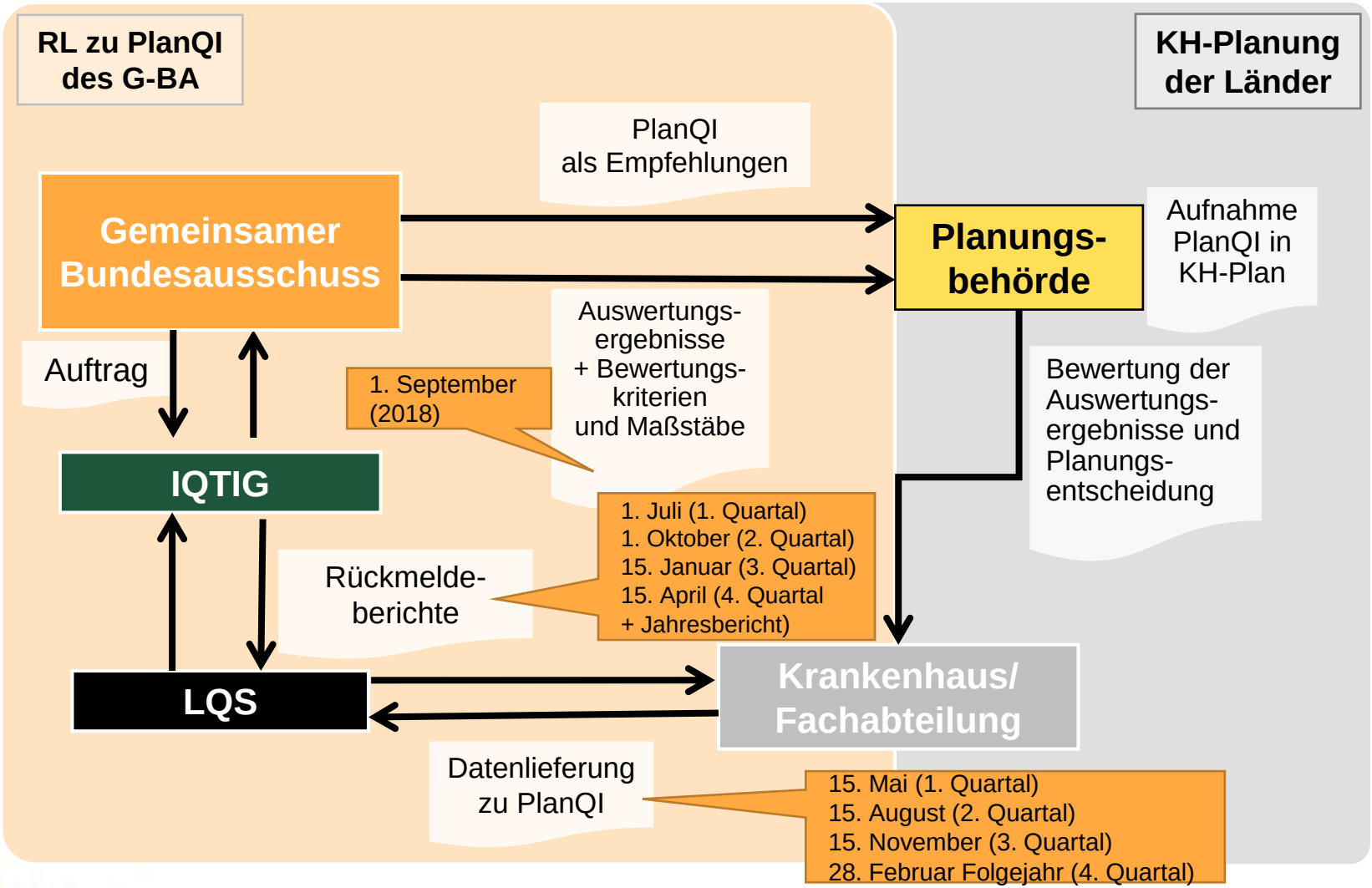
II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Erstes Indikatorenset

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Gynäkologische Operationen		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe		
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
Mammachirurgie		
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel-Event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %“

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

PlanQI – Verfahrensablauf

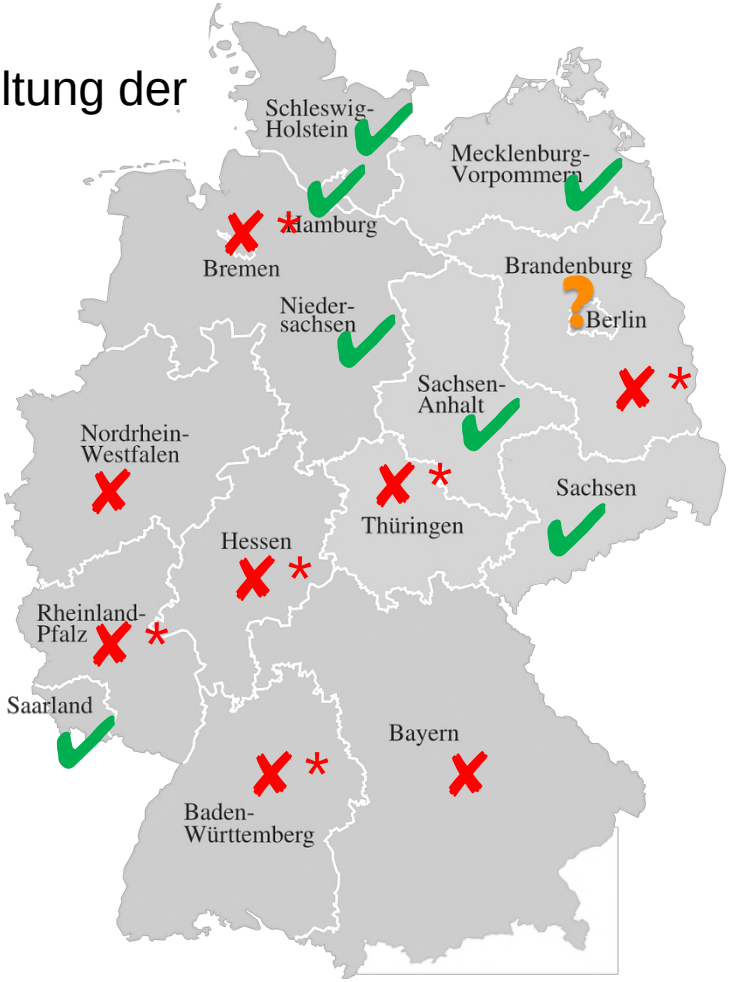


II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Übernahme der planQI in die Krankenhauspläne

Einschränkung der Geltung der planQI für die Krankenhausplanung durch Landesgesetz/ Verordnung

*= geplant/noch nicht beschlossen



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Weiterentwicklung der planQI – Beauftragung des IQTIG vom 18. Mai 2017 (1)

Auftrag 1:

- Prüfung der Ableitung planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus
  - Richtlinien zur Strukturqualität gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

  und
  - Mindestmengenregelungen (Mm-R) gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V
    - Für Leber- und Nierentransplantation falls möglich konkrete Umsetzungsvorschläge
- Indikatoren müssen zumindest dazu geeignet sind, qualitativ unzureichende Qualitätsergebnisse zu identifizieren (vgl. § 3 Abs. 2 plan. QI-RL)

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Weiterentwicklung der planQI – Beauftragung des IQTIG vom 18. Mai 2017 (2)

Auftrag 2:

- Erstellung Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von plan QI:
  - Qualitätsaspekte, die sich grundsätzlich für die Krankenhausplanung eignen und Methodik zur Entwicklung von Indikatoren und Indikatorensets
  - Indikatorensets zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung
  - Differenziertere Qualitätsbeurteilung, die über Feststellung einer unzureichenden Qualität hinausgeht
  - Identifizierung und Darstellung von „Grundleistungsbereichen“ der stationären Patientenversorgung
    - Bereiche der Unfall- und Viszeralchirurgie
  - Evaluationskonzept für Veränderungen der Versorgungsqualität durch plan QI

→ **Abgabefrist für beide Aufträge: 30. April 2018**

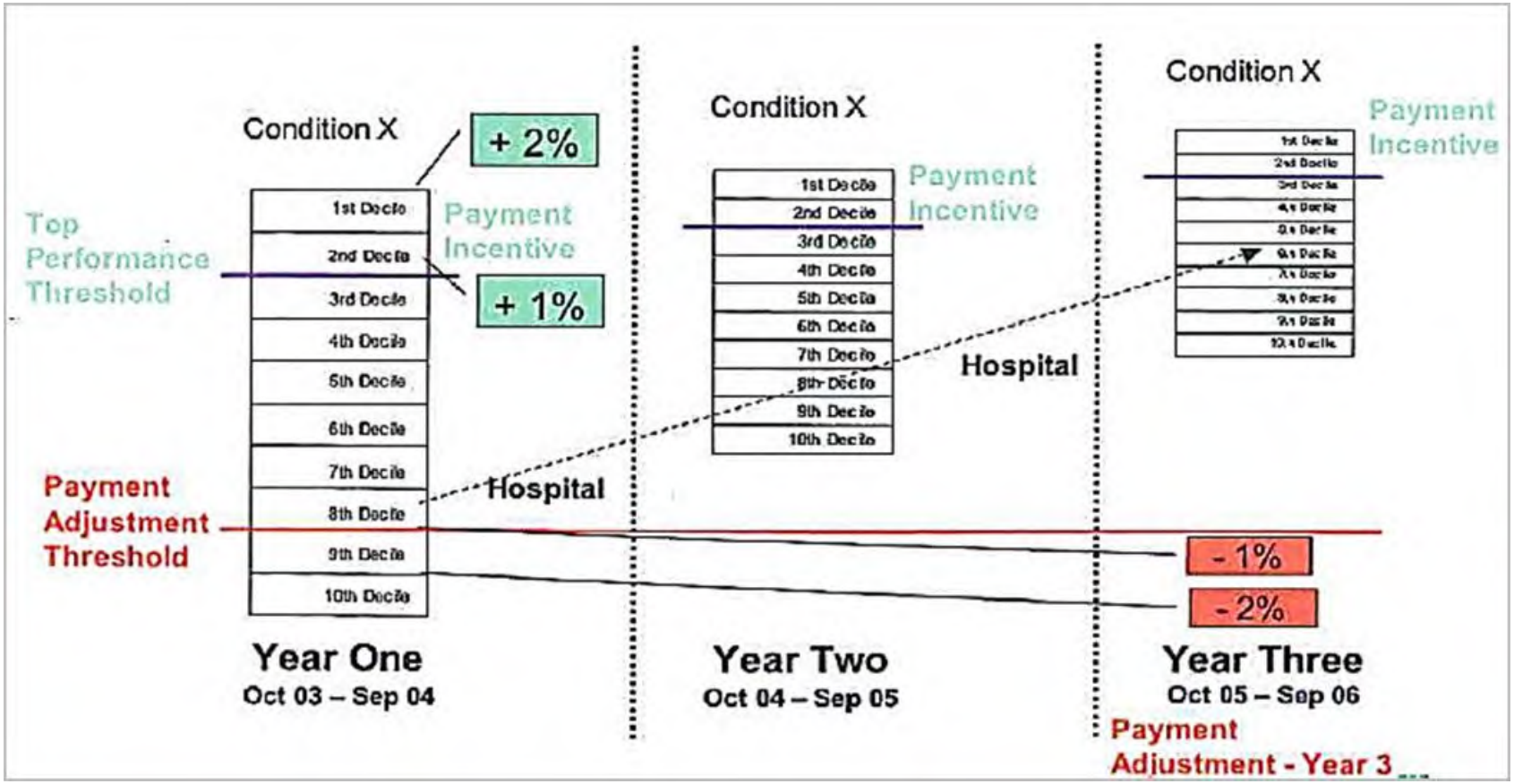
III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren
Gesetzlicher Auftrag

Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V:

- geeignete Leistungen oder Leistungsbereiche für qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen auswählen,
- geeignete Qualitätsindikatoren festlegen,
- jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität veröffentlichen,
- eine möglichst aktuelle Datenübermittlung der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das IQTIG vorsehen, zum Beispiel über eine Internetplattform, und
- die Auswertung der Daten sicherstellen
- Ausgangsbasis: QI der externen stationären QS

III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Pay for Performance - Beispiel



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

III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Beauftragung des IQTIG durch den G-BA (1)

Beauftragung vom 20. Oktober 2016 (Stufe 1)	Abschlussbericht V1.0 vom 4. Juli 2017	Beauftragung zur Nachbesserung vom 21. September 2017
Geeignete Leistung oder Leistungsbereich aus Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL für qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschläge	**Empfehlung Leistungsbereich „Hüftgelenknahe Femurfraktur“**	**Prüfung des Leistungsbereichs „Herzchirurgie“ auf Eignung für eine qualitätsabhängige Vergütung** Vergleich Vor- und Nachteile der empfohlenen Leistungsbereiche aus direktem (Herzchirurgie) und indirektem Verfahren (hüftgelenknahe Femurfraktur)

III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Beauftragung des IQTIG durch den G-BA (2)

Beauftragung vom 20. Oktober 2016 (Stufe 1)	Abschlussbericht V1.0 vom 4. Juli 2017	Beauftragung zur Nachbesserung vom 21. September 2017
Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien zur Bestimmung außerordentlich guter und unzureichender Qualität	**Index-Modell:** **Zuschläge nur, falls kein Qualitätsindikator des jeweiligen Leistungsbereichs rechnerisch/qualitativ auffällig und keine Auffälligkeit bei Dokumentation** **Berechnung des Zuschlagsindex, falls mind. Hälfte für Zuschlagsberechnung vorgesehenen Indikatoren besser als Median** **Qualitätsmängel können nicht durch überdurchschnittliche Qualität in anderen Indikatoren ausgeglichen werden** **Berechnung des Abschlagsindex sobald für Abschlagsberechnung vorgesehener Indikator qualitativ auffällig/rechnerisch auffällig wegen Dokumentationsmängeln**	Qualitätsziele zu den empfohlenen Qualitätsindikatoren ergänzen Klarstellung des Bewertungskonzeptes zur Feststellung außerordentlich guter und unzureichender Qualität

III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Beauftragung des IQTIG durch den G-BA (3)

Beauftragung vom 20. Oktober 2016 (Stufe 1)	Abschlussbericht V1.0 vom 4. Juli 2017	Beauftragung zur Nachbesserung vom 21. September 2017
Verfahren, das • insbesondere jährliche Veröffentlichung der Bewertungskriterien • möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den Qualitätsindikatoren an IQTIG • zeitnahe Bereitstellung der Auswertungsergebnisse durch IQTIG für Krankenhäuser und Krankenkassen gewährleistet	**vorgezogener strukturierter Dialog mit den Krankenhäusern zur Bildung und Beurteilung der Indices, mit unterjähriger Auswertung**	Vorgeschlagenes Verfahren überarbeiten Begründung der Verfahrensunterschiede im Vergleich zur plan. QI-RL
Verfahren zur Datenvalidierung	**Zusätzliche Datenvalidierung für Zuschläge**	Verfahren zur Datenvalidierung überarbeiten

III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Aktueller Stand

Zur Umsetzung des Verfahrens für Qualitätszu- und Abschläge sind Anpassungen notwendig:

- Weiterentwicklung Strukturierter Dialog (Stufe 1)
  (Beauftragung vom 18.01.2018 mit Frist zum 30.09.2018)
- Weiterentwicklung Datenvalidierung:
  Qesü-Richtlinie (Beauftragung vom 15.06.2017 mit Frist zum 31.01.2018) und
  QSKH-RL (Beauftragung vom 17.11.2017 mit Frist zum 31.05.2018 für Teil 1)

→ **Beschluss der Richtlinie und Auswahl des Leistungsbereichs (Femurfraktur und/oder Herzchirurgie): Ende 2018**

Bestehender Auftrag des IQTIG (bis 31.12.2018):

- Entwicklung einer Methodik zur Bewertung von Exzellenzqualität
- Empfehlung von Leistungen oder Leistungsbereiche, die nicht zu Leistungsbereichen gemäß QSKH-Richtlinie zählen

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Qualitätsindikatoren - Paradigmenwechsel

Qualität

QSKH-RL

- qualitativ auffällig
- qualitativ unauffällig

Planungs-relevante QI

- In erheblichem Maß unzureichend?
- Unzu-reichend?
- Durchschnittlich?
- Gut?

Qualitätszu- und Abschläge

- Unzureichend?
- Außerordentlich gut?

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Limitationen der externen stationären QS für Planungszwecke

- Grundvoraussetzungen für datengestützte Versorgungssteuerung:
  - Valide Daten
  - Risikoadjustierung der QI
- Ursprüngliche Qualitätsphilosophie: Qualitätsmessung von „Tracer-Diagnosen“ (z.B. Cholezystektomie) zur Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
  - → „Tunnelblick“ auf einzelne operative Prozeduren
- esQS: keine repräsentative Abbildung des stationären Leistungsspektrums, keine Fachabteilungs-Qualitätsindices
- Sinkende stationäre Verweildauer → zunehmende Einschränkung der Beurteilung der Ergebnisqualität gemessen an patientenrelevanten Endpunkten
  - → Stationäres Follow-up, sektorenübergreifende QS erforderlich
- → Beauftragung des IQTIG mit stufenweiser Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
- Unabhängig hiervon: Zurückhaltung der Länder gegenüber dem neuen Planungsinstrument

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Pay for Performance – Erfahrungen aus dem Ausland (1)

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

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Pay for Performance - Erfahrungen aus dem Ausland (2)

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	Antibiotikaprophylaxe innerhalb einer Stunde vor Operation
SCIP-Inf-2	Wahl der Antibiotikaprophylaxe vor Operation
SCIP-Inf-3	Antibiotikaprophylaxe 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	Grippeschutzimpfung

Indikator-ID	Beschreibung
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

Patientenzufriedenheit	
	Kommunikation mit den Pflegekräften
	Kommunikation mit den Ärzten
	Ansprechbarkeit des Krankenhauspersonals
	Schmerzmanagement
	Erläuterung der Medikation
	Sauberkeit und Ruhe
	Adäquate Entlassungsinformation
	Gesamtbeurteilung des Krankenhauses

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

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Qualitätszu- und -abschläge – 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 Risikoselektion?
- Einsatz von P4P in anderen Gesundheitssystemen insbesondere auch als Anreiz zur Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätszielen
  - Deutschland: Struktur- und Prozessqualitäts-Richtlinien des G-BA

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Qualitätsoffensive Krankenhaus – quo vadis? (1)

Qualitätsorientierte Weiterentwicklung von Krankenhausplanung und -vergütung grundsätzlich richtige Weichenstellung,

aber:

- Zunehmende Regelungsdichte und bürokratischer Aufwand
- Hohe Anforderungen an Methodik der neuen Indikatoren
  - Paradigmenwechsel: Differenzierung in unzureichende, durchschnittliche und (außerordentlich) gute Qualität
  - Methodisch anspruchsvoll, aber versorgungsrelevant?
- Hohe Anforderungen an Rechtssicherheit
  - Eingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 GG)
  - kompetentielle Grundfragen des KHSG

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Qualitätsoffensive Krankenhaus – quo vadis? (2)

Qualitätsorientierte Weiterentwicklung von Krankenhausplanung und -vergütung grundsätzlich richtige Weichenstellung,

aber:

- QS kann Korrektur von Fehlentwicklungen nur unterstützen
  - kein Ersatz für Weiterentwicklung des DRG-Systems!
  - kein Ersatz für adäquate Investitionskostenfinanzierung!
  - kein Ersatz für **sektorenübergreifende** Strukturpolitik!

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Qualitätsoffensive Krankenhaus – quo vadis? (3)

Qualitätssicherung als originäre Aufgabe des ärztlichen Berufsstands

„BQS-Verfahren“: Benchmarking von Krankenhäusern „im geschützten Raum“

Einführung des DRG-Systems

Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität

Public Reporting

„Qualitätswettbewerb“

Qualitätsorientierte Krankenhaus-Planung

Qualitätszu- und Abschläge

„Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung“ ?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!