

Ausgestaltung der Qualitäts-orientierten Vergütung - Perspektive 2030

9 Nationaler Qualitätskongress

Berlin, 03./04.12.2015

2Q30

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
www.matthias.schrappe.com

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Qualität 2030 - die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen



Gutachten

im Auftrag
Gesundheitsstadt Berlin

Stand Mitte 2014

2Q30

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
www.matthias.schrappe.com

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Aktueller Stand
- ➔ Politische Regelung: Konsistenz
- ➔ Zielorientierung
- ➔ Umsetzungsprobleme
- ➔ Zusammenfassung

Pay for Performance (p4p)

Definition:

"Qualitäts-bezogene Vergütung ist ein Finanzierungssystem, das die Qualität der Leistungserbringer in den Mittelpunkt stellt."

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung" Band II, Nr. 732

Prof. Dr. M. Schrappe

00qmp4p4p4p_def2.cdr

Pay for Performance (P4P)

Definition:

Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen basiert auf einer

- Qualitätsmessung durch definierte Indikatoren und
- koppelt die Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

P4P kann sich auch auf die Qualität im Verhältnis zu den Kosten (Effizienz, *value*) beziehen.

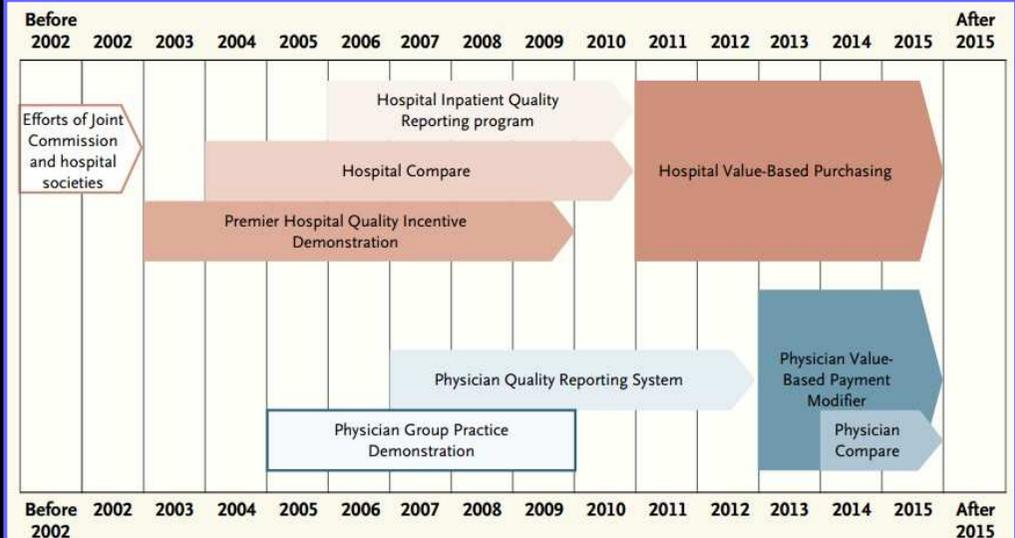
Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ **Aktueller Stand**
- ➔ Politische Regelung: Konsistenz
- ➔ Zielorientierung
- ➔ Umsetzungsprobleme
- ➔ Zusammenfassung

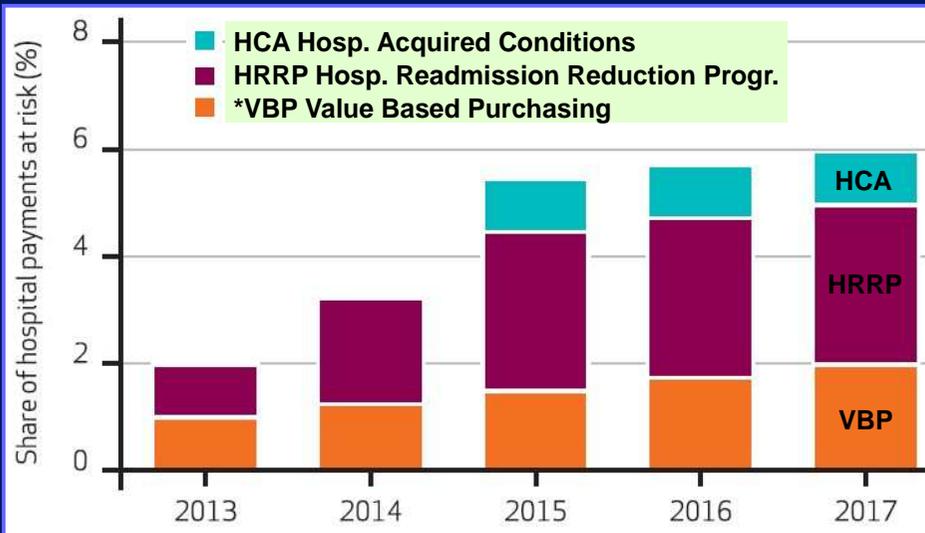
P4P und VBP* in den USA

- Balanced Budget Act 1997
- Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) 2003
 - ➔ Hospital Inpatient Quality Reporting (IQR)-Program
- Deficit Reduction Act (2005)
- Tax Relief and Health Care Act (2006)
- Patient Protection and Affordable Care Act (2010)
 - ➔ Value Based Purchasing Program
 - ➔ Hospital Readmission Reduction Program
 - ➔ Hospital-Acquired Condition Reduction Program

Medicare's Quality Incentive Program



P4P und VBP* in den USA



Kahn et al. 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren des Hospital Value-Based Purchasing Programms der CMS

(n. Ryan und Blustein 2012C)

(1) Clinical process

- **Acute myocardial infarction:** fibrinolytic therapy received within 30 minutes of hospital arrival; primary percutaneous coronary intervention received within 90 minutes of hospital arrival
- **Heart failure:** discharge instructions
- **Pneumonia:** blood cultures performed in the emergency department before initial antibiotic received in hospital; initial antibiotic selection for community-acquired pneumonia in immunocompetent patients
- **Infections associated with health care:** prophylactic antibiotic received within 1 h before surgical incision; prophylactic antibiotic selection for surgical patients; prophylactic antibiotics discontinued within 24 h; cardiac surgery patients with controlled 6 a.m. postoperative serum glucose levels
- **Surgery:** surgery patients taking a beta-blocker before arrival who received a beta-blocker during the perioperative period; recommended venous thromboembolism prophylaxis ordered; appropriate venous thromboembolism prophylaxis received no more than 24 hours before surgery and up to 24 hours after surgery

(2) Patient experience

- Communication with nurses
- Communication with physicians
- Responsiveness of hospital staff
- Pain management; communication about medicines
- Hospital cleanliness and quietness
- Discharge instructions
- Overall rating of hospital

(3) Patient mortality

- Mortality at 30 days, acute myocardial infarction
- Mortality at 30 days, heart failure
- Mortality at 30 days, pneumonia

(4) Hospital-acquired conditions

- Foreign object retained after surgery
- Air embolism
- Blood incompatibility
- Pressure ulcer stages 3 and 4
- Falls and trauma
- Infections associated with vascular catheters
- Urinary tract infections associated with catheters
- Manifestations of poor glycemic control

(5) Patient safety

- Composite measure of complication and patient- safety indicators (pressure ulcer, iatrogenic pneumothorax, bloodstream infections related to central venous catheters, postoperative hip fracture, postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis, postoperative wound dehiscence, and accidental puncture or laceration)
- Mortality for selected medical conditions (composite)

Le Paiement à la Performance en France

1. Influenza. Patients aged over 65 vaccinated/Patients over 65.
2. Breast cancer. Women from 50 to 74 years old participating in breast cancer screening/Women from 50 to 74 years of age (calculated on 2 years).
3. Vasodilators. Patients over 65 treated/Patients over 65 (Target=decrease).
4. Benzodiazepines long half-life. Patients over 65 treated/Patients over 65 (Target=decrease).

Diabetes

5. Number of diabetic patients with 3 or 4 HbA1C per year/number of diabetic patients.
6. Number of diabetic patients with ophthalmological control in the year/number of diabetic patients.
7. Number of diabetic patients (men over 50, women over 60) treated with statins and antihypertensive/number of diabetic patients (men over 50, women over 60) treated with antihypertensive drugs.
8. Number of diabetic patients (men over 50, women over 60) treated with antihypertensive drugs, statins and aspirin low dose/number of diabetic patients (men over 50, women over 60) treated with antihypertensive and statins.
9. Patients treated with antihypertensive normalised their blood pressure below 140/90 (declarative).

Prescription

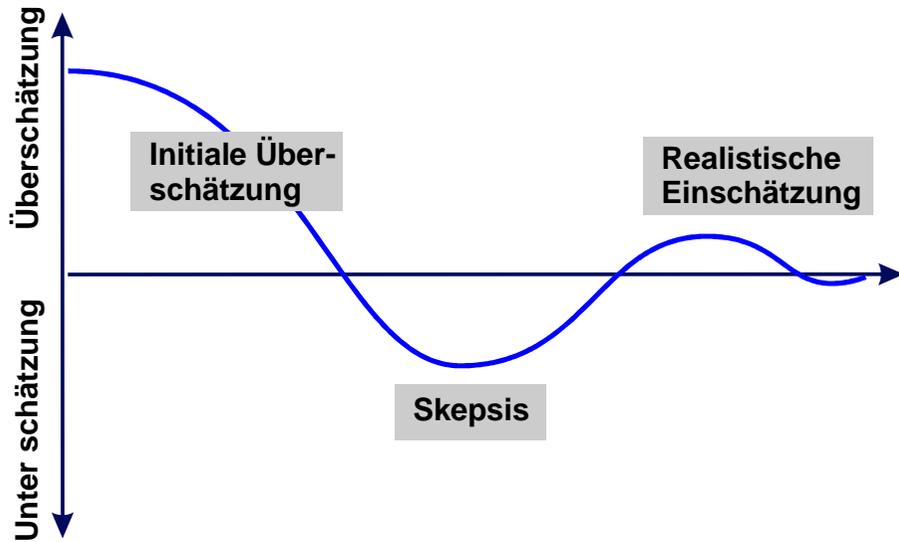
10. Per cent of generics for antibiotics.
11. Per cent of generics for proton pump inhibitor.
12. Per cent of generics for statins.
13. Per cent of generics for antihypertensive drugs.
14. Per cent of generics for antidepressants.
15. Prescription of ACE inhibitors/prescription of ACE inhibitors + angiotensin II receptor antagonists.
16. Number of patients treated with low-dose aspirin/number of patients treated with antiplatelet agents

Contrat d'Amelioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Saint-Lary et al. 2012

Prof. Dr. M. Schrappe

Gesundheitswesen: Innovationen



Prof. Dr. M. Schrappe

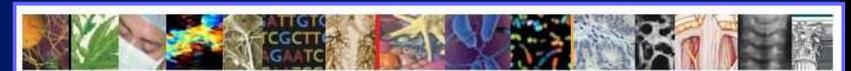
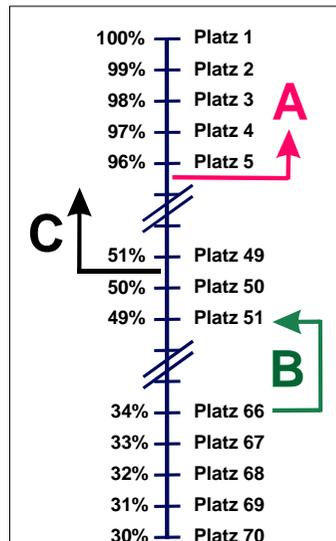
P4P (HQIP, QOF): Gründe für geringen Langfrist-Erfolg

- ➔ Indikatoren bekannt
- ➔ Ceiling
- ➔ Falsche Kopplung (poor performers)
- ➔ Dual Use
- ➔ Zu niedrige Vergütung
- ➔ Risiko-Aversion unterschätzt
- ➔ Auswirkung des dominierenden Vergütungssystems

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P: Ökonomische Faktoren

- Kopplung der monetären Bewertung an die Qualitätssystematik
- Höhe der monetären Bewertung
- Informationsassymmetrie
- Ökonomische Grundannahmen.



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

... may be moving the needle in the right direction.

Like it or not, hospital pay for performance is here to stay. Other payment-system changes (such as bundled payments and account-...

Perspective
APRIL 26, 2012

Making the Best of Hospital Pay for Performance

Andrew Ryan, Ph.D., and Jan Blustein, M.D., Ph.D.

00inf_qm/hia_report15.cdr

NATIONAL AND STATE HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS PROGRESS REPORT

<http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf>
Herausgegeben am 23.3.2015
Zugriff 19.11.2015

THIS REPORT IS BASED ON 2013 DATA, PUBLISHED JANUARY 2015

00inf_qm/hia_report15.cdr

HAIs data for nearly all U.S. hospitals are published on the Hospital Compare website.

CLABSI ↓ 46% LOWER COMPARED TO NAT'L BASELINE*

CENTRAL LINE-ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTIONS
When a tube is placed in a large vein and not put in correctly or kept clean, it can become a way for germs to enter the body and cause deadly infections in the blood.
U.S. hospitals reported a significant decrease in CLABSIs between 2012 and 2013.
9% Among the 2,389 hospitals in U.S. with enough data to calculate an SIR, 9% had an SIR significantly worse than the national SIR of 0.54.

CAUTI ↑ 6% HIGHER COMPARED TO NAT'L BASELINE*

CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS
When a urinary catheter is not put in correctly, not kept clean, or left in a patient for too long, germs can travel through the catheter and infect the bladder and kidneys.
U.S. hospitals reported a significant increase in CAUTIs between 2012 and 2013.
12% Among the 2,781 U.S. hospitals with enough data to calculate an SIR, 12% had an SIR significantly worse than the national SIR of 1.06.

MRSA Bacteremia ↓ 8% LOWER COMPARED TO NAT'L BASELINE*

LABORATORY IDENTIFIED HOSPITAL-ONSET BLOODSTREAM INFECTIONS
Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is bacteria usually spread by contaminated hands. In a healthcare setting, such as a hospital, MRSA can cause serious bloodstream infections.
U.S. hospitals reported a significant decrease in MRSA Bacteremia between 2012 and 2013.
7% Among the 2,002 U.S. hospitals with enough data to calculate an SIR, 7% had an SIR significantly worse than the national SIR of 0.92.

SSIs ↓ 14% LOWER COMPARED TO NAT'L BASELINE*

SURGICAL SITE INFECTIONS See page 3 for additional procedures
When germs get into an area where surgery is or was performed, patients can get a surgical site infection. Sometimes these infections involve only the skin. Other SSIs can involve tissues under the skin, organs, or implanted material.
U.S. hospitals reported no significant change in SSIs related to abdominal hysterectomy surgery between 2012 and 2013.
9% Among the 765 U.S. hospitals with enough data to calculate an SIR, 6% had an SIR significantly worse than the national SIR of 0.86.

SSI: Colon Surgery ↓ 8% LOWER COMPARED TO NAT'L BASELINE*

U.S. hospitals reported a significant increase in SSIs related to colon surgery between 2012 and 2013.
Several changes to the NHSN 2013 SSI protocol likely contributed to an increase in the national and some state-specific colon surgery SIRs compared to 2012.
7% Among the 2,030 U.S. hospitals with enough data to calculate an SIR, 7% had an SIR significantly worse than the national SIR of 0.92.

C. difficile Infections ↓ 10% LOWER COMPARED TO NAT'L BASELINE*

LABORATORY IDENTIFIED HOSPITAL-ONSET C. DIFFICILE INFECTIONS
When a person takes antibiotics, good bacteria that protect against infection are destroyed for several months. During this time, patients can get sick from *Clostridium difficile* (*C. difficile*), bacteria that cause potentially deadly diarrhea, which can be spread in healthcare settings.
U.S. hospitals reported a significant decrease in *C. difficile* infections between 2012 and 2013.
13% Among the 3,557 U.S. hospitals with enough data to calculate an SIR, 13% had an SIR significantly worse than the national SIR of 0.90.

* Statistically significant

THIS REPORT IS BASED ON 2013 DATA, PUBLISHED JANUARY 2015

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Aktueller Stand
- ➔ Politische Regelung: Konsistenz
- ➔ Zielorientierung
- ➔ Umsetzungsprobleme
- ➔ Zusammenfassung

KHSG-Entwurf 30.6.2015

- ➔ Neustrukturierung des 9. Abschnitt Kap. 4 SGB V
- ➔ Qualitäts-orientierte Vergütung
- ➔ Eindämmung des Mengenanreizes
- ➔ Qualitätsverträge - Selektivverträge
- ➔ Mindestmengen
- ➔ Zugangsindikatoren
- ➔ Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
- ➔ Weiterentwicklung Public Reporting
- ➔ Patientenorientierung
- ➔ Kontrolle und Durchsetzung

KHSG-E: 9. Abschnitt des 4. Kap. SGB V

"Sicherung der Qualität der Leistungserbringung"

- ➔ Verpflichtung zur Qualitätssicherung:
§§135a-c (alt §§135a, 136, 136a)
- ➔ Rolle des GBA in der Qualitätssicherung:
§§136-136d (alt § 137)
- ➔ Durchsetzung und Kontrolle:
§137 [neu]
- ➔ IQTiG und dessen Beauftragung:
§§137a und b (alt §137a, §137 Abs. 5)

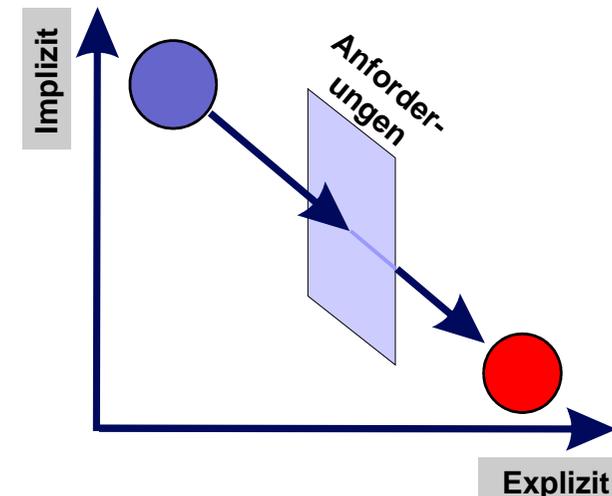
P4P: umfangreicher Q-Kontext

- Public Reporting (Qualitätsbericht) ➔ Wettbewerb
- "Qualitätsverträge" nach §110a ➔ Selektivverträge
- Qualitäts-orientierte Krhs-Planung (§6 Abs. 1a KHG, §136c SGB V) } ➔ Versorgungsplanung
- "Tandem" Mindestmengen und Zugang (§136b Abs.3-5, §17b KHG) }
- Patienten-Bezug (§1 Abs. 1 KHG, §136b Abs. 6, §137a Abs. 3) ➔ Patientenorientierung
- Mengenproblematik (KHG §§10,17b) ➔ Überversorgung
- Innovationsfonds (§92a,b SGB V) ➔ Evaluation

Gliederung

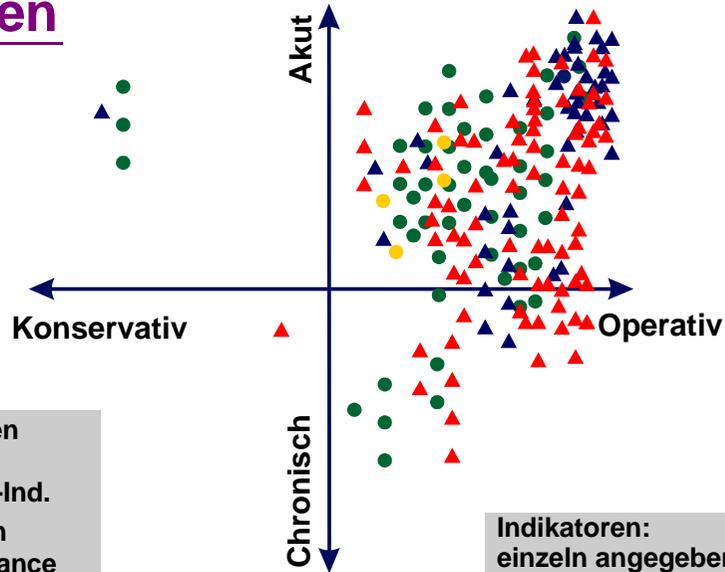
- ➔ Einführung
- ➔ Aktueller Stand
- ➔ Politische Regelung: Konsistenz
- ➔ Zielorientierung
- ➔ Umsetzungsprobleme
- ➔ Zusammenfassung

Definition Qualität: Anforderungen



Indikatoren

www.sgg.de



- Ergebnis-Indikatoren
- ▲ Mortalität
- ▲ Andere Ergebnis-Ind.
- Prozess-Indikatoren
- Leitlinien-Compliance
- Andere Prozess-Ind.

Indikatoren:
einzeln angegeben
Indikatorengruppen

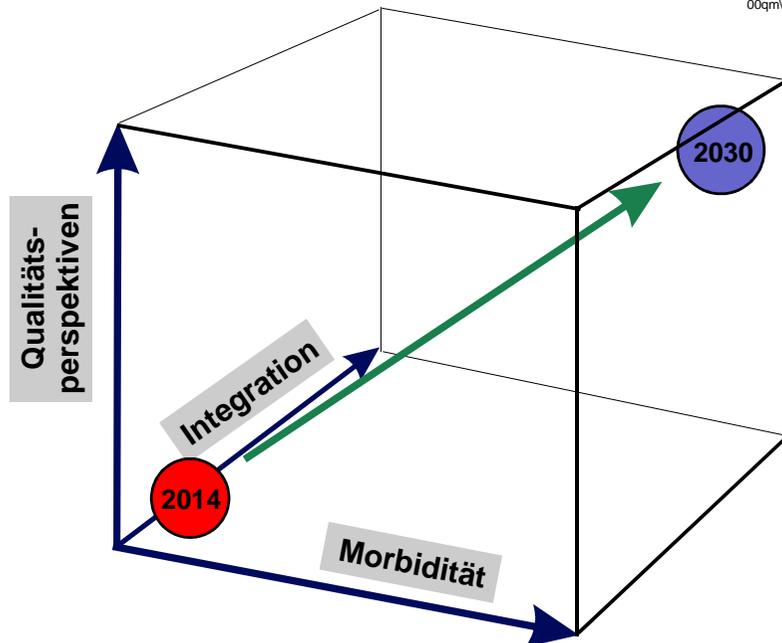
Prof. Dr. M. Schrappe

Das deutsche Gesundheitswesen

- Herausforderungen -

- ➔ **Morbidität** Chronische Mehrfach-Erkrankungen
Präventionsbezug
- ➔ **Struktur** Integration und Koordination
Qualitäts- statt Mengenorientierung
- ➔ **Q-Perspektive** Patienten-Bezug

Prof. Dr. M. Schrappe



Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Aktueller Stand
- ➔ Politische Regelung: Konsistenz
- ➔ Zielorientierung
- ➔ **Umsetzungsprobleme**
- ➔ Zusammenfassung

Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

Regelungen im KHSG-E vom 30.6.2015 - Einschätzung

- ➔ Allgemeine Einschätzung
- ➔ Qualitätsziele gefordert
- ➔ Zeitnähe
- ➔ Dual Use
- ➔ Begriff Indikatoren
- ➔ sog. "Exzellenz-Indikatoren"
- ➔ Kompetenzverteilung
- ➔ Routinedaten
- ➔ Mengenanreiz

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P: potentielle Fehlanreize

- ➔ Verschlechterung von Motivation und Patientenorientierung der behandelnden Ärzte
- ➔ Anreize zur Qualitätsverbesserung sind wirkungslos oder führen zu einer Verschlechterung
- ➔ Verstärkung von sozialer Ungleichheit (Patienten mit chronischen Erkrankungen, mit niedrigem Einkommen, ethnische Gruppen)

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P: Risikoselektion?

Premier/HQIP: Vergleich CABG-Rate bei AMI 2002/3 mit 2008/9

- ➔ **Begründung:** Gefahr der Risikoselektion durch P4P?
- ➔ **Methodik:** Historischer Vergleich
HQIP: 126 Krhs, 91.393 Pat.
Kontrolle (nur Publ. Reporting): 848, 502.536

Ergebnisse:	2002/3	2008/9
• Rate CABG bei AMI HQIP	13,6%	10,4%
Kontrollgruppe	13,6%	10,6%
• Hochrisiko-Pat. HQIP	8,4%	8,2%
Kontrollgruppe	8,4%	8,3%

HQIP Hosp. Quality Incentive Demonstration Proj.
AMI Akuter Myokardinfarkt, CABG Bypass OP

Prof. Dr. M. Schrappe

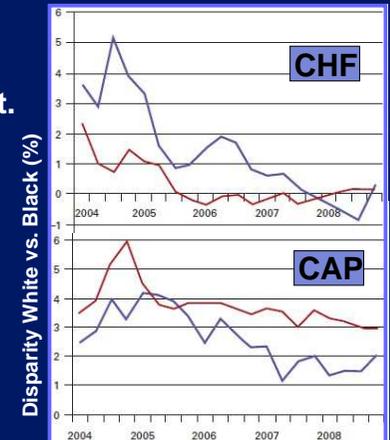
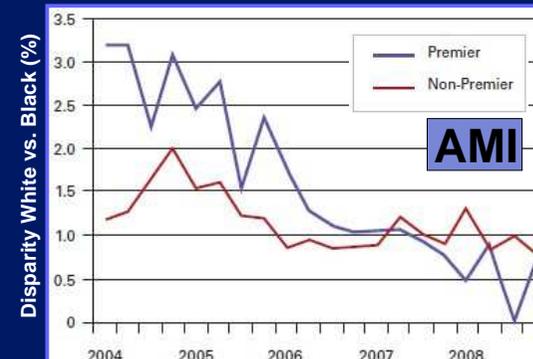
Epstein et al. 2014

P4P: Racial Disparity?

Premier/HQIP: Vergleich bei AMI, CHF und CAP 2004 mit 2008

- ➔ **Begründung:** Gefahr der Risikoselektion durch P4P?

- ➔ **Methodik:** Historischer Vergleich
HQIP: 226.096 Pat.
Kontrolle: 1.607.575 Pat.



HQIP Hosp. Quality Incentive Demonstration Proj.
AMI Akuter Myokardinfarkt, CHF Chronische Herzinsuff., CAP Ambulant erworben. Pneumonie

Epstein, Jha, Orav Am. J. Manag. Care 20, 2014, e476

Prof. Dr. M. Schrappe

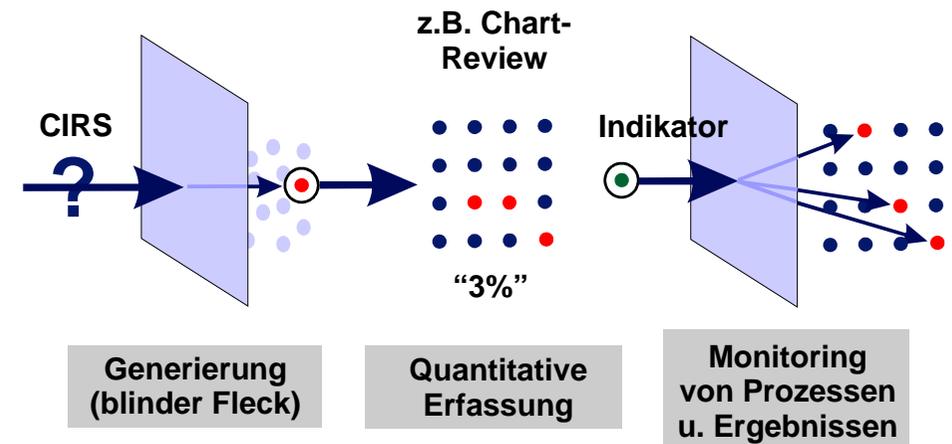
Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

Regelungen im KHS-G-E vom 30.6.2015 - Einschätzung

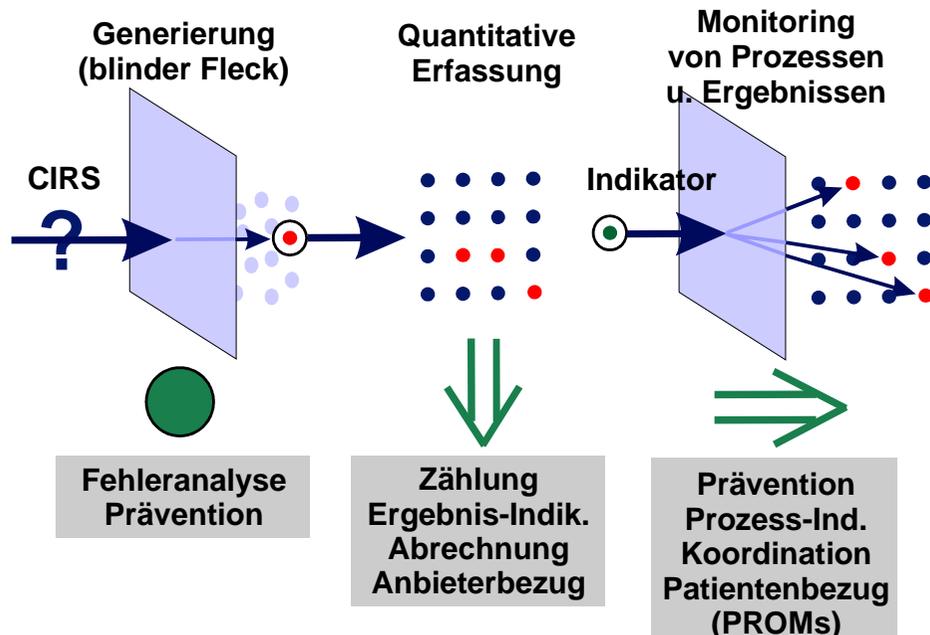
- ➔ Allgemeine Einschätzung
- ➔ Qualitätsziele gefordert
- ➔ Zeitnähe
- ➔ **Dual Use**
- ➔ **Begriff Indikatoren**
- ➔ sog. "Exzellenz-Indikatoren"
- ➔ Kompetenzverteilung
- ➔ Routinedaten
- ➔ Mengenanreiz

Prof. Dr. M. Schrappe

Drei Ziele der Datenerfassung



Prof. Dr. M. Schrappe



Prof. Dr. M. Schrappe

Quantitative Erfassung vs. Indikator

- Konsequenzen -

➔ Quantitative Erfassung (Falldefinition):

- Retrospektive Ursachen-Analyse
- Maßnahmen um Wiederholungen zu verhindern

➔ Indikator

- Prävention verstärken
- Prospektive Analyse der Prozesse

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P: Auswirkung auf PROM's

00qmlleitlin/fehler.cdr

Pay for Performance: Are Hospitals Becoming More Efficient in Improving Their Patient Experience?

Anthony Charles Stanowski, DHA, FACHE, vice president, Applied Medical Software, Collingswood, New Jersey; Kit Simpson, DrPH, professor, Department of Health Science and Research, College of Health Professions, Medical University of South Carolina, Charleston; and Andrea White, PhD, professor emerita, Department of Healthcare Leadership and Management, College of Health Professions, Medical University of South Carolina

EXECUTIVE SUMMARY

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) changed the way hospitals interact with patients when it implemented a pay-for-performance (P4P) system.

➔ Verbesserung der gemessenen PRO von 2008 zu 2011

Prof. Dr. M. Schrappe

00qmp4p/khsg_p4p.cdr

Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

Regelungen im KHSG-E vom 30.6.2015 - Einschätzung

- ➔ Allgemeine Einschätzung
- ➔ Qualitätsziele gefordert
- ➔ Zeitnähe
- ➔ Dual Use
- ➔ Begriff Indikatoren
- ➔ sog. "Exzellenz-Indikatoren"
- ➔ Kompetenzverteilung
- ➔ Routinedaten
- ➔ Mengenanreiz

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

00qmp4p/khsg_p4p.cdr

Regelungen im KHSG-E vom 30.6.2015 - Einschätzung

- ➔ Allgemeine Einschätzung
- ➔ Qualitätsziele gefordert
- ➔ Zeitnähe
- ➔ Dual Use
- ➔ Begriff Indikatoren
- ➔ sog. "Exzellenz-Indikatoren"
- ➔ Kompetenzverteilung
- ➔ Routinedaten
- ➔ Mengenanreiz

Prof. Dr. M. Schrappe

00qmp4p/khsg_kompetenz.cdr

P4P im KHSG: Kompetenzverteilung

- ➔ **GBA:** Indikatoren und Leistungsbereiche sowie "Verfahren"

"Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren" (§136b Abs. 9)
- ➔ **Vertragspartner Bundesebene:** Höhe und Ausgestaltung

... vereinbaren "bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses" (§9 Abs. 1a Satz 1 Nr. 4 KHEntgG)
- ➔ **Vertragspartner vor Ort:** Anwendung und Ausnahmen

"Die Vertragspartner nach §11 [KHEntgG] vereinbaren "... unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbe-reiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse ... einen Qualitätszu- oder -abschlag.." (KHEntgG §5 Abs. 3a [neu]). Sie haben "... zu prüfen ob im jeweiligen Krankenhaus Besonderheiten vorliegen, die einen Verzicht auf die Anwendung eines Qualitätszu- oder -abschlags begründen." (Begründung)

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

Regelungen im KHSG-E vom 30.6.2015 - Einschätzung

- ➔ Allgemeine Einschätzung
- ➔ Qualitätsziele gefordert
- ➔ Zeitnähe
- ➔ *Dual Use*
- ➔ Begriff Indikatoren
- ➔ sog. "Exzellenz-Indikatoren"
- ➔ Kompetenzverteilung
- ➔ **Routinedaten**
- ➔ Mengenanreiz

Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

Regelungen im KHSG-E vom 30.6.2015 - Einschätzung

- ➔ Allgemeine Einschätzung
- ➔ Qualitätsziele gefordert
- ➔ Zeitnähe
- ➔ *Dual Use*
- ➔ Begriff Indikatoren
- ➔ sog. "Exzellenz-Indikatoren"
- ➔ Kompetenzverteilung
- ➔ Routinedaten
- ➔ **Mengenanreiz**

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Aktueller Stand
- ➔ Politische Regelung: Konsistenz
- ➔ Zielorientierung
- ➔ Umsetzungsprobleme
- ➔ **Zusammenfassung**

Verbesserung von Qualität: Ebenen

- Individuum ➔ Qualität
- Organisation ➔ Qualitätsmanagement
- System** ➔ **Qualitätsverbesserung auf Systemebene**

Complex Multicomponent Interventions (CMCIs)

- ➔ Doppelte Komplexität
 - Komplexe Intervention
 - Komplexer Kontext
- ➔ *bundle interventions*
- ➔ Theorie-Basierung entscheidend
- ➔ Frage: "Aufschnüren" des Bündels?

Berwick 2008

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P und DRG-System

P4P mit speziell eingerichteten Indikatoren für

	Akut-Erkrank.	Chron. Erkrankung.	Multiple Erkrank.	Koordination	Area	PROMs
Kosten-homogene Gruppen					● ●	
		●				
	● ●					
		●				●
				●		●
		● ●		●		
			●		●	
						●
			●			
						●

Prof. Dr. M. Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Download pdf-Version unter
www.matthias.schrappe.com

Prof. Dr. M. Schrappe