Spitzenverband

Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung

Pressekonferenz
Berlin, 17.10.2014

Dr. Doris Pfeiffer,
Dr. Bernhard Egger, Dr. Wulf-Dietrich Leber

Unsere Positionen zur Qualitätssicherung

Spitzenverband

Einleitung	1. Qualität konsequent sichern
Struktur	2. Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen 3. Mindestmengen rechtssicher ausgestalten 4. Personalanforderungen definieren
Messen	5. Indikatoren weiterentwickeln 6. Transparenz verbessern 7. Alle Vertragsformen einbeziehen
P4P	8. Qualitätsverträge ermöglichen 9. Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten
Ausblick	10. Sektorengrenzen überwinden

Qualität konsequent sichern (1/2)

Spitzenverband

Qualitätssicherung in Deutschland beginnt nicht bei Stunde Null

ABER:

- Mindestanforderungen dürfen nicht unterschritten werden
- Weiße Flecken sind zu schließen
- Gute Qualität soll sich lohnen
- Schlechte Qualität darf nicht ohne Konsequenzen bleiben
- Zusammenspiel zwischen Qualitätssicherung und Landeskrankenhausplanung ist auszubalancieren.
- Transparenz ist nur durch adressatengerechte Indikatoren und sektorenübergreifende Berichterstattung zu schaffen.

Qualität konsequent sichern (2/2)

Spitzenverband

Qualitätssicherung muss Konsequenzen haben

- Richtlinien und Regelungen sind rechtssicher zu gestalten, um eine unmittelbare Umsetzung zu gewährleisten.
- Patienten, aber auch Leistungserbringer selbst, müssen wissen, welche Qualitätsstandards verbindlich sind.

Unsere Positionen zur Qualitätssicherung

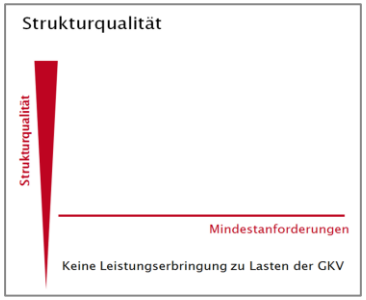
Spitzenverband

Einleitung	1. Qualität konsequent sichern
Struktur	2. Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen 3. Mindestmengen rechtssicher ausgestalten 4. Personalanforderungen definieren
Messen	5. Indikatoren weiterentwickeln 6. Transparenz verbessern 7. Alle Vertragsformen einbeziehen
P4P	8. Qualitätsverträge ermöglichen 9. Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten
Ausblick	10. Sektorengrenzen überwinden

Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen (1 / 7)

Spitzenverband

Patientensicherheit durch fachlich begründete, rechtssicher formulierte und regelmäßig überprüfte Strukturvorgaben erhöhen



Eckpunkte:

- Verbindliche Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität
- Regelmäßige unabhängige Überprüfung
- Keine Abrechnung von Leistungen unterhalb der Mindestanforderungen
- Aufnahme in Krankenhausplan bzw. bei der Zulassung von Fachabteilungen nur bei Erfüllung der Leistungsvoraussetzung

Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen (2/7)

Spitzenverband

Beispiel: Kathetergestützte Aortenklappentransplantation (TAVI)

- Ersatz der Aortenklappe ist ein in seinem Nutzen gut belegter Eingriff
- Eröffnung des Brustkorbs als konventionelle Methode
- Für Patienten, die nicht operiert werden können, gibt es seit einigen Jahren eine neue Technik, die Aortenklappe über einen Herzkatheter zu ersetzen (TAVI).
- Wichtig: Kritische und interdisziplinäre Indikationsstellung, um individuell zu entscheiden, welcher Eingriff für welchen Patienten am besten geeignet ist.

Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen (3/7)

Spitzenverband

Beispiel: Konventioneller Aortenklappenersatz und TAVI

Leistungsbereich	Fallzahl*	Krankenhaus-Sterblichkeit
Isolierte Aortenklappenchirurgie (konventionell)	9.853	2,8 %
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	6.715	4,6 %
Kathetergestützte Aortenklappenimplantation (TAVI)	10.409	5,7 %

* Anzahl Patienten > 18 Jahre mit mindestens einem Eingriff

Quelle: Externe stationäre Qualitätssicherung, Bundesauswertung 2013

Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen (4/7)

Spitzenverband

Beispiel: TAVI ist ein Eingriff mit möglichen schweren Komplikationen

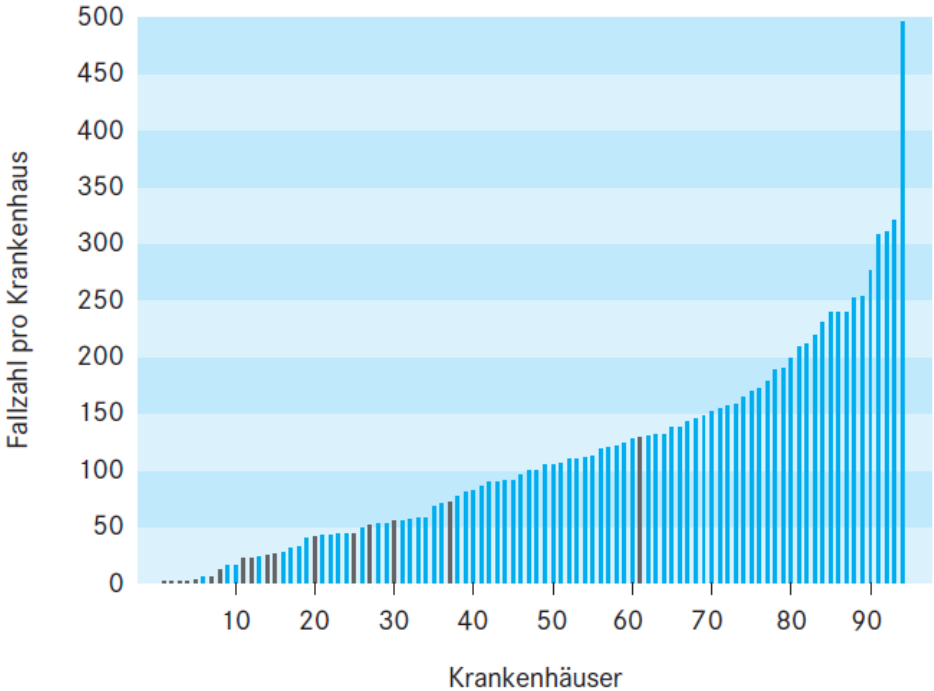
- Klappenverlust in der Herzkammer oder der Hauptschlagader
- Verletzung oder Einriss der Hauptschlagader
- Deshalb lebensnotwendig: Apparative, räumliche und personelle Voraussetzungen unmittelbar vor Ort für kardiologisch/ herzchirurgische **Notfalleingriffe und anschließende Weiterbehandlung**
- Das heißt: Das Krankenhaus, das eine TAVI durchführt, muss **kardiologische und herzchirurgische Fachabteilung im Haus** haben.
- Internationaler wissenschaftlicher Konsens (z. B. europäische Leitlinie, Vahanian et al. 2012)

Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen (5/7)

Spitzenverband

Beispiel: TAVI und Herzchirurgie: Situation in Deutschen Krankenhäusern

- Externe stationäre Qualitätssicherung, Bundesauswertung 2013:
  - 10.602 Eingriffe in 97 Krankenhäusern
  - 4,6 % der Patienten in 17 Krankenhäusern ohne Herzchirurgie (etwa 400 Eingriffe)



Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen (6/7)

Spitzenverband

Beispiel: TAVI und Herzchirurgie: Aktueller Diskurs

- Interpretation einer Gruppe deutscher Kardiologen, dass in der europäischen Leitlinie (Vahanian et al.) „on-site cardiac surgery“ als Anwesenheit von Herzchirurgen und nicht als Vorhandensein einer Fachabteilung für Herzchirurgie interpretiert werden könnte.
- Verzicht auf eine Fachabteilung für Herzchirurgie wird vor allem mit Vorteilen einer „wohnortnahen“ Versorgung begründet.
- Berufspolitische Diskussion vs. Internationaler Expertenkonsens

Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen (7/7)

Spitzenverband

Forderung des GKV-Spitzenverbandes:

- Kathetergestützte Aortenklappenimplantationen (TAVI) dürfen nur in Krankenhäusern mit einer Fachabteilung für Herzchirurgie und einer Fachabteilung für Innere Medizin und Kardiologie erbracht werden.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in Vorbereitung.

Unsere Positionen zur Qualitätssicherung

Spitzenverband

Einleitung	1. Qualität konsequent sichern
Struktur	2. Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen 3. Mindestmengen rechtssicher ausgestalten 4. Personalanforderungen definieren
Messen	5. Indikatoren weiterentwickeln 6. Transparenz verbessern 7. Alle Vertragsformen einbeziehen
P4P	8. Qualitätsverträge ermöglichen 9. Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten
Ausblick	10. Sektorengrenzen überwinden

Mindestmengen rechtssicher ausgestalten (1/2)

Spitzenverband

Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis ist ein Universalgesetz

- Bürokratiearmes Instrument der Qualitätssicherung
- Verhindern Gelegenheitsversorgung
- Dienen der Patientensicherheit

Eckpunkte

- Schaffung von mehr Rechtssicherheit durch Streichung des „besonderen“ Mengen-Ergebnis-Zusammenhangs im § 137 SGB V
- Überprüfung der Einhaltung bereits bestehender Mindestmengen und Leistungsausschluss bei Unterschreitung
- Fehlanreize durch Überprüfung der Indikationsqualität vermeiden

Mindestmengen rechtssicher ausgestalten (2/2)

Spitzenverband

Bezeichnung	Niere 2012	Niere 2013	Leber 2012	Leber 2013	Herz 2012	Herz 2013	Lunge 2012	Lunge 2013	Pankreas 2012	Pankreas 2013
Universitätsklinikum Aachen	26	28	67	44	6	<4				
Zentralklinikum Augsburg	42	30								
Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim					9	4				
Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen					73	76	<4	6		
Deutsches Herzzentrum Berlin					29	25	31	24		
Charite Universitätsmedizin Berlin	242	236	79	77					10	10
Knappschafts-Krankenhaus Bochum	81	69							31	22
Universitätsklinikum Bonn	28	21	17	35					8	<4
Klinikum Bremen-Mitte	32	20								
Universitätsklinikum Dresden	69	52							<4	<4
Herzzentrum Dresden GmbH					<4	<4				
Universitätsklinikum Düsseldorf	105	94			10	14				
Klinikum der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	88	85	5	7	12	15			5	5
Universitätsklinikum der Gesamthochschule Essen	133	90	139	116		<4	8	16	<4	<4
Klinikum der Universität Frankfurt	61	61	33	27	<4	<4			<4	<4
Universitätsklinikum Freiburg	87	82					17	20	7	6
Universitäts-Herzzentrum Freiburg					14	17				
Klinikum Fulda	20	13								
Uniklinikum Gießen	32	21			6	9	15	17		
Kliniken der Georg-August-Universität Göttingen			15	16	5	5				
Martin-Luther-Universität Halle	43	40								
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf Hamburg	78	76	72	76					<4	<4
Universitäres Herzzentrum Hamburg					12	11	8	4		
Nephrologisches Zentrum Niedersachsen Hann. Münden	105	84								
Medizinische Hochschule Hannover	171	142	101	72	22	15	133	141	10	11
Universitätsklinikum Heidelberg	145	143	110	108	22	23			17	9
Universitätskliniken des Saarlandes Homburg	30	23	10	17			14	17		
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	62	48	59	42	12	6	14	10	9	7
Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern	23	17							<4	<4
Kiel	41	36	35	50	6	6	<4	4	6	8
Kliniken der Stadt Köln - Betriebsteil Merheim	79	65								<4
Klinikum der Universität Köln	59	56	8	6	<4	5		<4	5	5
Universitätsklinikum Leipzig	37	39	61	16					<4	4
Herzzentrum Leipzig					38	26	30	32		
UNIVERSITÄTSKLINIKUM Lübeck	61	55								<4
Otto-von-Guericke Universität Magdeburg			14	14						
Klinikum der Johann Gutenberg-Universität Mainz	30	23	35	49			6	13	<4	
Klinikum der Stadt Mannheim	29	25								
Klinikum Universität Marburg	22	27							4	4
Klinikum der Universität München Innenstadt-Großhadern	111	94	48	50	33	26	73	57	19	11
Klinikum rechts der Isar der technischen Universität München	61	48	31	8					<4	
Universitätsklinikum Münster	84	117	35	26	6	9	6	8	<4	
Klinikum der Universität Regensburg	62	44	52	49	21	12			5	<4
Universitätsklinikum Rostock	40	35	<4	4					<4	6
Klinikum Stuttgart	70	58								
Klinikum der Eberhard-Karls-Universität Tübingen	56	47	59	51					5	<4
Klinikum der Universität Würzburg	41	28	10	10	4	<4				

Quelle:
Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren nach § 11 Abs. 5 TPG

Unsere Positionen zur Qualitätssicherung

Spitzenverband

Einleitung	1. Qualität konsequent sichern
Struktur	2. Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen 3. Mindestmengen rechtssicher ausgestalten 4. Personalanforderungen definieren
Messen	5. Indikatoren weiterentwickeln 6. Transparenz verbessern 7. Alle Vertragsformen einbeziehen
P4P	8. Qualitätsverträge ermöglichen 9. Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten
Ausblick	10. Sektorengrenzen überwinden

Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten (1/4)

Spitzenverband

Gute Qualität muss sich künftig lohnen

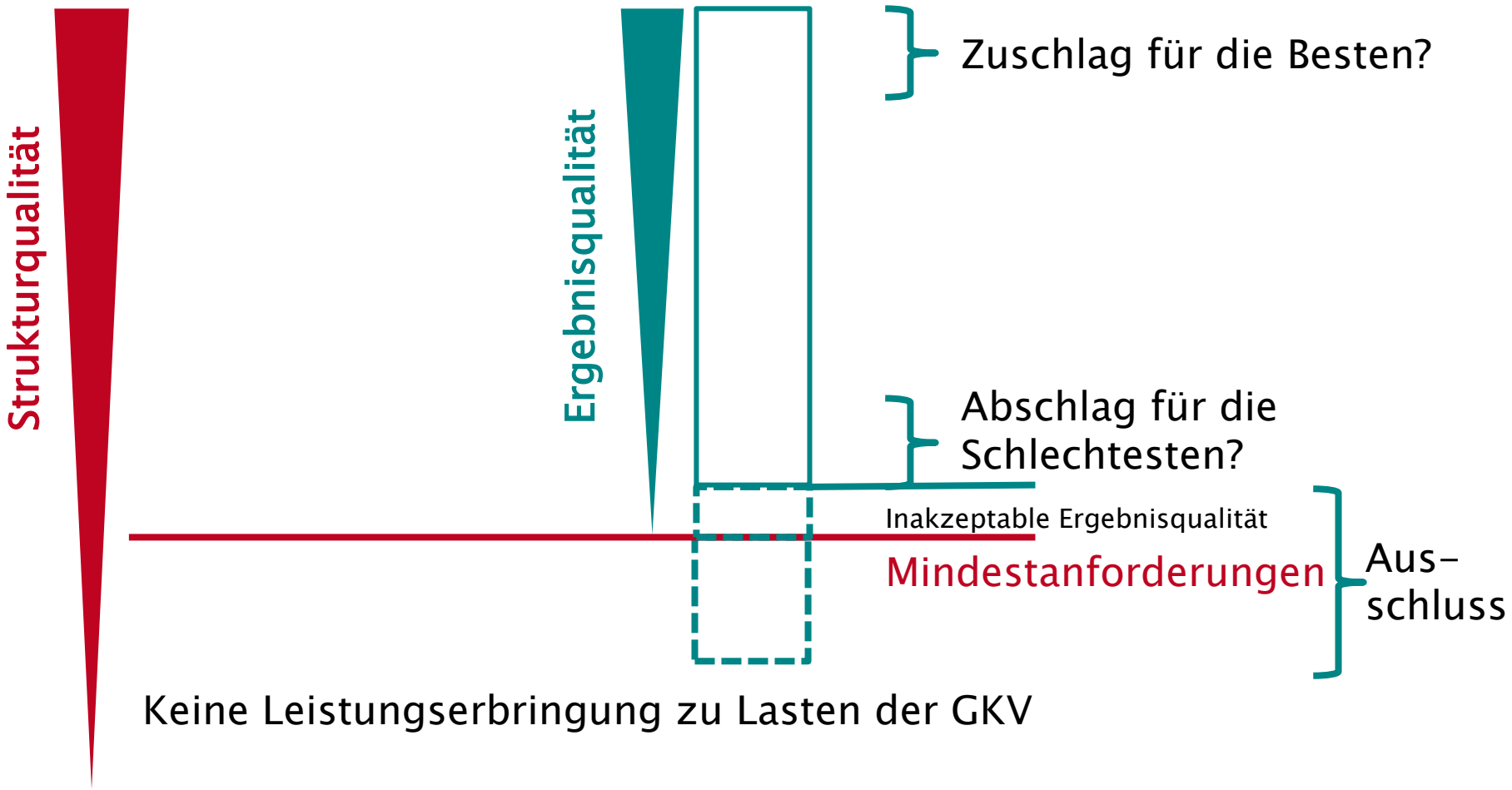
- Krankenkassen wollen nicht an schlechter Qualität verdienen
- Voraussetzungen sind valide und wenig manipulationsanfällige Indikatoren

Eckpunkte

- Einstieg mit geeigneten Indikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung
- Gezielte Neu- und Weiterentwicklung unter Verwendung von sektorenübergreifenden Routinedaten und Definition von Aggregationsebenen
- Entwicklung von Finanzierungsmechanismen, die Leistungserbringer zur Leistungssteigerung motivieren

Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten (2/4)

Spitzenverband



Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten (3/4)

Spitzenverband

Beispiel: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (2013)

- Qualitätssicherung mit Routinedaten – zeigt: erhebliche Qualitätsunterschiede z. B. bei der Revisionsrate
- Bericht zum strukturierten Dialog 2013 bestätigt: qualitative Auffälligkeiten bei Indikationsstellung, qualitative Mängel bei Reoperationen
- Ermittlung eines QS-Scores für jeden Krankenhausstandort/jede Abteilung mit folgenden Parametern:

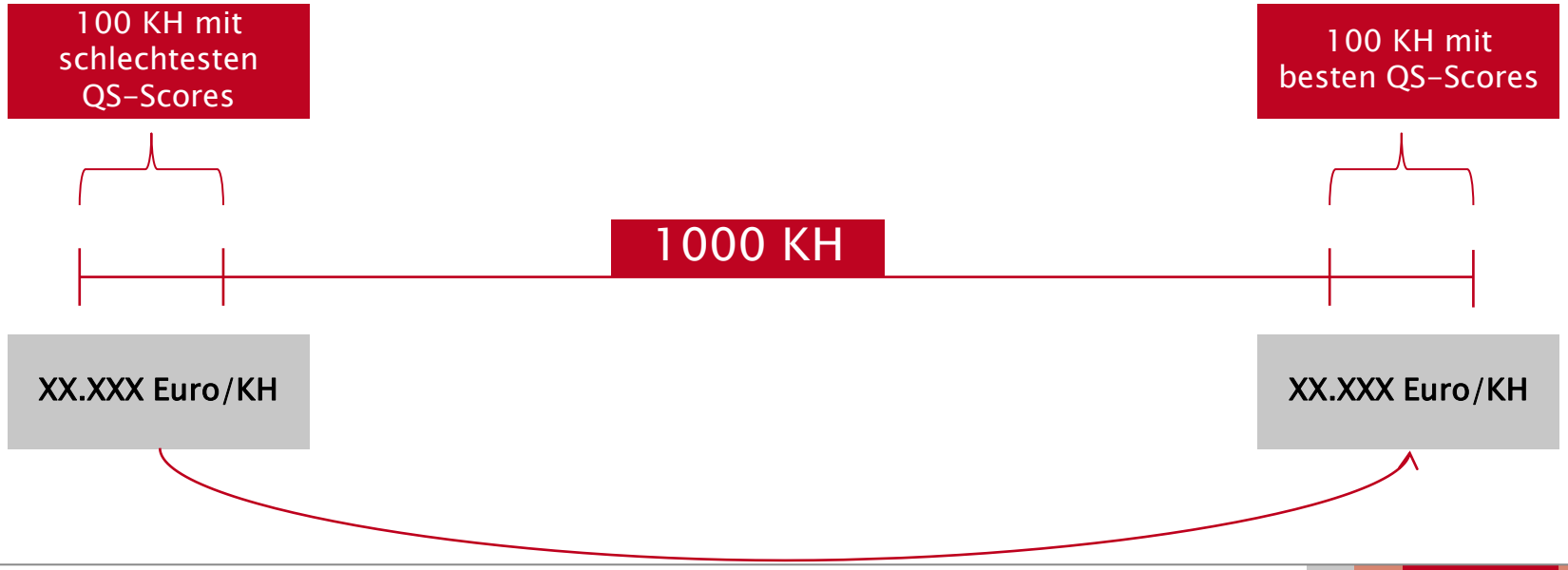
  - Indikationsstellung
  - Beweglichkeit
  - Luxation
  - Reoperation
  - Antibiotikaprophylaxe
  - Implantatfehllage
  - Wundinfektion
  - Letalität

Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten (4/4)

Spitzenverband

Beispiel: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (2013)

- ICD M16.- Koxarthrose; OPS 5-820.0
- DRG I47B, effektives Entgelt pro Fall 7.052,34 Euro
- Fallzahl >100.000 in ca. 1000 Krankenhäusern
- Gesamtausgaben: ca. 750 Millionen Euro



Unsere Positionen zur Qualitätssicherung

Spitzenverband

Einleitung	1. Qualität konsequent sichern
Struktur	2. Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen 3. Mindestmengen rechtssicher ausgestalten 4. Personalanforderungen definieren
Messen	5. Indikatoren weiterentwickeln 6. Transparenz verbessern 7. Alle Vertragsformen einbeziehen
P4P	8. Qualitätsverträge ermöglichen 9. Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten
Ausblick	10. Sektorengrenzen überwinden

Sektorengrenzen überwinden (1/8)

Spitzenverband

Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung lassen sich nur beurteilen, wenn auch Ergebnisse, Komplikationen oder Folgeeingriffe nach dem Krankenhausaufenthalt gemessen werden können.

Eckpunkte

- Kodierregeln für Diagnosen und Prozeduren im ambulanten Bereich
- Einheitliche Dokumentationsregeln für alle Versorgungsbereiche
- Forcierung der Entwicklung sektorenübergreifender Verfahren im G-BA
- Nutzung der Routinedaten aus allen relevanten Behandlungsbereichen
- Daten der PKV einbeziehen
- Neutrale Institutionen auf Landesebene

Sektorengrenzen überwinden (2/8)

Spitzenverband

Beispiel: Erstes sektorenübergreifendes QS-Verfahren:

Herzkatheter und Stentimplantation

(Richtlinienbeschluss geplant Frühjahr 2015, Datenerfassung ab 2016):

- Ambulant: ca. 87.000 Koronarangiografien in der vertragsärztlichen Versorgung; ca.16.000 PCI (Behandlung mittels Herzkatheter) in rund 170 Einrichtungen
- Stationär: ca. 734.500 Koronarangiografien; ca. 302.000 PCI in 890 Krankenhäusern

Sektorengrenzen überwinden (3/8)

Spitzenverband

Beispiel: Was konnte schon bisher erfasst werden?

- Indikationsstellung wird mit zwei Indikatoren erfasst („Anteil von Koronarangiografien ohne pathologischen Befund“ und „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiografie (isolierte Koronarangiografie“).
  - Allerdings eingeschränkt aussagekräftig!
- Wie wird die Untersuchung durchgeführt?/Qualität der Intervention
- Komplikationen noch in der Einrichtung?

Sektorengrenzen überwinden (4/8)

Spitzenverband

Beispiel: Sektorenübergreifendes QS-Verfahren ab 2016: Herzkatheter und Stentimplantation

- Neu: Nutzung von Sozialdaten der Kassen: Was passiert später, nach Entlassung des Patienten? Indikatoren zu Komplikationen:
  - Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
  - unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre postprozedurale Ereignisse bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag:
    - TIA bzw. Schlaganfall
    - postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt/Reinfarkt
    - postprozedurale nochmalige PCI am selben Gefäß
    - postprozedurale Bypassoperation
    - postprozeduraler Tod nach 30 Tagen und 1 Jahr

Sektorengrenzen überwinden (5/8)

Spitzenverband

Beispiel: Sektorenübergreifendes QS-Verfahren ab 2016: Herzkatheter und Stentimplantation

Zwischenfazit:

- Sektorengrenzen bei der Qualitätserfassung überwunden
- Gleiche Qualitätsmessung und Ergebnisse für Krankenhäuser und Vertragsärzte
- Follow-Up ermöglicht Messung relevanter Ergebnisqualität auch über die Zeit danach
- Problem: Transparenz der Ergebnisse im vertragsärztlichen Bereich

Sektorengrenzen überwinden (6/8)

Spitzenverband

Beispiel: Sektorenübergreifendes QS-Verfahren ab 2016: Herzkatheter und Stentimplantation

- Krankenhäuser müssen Qualitätsergebnisse einrichtungsbezogen veröffentlichen
- Vertragsärzte bisher nicht – obwohl bei diesem QS-Verfahren dieselben Informationen für beide Sektoren vorliegen
- Wie sollen Patienten eine Wahl treffen, wenn ein relevanter Teil von Leistungserbringern dafür nicht zur Verfügung steht?

Sektorengrenzen überwinden (7/8)

Spitzenverband

Beispiel: Ungleichbehandlung ambulant und stationär ist anachronistisch

- Die Intransparenz wird für Patienten sogar noch größer: Belegärzte gingen bisher in die Gesamtergebnisse der Krankenhaus-QS mit ein; die Ergebnisse müssen veröffentlicht werden.
- Rechtlich sind Belegärzte aber Vertragsärzte: Sie bekommen zukünftig eigene QS-Ergebnisse, fallen nach derzeitiger Rechtslage dann aber aus der Veröffentlichungspflicht heraus.
- Gesetzliche Änderung notwendig!

Sektorengrenzen überwinden (8/8)

Spitzenverband

- Die Zukunftsperspektive: Ein aussagekräftiger Qualitätsbericht, der ambulant und stationär als Einheit und nicht als Gegensatz begreift.
- Es ist noch ein weiter Weg zur echten Qualitätstransparenz
- Transparenz ist eine Bedingung für die Verbesserung der Patientenversorgung
- Deshalb setzen wir uns für die Qualitätstransparenz ein. Mit dem vorliegenden Positionspapier haben wir gezeigt, in welche Richtung es weitergehen sollte.

Spitzenverband

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.