

Die Empfehlungen des SVR zur Qualitätssicherung

Bad Orber Gespräche
"Qualitätssicherung und Patientenutzen"

Berlin, 20./21.11.2008

Matthias Schrappe
www.schrappe.com

gesoeko\svr\title07.cdr

Gutachten des SVR 2007

"Kooperation und Verantwortung -
Voraussetzungen einer
zielorientierten Gesundheitsversorgung"

Prof. Dr. M. Schrappe

Gutachten des SVR 2007

"Kooperation und Verantwortung -
Voraussetzungen einer
zielorientierten Gesundheitsversorgung"

- ➔ Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe
- ➔ Integrierte Versorgung
- ➔ Krankenhaus
- ➔ **Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit**
- ➔ Primärprävention in vulnerablen Gruppen

Prof. Dr. M. Schrappe

gesoeko\svr\title07.cdr

Gliederung

- ➔ **Angemessenheit**
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ Verantwortung
- ➔ Public Disclosure und P4P
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung

Empfehlungen des
Sachverständigenrates
zur Qualitätssicherung

Bad Orb Gespräche
Qualität und Patientennutzen
Berlin 20.-21.11.2008

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Generalbevollmächtigter des AR
Klinikum der Goethe-Univ. Frankfurt

badorb\gliedrg.cdr

Angemessenheit

“Das Gebiet der Angemessenheit ist ein komplexes Thema mit unterschiedlichen Kriterien und Definitionen (...)

... Die Beurteilung fasst

- klinische
- das öffentliche Gesundheitswesen betreffende,
- ökonomische,
- soziale,
- ethische und
- rechtliche Überlegungen zusammen.”

WHO Workshop “Angemessenheit ...”, Koblenz, 2000

Prof. Dr. M. Schrappe

Angemessenheit

- Konformität mit Qualitätsanforderungen
- Angemessenheit als Qualitätsdimension
- Kontextbezug von Verfahren im Gesundheitswesen

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung", Bd. II, Nr. 575ff

Prof. Dr. M. Schrappe

Angemessenheit - Definition

"Der Rat ... definiert Angemessenheit als Attribut wirksamer Maßnahmen, in dem deren **Effizienz** und deren Übereinstimmung mit **Grundsätzen, Werten und Präferenzen** auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt."

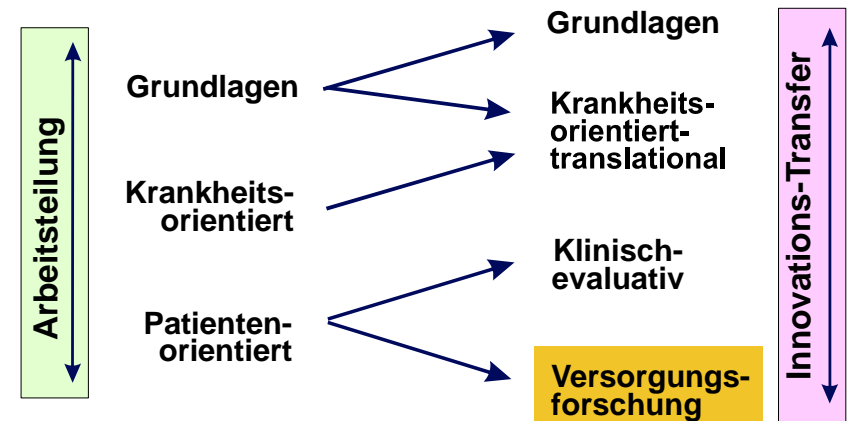
SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung" Bd. II, Nr. 579

Prof. Dr. M. Schrappe

Klinische Forschung

DFG Denkschrift 1999

Aktuelles Konzept



Prof. Dr. M. Schrappe

Bedarf

Bedarf

- ➔ Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten läßt

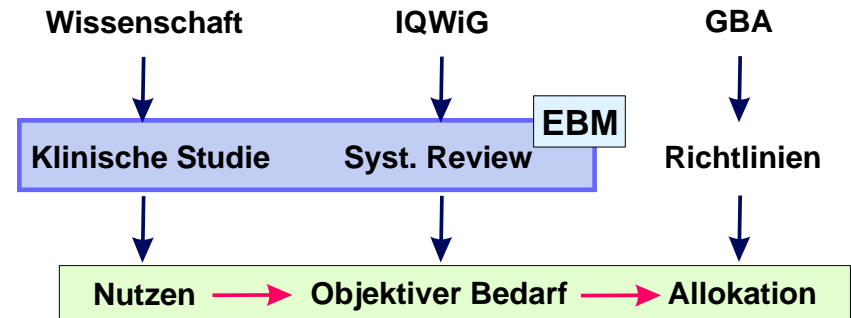
Objektiver Bedarf

- ➔ **Fachlich bzw. wissenschaftlich bestätigter Bedarf**

Nachfrage

- ➔ Wunsch nach Versorgung und Zahlungsbereitschaft

Nutzen, Bedarf, Allokation



Efficacy: what's missing?

➔ Mangelnde externe Validität

- Eingeschlossene Patienten nicht repräsentativ
- Kontrollierte Studien liegen nicht vor
- Endpunkte irrelevant, Effekte treten zu spät ein

➔ Paternalismus

- Patientenpräferenzen nicht berücksichtigt
- Soziale Präferenzen nicht berücksichtigt

➔ Mangelnde Eignung für komplexe Interventionen

- Public Health-Interventionen: komplexe Designs
- RX Studien: Bias zugunsten klinischer Endpunkte

Bedarf: Position des SVR 2001

- ➔ Subjektiver Bedarf
- ➔ Objektive Feststellung einer Erkrankung
- ➔ Objektiver Behandlungsbedarf (Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen)
- ➔ **Kultureller Kontext, gesellschaftlicher Wandel, gesellschaftliche Akzeptanz**

Nutzen

§35b SGB V: "Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln"

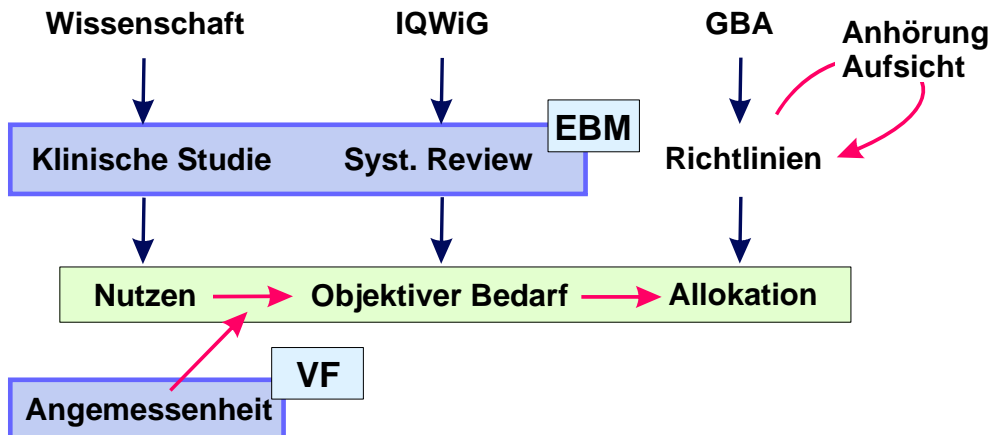
Abs. 1: "Das IQWiG kann ... beauftragt werden, den **Nutzen oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis** von Arzneimitteln zu bewerten. (...) Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten. Beim **Patienten-Nutzen** sollen insbesondere die **Verbesserung des Gesundheitszustandes**, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine **Verbesserung der Lebensqualität**, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft (...) berücksichtigt werden."

Angemessenheit - Definition

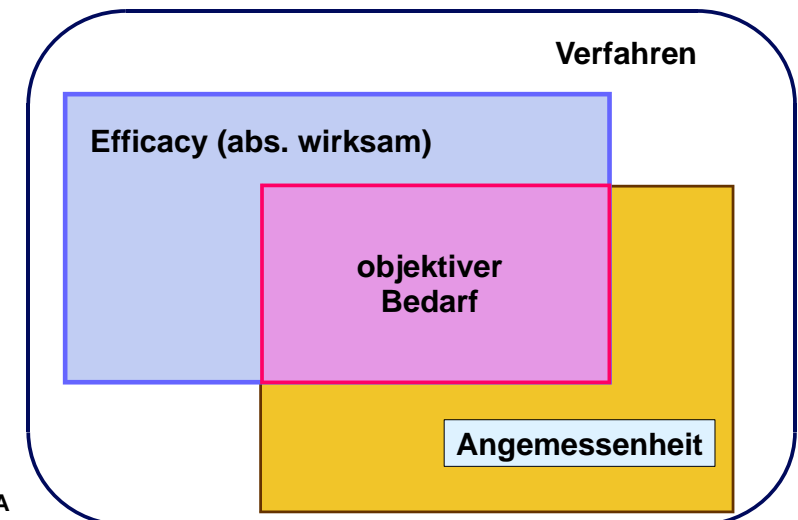
"Der Rat ... definiert Angemessenheit als **Attribut wirksamer Maßnahmen**, in dem deren **Effizienz** und deren **Übereinstimmung mit Grundsätzen, Werten und Präferenzen** auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt."

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung" Bd. II, Nr. 579

Nutzen, Bedarf, Allokation



Bedarf und Angemessenheit



Klinisch-evaluative und Versorgungsforschung

Klinische Forschung

Endpunkte

Validität und Synthese

Klinisch-
evaluative
Forschung



Absolute
Wirksamkeit
(efficacy)



EBM/Klin. Epid.

Versorgungs-
forschung



Angemessen-
heit
(effectiveness)



EBHC/HTA

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Angemessenheit
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ Verantwortung
- ➔ Public Disclosure und P4P
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung

Empfehlungen des
Sachverständigenrates
zur Qualitätssicherung

Bad Orb Gespräche
Qualität und Patientennutzen
Berlin 20.-21.11.2008

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Generalbevollmächtigter des AR
Klinikum der Goethe-Univ. Frankfurt

Messen und Zählen

Analyse, Prävention

- CIRS
- Obduktion
- Malpractice Claims



Quantitative Erfassung

- Chart Reviews
- IT gestützte Verf.
- Dir. Beobachtung



Fehler
Unerwünschte
Ereignisse
Schäden



Vorhersage,
Risikobewertung

- Patient Safety Indicators
- Administrative Daten

Prof. Dr. M. Schrappe

PSI-Set des SVR 2007

- ➔ Globale Indikatoren (3)
- ➔ Übergreifende Indikatoren (20)
- ➔ Diagnose-bezogene Indikatoren (3)
- ➔ Fachspezifische Indikatoren (2)
- ➔ Organisatorische Indikatoren (2)

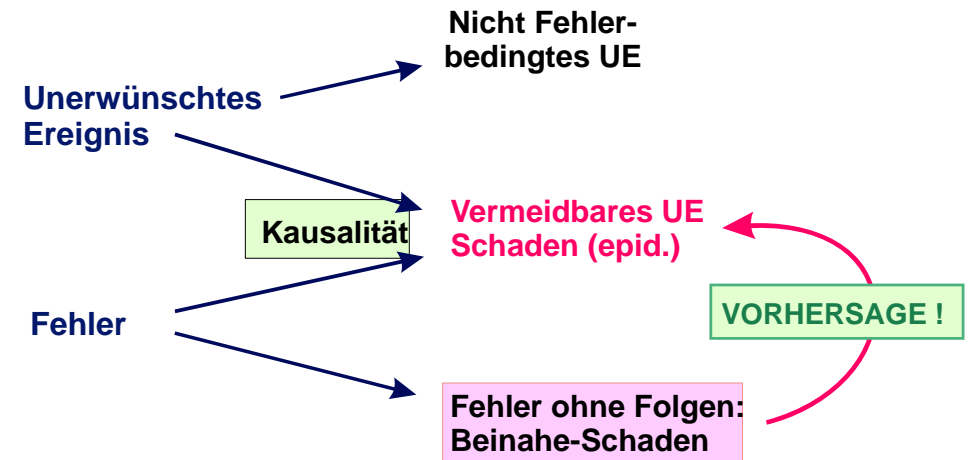
Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine
zielerorientierte Gesundheitsversorgung, Nr. 651

Prof. Dr. M. Schrappe

PSI: relevante Fragen

- ➔ Sind PSI in das Indikatoren-Konzept des QM integrierbar?

Begriffe



PSI: relevante Fragen

- ➔ Sind PSI in das Indikatoren-Konzept des QM integrierbar? ✓
- ➔ Sind PSI von anderen QM-Indikatoren sinnvoll abgrenzbar?

PSI: Eigenschaften

- ➔ hohe Sensitivität
- ➔ gute Machbarkeit
- ➔ normativer Charakter

PSI: relevante Fragen

- ➔ Sind PSI in das Indikatoren-Konzept des QM integrierbar? ✓
- ➔ Sind PSI von anderen QM-Indikatoren sinnvoll abgrenzbar? ✓
- ➔ Sind neben PSI zur Ergebnisqualität auch PSI der Prozessqualität denkbar? ✓
- ➔ Können PSI alleine auf Routine-Daten beruhen oder sind Routine- plus klinische Daten vorzuziehen? ✓

PSI: Routinedaten

- ➔ **Machbarkeit**
 - gut (aber Aufwand nicht 'null!')
- ➔ **Reliabilität**
 - DRG sind zu Abrechnungszwecken optimiert
 - Unterkodierung
- ➔ **Validität**
 - Das G-DRG System ist medizinisch nicht homogen (zur Risikoadjustierung nicht geeignet)
 - Routinedaten fokussieren auf abrechnungsrelevanten Diagnosen (und übergehen andere)
- ➔ **Relevanz**
 - Verbesserungen durch die PSI werden auf die im G-DRG System abgebildeten Bereiche konzentriert

PSI: relevante Fragen

- ➔ Sind PSI in das Indikatoren-Konzept des QM integrierbar? ✓
- ➔ Sind PSI von anderen QM-Indikatoren sinnvoll abgrenzbar? ✓
- ➔ Sind neben PSI zur Ergebnisqualität auch PSI der Prozessqualität denkbar? ✓
- ➔ Können PSI alleine auf Routine-Daten beruhen oder sind Routine- plus klinische Daten vorzuziehen? ✓
- ➔ Können PSI sinnvoll Gegenstand eines *Public Disclosure* Ansatzes sein? ✓

Gliederung

- ➔ Angemessenheit
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ **Verantwortung**
- ➔ Public Disclosure und P4P
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung

Verantwortung - Accountability

- Qualität
- Leitlinien
- Evidence based medicine
- Management und Führung
- Patientensicherheit
- Ergebnisorientierung
- Patientenorientierung

➔ Verantwortung

"The public is a ...

➔ ... patient population"

Buchan H: Different Countries, Different Cultures.
Qual. Health Care 7, 1998, 62

Clinical Governance

- ➔ Continuous Quality Improvement
- ➔ Evidence - Based Medicine
- ➔ Guidelines and Critical Pathways
- ➔ Patient Safety
- ➔ Patient - Centered Care
- ➔ Cost-Benefit Assessments

modif. n. Lega et al. Health Policy 74, 2005, 261

Clinical Corporate Governance

- ➔ Professionalisierung von Aufsichts- und Eigentümerfunktion (auch hinsichtlich Inanspruchnahme)
- ➔ Tatsächliche Integration der leitenden Ärzte in die Entscheidungen des Managements
- ➔ Leitende Ärzte akzeptieren CCG und ihre Bindung an Patienten, Abteilung und Gesamteinstitution - Integration und Multiprofessionalität
- ➔ Fragmentierung der Befugnisse und Verantwortlichkeiten wird beendet, Prozessverantwortung für den gesamten Behandlungsablauf
- ➔ Krankenhaus und Umwelt: Stabilität ist die Ausnahme - Krankenhaus als verantwortungsvoller Partner

Schrappe 2008

Gliederung

- ➔ Angemessenheit
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ Verantwortung
- ➔ **Public Disclosure und P4P**
- ➔ Ausblick und Zusammenfassung

Qualitäts-bezogene Anreizsysteme

- ➔ Veröffentlichung von Qualitätsdaten
"public disclosure"
 - Qualitäts-bezogenes Patienten- und Einweiser-
verhalten, Reputation als Anreiz
- ➔ Qualitäts-bezogene Vergütung
"pay for performance"
 - Finanzielles Anreizsystem

Public disclosure: Adressaten

- ➔ Patienten
- ➔ Zuweiser
- ➔ **Krankenhäuser**
- ➔ Kostenträger
- ➔ Medien
- ➔ Gesundheitssystem

Public disclosure: Manipulation

- ➔ *gaming*: Datenmanipulation
- ➔ *early discharge*: Reduktion von Letalität und Komplikationen
- ➔ *avoidance*: Risikoselektion
- ➔ *out sourcing*: Verlegung von Hochrisiko-Patienten
- ➔ *defensive medicine*: Unterlassung riskanter (indizierter) Prozeduren
- ➔ *withdrawal*: Reduktion der Behandlung
- ➔ *tunnel vision*: Konzentration auf die für die Bericht-
erstattung relevante Bereiche

“Qualitätswettbewerb”

- ➔ Konzept
- ➔ Public Disclosure
- ➔ Pay for Performance

Gesundheitswesen in Deutschland

Kostenfaktor und Zukunftsbranche

137. Bezüglich der Vergütung ambulant und stationär erbrachter Gesundheitsleistungen ist eine stärkere Ergebnis- und Patientenorientierung geboten. Mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ist dafür eine unverzichtbare Voraussetzung. In diesem Kontext plädiert der Rat für ergebnisbezogene Bonuszahlungen im Rahmen mehrschichtiger Vergütungssysteme mit einer Verknüpfung der Vergütung an zu entwickelnde Leitlinien. Neue Modelle und freiere Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern liefern den hierzu notwendigen Gestaltungsspielraum.

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

P4P: Finanzielle Anreize

- ➔ Qualitätsindikatoren müssen monetär bewertet werden
- ➔ Zuschläge oder auch Abschläge?
- ➔ Auslösung von Zu-/Abschlägen
 - ab einem bestimmten Grenzwert
 - ab einer definierten Ranking Position
 - bei relativer Verbesserung/Verschlechterung entsprechend individuellem Ausgangswert
- ➔ Einbeziehung eines *exception reporting*
- ➔ Kosten der Datenerfassung, finanziellen Bewertung und Risikoadjustierung müssen berücksichtigt werden.

SVR Gutachten 2007, Nr. 727

P4P: Fragen zum Design

- ➔ Verantwortung und Freiwilligkeit
- ➔ Einzel- oder Gruppenmotivation
- ➔ Höhe und Refinanzierung der zus. Finanzierung
- ➔ Auswahl der Indikatoren
 - Prozess- vs. Ergebnisindikatoren
 - Klinische vs. administrative Daten
- ➔ Spezifizierung der Indikatoren
- ➔ Populations- und systembezogene Qualitätsziele
- ➔ Einbeziehung finanzieller Ziele
- ➔ Spezifizierung der Zu-/Abschläge
- ➔ Kombination mit *public disclosure*

Review: Ergebnisse 2

Einfluss des Studiendesigns hat einen fraglichen Einfluss:

- ➔ 9/28 Studien randomisiertes Design
 - 6/9 Studien positives Ergebnis (2 neg., 1 gemischt)
- ➔ 4/28 Studien mit quasi-experimentellem Design
 - 2/4 Studien positives Ergebnis (1 neg., 1 gemischt)
- ➔ 3/28 Studien Case Control Design
 - 1/3 Studien positives Ergebnis (2 neg.)
- ➔ 12/28 historisch kontrollierte Studien
 - 12/12 Studien positives Ergebnis

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)

Erfolgsfaktoren

- ➔ Kein Allheilmittel: *multidimensional set*
- ➔ Einbeziehung der Anwender essentiell
- ➔ Regionale Besonderheiten beachten, insbesondere Anbieterstruktur und -homogenität
- ➔ Organisatorische Umsetzung und EDV sind kritische Faktoren
- ➔ Validität, Reliabilität und Risikoadjustierung beachten
- ➔ Kombination mit nicht-finanziellen Anreizen (z.B. *public disclosure*) ist anzuraten

Gliederung

- ➔ Angemessenheit
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ Verantwortung
- ➔ Public Disclosure und P4P
- ➔ **Ausblick und Zusammenfassung**

Empfehlungen des
Sachverständigenrates
zur Qualitätssicherung

Bad Orb Gespräche
Qualität und Patientennutzen
Berlin 20.-21.11.2008

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Generalbevollmächtigter des AR
Klinikum der Goethe-Univ. Frankfurt

Rhön legt Strategie für den ambulanten Sektor vor

Klinikkonzern will Patienten zuordnen und wachsen

VON LUKAS HEINY, HAMBURG

Der private Krankenhauskonzern Rhön-Klinikum drängt als Vollversorger in den ambulanten Gesundheitsmarkt. „Unsere Wachstumschancen sind enorm“, sagte Vorstandschef Wolfgang Pföhler und kündigte an, massiv Arztstühle aufzukaufen: „Wir setzen alles daran, hier mit Kraft und Geschwindigkeit vorzustößen.“

Offensiver als andere Klinikträger treibt Rhön neue Geschäftsmodelle im 36 Mrd. € schweren ambulanten Markt voran. Auf der Hauptversammlung hat Pföhler die Strategie nun konkretisiert.

Flächendeckend will er Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit bis zu 50 Ärzten aufbauen, um neben stationärer auch ambulante Medizin anzubieten. In zwei Stufen je nach Schweregrad der Erkrankung sollen Patienten entweder in den MVZ und kleinen Portalkliniken oder in den größeren Häusern des Konzerns behandelt werden. Medizinische Geräte, Personal und

Immobilien sollen so effizienter genutzt werden, so Pföhler. Ein Großteil der stationären Patienten werde künftig ambulant betreut.

Bereits 2007 setzte Rhön mit ambulanten Leistungen 105 Mio. € um, bei 2 Mrd. € Gesamtumsatz. Inzwischen betreibt der Konzern 18 MVZ. 2007 wurden dort nur 79 000 Patienten behandelt, 2008 sollen es 40 Prozent mehr sein.

Die niedergelassenen Ärzte Rhön über Gewinnbeteiligungen das Modell lotsen. Außerdem hat Rhön vor zwei Wochen Kooperationen in regionalen Netzwerken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angekündigt.

Strategisches Ziel ist es, sich medizinischer Komplettanbieter zu positionieren. Dann können Konzern lukrative Versorgungsträger für ganze Regionen regionalen Krankenkassen schließen. Oder als Vollversorger auftreten. Neben der Grundversorgung Zusatzdienste anbieten wie beim ADAC“, sagte J.

Perspektive: MRSA und Sektoren

Ambulante Versorgung

Stationäre Versorgung

Entlassung

MRSA 12%

Kosten Eradikation

Auftrag vom 21.11.2007:

Sondergutachten des SVR 2009

"Generationspezifische Gesundheitsversorgung
in einer Gesellschaft des längeren Lebens"

“Demographierisiko”

- ➔ Abnahme der Bevölkerungszahl
- ➔ Alterung der Bevölkerung
- ➔ Regionale Differenzierung
- ➔ Regionale Unterversorgung in der ambulanten und stationären Versorgung
- ➔ Komorbidität und Komplexität
- ➔ Kosten: Kompression *und* Expansion

Zusammenfassung

- ➔ Angemessenheit ist als Nutzenbestandteil in die Formulierung des objektiven Bedarfs mit einzubeziehen
- ➔ PSI müssen in Deutschland entwickelt und validiert werden und
- ➔ sollten i.S. eines Public Disclosure Bestandteil des Qualitätsberichts werden
- ➔ Mit P4P Erfahrungen machen!
- ➔ Zukunft: populationsbezogene Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung ist das Thema

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !