Die Folien sind nur in Verbindung mit dem mündlichen Vortrag zu verwenden.
Stand: 10.5.2017

Kritische Betrachtung von Pay-for-Performance (P4P) - Differenzierte Nutzung von Qualitätsindikatoren

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg

Arzt für Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement
Essen

Prinzip

- Qualität
  1. Qualitätsmessung
  2. Qualitätsbewertung
- Vergütung
  3. Art der Intervention
  4. Ausmaß der Intervention

Vorgaben des Krankenhausstrukturgesetzes (§ 136b SGB V, Absatz 9)

Leistungen oder Leistungsbereiche

- Qualität
  1. Qualitätsmessung: **Qualitätsindikatoren**
  2. Qualitätsbewertung: **außerordentlich gut / unzureichend**

qualitätsabhängig

- Vergütung
  3. Art der Intervention: **Zu- und Abschläge**
  4. Ausmaß der Intervention: **[Verhandlungssache]**

Vorgaben des Krankenhausstrukturgesetzes (§ 136b SGB V, Absatz 9)

Leistungen oder Leistungsbereiche

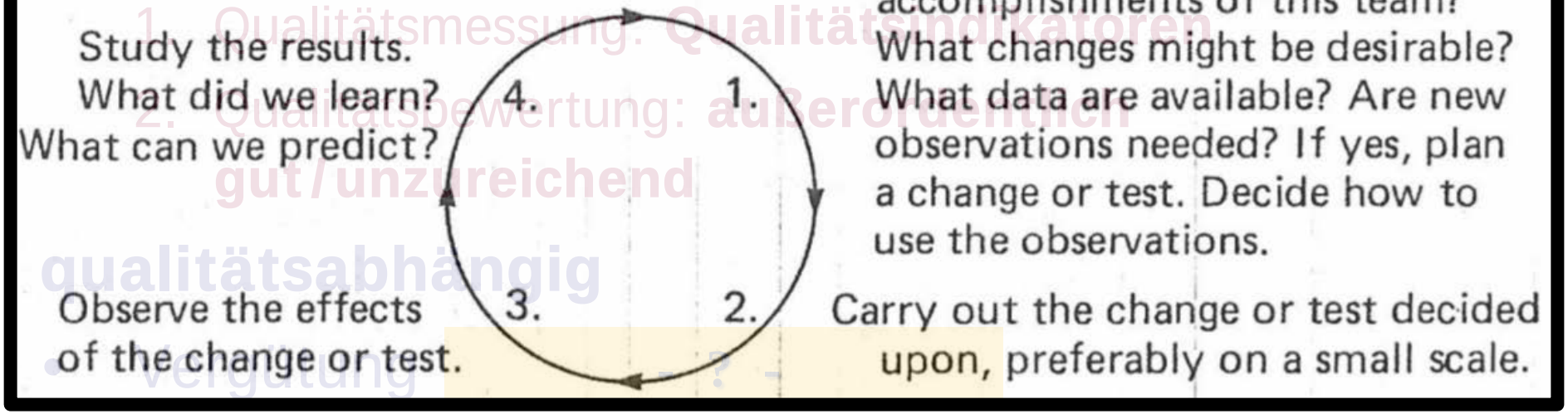
- Qualität **- fair -**
  1. Qualitätsmessung: **Qualitätsindikatoren**
  2. Qualitätsbewertung: **außerordentlich gut / unzureichend**

qualitätsabhängig

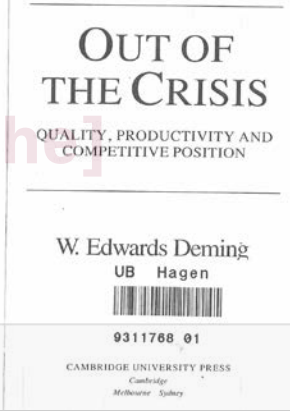
- Vergütung **- ? -**
  3. Art der Intervention: **Zu- und Abschläge**
  4. Ausmaß der Intervention: **[Verhandlungssache]**

P4P ist keine Antwort auf ein Qualitätsproblem

88 Ch. 2 PRINCIPLES FOR TRANSFORMATION



3. Art der Intervention: **Zu- und Abschläge**
4. Ausmaß der Intervention: **[Verhandlungssache]**



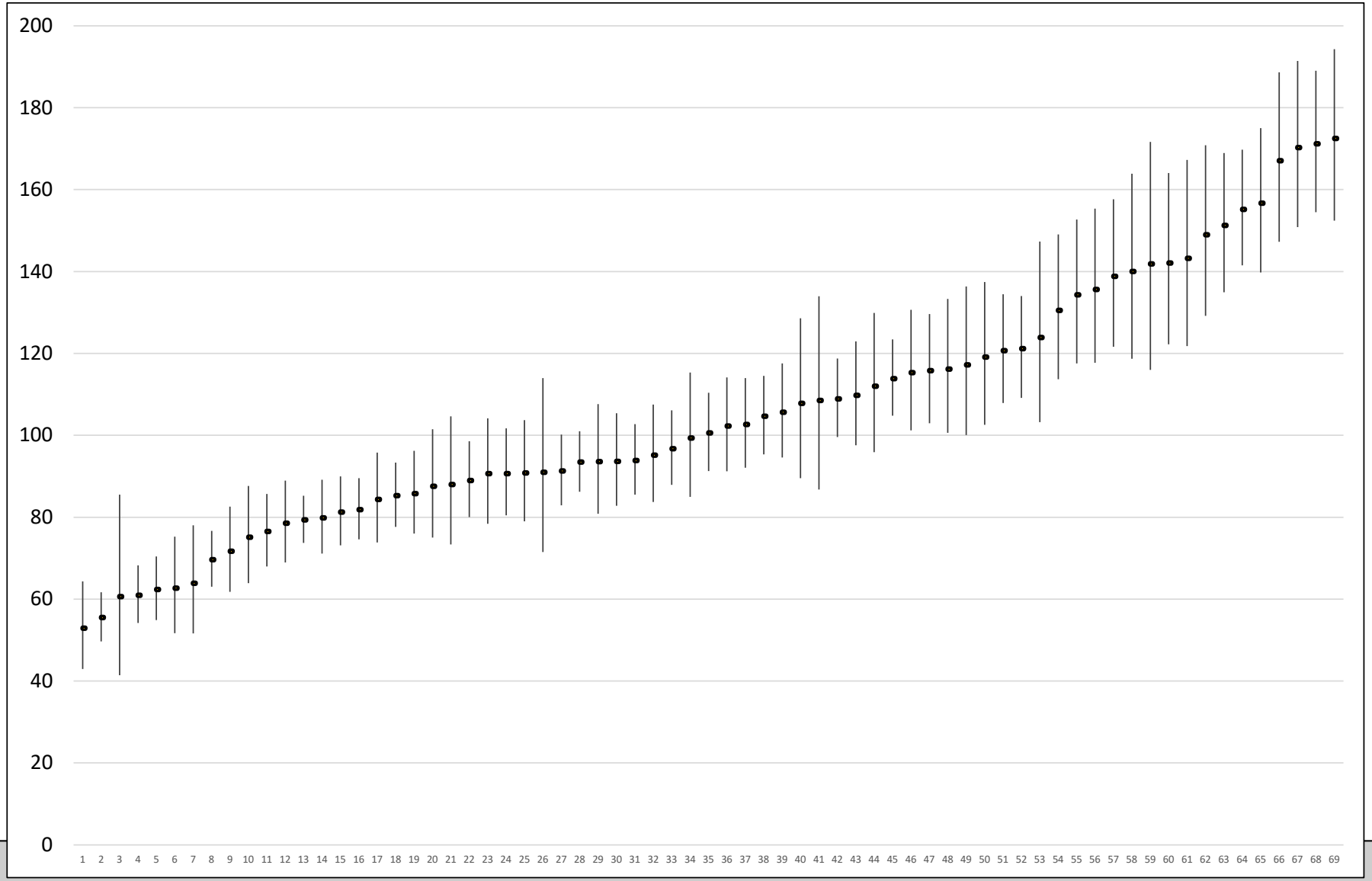
Empirischer Hintergrund

- 660.082 Behandlungsfälle aus 40 Krankenhäusern mit Entlassung in 2013
  - Pilotprojekt QKK e. V. und KKVD e. V.
- 787.942 Behandlungsfälle aus 59 Krankenhäusern mit Entlassung in 2014
  - P4P-Check KKVD e. V.

Ein Indikator unter Einschluss aller Fälle eines Krankenhauses

- Risikoadjustierte Gesamtsterblichkeit (HSMR)
  - Erkrankungsschwere, “angemessene, richtige Versorgung”, Wirksamkeit, Patientensicherheit, Palliation, ...
- Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelereignisse
  - Patientensicherheit
- Medicare Spending per Beneficiary (MSPB-1)
  - Effizienz

Beispiel: HSMR mit 95 %-Vertrauensbereich



Mehrere Indikatoren unter variablem Einschluss von Fällen eines Krankenhauses: HVBP

- Clinical Process of Care (10 %): 8 Kennzahlen
  - Beispiel: “Surgery patients who received appropriate Venous Thromboembolism Prophylaxis within 24 hours prior to surgery to 24 hours after surgery” (SCIP-VTE-2)
- Patient Experience of Care (25 %): 8 Kennzahlen
  - Beispiel: „Pain Management“ (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Survey)
- Outcome (40 %): 7 Kennzahlen, davon zwei Composite M.
  - Beispiel: „Acute Myocardial Infarction (AMI) 30-Day Mortality Rate” (MORT-30-AMI)
  - Beispiel: Composite Measure aus 8 PSI der AHRQ
- Efficiency (25 %): 1 Kennzahl
  - Medicare Spending per Beneficiary (MSPB-1)

Ausmaß der Intervention beim HVBP

Figure C-13: Value-Based Incentive Payment Percentage Formula

$$1.75\% \times \left(\frac{\text{Total Performance Score}}{100}\right) \times \text{Exchange Function Slope}$$

- Exchange function slope 2014: 2,096 …

Ein oder mehrere Indikatoren in Teilkollektiven eines Krankenhauses

- ➢ Ausgleichsmechanismen
- Major Diagnostic Category (MDC)
  - 26 ohne MDC für Fehler-DRGs, zu grob
- Verfahren der EQS
  - 152 hochgerechnet (27 für 3,2 Millionen Patienten, 2015)
- Basis-DRGs (ADRG)
  - 584 ohne Fehler-DRGs (2016)
  - mittlerer Gini-Koeffizient 0,872 (2013)#
- Diagnosis Related Group (DRG)
  - 1.211 ohne Fehler-DRGs (2016), zu fein

#eigene Berechnung nach Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Hrsg (2015) Krankenhaus-Report 2015. Schattauer, Stuttgart.

Beispiel: Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Behandlungsqualität nach QSR

Hüftgelenkersatz nach hüftgelenknahem Oberschenkelbruch

317 einbezogene AOK-Behandlungsfälle (2012 bis 2014)

Gesamtbewertung für diesen Leistungsbereich

1.1 (0.9 - 1.3)

Ungeplante Folge-Operation innerhalb von 365 Tagen nach dem Eingriff
2.2 (1.1 - 3.3)

Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 nach dem Eingriff
1.9 (1.5 - 2.4)

Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
0.8 (0.6 - 1.0)

Zugriff am 5.5.2017

Einzelfall

„Payment Adjustment for Provider-Preventable Conditions Including Health Care-Acquired Conditions“

http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/financing-and-reimbursement/provider-preventable-conditions.html

Category 1 – Health Care-Acquired Conditions (For Any Inpatient Hospitals Settings in Medicaid)

- Foreign Object Retained After Surgery
- Air Embolism
- Blood Incompatibility
- Stage III and IV Pressure Ulcers
- Falls and Trauma; including Fractures, Dislocations, Intracranial Injuries , Crushing Injuries, Burns, Electric Shock
- Catheter-Associated Urinary Tract Infection (UTI)
- Vascular Catheter-Associated Infection
- Manifestations of Poor Glycemic Control; including:Diabetic Ketoacidosis, Nonketotic Hyperosmolar Coma, Hypoglycemic Coma, Secondary Diabetes with Ketoacidosis, Secondary Diabetes with Hyperosmolarity
- Surgical Site Infection Following:
  - Coronary Artery Bypass Graft (CABG) - Mediastinitis
  - Bariatric Surgery; including Laparoscopic Gastric Bypass, Gastroenterostomy, Laparoscopic Gastric Restrictive Surgery
  - Orthopedic Procedures; including Spine, Neck, Shoulder, Elbow
- Deep Vein Thrombosis (DVT)/Pulmonary Embolism (PE) Following Total Knee Replacement or Hip Replacement **with pediatric and obstetric exceptions**

Category 2 – Other Provider Preventable Conditions (For Any Health Care Setting)

- Wrong Surgical or other invasive procedure performed on a patient
- Surgical or other invasive procedure performed on the wrong body part
- Surgical or other invasive procedure performed on the wrong patient
- **OPPCs identified in the state's plan and according to the requirements of the final regulation**

Anforderungen an ein Verfahren qualitätsabhängiger Zu- und Abschläge

Ausgleichsmöglichkeiten KH-intern

- Qualität
  1. Qualitätsmessung: **belegte Fairness**
  2. Qualitätsbewertung: **kein Einfluss der Fall- oder Ereignismenge**

transparente Verknüpfung

- Vergütung
  3. Art der Intervention: **definierte Ziele**
  4. Ausmaß der Intervention: **empirisch begründet**

Einführung ohne Beleg der Wirksamkeit?

- „Bislang ist es in Studien noch nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachzuweisen. Zwar gibt es Belege für die Effektivität kombinierter Verfahren unter Einschluss nicht-finanzieller Anreize. Der Anteil der finanziellen Anreize am Erfolg ließ sich bislang jedoch nicht eindeutig nachweisen.“

Veit C, Hertle D, Bungard S, Trümner A, Ganske V, Meyer-Hofmann B. Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. BQS-Institut, 2012.

- “Results of the few studies with strong designs are mixed, justifying the conclusion that there is insufficient evidence to support or not support the use of P4P.“

Eijkenaara F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. Health Policy 2013; 110: 115-130.

- Policy makers must decide whether the potential benefits of introducing a P4P program outweigh the potential risks within their particular national or regional context, and should be aware that P4P programs have yet not lived up to expectations.

Milstein R, Schreyoegg J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries Health Policy 2016; 120: 1125-1140.

Zusammenfassung

- Grundsätzliche Voraussetzung für die Einführung von P4P ist die Verfügbarkeit eines zuverlässigen und richtigen Verfahrens der Qualitätsmessung und Qualitätsbewertung.
- Die ökonomische Intervention sollte die Erreichung vorab definierter gesamt-gesellschaftlicher Ziele durch Anreize zu Veränderungen auf Krankenhausebene fördern.

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg
Arzt für Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement
E-Mail: stausberg@ekmed.de