

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

GESCHÄFTSSTELLE

Universität Duisburg-Essen
Berliner Platz 6-8, WST-C.09.12
45127 Essen

Fon 0201 183-4622
Fax 0201 183-3716

geschaefsstelle@dggoe.de
www.dggoe.de

6. Dezember 2018

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie zum „Vorbericht Qualitätszu- und -abschläge Schritt 3“ des IQTIG

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö) begrüßen wir den vorliegenden Vorbericht des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), der die mögliche Ausgestaltung von Qualitätszu- und Abschlägen darlegt, und danken für die Möglichkeit, diesen im Folgenden kommentieren zu dürfen.

Zunächst begrüßen wir die Einführung und Ausgestaltung von Qualitätszu- und abschlägen, international als pay-for-performance (P4P) geläufig, ausdrücklich. Mit diesem Instrument bietet sich für Deutschland die Möglichkeit, gezielte Anreize zur Qualitätsverbesserung von ausgewählten Indikationen zu setzen, deren Behandlung heterogen und in Teilen defizitär erfolgt. Es reiht sich ein in einen Kanon von qualitätsfördernden Maßnahmen, die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes eingeführt wurden, darunter Plan-Qualitätsindikatoren für die Landeskrankenhausplanung und Qualitätsverträge. Ebenso hervorhebenswert ist die vom IQTIG koordinierte Erhebung sektorübergreifender Qualitätsindikatoren, die ein Novum im deutschen Gesundheitswesen darstellt und einen Qualitätsvergleich der Leistungserbringung über die Sektorengrenzen hinweg ermöglicht. Die jüngsten Initiativen, die Qualität des leistungsfähigen deutschen Krankenhauswesens weiter zu verbessern, werden von der dggö positiv bewertet.

Ein gutes Instrument – sofern richtig ausgestaltet

Die internationale Erfahrung mit Qualitätszu- und abschlägen ist, wie vom IQTIG richtig hervorgehoben, gemischt. Dies ist jedoch nicht auf eine mangelnde Eignung des Instrumentes generell, sondern auf die Heterogenität der Ausgestaltung der Programme zurückzuführen. Einige Programme aus den USA und England zeigen durchaus überzeugende Ergebnisse im Sinne von Qualitätsverbesserungen in den finanziell inzentivierten Leistungsbereichen.

VORSTAND

Prof. Dr. Hans-Helmut König
Vorsitzender
Hamburg

Prof. Dr. Robert Nuscheler
Designierter Vorsitzender
Augsburg

Prof. Dr. Hendrik Jürges
Stellvertretender Vorsitzender
Wuppertal

Prof. Dr. Jeannette Brosig-Koch
Generalsekretärin
Essen

BANKVERBINDUNG

Commerzbank
IBAN DE93 3608 0080 0434 8886 00
BIC DRESDEFF360

USt-Id Nr.: DE263996630

Aus der mannigfaltigen Erfahrung anderer Staaten lässt sich konkret ableiten, welche Fallstricke vermieden werden sollten, um zu garantieren, dass die positiven Effekte von Qualitätszu- und abschlägen nicht durch negative Begleiterscheinungen überlagert werden. Zeitgleich zeigt die internationale Erfahrung bei allem Potential auch die Grenzen dieses Instrumentes auf. Sie sind *nicht* dafür geeignet, allgemeine Defizite des deutschen Gesundheitssystems, darunter eine scharfe Trennung der Sektoren und Überkapazitäten, zu adressieren. Stattdessen können sie die generelle Wahrnehmung für qualitativ hochwertige Leistungserbringung schärfen, interne Prozesse in den Krankenhäusern anregen und in ausgewählten Leistungsbereichen Prozessverbesserungen erzielen.

Qualitätszu- und abschläge, beziehungsweise P4P-Programme, haben sich besonders in den Bereichen als wirksam erwiesen, in denen klare Leitlinien vorliegen und es den Leistungserbringern von vorne herein transparent ist, welche Elemente zu einem Zu- anstelle eines Abschlages führen. Aus diesen Anforderungen lassen sich für die konkrete Ausgestaltung konkrete Handlungsempfehlungen ableiten, welche im Folgenden genauer dargestellt werden.

Leistungsbereiche benötigen klare Leitlinien und dürfen keine Patientenselektion erlauben

Grundsätzlich ist es empfehlenswert, solche Leistungsbereiche auszuwählen, für die eine ausreichende Evidenz diesbezüglich vorherrscht, welche Elemente der ärztlichen Behandlung einen positiven Einfluss auf die Genesung des Patienten haben und eine qualitativ hochwertige Behandlung sicherstellen.

Leistungsbereiche, die sich für Qualitätszu- und abschläge qualifizieren möchten, benötigen daher erstens einen evidenzbasierten Konsens darüber, welche Behandlungselemente für eine qualitativ hochwertige Versorgung zuträglich sind. Zweitens müssen diese Elemente durch messbare Indikatoren erfassbar sein, um mit einer Qualitätsbewertung behaftet werden zu können.

Qualitätszu- und abschläge harmonisieren die Leistungserbringung, die eine Einschränkung der Therapiefreiheit von Leistungserbringern mit sich bringt. Dies ist aus Sicht letzterer nur vermittelbar und akzeptierbar, wenn diese Entscheidungen auf einem evidenzbasierten, etablierten Konsens beruhen. Leistungserbringern muss die Möglichkeit gegeben werden, den Behandlungserfolg effektiv zum Positiven beeinflussen zu können.

In der Praxis haben P4P-Programme mit Leistungsbereichen, für deren Behandlungen evidenzbasierte, etablierte Leitlinien vorliegen, beispielsweise zur Reduzierung von Infektionen durch zentrale Venenkatheter (Central line-associated bloodstream infection) und Harnwegsinfektionen (Catheter-associated urinary tract infections), positive Qualitätsverbesserungen erzielen können. Demgegenüber stehen P4P-Programme in Leistungsbereichen, mit denen keine Verbesserung erzielt werden können, da bei diesen Leistungsbereichen nicht klar ist, über welche Prozesse genau die Behandlungsqualität verbessert werden kann. Die evidenzbasierten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften dienen hierfür als Handreichung zur Entwicklung messbarer, evidenzbasierter Kriterien zur Qualitätserfassung.

Desweiteren sind Leistungsbereiche vorzuziehen, die in den Bereich der Notfallversorgung zu verorten sind, um einer Verzerrung in der Patientenauswahl vorzubeugen. Darunter zählen besonders die „klassischen“ Notfallindikationen, wie Schlaganfall, Pneumonie, Herzversagen und akuter Myokardinfarkt. Letztere Leistungsbereiche verfügen über einen international etablierten, wissenschaftlichen Konsens diesbezüglich, welche Prozesse zu einer erfolgreichen Behandlung führen. International fokussieren sich bereits diverse P4P-Programme auf diese vier Indikationsbereiche.

Mit der Auswahl der Hüftfraktur hat das IQTIG einen Leistungsbereich ausgewählt, für den klare Leitlinien vorliegen, und der zu den klassischen „Notfällen“ zählt. Aus Sicht der *dggö* eignen sich die Indikationsbereiche Schlaganfall, Pneumonie, akuter Myokardinfarkt und kongestive Herzinsuffizienz ebenso für Qualitätsbasierte Zu- und Abschläge. Diese sind international gängig, verfügen über etablierte Leitlinien, können mit den Routinedaten gut abgebildet werden und betreffen einen großen Teil der Bevölkerung. Eine schnelle Integration dieser Leistungsbereiche wäre daher anzuraten. Es ist zu begrüßen, dass der akute Myokardinfarkt für eine langfristige Integration bereits identifiziert wurde.

Die bisherige Diskussion der Leistungsbereiche scheint von Seiten des IQTIG von Pragmatismus geprägt zu sein. Die ausgewählten Indikatoren sollen auf Basis der vorhandenen Veränderungsziele, methodischen Kriterien und Praktikabilität der Umsetzung ausgewählt werden (S.84). Dabei wird im Verlauf des Berichtes jedoch nicht deutlich, ob in Deutschland ein Problem in diesen Leistungsbereichen vorliegt, oder nicht. Es ist in keiner Weise erkennbar, ob der Einsatz von Herzschrittmachern und Defibrillatoren in Deutschland ein Problem darstellt, oder nicht. Zudem greift in diesen Bereichen bereits eine Qualitätssicherung. Darüber hinaus werden einzelne Indikationen (z.B. Femurfraktur, Einsatz von Defibrillatoren) mit Fachabteilungen (vgl. Herzchirurgie) und allgemeinen, alle Leistungsbereiche betreffenden Qualitätsanforderungen (vgl. Hygienemanagement, in Abstrichen Pflege) gleichgesetzt. Dies ist aus Sicht des IQTIG nachvollziehbar. Aus Patientensicht wäre es jedoch ausdrücklich anzuraten, zunächst zu bestimmen, in welchen Leistungsbereichen Deutschland Defizite aufweist.

Die Gesamtqualitätsbeurteilung benötigt einen transparenten, klaren Bewertungsrahmen

Die dokumentierte Qualität in den ausgewählten Leistungsbereichen bietet die Grundlage für die anschließende Qualitätsbewertung und die damit verbundene Umsetzung von Qualitätszu- und abschlägen. Zu ebendieser Dokumentierung und anschließenden Einordnung hat sich das IQTIG für eine ordinale Rangreihung mit den Kategorien „unzureichende Qualität“, „durchschnittliche Qualität“ und „außerordentlich gute Qualität“ entschieden. Diese Zuordnung der Krankenhäuser zu einer der drei Gruppen erfolgt auf Basis mehrerer (eventuell gegensätzlicher) Qualitätsmessungen, wofür Qualitätsindikatoren zu Indizes zusammengefasst werden müssen. Leider liegt derzeit kein inhaltlich und theoretisch fundierter Standard zur Operationalisierung einer aggregierten Indikatorenskala vor und wird aus dem Anwendungsbeispiel des Bewertungsrahmens zur aggregierten Darstellung eines Qualitätsindizes nicht ersichtlich. Beispielsweise ist nicht klar, ob die einzelnen Indikatoren unterschiedlich gewichtet werden, oder gleichwertig in die Gesamtbewertung eingehen. Ebenso ist nicht klar, ob eine negative Bewertung in einem Indikator durch eine positive Bewertung in einem anderen Bereich neutralisiert werden kann.

Ohne einen transparenten und nachvollziehbaren Bewertungsrahmen ist eine qualitätsorientierte Vergütung mittels Qualitätszu- und abschlägen zukünftig nicht zielführend und Leistungserbringern nicht vermittelbar. Eine Bewertung der erbrachten Qualität, sowie Ausschüttungen und Einbehalte im Sinne von Qualitätszu- und abschlägen sind hingegen nur mittels kardinaler Indikatorenskalen sinnvoll umsetzbar. Eine derartige Überarbeitung ist dringend anzuraten.

Eine umfassende Risikoadjustierung ist entscheidend für den Erfolg des Instrumentes

Der Vorbericht des IQTIG beinhaltet derzeit keine Aussage zur vorgesehenen Risikoadjustierung. Letztere ist essentiell, um die Fairness des Instrumentes zu garantieren, die Akzeptanz durch die Leistungserbringer zu fördern und die Fehler bereits angewandter Instrumente zu vermeiden.

Mit einer Risikoadjustierung wird Krankenhäusern, die ein besonders komplexes Patientenkontinuum zu versorgen haben, Rechnung getragen. Demensprechend ist eine Adjustierung notwendig, um erstens eine objektive Bewertung von Krankenhäusern sicherzustellen und zweitens eine faire Behandlung zu garantieren. Durch eine nicht vollständig entwickelte Risikoadjustierung im Value-Best-Purchasing-Programm von Medicare und Medicaid wird deutlich, dass sich eine unzureichende Adjustierung nachteilig auf Krankenhäuser in finanziell schwachen Gebieten und/oder mit medizinisch anspruchsvollerem Patientenkontinuum auswirkt. Diesbezüglich sollte Deutschland aus der internationalen Erfahrung lernen.

Für eine entsprechende Risikoadjustierung ist eine gute Datenquelle unabdingbar. Eine derartige Grundlage stellen die Routinedaten der Krankenkassen dar, die sich bereits in diversen Forschungsprojekten als belastbare und objektive Quelle erwiesen haben. Die Hinzunahme des poststationären Follow-ups und von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) ist wünschenswert. Gerade die Qualität der vier oben genannten „Notfallindikationen“ lassen sich gut auf Basis der Abrechnungsdaten abbilden, ohne dass ein zusätzlicher Bürokratieaufwand für Krankenhäuser entsteht. Dies ist in der internationalen Wissenschaft und Praxis bereits üblich und kam auch in Deutschland bereits erfolgreich zur Anwendung. Zudem kann sich die Datenqualität darüber hinaus verbessern, wenn sie mit einer finanziellen Komponente behaftet wird. Bei allen gerechtfertigten Hinweisen auf Defizite in der deutschen Datenqualität sollte daher darauf geachtet werden, dass dies nicht als Argument hervorgebracht wird, um sich einer Qualitätsprüfung zu entziehen.

Absolute Zu- und Abschläge erleichtern Krankenhäusern die Planbarkeit

Die genaue Ausgestaltung der finanziellen Komponente der Qualitätszu- und abschläge obliegt den Partnern der Selbstverwaltung. Da sie eng mit der Definition von Qualität verknüpft ist, und der Erfolg des Gesamtprogramms mit dem finanziellen Effekt verwoben ist, wird an dieser Stelle auf die finanzielle Ausgestaltung der Zu- und Abschläge eingegangen.

Zunächst zeigen sowohl die internationale Erfahrung, als auch die Anhörung der Expertinnen und Experten, dass bei der Definition von guter Qualität eine Doppelstrategie gefahren werden sollte. Diese kombiniert eine Belohnung der *im Status Quo* besten Krankenhäuser mit einer Honorierung jener, die sich am meisten *verbessert* haben. Letzteres ist entscheidend, um Krankenhäusern einen Anreiz zur Qualitätsverbesserung zu bieten, die weit davon entfernt sind, zu den besten Krankenhäusern zu gehören, aber deutliches Verbesserungspotential aufweisen. Eine reine Fokussierung auf die im Status Quo besten Krankenhäuser zementiert die Versorgungslandschaft, indem die historisch besten Krankenhäuser einen Zuschlag erhalten und die historisch schlechten Krankenhäuser einen Abschlag verarbeiten müssen, der für ihre Versorgungsqualität abträglich ist, zumindest jedoch keine Verbesserung der schlechten Krankenhäuser erzielt. Es ist daher sehr begrüßenswert, dass sich das IQTIG für eine Kombination aus Anreizstrategien ausspricht.

Desweiteren ist es aus Gründen der Planbarkeit, Transparenz und Akzeptanz anzuraten, auf absolute anstelle von relativen Qualitätszielen zu setzen. Diese geben Krankenhäusern vor, welche Elemente zur Erzielung eines Zuschlages führen. Bei relativen Qualitätszielen wissen sie erst nach Ablauf der Periode, beispielsweise einem Jahr, ob sie sich ausreichend verbessert haben, um sich für einen Zuschlag zu qualifizieren. Dies unterwirft Krankenhäuser einer unnötigen Unsicherheit.

Um einer Stagnation entgegenzuwirken, sei an dieser Stelle eine regelmäßige Überarbeitung, beziehungsweise Anhebung der Qualitätsvorgaben empfohlen. Vor diesem Hintergrund ist vermutlich der temporäre Einsatz der Qualitätszu- und Abschläge entstanden, dessen Sinn im Bericht nicht abschließend klar wird (S. 90). Die Autoren des Berichtes verweisen auf den lediglich kurzfristigen Effekt von Qualitätszu- und Abschlägen. Um eine stetige Qualitätsverbesserung zu fördern, sollten die Vorgaben der Qualitätszu- und abschläge daher in regelmäßigen Abständen verschärft werden.

Reale finanzielle Anreize durch Veränderung der Patientenströme

Die genaue Höhe des finanziellen Zuschlages ist umstritten. Es ist nicht abschließend geklärt, wie hoch die notwendige Finanzkraft des Instrumentes anzusetzen ist, um signifikante Effekte zu erzielen. International hat sich ein bis zu zweiprozentiger Abschlag, bzw. Einbehalt und/oder Zuschlag des Gesamtbudgets etabliert.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass das Erbringen besserer Qualität mit einem höheren finanziellen Aufwand einhergeht. Dies zeigt sich beispielsweise beim Akuten Myokardinfarkt. Dementsprechend muss der Zuschlag zumindest die Mehraufwendungen decken und leicht über diese hinausgehen, um einen tatsächlichen Zuschlag darzustellen. Der NHS England löst dieses durch eine Unterteilung von Krankenhauspreisen in einen „Standardtarif“ und einen „Best-Practice-Tarif“, wobei letzterer bis zu doppelt so hoch sein kann, wie der Standardtarif. Es bleibt offen, warum die bessere, teurere Qualität nicht bereits durch das InEK vergütet wird, aber darauf kann im Rahmen dieser Stellungnahme leider nicht eingegangen werden.

Insgesamt zeigt sich auf Basis der internationalen Erfahrung, dass die finanzielle Komponente aus Krankenhaussicht nachrangig ist. Qualitätszu- und Abschläge reizen Krankenhäuser dazu an, die eigene Leistungserbringung zu überprüfen und legen den Fokus dabei auf ausgewählte Leistungsbereiche. Damit können sie interne Umstrukturierungsmaßnahmen, beispielsweise die Einrichtung eines regelmäßigen, institutionalisierten Qualitätsaustausches unter Kollegen oder internen Audits, anregen. Die Rückmeldung von Krankenhäusern im internationalen Kontext, die Erfahrungen mit Zu- und Abschlägen sammeln konnten, zeigen insgesamt, dass die finanzielle Komponente als solche wenig entscheidend ist.

Ebenso sollte bedacht werden, dass die finanzielle Konsequenz, die aus einer Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse und einer Veränderung der Patientenströme resultiert, viel durchschlagender ist, als ein potentieller Einbehalt von einem geringen Anteil des Gesamtbudgets. Die tatsächliche finanzielle Wirkung entfaltet sich also höchstwahrscheinlich jenseits der durch Qualitätszu- und abschläge verteilten Finanzmittel.

Eine regionale Anpassung erlaubt ungleiche Lebensverhältnisse

Sowohl in Deutschland, als auch in den USA und unseren europäischen Partnerländern ist derzeit ein Trend zur Anpassung an regionale Gegebenheiten zu beobachten. Dies ist jedoch mit Vorsicht zu beurteilen. Es ist schwer zu vermitteln, warum die Leistungserbringung in deutschen Großstädten qualitativ hochwertiger sein soll, als in ländlichen Regionen. Allein durch die Dichte von Leistungserbringern ist die Bevölkerung in urbanen, vorzugsweise begüterteren Räumen bereits begünstigt. Eine höhere Toleranz von niedrigerer Qualität in weniger dicht besiedelten oder finanziell schwacher aufgestellten Regionen zementiert diese Asymmetrie und widerspricht dem Grundsatz der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in der gesamten Bundesrepublik. Eine Miteinbeziehung regionaler Besonderheiten darf dementsprechend nicht zu einer veränderten Fehlertoleranz führen, sondern sollte vielmehr zu einem Ausgleich ungleicher Ausgangslagen führen. Mit den Zuschlägen für die Sicherstellung, Notfallversorgung und Zentren wird dem bereits begegnet.

Die Überschneidung mit anderen Instrumenten der Qualitätsverbesserung ist begrenzt

Die Einordnung in das Gesamtbild aus Zu- und Abschlägen durch das IQTIG und die angehörten Expertinnen und Experten ist sehr begrüßenswert. Dabei sollte zunächst beachtet werden, dass andere Qualitätsmaßnahmen und Finanzzuwendungen an anderen Defiziten ansetzen. Planqualitätsindikatoren gelten derzeit für den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. Qualitätsverträge werden modellhaft für vier Leistungsbereiche, namentlich die endoprothetische Gelenkversorgung, die Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten, die Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten, sowie die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung eingeführt.

Mit den Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte, Notfallversorgung und die Sicherstellung wird lediglich den verschärften Bedingungen der entsprechenden Krankenhäuser Rechnung getragen. Trotz des Hinweises auf die Überschneidung wählt das IQTIG nun in einem ersten Schritt Bereiche aus, die bereits sanktionsbehaftet sind, wenngleich deren Schärfe umstritten ist.

Bei allen Hinweisen auf die Überschneidungen mit anderen Anreizen des Krankensektors sollte der Effekt von Qualitätszu- und -abschlägen nicht überhöht werden. Mit dem deutschen Fallpauschalensystem steht eine Fallorientierung im Mittelpunkt der Vergütung mit ihren inhärenten Anreizen zur Mengenausweitung. Die Integration von Qualitätsparametern in die stationäre Vergütung wäre daher eine wünschenswerte Korrektur der Anreize. Die *dggö* begrüßt daher abschließend den vorliegenden Bericht des IQTIG und verfolgt die Entwicklung dieses Instrumentes mit großem Interesse.

Vorstand der *dggö*:

Prof. Dr. Hans-Helmut König, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/Hamburg Center for Health Economics; Prof. Dr. Robert Nuscheler, Universität Augsburg; Prof. Dr. Hendrik Jürges, Universität Wuppertal; Prof. Dr. Jeannette Brosig-Koch, Universität Duisburg-Essen