

1. ZQ-Forum "Qualität & Management im Gesundheitswesen"
Qualitätsstrategie 2030 - es gibt kein "weiter so ..."

Qualitätsstrategie 2030

Qualität im aktuellen gesundheitspolitischen Kontext
- wissenschaftliche Einordnung -
Kontroversen in der praktischen Umsetzung

Ärzttekammer Niedersachsen

Hannover, 22.4.2016

2Q30

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Gliederung

- ➔ Zielorientierung & Orientierungsrahmen
- ➔ Instrumente und internationaler Kenntnisstand
- ➔ Methodische Probleme
- ➔ 5 Thesen
- ➔ Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitswesen

- Charakteristika -

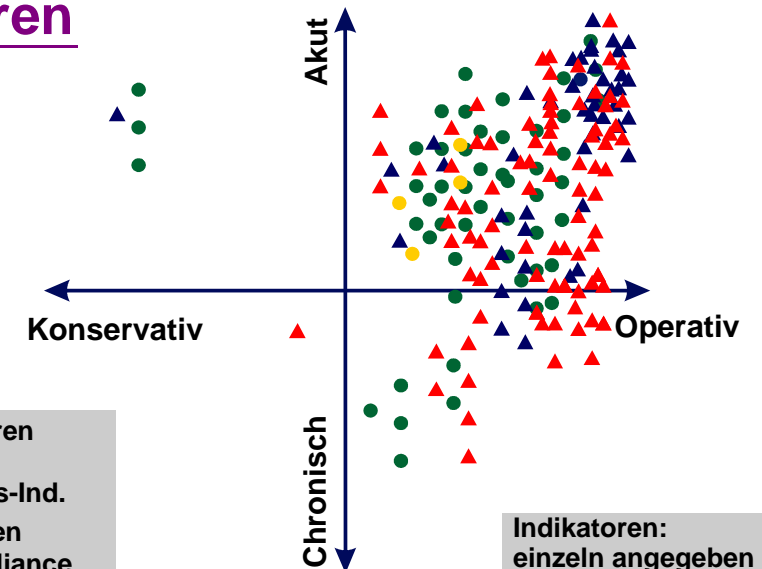
- ➔ Operative Akuterkrankungen
- ➔ Erkrankungsbezug
- ➔ Zunehmende Sektorierung
- ➔ Mengenorientierung
- ➔ Anbieter-Bezug

Prof. Dr. M. Schrappe

Für den AQUA-Qualitätsreport 2013:

Indikatoren

www.sqg.de

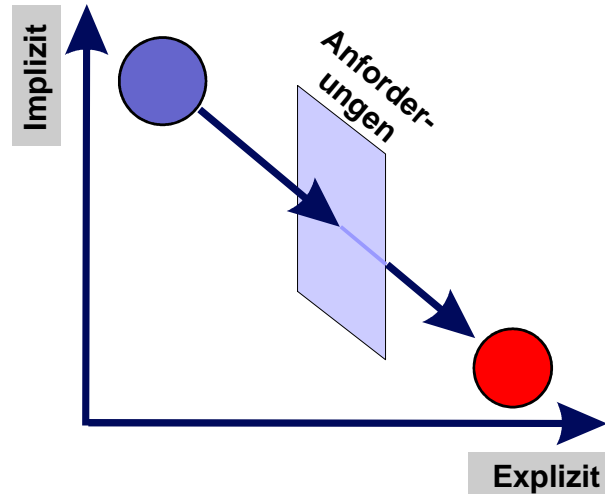


- Ergebnis-Indikatoren
- ▲ Mortalität
 - ▲ Andere Ergebnis-Ind.
- Prozess-Indikatoren
- Leitlinien-Compliance
 - Andere Prozess-Ind.

Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren:
einzeln angegeben
Indikatorengruppen

Definition Qualität: Anforderungen



Prof. Dr. M. Schrappe

Das deutsche Gesundheitswesen

- Herausforderungen -

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

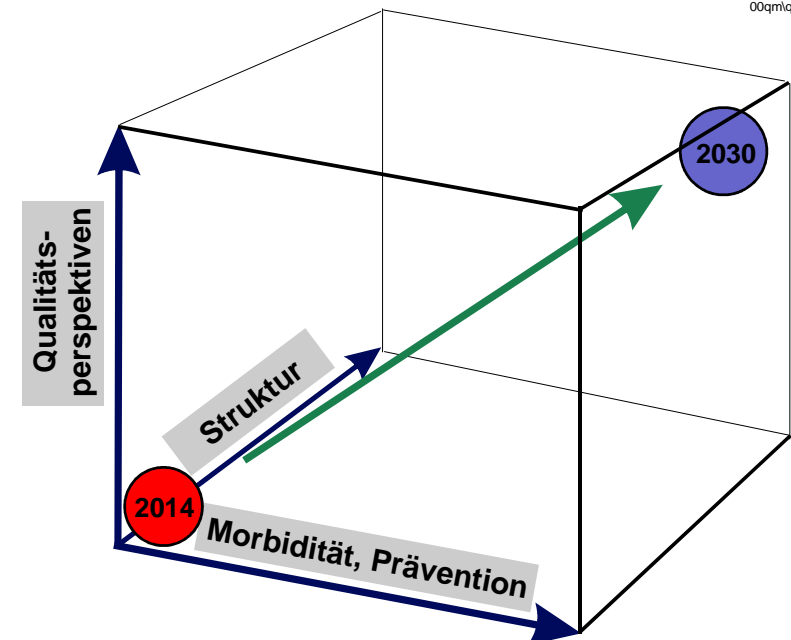
Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität: 6 Perspektiven

- ➔ **Gesellschaft:** Population
- ➔ **Nutzen:** Allokation, Effizienz
- ➔ **Patienten:** Selbstbestimmung
- ➔ **Professionen:** Autonomie, Garantenstellung
- ➔ **Institutionen:** Organisation
- ➔ **Wissenschaft:** Deskription und Hypothesenbildung

Schrappe et al. 2014

Prof. Dr. M. Schrappe



Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Zielorientierung & Orientierungsrahmen
- ➔ Instrumente und internationaler Kenntnisstand
- ➔ Methodische Probleme
- ➔ 5 Thesen
- ➔ Zusammenfassung

Gesundheitspolitischer Hintergrund

- ➔ 1993 Gesundheitsstrukturgesetz
- ➔ 2000 GKV-2000 Reform
- ➔ 2005 Gesundheitsmodernisierungsgesetz
- ➔ 2014 Finanzstruktur- u. Qualitätsweiterentwicklungsges.
- ➔ 2015 Versorgungsstärkungsgesetz
- ➔ 2015 Krankenhausstrukturgesetz
- ➔ 2015 Präventionsgesetz

Strukturfonds 2015

➔ Strukturfonds Krankenhaus

- 1 Mrd. €, hälftig Gesundheitsfonds/Bundesländer

➔ Innovationsfonds

- 4 Jahre je 300 Mill. €, Gesundheitsfonds/GKV

Gesetzliche Regelungen (Stand 12/2015):

Qualitätsverbesserung auf Systemebene

- Qualitätsbericht nach §136b Abs. 6
 - Qualitäts-or. Vergütung n. §136b Abs. 9
 - Qualitäts-orientierte Krhs-Planung (§6 Abs. 1a KHG, §136c SGB V)
 - "Tandem" Mindestmengen und Zugang (§136b Abs.3-5, §17b KHG)
 - "Qualitätsverträge" nach §110a
 - Patienten-Bezug §1,1 KHG, §136b,6, §137a,3
 - Detailregelungen Hygiene, Patsich.
 - Mengenproblematik (KHG §§10,17b)
 - Inst. f. Qualität u. Transparenz (§137a)
 - Innovationsfonds (§92a,b SGB V)
- ➔ Wettbewerb
- ➔ Versorgungsplanung
- ➔ Selektivverträge
- ➔ Patientenorientierung
- ➔ Schwerpunktsetzung
- ➔ Überversorgung
- ➔ Entwicklung
- ➔ Evaluation

KHSG vom 22.12.2015

- ➔ **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: 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)

KHSG vom 22.12.2015

- ➔ 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: Zugangsindikatoren

➔ **Einordnung**

Unersetzlicher Qualitätsindikator für Versorgungs- und Krankenhausplanung (SVR 2007 Nr. 491ff), "Antagonist" v. Mindestmengen u.a. Zentralisierungsanreizen ("Qualität 2030", S. 113 und 316)

➔ **Charakteristik**

Geographische, soziale, Angebots - und Patientendimension

➔ **Bedeutung im KHSG**

1. **Krankenhausplanung:** Bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von **Sicherstellungszuschlägen**" (§17b Abs.1a Nr.6 KHG)
2. **Erreichbarkeit** zur Klärung, ob ein anderes Krankenhaus für die Versorgung in Frage kommt.
3. **Regionale Besonderheiten** müssen berücksichtigt werden.

Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

Regelungen im KHSG vom 22.12.2015

➔ SGB V

Neuer §136b: Auftrag an den GBA
Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 i.V.m. Abs. 9

➔ Krankenhausfinanzierungsgesetz

§17b, neu eingefügter Abs. 1a Satz 1 Nr. 3

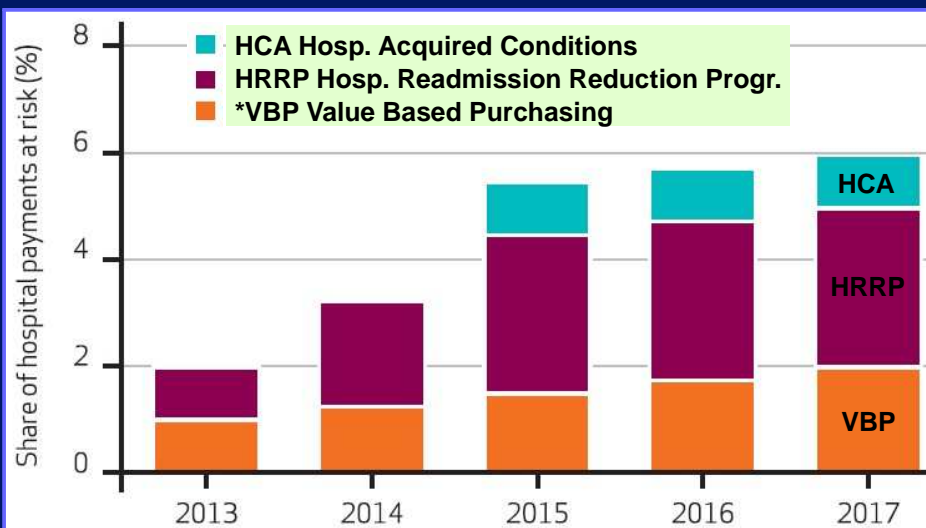
➔ Krankenhausentgeltgesetz

in §5 Abs. 3a sowie §9 Abs. 1a Satz 1 Nr. 4

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

P4P und VBP* in den USA



Gliederung

- ➔ Zielorientierung & Orientierungsrahmen
- ➔ Instrumente und internationaler Kenntnisstand
- ➔ Methodische Probleme
- ➔ 5 Thesen
- ➔ Zusammenfassung

Methodische Probleme

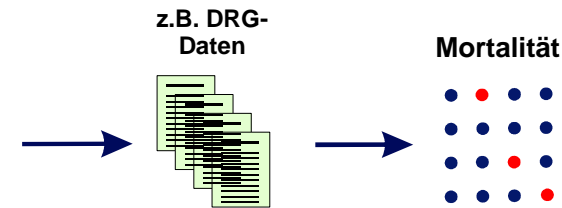
- ➔ Die Methodik ist in hohem Maße politisch
- ➔ Die methodischen Probleme sind extrem interdependent
 - Zählen statt Ampelfunktion
 - Ergebnisse statt Prozesse
 - Prozedural statt chronische Mehrfach-Erkrankungen
 - Vergütungsdaten statt klinisch-epidemiologische Daten
 - Anbieterperspektive

"Methodische Pentaplegie"

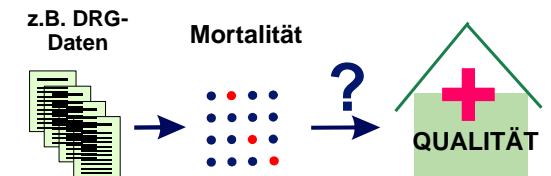
Schrappe 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

Erhebung der Mortalität

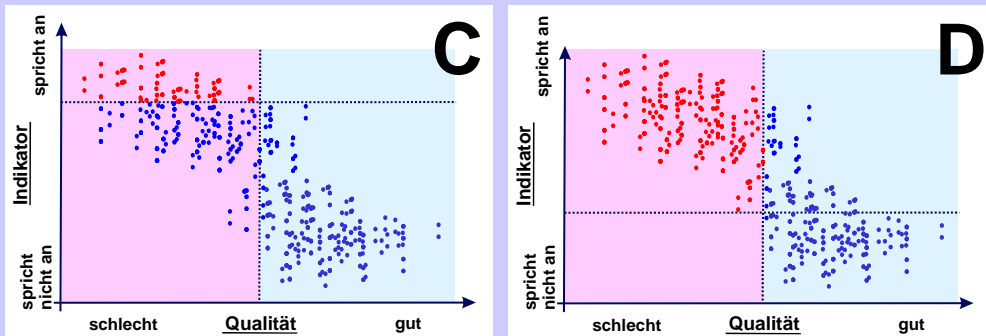


Indikator Mortalität



Anbieter-
Bezug

Patienten-
Bezug



International Journal for Quality in Health Care, 2015, 1–9
doi: 10.1093/intqhc/mzv045
Article

OXFORD

Article

Are administrative data valid when measuring patient safety in hospitals? A comparison of data collection methods using a chart review and administrative data

CHRISTINA MAASS¹, SILKE KUSKE², CONSTANZE LESSING¹,
and MATTHIAS SCHRAPPE³

¹Institute for Patient Safety, 53111 Bonn, Germany, ²Public Health Unit, Faculty of Medicine, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, 40225 Düsseldorf, Germany, and ³University of Cologne, 50923 Cologne, Germany

Table 4 Caseloads of PSIs based on DRG-administrative data and chart review

PSI	Population at risk	Patients with adverse events		
		Chart	DRG	Agreement
1 Pressure Ulcer	2,374	71	47	46
2 Catheter Related Infections	2,090	32	2	2
3 Postoperative Respiratory Failure	221	3	4	3
4 Postoperative DVT	1,498	8	6	2
5 Hospital acquired Pneumonia	2,876	90	23	21
6 Acute Renal Failure	2,907	170	53	30
7 Acute Myocardial Infarction	2,917	24	5	5
8 Wound Infection	1,413	58	31	26

AE: Epidemiology and Measurement

795 rx pts admitted 10/2004 (LOS>24h) in 3 tertiary hospitals
 - 33,2% (29-36) of pts. had AE (91/1000 pts.-days)
 - IHI* 'Global Trigger Tool' more sensitive (354/393 AE) than AHRQ-PSI (35) and anonymous reporting (only 4 AE detected)

(E temporary harm => I death)	IHI Global Trigger Tool	AHRQ Patient Safety Indicators	Hospital voluntary reporting system
SEVERITY LEVEL			
E	204	23	0
F	124	7	2
G	8 ●	1	2
H	14 ●	0	0
I	4	4	0
Total	354	35	4
HOSPITAL			
Hospital A	161	13	0
Hospital B	92	13	3
Hospital C	101	9	1
Total	354	35 ●	4 ●

Classen et al. Health Aff. 30, 2011, 581

Prof. Dr. M. Schrappe

*Inst. of Healthcare Improvement

Datenquellen

- ➔ Administrative Daten
- ➔ Klinische Daten
- ➔ Epidemiologische Falldefinitionen
- ➔ Patient-Reported Outcome Measures

ANALYSIS

Patient reported outcome measures could help transform healthcare

Nick Black professor of health services research

London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1H 9SH, UK

Zurück zu Prozess-Indikatoren

VIEWPOINT

Facilitating Quality Improvement Pushing the Pendulum Back Toward Process Measures

Karl Y. Bilimoria, MD, MS
Surgical Outcomes and Quality Improvement Center, Department of Surgery, Northwestern University, Chicago, Illinois; and Center for Healthcare Studies, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois.

Public reporting and pay-for-performance programs in health care are critically important and effective levers for quality improvement (QI). However, measurement problems have been identified with many current initiatives that limit the utility of the metrics for QI, the engagement of clinicians in QI, and the value of the information available to patients. Some have suggested focusing decisively on outcomes measures rather than process-of-care metrics.¹ It seems that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is committed to moving away from process measures.² For example, some would advocate focusing more on venous thromboembolism (VTE) rates (outcome) rather than examining VTE prophylaxis adherence (process). Even though the decades-old debate regarding the merits of process vs outcome measures currently appears to be swinging toward outcomes, this

performance measurement hinges on appropriate risk adjustment, which may be challenging given available data (eg, administrative) and the costs of collecting better data (eg, clinical).

Furthermore, outcomes measures may be susceptible to surveillance bias, whereby detection of the adverse event is driven by the rate of testing for the event—"the more you look, the more you find." Not only does this detract from outcomes measures as signals of underlying clinical quality, but surveillance bias may lead to paradoxical conclusions (ie, high-quality hospitals appear to perform poorly) as has been demonstrated with the VTE outcome measure, the CMS Hospital Acquired Condition (HAC) Reduction Program, the Patient Safety Indicator (PSI) 90 composite measure, and other metrics.⁴⁻⁶

In simple terms, a process or outcome measure can be

Bilimoria KY JAMA 314, 2015, 1333

Prof. Dr. M. Schrappe

Abgrenzung Ergebnis-/Prozessindikatoren

➔ Ergebnis-Ind.

➔ Grenzbereich

➔ Prozess-Ind.

- Mortalität
- Heilung
- Funktion
- Alltagsbewältigung
- Zufriedenheit
- Komplikationen
- Nosok. Infektionen
- Rückverlegung ICU
- Arzneim.-Ereignisse
- Postop. Thrombose
- Entlassungsprozess
- Arzbrief
- Kommunikation
- Organisation
- Kooperation

Prof. Dr. M. Schrappe

Ergebnis- vs. Prozessqualität

Ergebnis-Q.

Prozess-Q.

- Kind im Brunnen
- Risikoadjustierung
- Verantwortlichkeit?
- Nachteil für kleine Einrichtungen
- Nicht motivierend
- Mengenanreiz möglich

Messung

- Entspricht Prävention
- Keine Risikoadjustierung
- Verantwortlichkeit klar
- Kleine Einrichtungen nicht benachteiligt
- Eher motivierend
- Mengenanreiz vereinzelt

Prof. Dr. M. Schrappe

Prozessindikatoren im Alltag



S. Vettel: bei 80 km/h
Verkehrssicherheit
immer noch besser
bei 50 km/h bei
normalen Fahrern



Der Indikator 
wäre falsch-positiv

Bei  trotzdem

(2)

Knöll-
chen
+
Lappen
weg

#34065210

Prof. Dr. M. Schrappe

Prozessindikatoren im Alltag

- (1) Normative Setzung des Grenzwertes
- (2) Falsch-positive Ergebnisse werden toleriert
- (3) Isolierter Einfluss auf Ergebnis ist schwach



aber:

- Kombination andere Maßnahmen
- Einstellungsebene
- Kontext-bezogene Interventionen

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Zielorientierung & Orientierungsrahmen
- ➔ Instrumente und internationaler Kenntnisstand
- ➔ Methodische Probleme
- ➔ 5 Thesen
- ➔ Zusammenfassung

Qualitätsstrategie 2030

und bitte:

es gibt kein "weiter so ..."

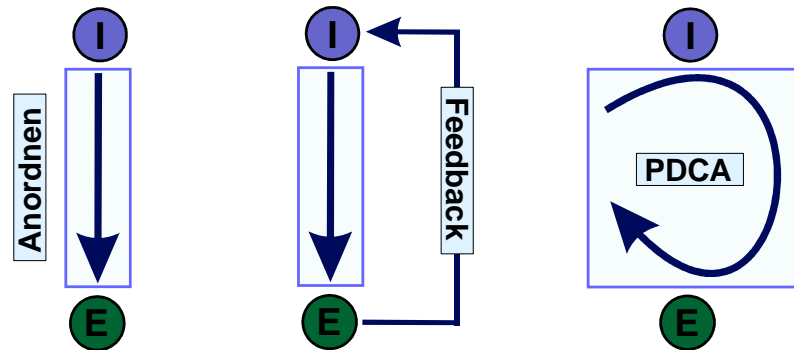
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

THESE 1

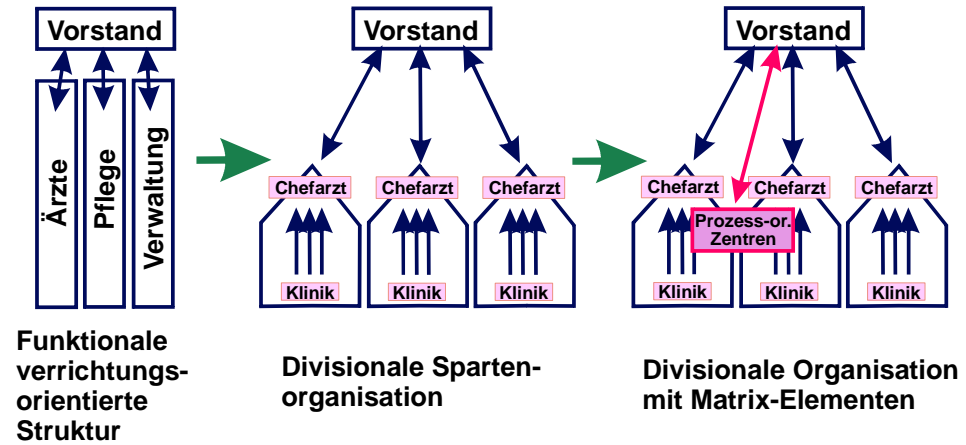
- ➔ Wir brauchen adäquate **Modelle der Veränderung**, die der Komplexität auf der Ebene von Organisation und System Rechnung tragen.

Prof. Dr. M. Schrappe

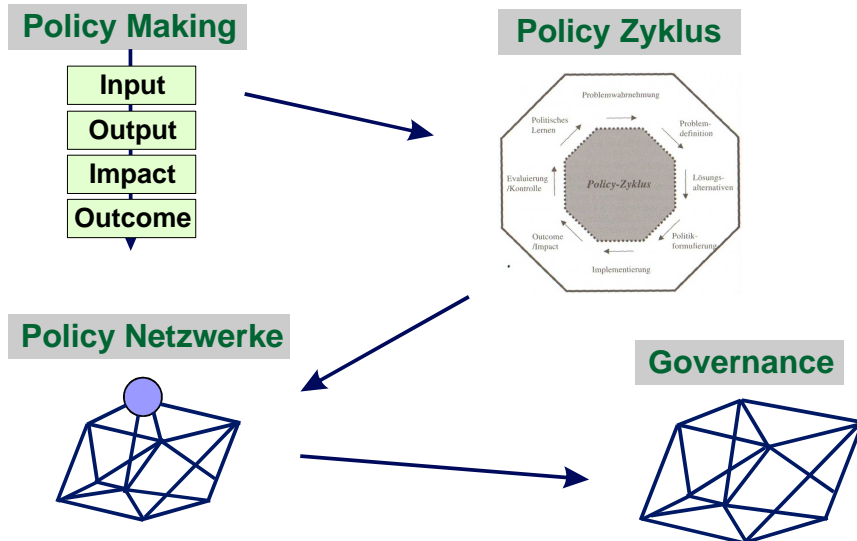
Abschied von einfachen Modellen



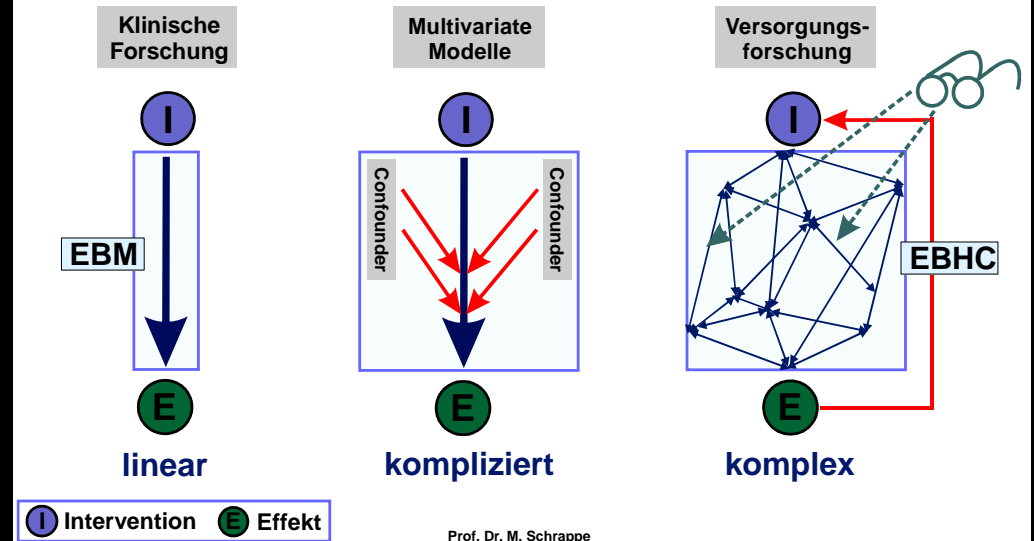
Primärorganisation



Politische Steuerung



Wissenschaft und Komplexität



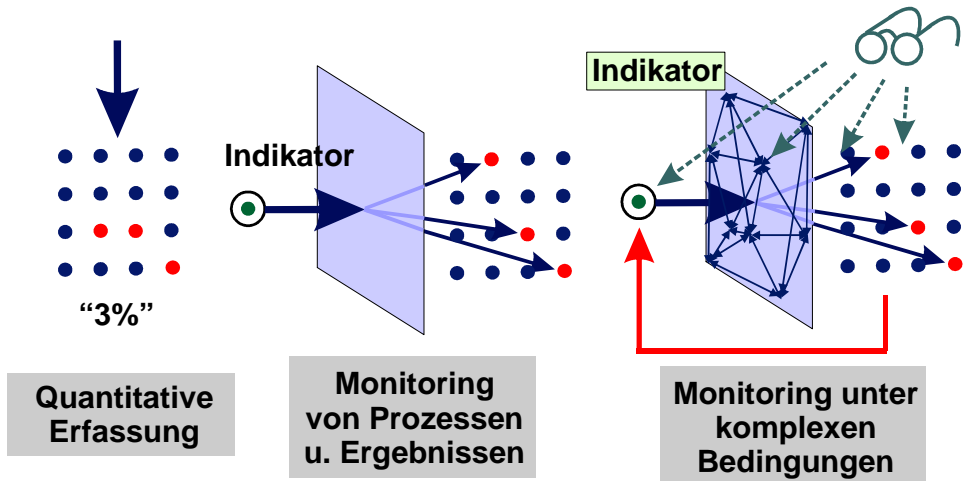
THESE 2

- ➔ Das lineare Verständnis der "Qualitätsmessung" muss durch Vorhersagemodelle und Indikatoren ersetzt werden, die auf komplexe Systeme zugeschnitten sind.

Prof. Dr. M. Schrappe

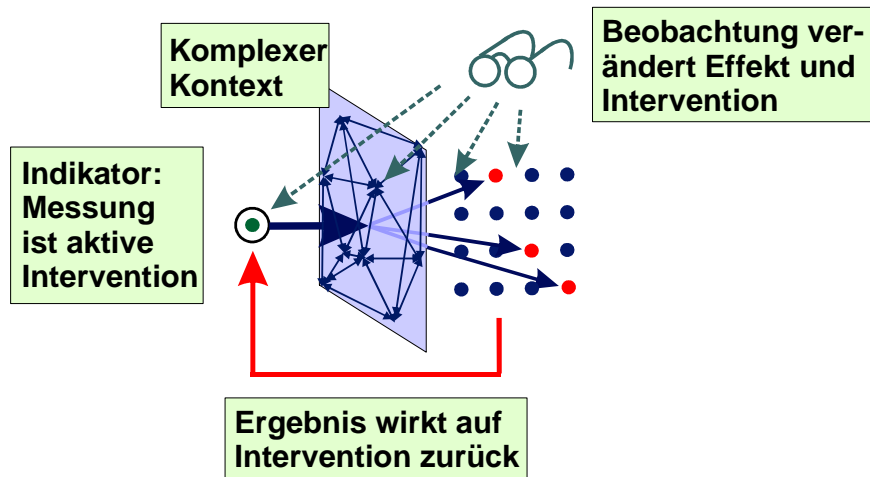
00qmündicallgündic_complex.cdr

Indikatoren und Komplexität



Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren und Komplexität



Prof. Dr. M. Schrappe

00qmündicallgündic_complex.cdr

CROSSING THE QUALITY CHASM

A New Health System for the 21st Century

Committee on Quality of Health Care in America
INSTITUTE OF MEDICINE

NATIONAL ACADEMY PRESS
Washington, D.C.

NHS

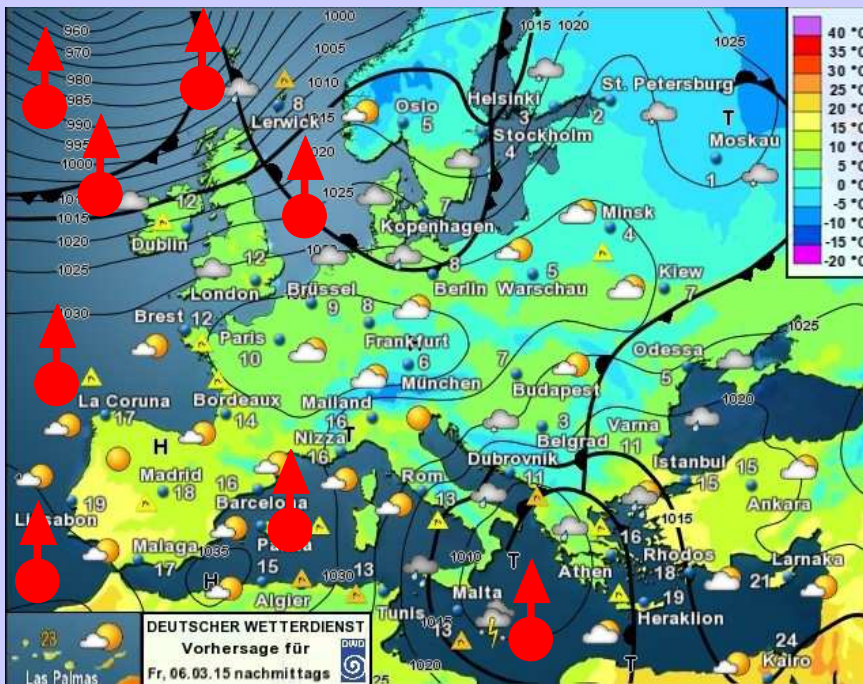
The NHS Outcomes Framework 2013/14

DH Department of Health

Indikatoren und Komplexität

- ➔ Getrennte Budgets bedingen Risikoselektion
- ➔ Aufgaben und Verantwortung müssen deckungsgleich sein
- ➔ Mangelnde Führung ist ein Qualitäts- und Sicherheitsrisiko
- ➔ Patienten können mitdenken
- ➔ Querschnittsthemen fördern Qualität
- ➔ Koordination macht nicht berühmt
- ➔ IT allein löst nicht alle Qualitätsprobleme
- ➔ Sprechende Medizin muss gefördert werden
- ➔ Team sind sicherer

Prof. Dr. M. Schrappe



THESE 3

- ➔ **Keine Qualitäts-Intervention ohne adäquate Modellbildung: Rahmenkonzept**

Prof. Dr. M. Schrappe

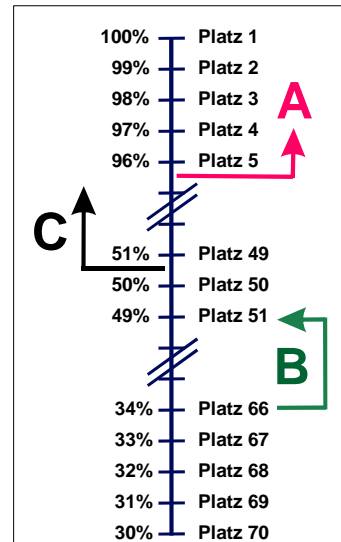
Rahmenkonzept

- ➔ Expertenorganisation
- ➔ System: Komplexität
- ➔ Modelle der Verhaltensänderung
- ➔ Ökonomische Grundlagen
- ➔ Vergütungslogik
- ➔ Politikwissenschaftliche Konzepte

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P: Ökonomische Faktoren

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



P4P und DRG-System

00qm\p4p\drdg_p4p.cdr

P4P mit speziell eingerichteten Indikatoren für

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

Prof. Dr. M. Schrappe

THESE 4

- Der Bereich Qualität und Patientensicherheit bringt hervorragende Voraussetzungen für **Qualitätsforschung** im Rahmen der Versorgungsforschung mit.

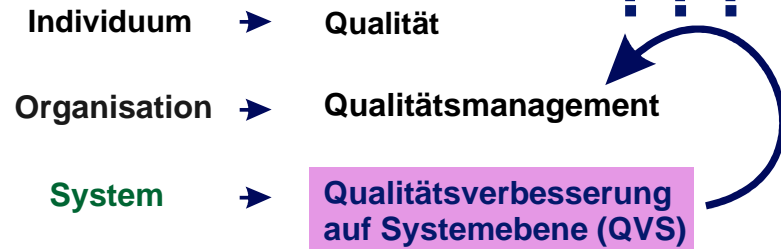
Prof. Dr. M. Schrappe

THESE 5

- Wir müssen den Begriff der **Qualitätssicherung** ersetzen durch den Begriff der **Qualitätsverbesserung** (auf Systemebene)

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätsverbesserung auf Systemebene



Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätsstrategie 2030

oder:

It's Time To Move !!

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

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

Prof. Dr. M. Schrappe