

## Qualität 2030

Dresden, 16.06.2016

## 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)
  - Mindestmengen und Zugang (§136b Abs.3-5, §17b KHG, §75 Abs. 1a)
  - "Qualitätsverträge" nach §110a
  - Besondere Versorgung nach §140a
  - Patienten-Bezug §1,1 KHG, §136b,6, §137a,3
  - Detailregelungen §136a, §136b SGB V
  - 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

## 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

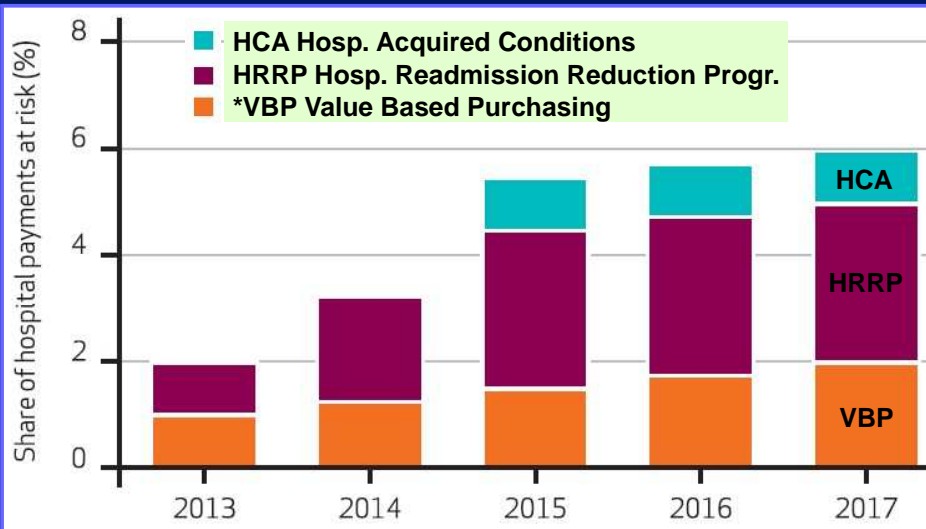
### ➔ Krankenhausfinanzierungsgesetz

§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



Kahn et al. 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

## Strukturfonds 2015

### ➔ Strukturfonds Krankenhaus

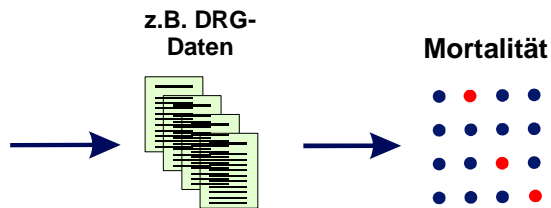
- 1 Mrd. €, hälftig Gesundheitsfonds/Bundesländer

### ➔ Innovationsfonds

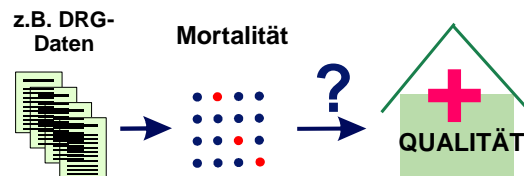
- 4 Jahre je 300 Mill. €, Gesundheitsfonds/GKV

Prof. Dr. M. Schrappe

## Erhebung der Mortalität



## Indikator Mortalität



## Qualität 2030

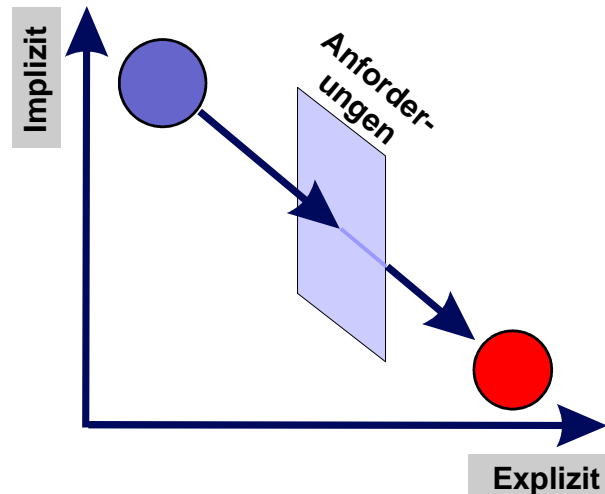
### ➔ Zielorientierung

- ➔ Kontext
- ➔ Umsetzung
- ➔ Schlussbemerkung

2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

## Definition Qualität: Anforderungen



Prof. Dr. M. Schrappe

## Das deutsche Gesundheitswesen

### - Charakteristika -

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

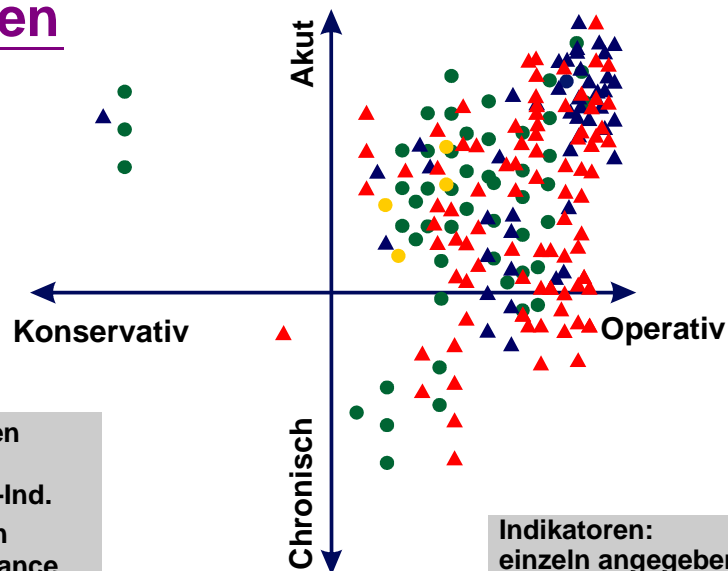
Prof. Dr. M. Schrappe

Für den AQUA-Qualitätsreport 2013:

## Indikatoren

www.sgg.de

00qm\indiciakuterkr.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

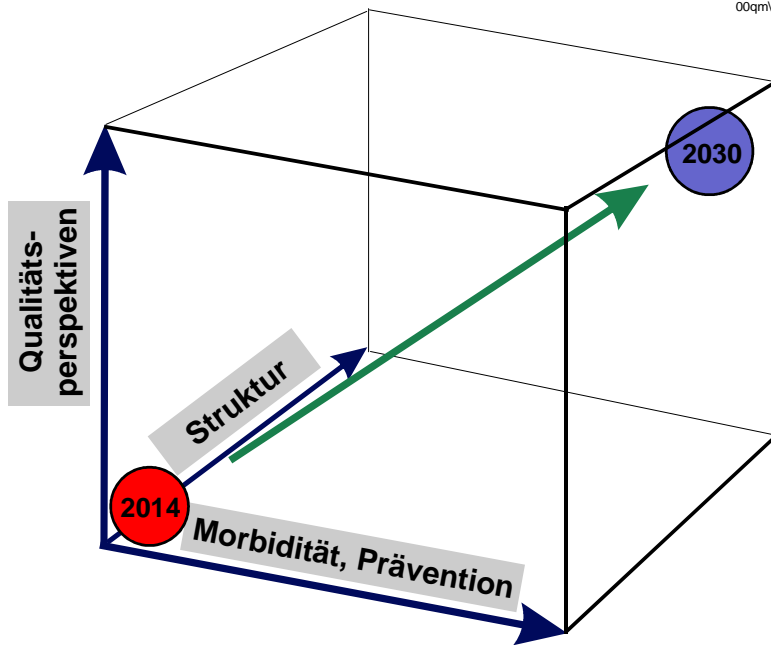
gesoeko\allg\id\_allg.cdr

## 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 2030

- ➔ Zielorientierung
- ➔ **Kontext**
- ➔ Umsetzung
- ➔ Schlussbemerkung

2Q30

## Rahmenkonzept

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

### 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

## Rahmenkonzept

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

## Verhaltensänderung: Konzepte

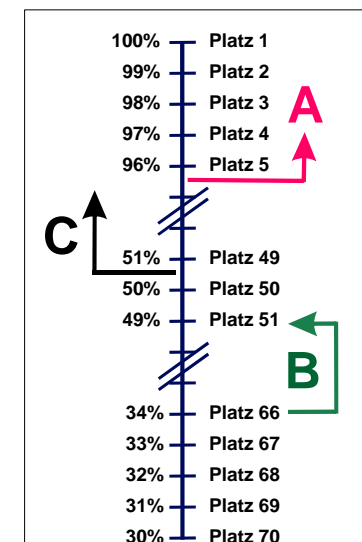
- ➔ Lerntheoretische Konzepte
- ➔ Soziale Wahrnehmung
- ➔ Organisatorischer Wandel
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

## Rahmenkonzept

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

### P4P: Ökonomische Faktoren

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



# Rahmenkonzept

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

# Vergütung und Anreizwirkung

	Menge	Prävention	Chron. Erkr.	Risiko-selektion
• Einzelleistungs-Vergütung	+			
• Zeiteinheit	+			
• Pauschale /sektoral	+			+
• Pauschale /transsekt.				+
• Pauschale, Erkrankung			+	+
• Population /sektoral			+	+
• Pauschale, Population		+	+	+

# KHSG: Mengenanreiz

- ➔ "Wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen"
- ➔ "Fixkostendegressionsabschlag"
- ➔ "Vertiefte" DRG-Kalkulation
- ➔ Arbeitsvertragliche Regelungen auf Chefarzteebe
- ➔ Zweitmeinungsverfahren nach §27b SGB V

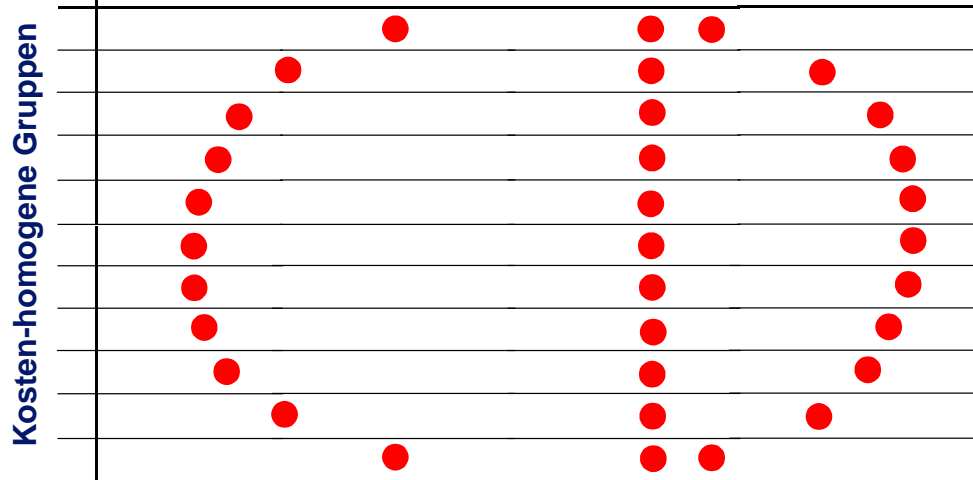
# P4P und DRG-System

P4P mit speziell eingerichteten Indikatoren für

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

## P4P und DRG-System

### P4P mit speziell eingerichteten Indikatoren



Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualität 2030

- ➔ Zielorientierung
- ➔ Kontext
- ➔ **Umsetzung**
- ➔ Schlussbemerkung

2Q30

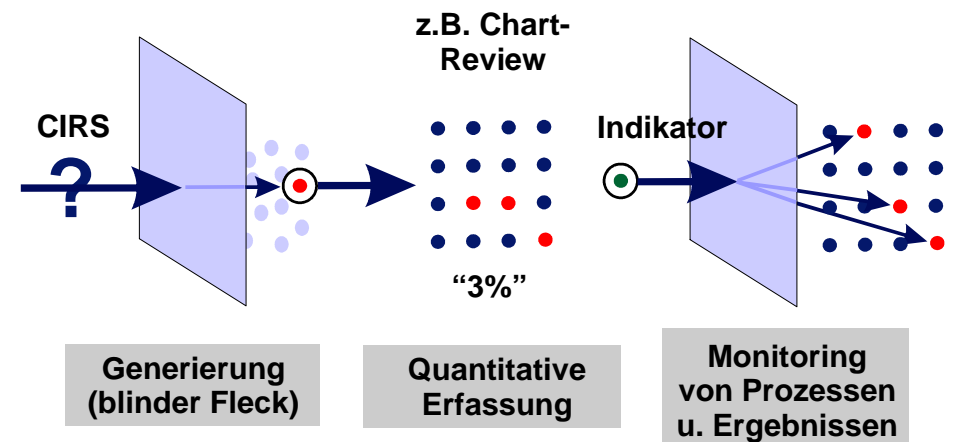
Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualitätsmessung und -verbesserung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung

Prof. Dr. M. Schrappe

## Drei Ziele der Datenerfassung



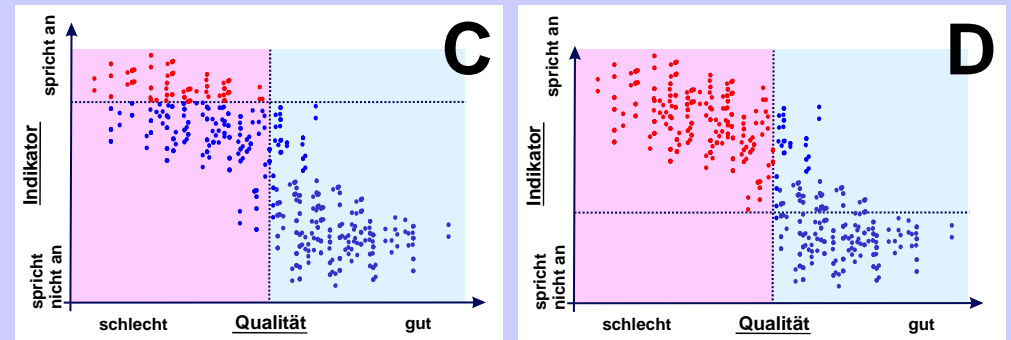
Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität

Anbieter-  
Bezug

Patienten-  
Bezug



## Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Datenquellen: Klinische Falldefinitionen und *Patient Reported Outcomes Measures* statt "Routinedaten"

## Datenquellen

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



# A National Profile Of Patient Safety In U.S. Hospitals

A low-cost, universally available **administrative data set** allows tracking of patient safety indicators in hospitals across the country.

by **Patrick S. Romano, Jeffrey J. Geppert, Sheryl Davies, Marlene R. Miller, Anne Elixhauser, and Kathryn M. McDonald**

**ABSTRACT:** Measures based on routinely collected data would be useful to examine the epidemiology of patient safety. Extending previous work, we established the face and consensual validity of **twenty Patient Safety Indicators (PSIs)**. We generated a national profile of patient safety by applying these PSIs to the **HCUP Nationwide Inpatient Sample**. The incidence of most nonobstetric PSIs increased with age and was higher among African Americans than among whites. The adjusted incidence of most PSIs was highest at urban teaching hospitals. The **PSIs may be used in AHRQ's National Quality Report**, while providers may use them to screen for preventable complications, target opportunities for improvement, and benchmark performance.

Romano et al. Health Aff. 22, 2003, 154

Prof. Dr. M. Schrappe

Patient safety indicator	Total		Surgical		Medical/obstetric <sup>a</sup>	
	Number (95% CI)	Rate	Number	Rate	Number	Rate
Anesthesia reactions and complications	5,305 (±455)	0.056%	5,305	0.056%		
Death in low-mortality DRGs	5,912(±433)	0.043	1,075	0.040	4,835	0.068%
Decubitus ulcer	201,459 (±10,104)	2.130	55,139	1.755	146,321	2.316
Failure to rescue	267,541 (±5,056)	17.424	68,671	17.497	196,823	17.579
Foreign body left during procedure	2,710 (±204)	0.008	2,284	0.024	431	0.002
Iatrogenic pneumothorax	19,397 (±1,025)	0.067	8,847	0.117	10,547	0.050
Infection due to medical care	54,490 (±2,658)	0.193	24,898	0.037	29,585	0.147
Postop hip fracture	5,207 (±327)	0.080	5,207	0.080		
Postop hemorrhage/hematoma	17,014 (±968)	0.206	17,014	0.206		
Postop physiologic or metabolic derangement	4,003 (±419)	0.089	4,003	0.089		
Postop respiratory failure	12,842 (±938)	0.359	12,842	0.359		
Postop thromboembolism	75,811 (±4,156)	0.919	75,811	0.919		
Postop septicemia	14,055 (±1,060)	1.091	14,055	1.091		
Postop abdominopelvic wound dehiscence	3,858 (±289)	0.193	3,857	0.193		
Accidental puncture or laceration	89,348 (±5,669)	0.324	82,931	1.002	6,417	0.033
Transfusion reaction	138 (±49)	0.0004	85	0.0009	45	0.0002
Birth trauma	27,035 (±5,674)	0.667			27,035 <sup>b</sup>	0.667 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—vaginal with instrumentation	60,622 (±3,104)	24.408			60,622 <sup>b</sup>	24.408 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—vaginal without instrumentation	249,243 (±12,570)	8.659			249,243 <sup>b</sup>	8.659 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—cesarean	5,523 (±597)	0.593			5,523 <sup>b</sup>	0.593 <sup>b</sup>

Romano et al. Health Aff. 22, 2003, 154

00qmindicadminiromano0.cdr

Patient safety indicator	Total		Surgical		Medical/obstetric <sup>a</sup>	
	Number (95% CI)	Rate	Number	Rate	Number	Rate
Anesthesia reactions and complications	5,305 (±455)	0.056%	5,305	0.056%		
Death in low-mortality DRGs	5,912(±433)	0.043	1,075	0.040	4,835	0.068%
Decubitus ulcer	201,459 (±10,104)	2.130	55,139	1.755	146,321	2.316
Failure to rescue	267,541 (±5,056)	17.424	68,671	17.497	196,823	17.579
Foreign body left during procedure	2,710 (±204)	0.008	2,284	0.024	431	0.002
Iatrogenic pneumothorax	19,397 (±1,025)	0.067	8,847	0.117	10,547	0.050
Infection due to medical care	54,490 (±2,658)	0.193	24,898	0.037	29,585	0.147
Postop hip fracture	5,207 (±327)	0.080	5,207	0.080		
Postop hemorrhage/hematoma	17,014 (±968)	0.206	17,014	0.206		
Postop physiologic or metabolic derangement	4,003 (±419)	0.089	4,003	0.089		
Postop respiratory failure	12,842 (±938)	0.359	12,842	0.359		
Postop thromboembolism	75,811 (±4,156)	0.919	75,811	0.919		
Postop septicemia	14,055 (±1,060)	1.091	14,055	1.091		
Postop abdominopelvic wound dehiscence	3,858 (±289)	0.193	3,857	0.193		
Accidental puncture or laceration	89,348 (±5,669)	0.324	82,931	1.002	6,417	0.033
Transfusion reaction	138 (±49)	0.0004	85	0.0009	45	0.0002
Birth trauma	27,035 (±5,674)	0.667			27,035 <sup>b</sup>	0.667 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—vaginal with instrumentation	60,622 (±3,104)	24.408			60,622 <sup>b</sup>	24.408 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—vaginal without instrumentation	249,243 (±12,570)	8.659			249,243 <sup>b</sup>	8.659 <sup>b</sup>
Obstetric trauma—cesarean	5,523 (±597)	0.593			5,523 <sup>b</sup>	0.593 <sup>b</sup>

Romano et al. Health Aff. 22, 2003, 154

00qmindicadminiromano0.cdr

## Bedeutung der Routinedaten

HCUP-Daten (NIS: Nationwide Inpatient Sample) 1995-2000

2000: 1000 Krhs, 1,07 Mill. Aufnahmen  
1,12 Mill. "potential safety-related events"

- **Nutzbar als Aufgreifkriterium:**  
z.B. Low Mortality DRG: Mortalität 0,043%  
Dekubitus 2,13%
- **Mangelnde Sensitivität**  
z.B. NI-Rate 0,193%
- **Information über seltene Sentinel Events**  
z.B. Foreign Body Left 0,024% (surg.)

Romano et al. Health Aff. 22, 2003, 154

Prof. Dr. M. Schrappe

**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

## Datenquellen

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

## ANALYSIS

### Patient reported outcome measures could help transform healthcare

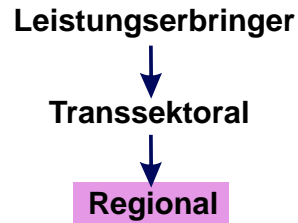
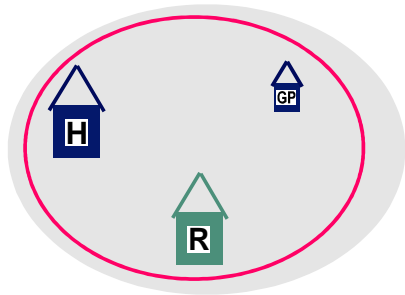
Nick Black professor of health services research

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

## Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Datenquellen: Klinische Falldefinitionen und *Patient Reported Outcomes Measures* statt "Routinedaten"
- ➔ Regionale *area*-Indikatoren statt sektorale Perspektive

# QS auf Populationsebene



### Beispiele:

- Readmissions
- Stat. Aufnahme wg. Exsikkose
- Entlassung ohne Klärung amb. Pflege
- Stat. Behandlung ohne Klärung Reha

# Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Datenquellen: Klinische Falldefinitionen und *Patient Reported Outcomes Measures* statt "Routinedaten"
- ➔ Regionale *area*-Indikatoren statt sektorale Perspektive
- ➔ Prozessindikatoren adäquat für chronische Erkrankungen und Koordination
- ➔ Ergebnisindikatoren sekundär wg. Risikoselektion, Tendenz zur Akutmedizin und Mengenanreiz

# Abgrenzung Ergebnis-/Prozessindikatoren

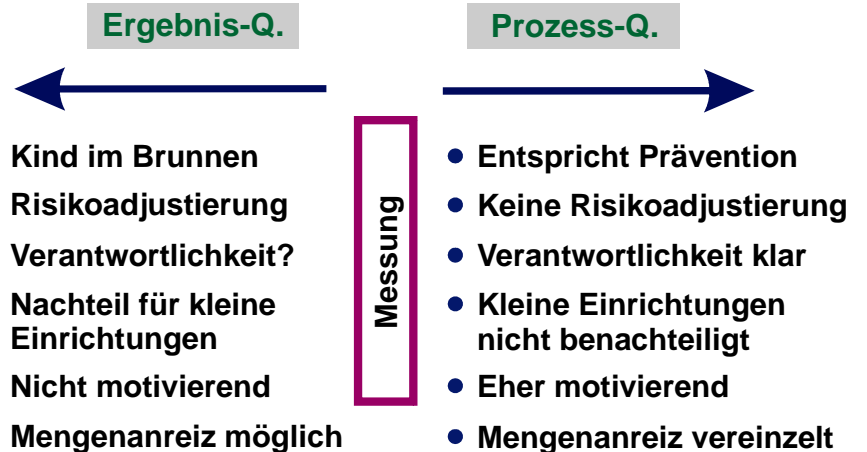
### ➔ Ergebnis-Ind.

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

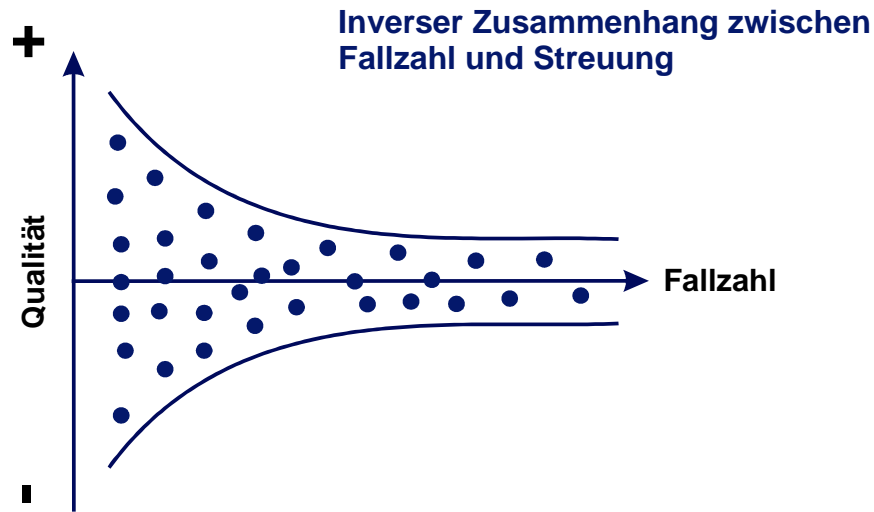
### ➔ Grenzbereich

### ➔ Prozess-Ind.

# Ergebnis- vs. Prozessqualität



## Fallzahl-Prävalenz-Problem



Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Datenquellen: Klinische Falldefinitionen und *Patient Reported Outcomes Measures* statt "Routinedaten"
- ➔ Regionale *area*-Indikatoren statt sektorale Perspektive
- ➔ Prozessindikatoren adäquat für chronische Erkrankungen und Koordination
- ➔ Ergebnisindikatoren sekundär wg. Risikoselektion, Tendenz zur Akutmedizin und Mengenanreiz
- ➔ Prozessindikatoren: Informationsasymmetrie beachten

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualität 2030

- ➔ Zielorientierung
- ➔ Kontext
- ➔ Umsetzung
- ➔ Schlussbemerkung

2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

## P4P: Konsequenzen

- ➔ Kombination von Rankinglisten mit relativer Verbesserung und mehrfachen absoluten Grenzwerten
- ➔ Zeitnaher Feedback (wg. Diskontierung, Risiko-Aversion)
- ➔ Prozessindikatoren vor Ergebnis-Indikatoren
- ➔ Kleine, häufigere Zahlungen, relativ hoch, getrennt von anderen Vergütungen
- ➔ Unverbrauchte Indikatoren, die gewechselt werden
- ➔ P4P nicht gleichzeitig mit anderen Regelungen einführen
- ➔ Informationsasymmetrie aufrechterhalten
- ➔ Framing beachten

Prof. Dr. M. Schrappe

# Qualitäts-orientierte Planung

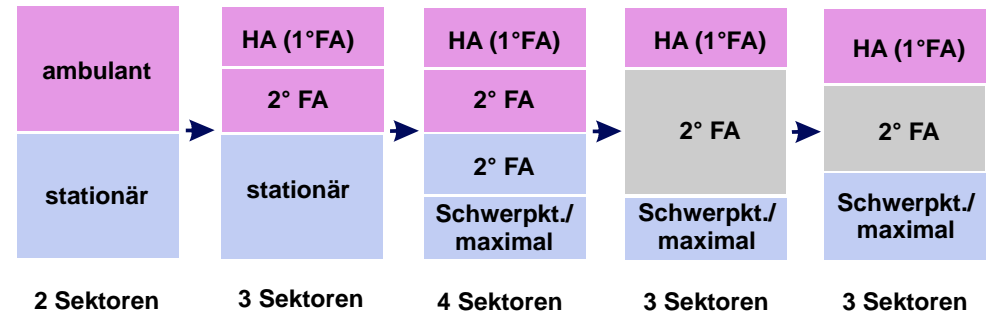
## ➔ Q-orientierte Krankenhausplanung

- START: Indikatoren zu Zugang und Zentralisierung
- 2. LINIE: Area-Indikatoren
- stratifiziert nach: Erkrankungsgruppe  
Demographische Situation

## ➔ Q-orientierte Versorgungsplanung

## Perspektive:

# Deutsches Gesundheitswesen



# Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Download pdf-Version unter  
[www.matthias.schrappe.com](http://www.matthias.schrappe.com)