

# Pay for Performance - Möglichkeiten und Grenzen

Krankenhauszweckverband Rheinland  
Jahrestagung 2014

Schloss Krickenbeck, Nettetal, 06.11.2014

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.matthias.schrappe.com

pdf-Version unter  
matthias.schrappe.com

## Gliederung

- ➔ Aktualität des Themas
- ➔ Begriffsbestimmung
- ➔ Effekte und unerwünschte Effekte
- ➔ Zielbestimmung
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Umsetzung

SACHVERSTÄNDIGENRAT  
für die Konzentrierte Aktion  
im Gesundheitswesen

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.

Kurzfassung

1997

## P4P im Koalitionsvertrag

Koalitionsvertrag 27.11.2013, S. 78: "In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG). (...) Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleistungsabschläge wollen wir dabei differenzieren: Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden."

# Qualität und Gesundheitspolitik in D

## → BMG/Länder

### ↳ Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

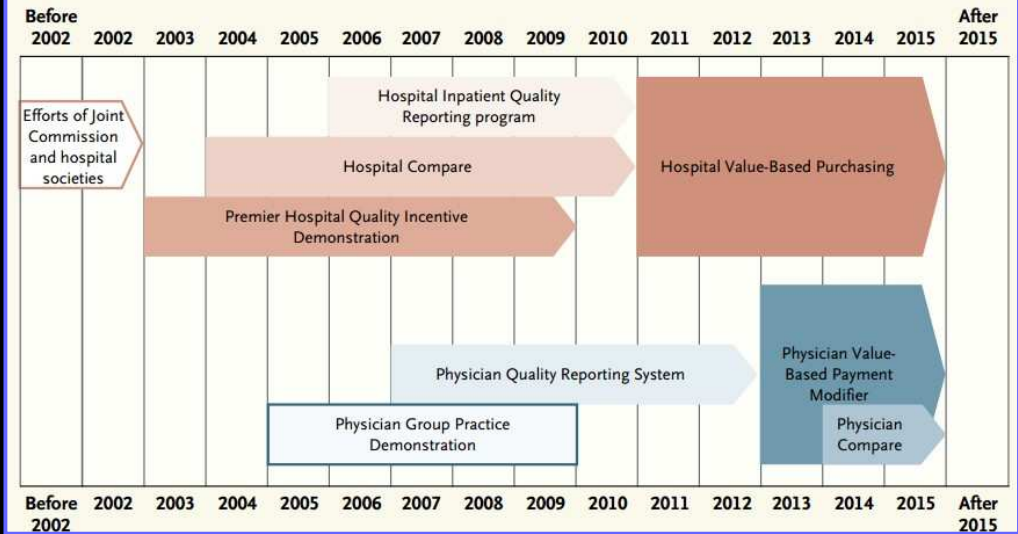
↳ Institut für **Qualität** und **Wirtschaftlichkeit** im Gesundheitswesen (IQWiG)

↳ Institut für **Qualitätssicherung** und **Transparenz** im Gesundheitswesen (IQTiG)

↳ Innovationsfond und Innovationsausschuss mit Geschäftsstelle

Prof. Dr. M. Schrappe

## Medicare's Quality Incentive Program



Chien &amp; Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076

Prof. Dr. M. Schrappe

### Klinische QOF-Indikatoren 2013/2014

- Vorhofflimmern (4 Indikatoren)
- Sek. Prävention der KHK (6)
- Chronische Herzinsuffizienz (6)
- Bluthochdruck (5)
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (4)
- Schlaganfall/transit.-ischäm. Attacke (7)
- Diabetes mellitus (16)
- Schilddrüsenunterfunktion (2)
- Asthma (4)
- Chronisch-obstr. Lungenerkrankung (6)
- Demenz (3)
- Depression (2)
- Psychische Erkrankungen (10)
- Krebs (2)
- Chronische Niereninsuffizienz (4)
- Epilepsie (3)
- Lernstörungen (2)
- Osteoporose: sek. Fraktur-Prävention (3)
- Rheumatoide Arthritis (4)
- Palliativversorgung (2)

## Gliederung

- Aktualität des Themas
- Begriffsbestimmung
- Effekte und unerwünschte Effekte
- Zielbestimmung
- Rahmenkonzept
- Umsetzung

## Qualitätswettbewerb

- ➔ **Public Disclosure/Reporting**
  - Transparenz I: Veröffentlichung mit Nennung Institution (evtl. mit Arzt)
- ➔ **Pay for Reporting**
  - Transparenz II: Zusätzlich Vergütung der Dokumentation
- ➔ **Pay for Performance**
  - Qualitäts-bezogene Vergütung
- ➔ **Non-Payment for Non-Performance (Never-Events)**
  - Sonderfall von P4P
- ➔ **Value-Based Purchasing**
  - Effizienz-bezogene Vergütung (Qualität zu Kosten)

## Pay for Performance (P4P)

### Definition:

*Pay for Performance (P4P)* im Gesundheitswesen basiert auf einer

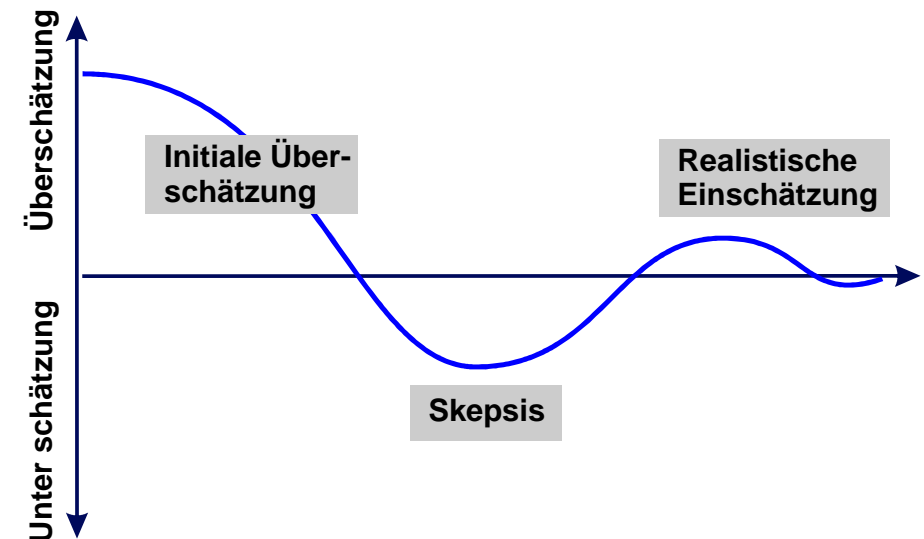
- Qualitätsmessung durch definierte Indikatoren und
- koppelt die Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

P4P kann sich auch auf die Qualität im Verhältnis zu den Kosten (Effizienz, *value*) beziehen.

## Gliederung

- ➔ Aktualität des Themas
- ➔ Begriffsbestimmung
- ➔ Effekte und unerwünschte Effekte
- ➔ Zielbestimmung
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Umsetzung

## Gesundheitswesen: Innovationen



## Langfristige Evaluationsergebnisse

- ➔ Positive Wirkungen gering ausgeprägt
- ➔ Insbesondere *Poor Performer* reagieren nicht
- ➔ Effekt unterschiedlich bzgl. Erkrankungen
- ➔ Effekte nicht anhaltend
- ➔ Keine Übertragung der Effekte auf andere Leistungsbereiche
- ➔ Keine Synergie mit *Public Reporting*

## P4P (HQIP, QOF): Gründe für geringen Langfrist-Erfolg

- ➔ Indikatoren bekannt
- ➔ Ceiling
- ➔ Falsche Kopplung (poor performers)
- ➔ Dual Use
- ➔ Zu niedrige Vergütung
- ➔ Risiko-Aversion unterschätzt
- ➔ Auswirkung des dominierenden Vergütungssystems

### Unerwünschte Nebeneffekte von P4P

- Zugang zur Versorgung einschließlich Kontinuität und Risikoselektion
- Professionelle Faktoren
- Institutionelle Ebene
- Datenqualität
- Qualität der Versorgung im gleichen Sektor
- Qualität der Versorgung auf Systemebene
- Kosteneffektivität der Versorgung

## 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*



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

as. may be moving the needle in the  
be right direction.

iv- Like it or not, hospital pay for  
ke- performance is here to stay. Other  
ed payment-system changes (such as  
on- bundled payments and account-

Perspective  
APRIL 26, 2012

### Making the Best of Hospital Pay for Performance

Andrew Ryan, Ph.D., and Jan Blustein, M.D., Ph.D.

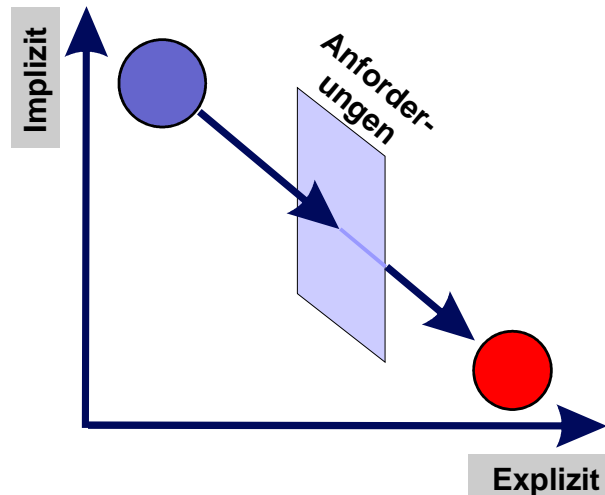
Ryan & Blustein NEJM 366, 2012, 1557

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Aktualität des Themas
- ➔ Begriffsbestimmung
- ➔ Effekte und unerwünschte Effekte
- ➔ Zielbestimmung
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Umsetzung

## Definition Qualität: Anforderungen



Prof. Dr. M. Schrappe

## Das deutsche Gesundheitswesen

### - Charakteristika -

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

Prof. Dr. M. Schrappe

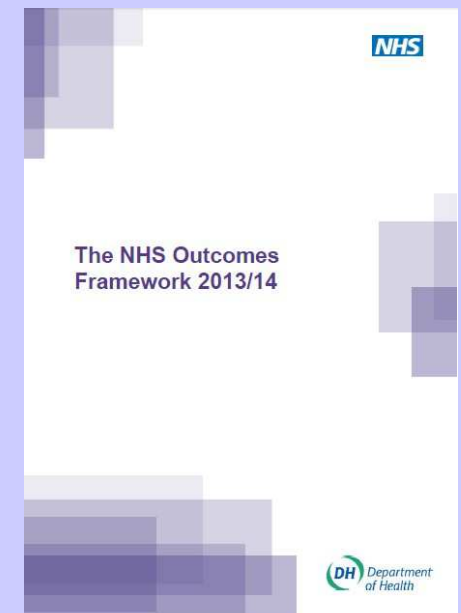
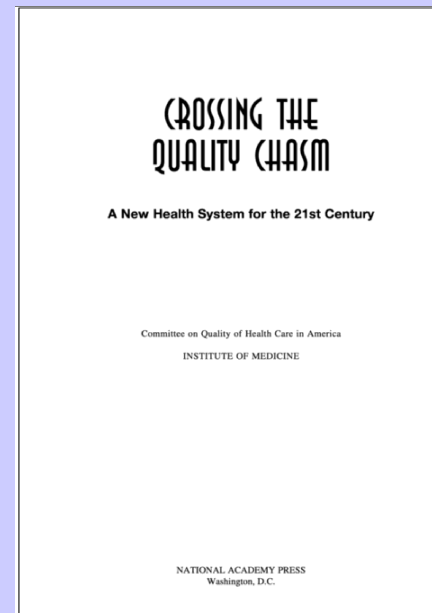
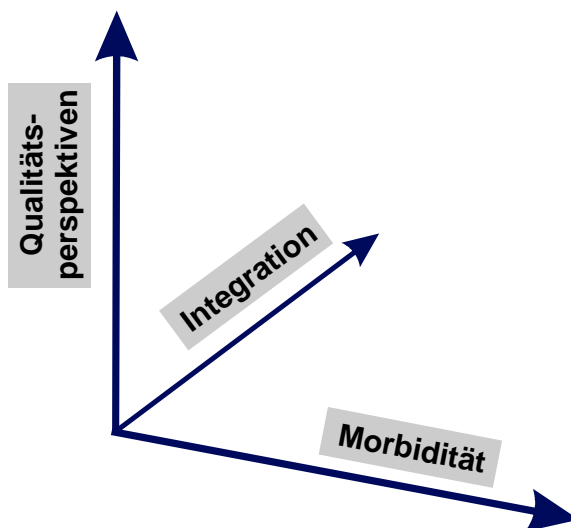
## Aktuelle Qualitätssicherung

- ➔ Akutmedizinisch - prozedural - operativ
- ➔ Therapie-orientiert
- ➔ Fördert sektorale Optimierung
- ➔ Anbieter-orientiert
- ➔ Missachtet ökonomische Implikationen
- ➔ Zielorientierung nicht klar

## Das deutsche Gesundheitswesen

### - Herausforderungen -

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



Quality as a system property (Institute of Medicine 2001, S. 4f)

“The committee is confident that Americans can have a health care system of the quality they need, want, and deserve. But we are also confident that **this higher level of quality cannot be achieved by further stressing current Systems of care. The current care Systems cannot do the job. Trying harder will not work. Changing Systems of care will.** (...) Members of the health care workforce are already trying hard to do their jobs well. In fact, the courage, hard work, and commitment of doctors, nurses, and others in health care are today the only real means we have of stemming the flood of errors that are latent in our health care systems. **Health care has safety and quality problems because it relies on outmoded systems of work. Poor designs set the workforce up to fall, regardless of how hard they try. If we want safer, higher-quality care, we will need to have redesigned systems of care,** including the use of information technology to support clinical and administrative processes.”

## Gliederung

- ➔ Aktualität des Themas
- ➔ Begriffsbestimmung
- ➔ Effekte und unerwünschte Effekte
- ➔ Zielbestimmung
- ➔ **Rahmenkonzept**
- ➔ Umsetzung

00qm1qmstratrahmenkonz.cdr

## Rahmenkonzept

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

Prof. Dr. M. Schrappe

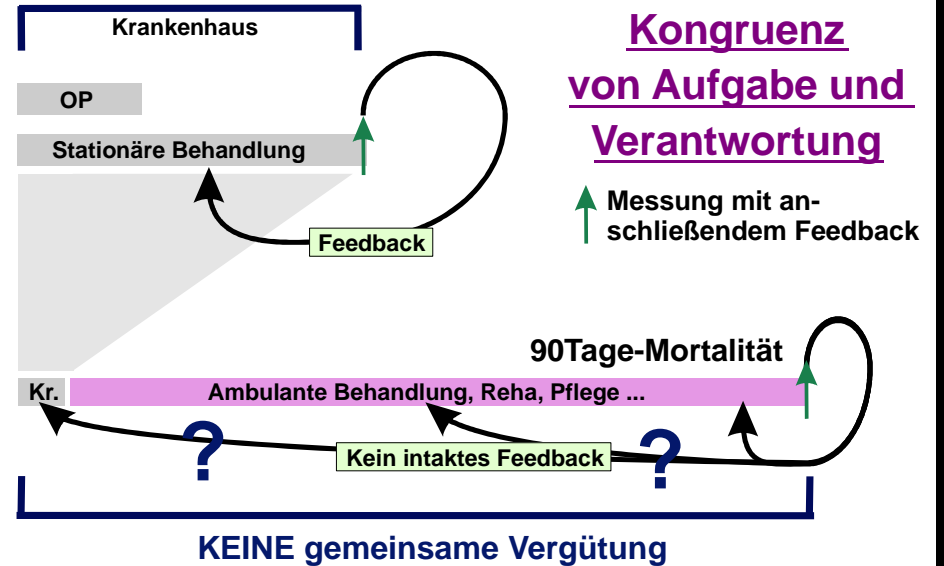
### Gemeinsamkeiten von Expertenorganisation und komplexen Systemen

- Verdeckte interne Regeln
- Teile/Experten verfügen über große Autonomie
- Neigung zur Selbstorganisation
- Innovationsparadox: hochinnovativ, Innovation aber nicht vorhersehbar
- Unsicherheit wird akzeptiert (“intrinsische Unsicherheit”)

## Rahmenkonzept

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

### Vergütung: 1 Sektor

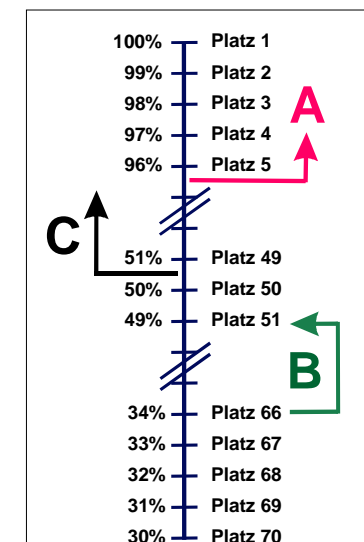


## Rahmenkonzept

- ➔ 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.





## Value-Based Purchasing: Simulation

- Verpflichtend für alle 3000 Acute Care Hospitals (Medicare)
- Gesamtvolumen 850 Mill. \$ im 1. Jahr (Start Okt. 2013)

Change in payment					
<b>A</b>	Less than -0.50%	-0.50% to -0.26%	-0.25% to 0.24%	0.25% to 0.49%	0.50% or more
	90 (3.0)	409 (13.6)	1,961 (65.0)	487 (16.1)	71 (2.4)
<b>B</b>	-0.60 (0.08)	-0.35 (0.07)	0.00 (0.14)	0.34 (0.07)	0.60 (0.07)
<b>C</b>	-125,000 (128,331)	-88,739 (102,407)	2,071 (61,380)	81,213 (84,358)	55,381 (64,378)

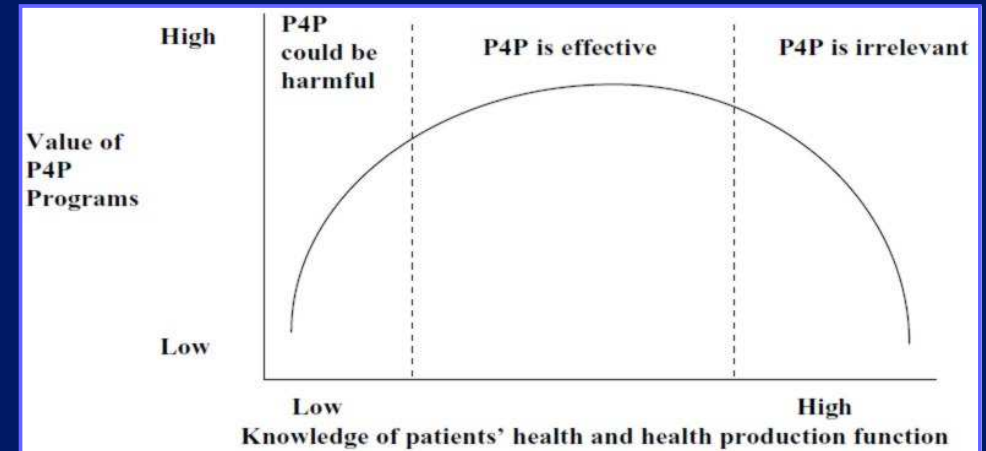
- A** Number (%) of hospitals
- B** Change in Medicare payment, mean % (SD)
- C** Change in Medicare payment, mean \$ (SD)

Werner et al. Health Aff. 31, 2012, 1932

Prof. Dr. M. Schrappe

## P4P: Bedeutung der Information

These: wenn alle Information für optimale Behandlung vorhanden, dann ist Einzelleistungsvergütung und nicht P4P sinnvoll



Nicholson et al. Milbank Quart. 86, 2008, 435

Prof. Dr. M. Schrappe

## Unterlassen präventiver Maßnahmen

	Wirksamkeit	Negative Folgen
Akut therapeutische Maßnahmen	<b>SOFORT</b>	spät od. sofort
Präventive Maßnahmen	<b>SPÄT</b>	<b>SOFORT</b>

Cook, D.J. et al. Lancet 363, 2004, 1224

Prof. Dr. M. Schrappe

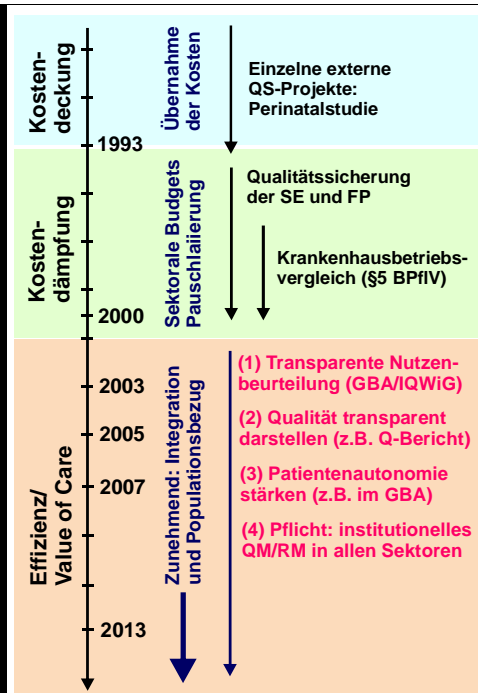
## P4P: Konsequenzen

- ➔ 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

## 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		+	+	+

## P4P und Vergütungssystem

- ➔ Qualität statt Menge? P4P kann bei ELV und DRG den Mengenanreiz nicht ausgleichen
- ➔ P4P kann sogar den Mengenanreiz verstärken (falls Mengenausweitung möglich, Indikatoren mit geringer Sensitivität, große Verhandlungsmacht, aktive Risikoselektion)
- ➔ Daher: Koordination der Behandlung, chronische Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen
- ➔ Bei höhergradig integrierten Vergütungssystemen P4P sinnvoll einzusetzen
- ➔ Anreiz zur Risikoselektion spiegelbildlich zum Mengenanreiz - mit P4P gegensteuern
- ➔ Prävention anreizen

## Rahmenkonzept

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

## Verantwortung der politischen Ebene

- *Direction pointing*
- Strategische Ziele setzen
- Negative Auswirkungen kontrollieren
- Rahmenbedingungen schaffen

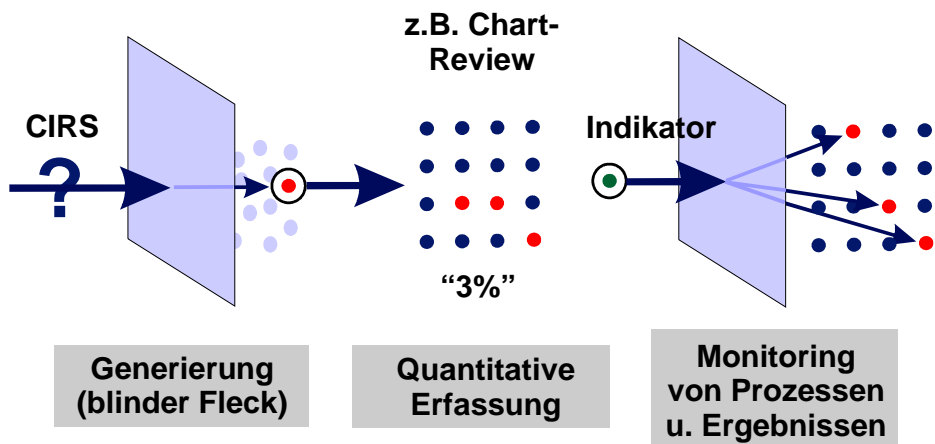
## Gliederung

- ➔ Aktualität des Themas
- ➔ Begriffsbestimmung
- ➔ Effekte und unerwünschte Effekte
- ➔ Zielbestimmung
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Umsetzung

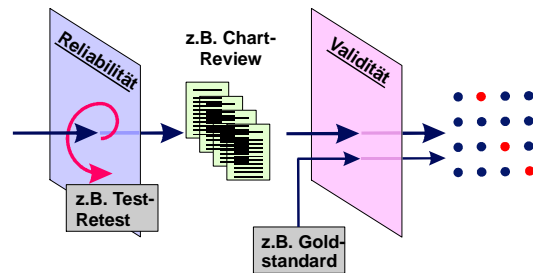
## Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung

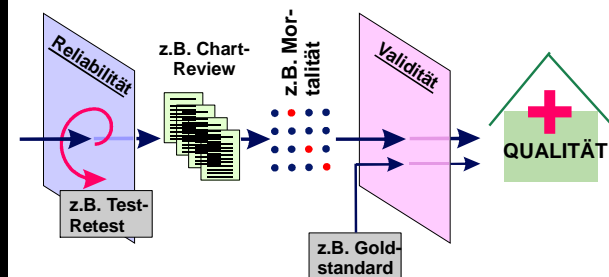
# Drei Ziele der Datenerfassung



# Quantitative Erhebung

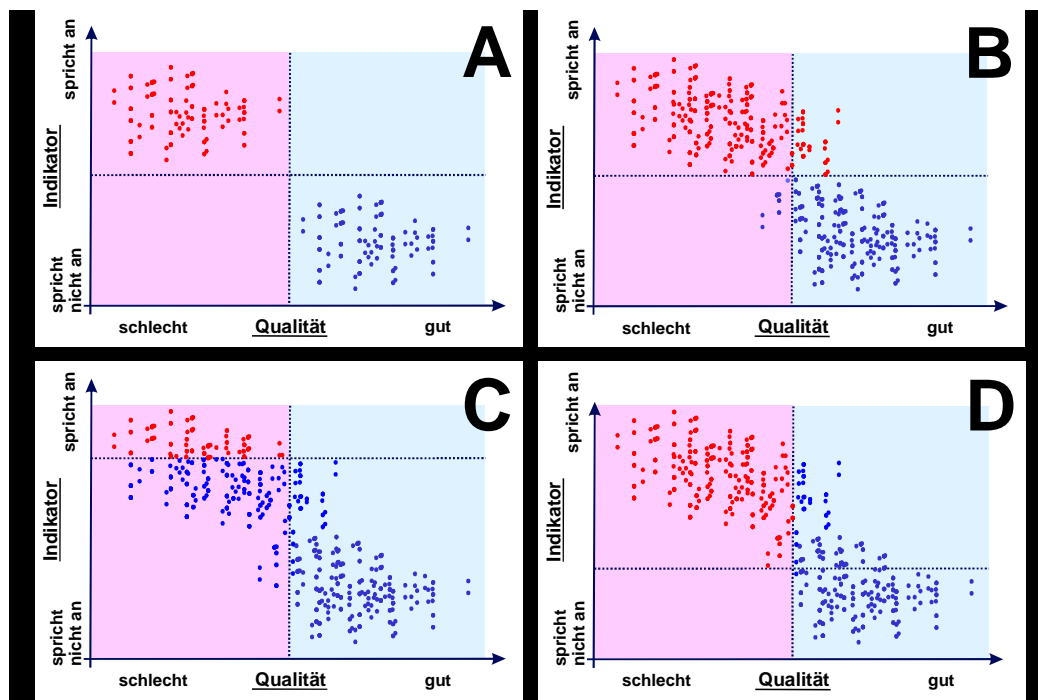


# Indikator



# Qualitätsmessung

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

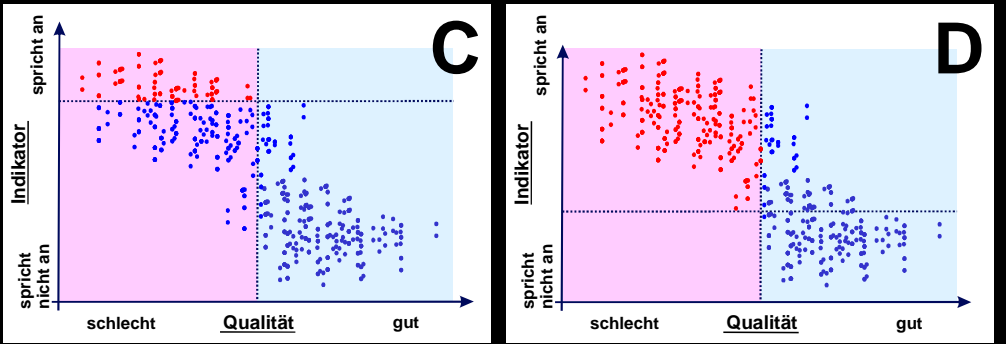


# Qualitätsmessung

- Indikatoren statt quantitative Erfassung
- Indikatoren: hohe Sensitivität
- Datenquellen: Vorsicht mit Abrechnungsdaten

Anbieter-  
Bezug

Patienten-  
Bezug



# Datenquellen

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

# AE: Epidemiology and Measurement

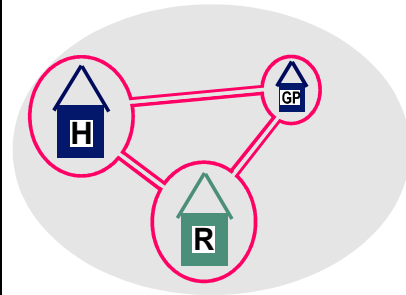
795 rx pts admitted 10/2004 (LOS>24h) in 3 tertiary hospitals  
 - 33,2% (29-36) of pts. had AE (91/1000 pts.-days)  
 - IHI\* 'Global Trigger Tool' more sensitive (354/393 AE) than AHRQ-PSI (35) and anonymous reporting (only 4 AE detected)

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

## Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Datenquellen: Vorsicht mit Abrechnungsdaten
- ➔ Regionale *area*-Indikatoren statt sektorale Perspektive

## Die transsektoralen Tunnel

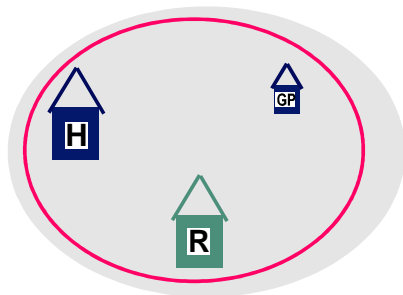


Leistungserbringer

↓  
Transsektoral

↓  
Regional

## QS auf Populationsebene



Leistungserbringer

↓  
Transsektoral

↓  
Regional

### Beispiele:

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

## Integrierte Versorgung

Integrations- tiefe \ breite	Anzahl Indikationen			
	eine	zwei	mehrere	alle
Prävention				
Amb. Versorgung			HZV §73b/ BAV §73c	
Stat. Versorgung		ASV §116b		
Rehabilitation	IV §140a	DMP §137 f,g		
Pflege				Managed Care
Alle Sektoren				

## Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Datenquellen: Vorsicht mit Abrechnungsdaten
- ➔ Regionale *area*-Indikatoren statt sektorale Perspektive
- ➔ Prozessindikatoren adäquat für chronische Erkrankungen und Koordination

## Abgrenzung Ergebnis-/Prozessindikatoren

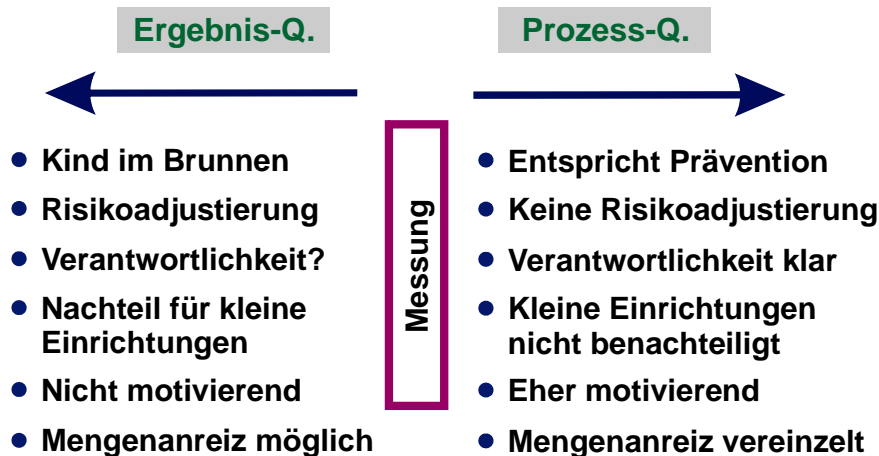
### ➔ Ergebnis-Ind.

### ➔ Grenzbereich

### ➔ Prozess-Ind.

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

## Ergebnis- vs. Prozessqualität



## Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Datenquellen: Vorsicht mit Abrechnungsdaten
- ➔ Regionale *area*-Indikatoren statt sektorale Perspektive
- ➔ Prozessindikatoren adäquat für chronische Erkrankungen und Koordination
- ➔ Ergebnisindikatoren sekundär wg. Risikoselektion, Tendenz zur Akutmedizin und Mengenanreiz

# “Fallzahl-Prävalenz-Problem”

AQUA-Qualitätsbericht 2014

- Viele Indikatoren haben “ungünstige statistische Eigenschaften”
  - ◆ Ergebnis-Indikatoren: zu selten
  - ◆ LL-gestützte Prozess-Indikatoren: zu häufig
- Die Diskriminationsfähigkeit dieser Indikatoren schlecht\*
  - ◆ 44% der Indikatoren der Krhs. nicht diskriminationsfähig
  - ◆ 87% der Indikatoren: nicht diskriminationsfähig in mehr als 50% der Krhs.
  - ◆ Nur 7% der Indikatoren besitzen ausreichende Diskriminationsfähigkeit in mehr als 75% der Krankenhäuser

König, Barnewold, Heller 2014

Prof. Dr. M. Schrappe


\*Zahlen AQUA-Bericht 2011

# Qualitätsmessung

- Indikatoren statt quantitative Erfassung
- Indikatoren: hohe Sensitivität
- Datenquellen: Vorsicht mit Abrechnungsdaten
- 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

# P4P: Ergebnis- und Prozessindikatoren

Indikatoren:	Informationsasymmetrie	Risiko-selektion	Wertung
➤ Ergebnis	+	+ 	R.-Sel. ist Problem
➤ Prozess (a)	-	+	Einzelleistung
➤ Prozess (b)	+	-	Optimal
➤ Struktur	-	-	Investitionsbeihilfe

Prof. Dr. M. Schrappe

# Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
 Venloer Str. 30  
 D-50672 Köln  
 +49 163 5818 797  
 matthias@schrappe.com

pdf des Vortrages unter  
[matthias.schrappe.com](http://matthias.schrappe.com)

Weitere Informationen zum Thema:  
[matthias.schrappe.com/texte/p4p](http://matthias.schrappe.com/texte/p4p)

Prof. Dr. M. Schrappe