

Perspektiven für eine wirksame und faire Qualitätssicherung

12. Ergebniskonferenz NRW
Qualität wirksam und fair

Münster, 01.10.2014

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

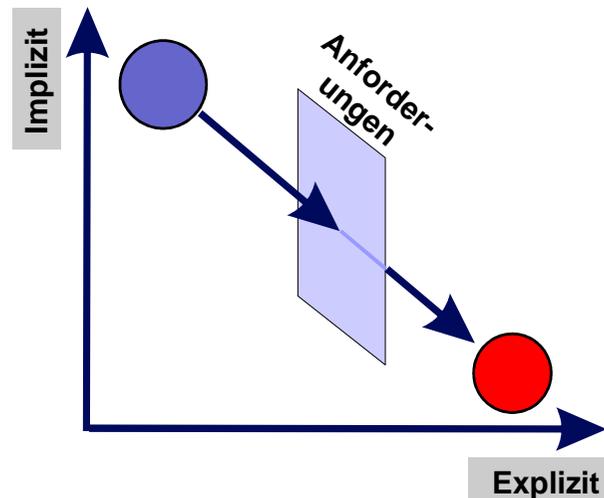
pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Instrumente der Qualitätsverbesserung auf System-Ebene

- ➔ Detailregelungen
- ➔ Institutionelle Interventionen
- ➔ Qualitäts-orientierte Planung
- ➔ Transparenz/Public Reporting
- ➔ Qualitäts-orientierte Vergütung

Prof. Dr. M. Schrappe

Definition Qualität: Anforderungen



Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Zielorientierung
- ➔ Dimension der Morbidität
- ➔ Struktur-Dimension
- ➔ Qualität: 6 Perspektiven
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitswesen

- Charakteristika -

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

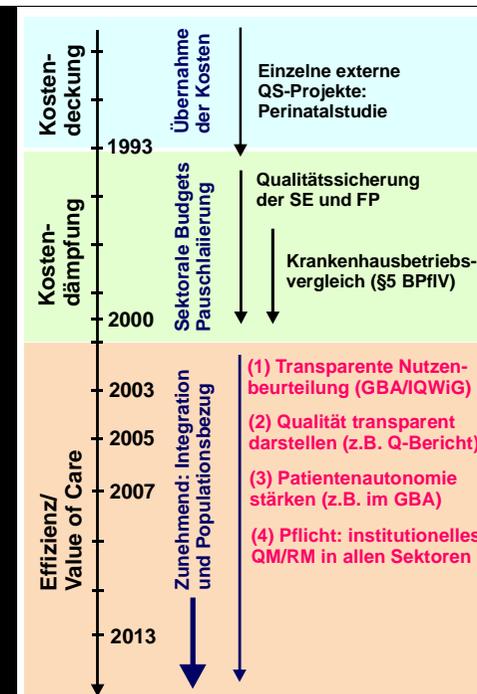
Das deutsche Gesundheitswesen

- Herausforderungen -

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

Gliederung

- ➔ Zielorientierung
- ➔ Dimension der Morbidität
- ➔ Struktur-Dimension
- ➔ Qualität: 6 Perspektiven
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Zusammenfassung



Klinische QOF-Indikatoren 2013/2014

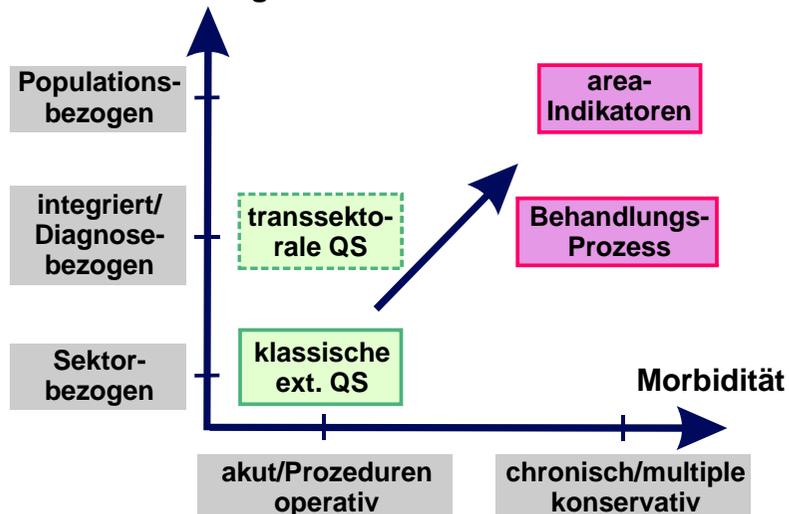
- Vorhofflimmern (4 Indikatoren)
- Sek. Prävention der KHK (6)
- Chronische Herzinsuffizienz (6)
- Bluthochdruck (5)
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (4)
- Schlaganfall/transit.-ischäm. Attacke (7)
- Diabetes mellitus (16)
- Schilddrüsenunterfunktion (2)
- Asthma (4)
- Chronisch-obstr. Lungenerkrankung (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
- ➔ Dimension der Morbidität
- ➔ **Struktur-Dimension**
- ➔ Qualität: 6 Perspektiven
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Zusammenfassung

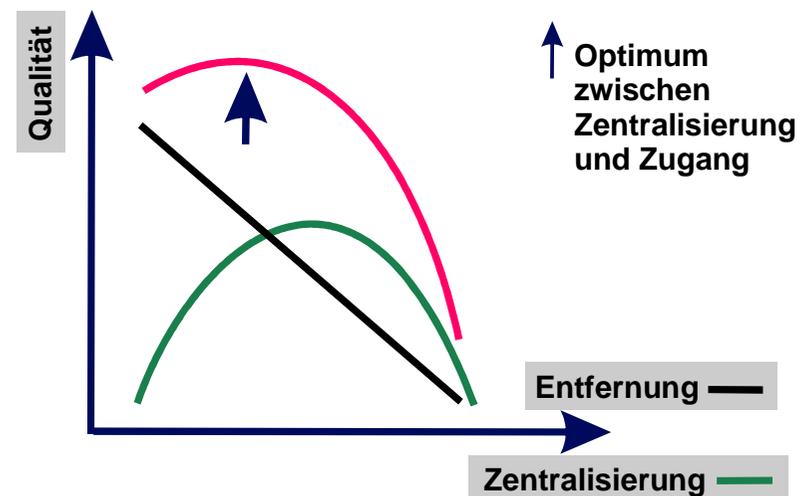
Ext. Qualitätssicherung: Zukunft

Struktur/Integration



Prof. Dr. M. Schrappe

Zentralisierung und Zugang



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

Gliederung

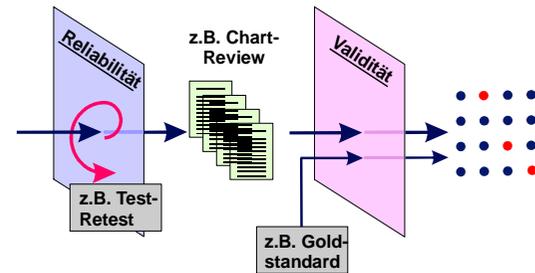
- ➔ Aktualität des Themas
- ➔ Dimension der Morbidität
- ➔ Struktur-Dimension
- ➔ Qualität: 6 Perspektiven
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Zusammenfassung

Qualität: 6 Perspektiven

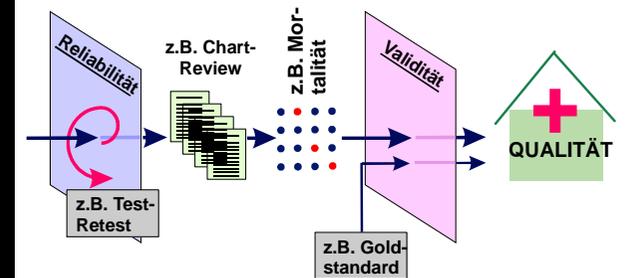
- ➔ Gesellschaft: Population
- ➔ Nutzen: Allokation, Effizienz
- ➔ Patienten: Selbstbestimmung
- ➔ Professionen: Autonomie, Garantenstellung
- ➔ Institutionen: Organisation
- ➔ Wissenschaft: Deskription und Hypothesenbildung

- (a) Prävention
- (b) Sensitivität
- (c) Koordination/
Information

Quantitative Erhebung



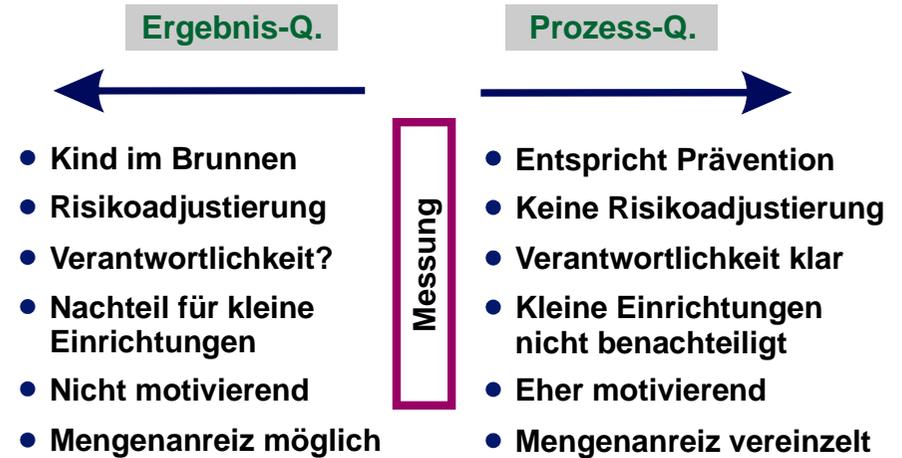
Indikator



Quantitative Erfassung

- ➔ Administrative Daten
- ➔ Klinische Daten
- ➔ Epidemiologische Falldefinitionen

Ergebnis- vs. Prozessqualität



Die Metapher mit den Radmuttern

Für welche Werkstatt entscheiden Sie sich:

("informierte Wahlentscheidung")



Nach dem Reifenwechsel sind die Radmuttern nicht angezogen in

- 3% aller Fälle
- 5% aller Fälle
- 8% aller Fälle



Gliederung

- ➔ Aktualität des Themas
- ➔ Dimension der Morbidität
- ➔ Struktur-Dimension
- ➔ Qualität: 6 Perspektiven
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Zusammenfassung

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.

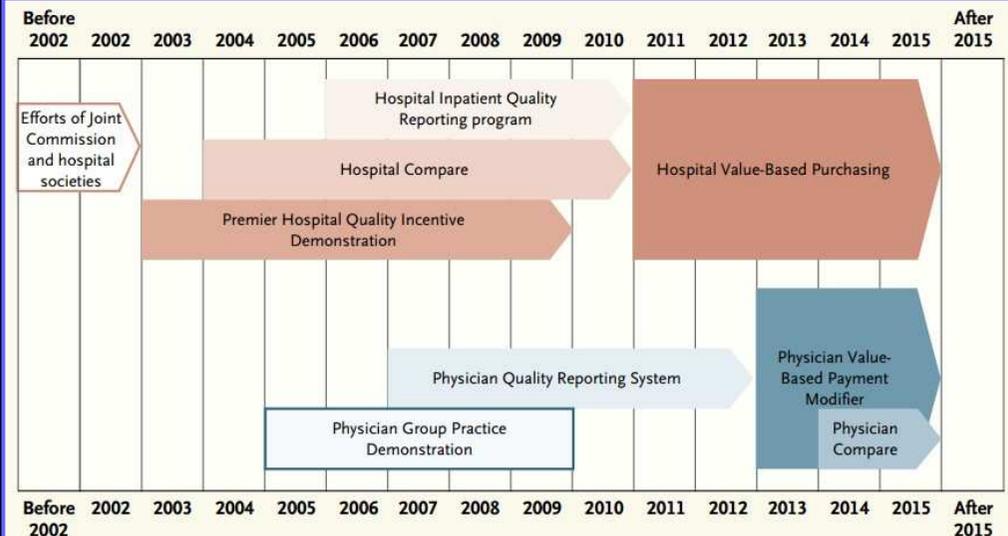
The NHS Outcomes Framework 2013/14

NHS

DH Department of Health

Medicare's Quality Incentive Program

00qmleitlin@vehler.cdr



Chien & Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076

Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren des *Hospital Value-Based Purchasing* Programms der CMS

(n. Ryan und Blustein 2012C)

(1) Clinical process

- **Acute myocardial infarction:** fibrinolytic therapy received within 30 minutes of hospital arrival; primary percutaneous coronary intervention received within 90 minutes of hospital arrival
- **Heart failure:** discharge instructions
- **Pneumonia:** blood cultures performed in the emergency department before initial antibiotic received in hospital; initial antibiotic selection for community-acquired pneumonia in immunocompetent patients
- **Infections associated with health care:** prophylactic antibiotic received within 1 h before surgical incision; prophylactic antibiotic selection for surgical patients; prophylactic antibiotics discontinued within 24 h; cardiac surgery patients with controlled 6 a.m. postoperative serum glucose levels
- **Surgery:** surgery patients taking a beta-blocker before arrival who received a beta-blocker during the perioperative period; recommended venous thromboembolism prophylaxis ordered; appropriate venous thromboembolism prophylaxis received no more than 24 hours before surgery and up to 24 hours after surgery

(2) Patient experience

- Communication with nurses
- Communication with physicians
- Responsiveness of hospital staff
- Pain management; communication about medicines
- Hospital cleanliness and quietness
- Discharge instructions
- Overall rating of hospital

(3) Patient mortality

- Mortality at 30 days, acute myocardial infarction
- Mortality at 30 days, heart failure
- Mortality at 30 days, pneumonia

(4) Hospital-acquired conditions

- Foreign object retained after surgery
- Air embolism
- Blood incompatibility
- Pressure ulcer stages 3 and 4
- Falls and trauma
- Infections associated with vascular catheters
- Urinary tract infections associated with catheters
- Manifestations of poor glycemic control

(5) Patient safety

- Composite measure of complication and patient- safety indicators (pressure ulcer, iatrogenic pneumothorax, bloodstream infections related to central venous catheters, postoperative hip fracture, postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis, postoperative wound dehiscence, and accidental puncture or laceration)
- Mortality for selected medical conditions (composite)

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.

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

Rahmenkonzept

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

Gliederung

- ➔ Aktualität des Themas
- ➔ Dimension der Morbidität
- ➔ Struktur-Dimension
- ➔ Qualität: 6 Perspektiven
- ➔ Rahmenkonzept
- ➔ Zusammenfassung

Konsequenz

- ➔ Einsatz der hoch-komplexen Instrumente Q-orientierte Versorgungsplanung und P4P: Problemanalyse und Zieldefinition
- ➔ Das zukünftige Morbiditätsspektrum (chronische Mehrfacherkrankungen) und Prävention müssen abgebildet sein
- ➔ Die verwendeten Q-Indikatoren müssen Koordination und Integration fördern, eine Populationsperspektive einnehmen (area-Indikatoren) und den Mengenanreiz bremsen
- ➔ Regionale Versorgungsplanung: Zentralisierungsanreiz (Mindestmengen) auf Bundesebene, Zugang auf Landesebene
- ➔ Patientenbezug bedeutet: Präventionsperspektive, hohe Sensitivität, Integrationsbezug
- ➔ P4P: wird kommen, aber differenzierter Einsatz (kein dual use mit PR, neue Indikatoren, ökonomische Gesichtspunkte)
- ➔ Rahmenkonzept: Qualität bedarf der Einbettung in eine Weiterentwicklungsperspektive des Gesundheitssystems

Wenn ja ...

... dann müsste das

reaktive Qualitätsverständnis

in ein



aktives Qualitätsverständnis

weiterentwickelt werden.

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

Weitere Informationen zum Thema:
matthias.schrappe.com/texte/p4p