

Qualitätsorientierte Krankenhausplanung und -vergütung

Was ist wünschenswert und machbar?

6. Qualitätssicherungskonferenz

des Gemeinsamen Bundesausschusses

Berlin, 22.09.2014

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

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

00qm/qmplit/q_instr.cdr

Qualitätsverbesserung und Koordination

	Regulation	Markt	Institutionen	Informelle Netzwerke
Detailregelungen	X			
Institutionelle Interventionen	X		X	
Qualitäts-orientierte Planung	X		X	X
Transparenz/Public Reporting		X		
Qualitäts-orientierte Vergütung	X	X	X	

Prof. Dr. M. Schrappe

Das deutsche Gesundheitswesen

- Charakteristika -

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

Prof. Dr. M. Schrappe

gesoeko/allgvd_allg.cdr

Krankenhausplanung

- ➔ Kompetenz der Bundesländer
- ➔ Duale Finanzierung
- ➔ Übergang zur Fallzahl-Orientierung (Bedarf)
- ➔ Qualität: Notfallversorgung, Erreichbarkeit, Strukturqualität (Ausbildung), Leitlinien-Adhärenz
- ➔ Sektorale Finanzierung (pauschaliert mit Einzelleistungskomponenten)

Prof. Dr. M. Schrappe

gesoeko/krhs_planungallg.cdr

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

Kernfrage

Können eine

- Qualitäts-orientierte Planung

oder eine

- Qualitäts-orientierte Vergütung

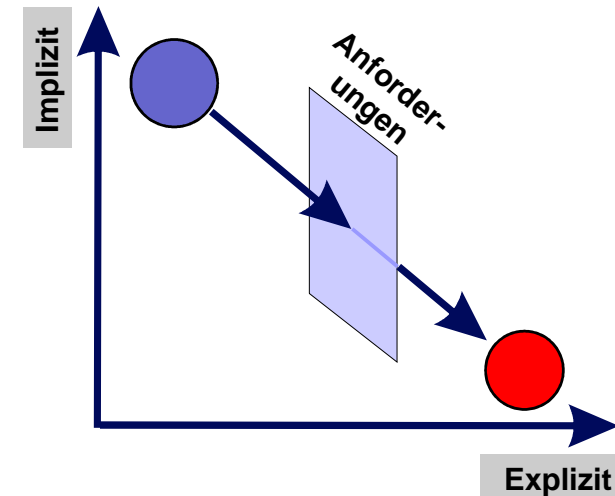
die Anreize der dominanten

Vergütungssystematik neutralisieren?

Gliederung

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

Definition Qualität: Anforderungen



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

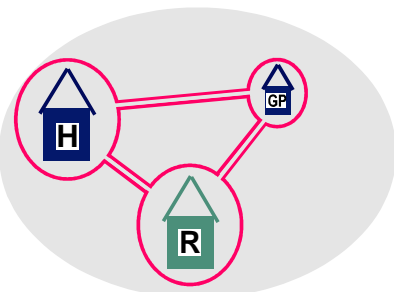
Klinische QOF-Indikatoren 2013/2014

- 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

Die transsektoralen Tunnel



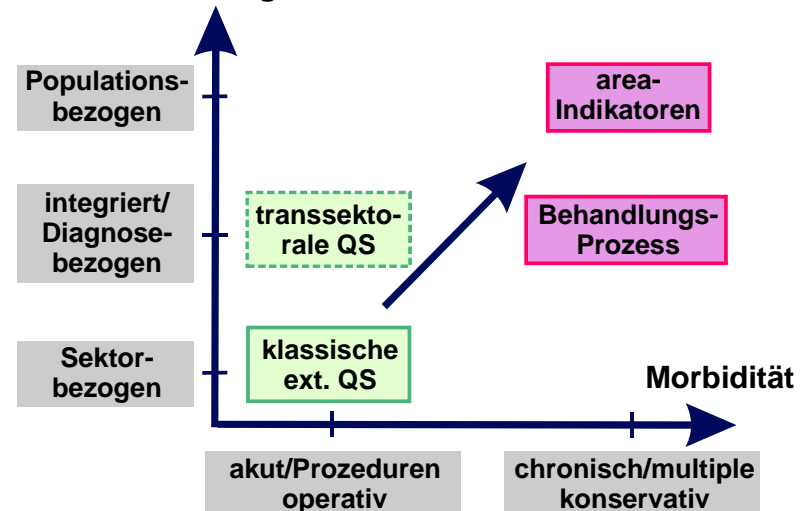
Leistungserbringer

Transsektoral

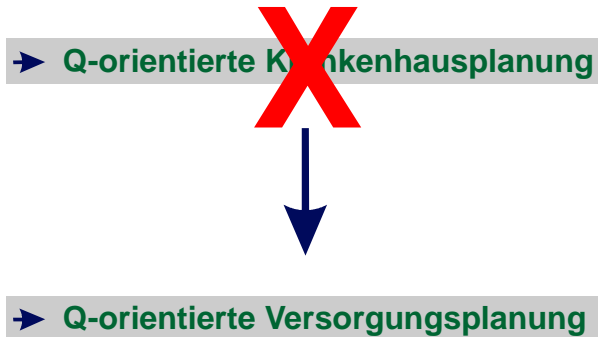
Regional

Ext. Qualitätssicherung: Zukunft

Struktur/Integration

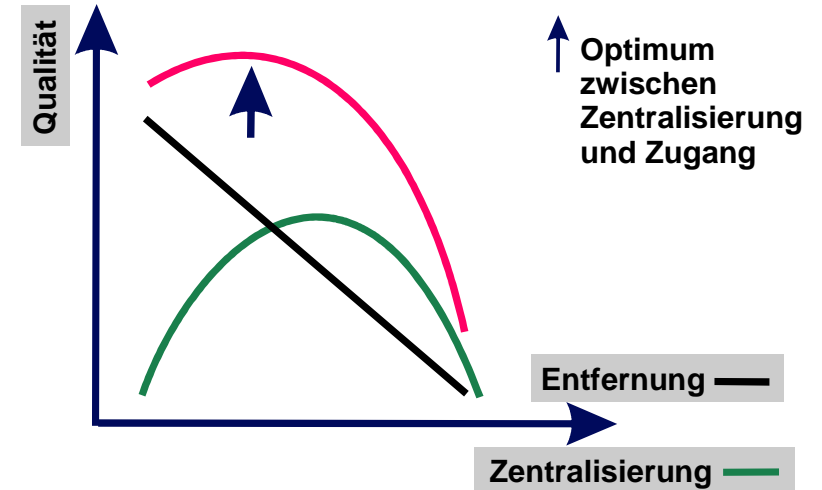


Qualitäts-orientierte Planung



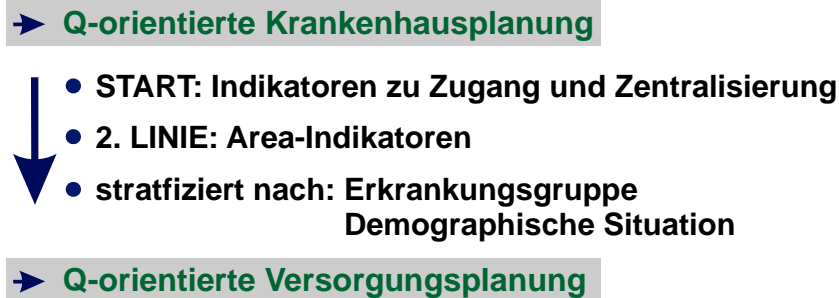
Prof. Dr. M. Schrappe

Zentralisierung und Zugang



Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitäts-orientierte Planung



Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren auf der Basis von Patientenerfahrungen (*Patient-Reported Outcomes Measures*)

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

VBP-Programm USA, Ryan et al 2012

Gliederung

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

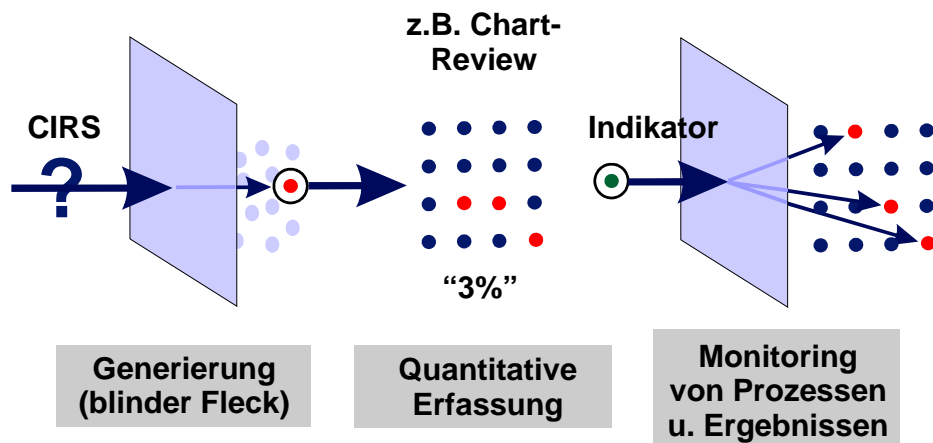
Qualität: 6 Perspektiven

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

Schrappe et al. 2014

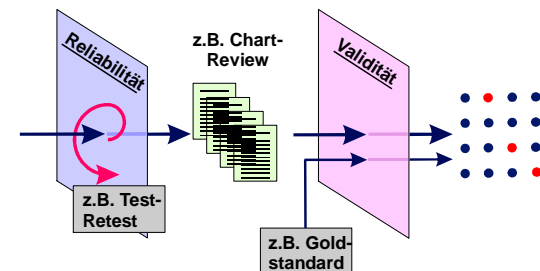
Prof. Dr. M. Schrappe

Drei Ziele der Datenerfassung

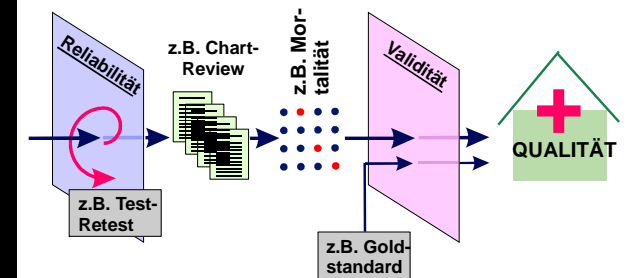


Prof. Dr. M. Schrappe

Quantitative Erhebung



Indikator



Qualität: 6 Perspektiven

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

(a) Prävention

Quantitative Erfassung vs. Indikator

- Konsequenzen -

➔ Quantitative Erfassung (Falldefinition):

- Retrospektive Ursachen-Analyse
- Maßnahmen um Wiederholungen zu verhindern

➔ Indikator

- Prävention verstärken
- Prospektive Analyse der Prozesse

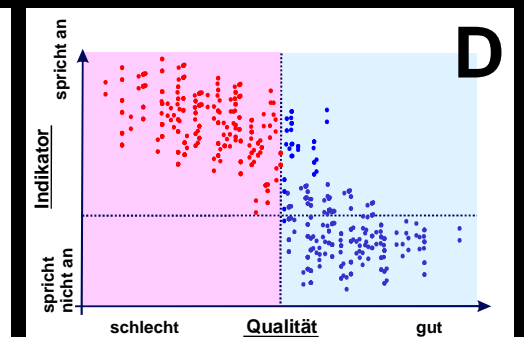
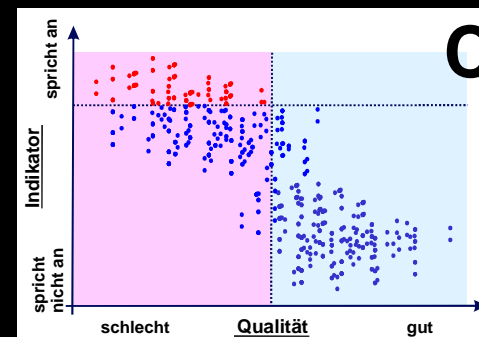
Qualität: 6 Perspektiven

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

(a) Prävention
(b) Sensitivität

Anbieter-
Bezug

Patienten-
Bezug



Quantitative Erfassung

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

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

Abgrenzung Ergebnis-/Prozessindikatoren

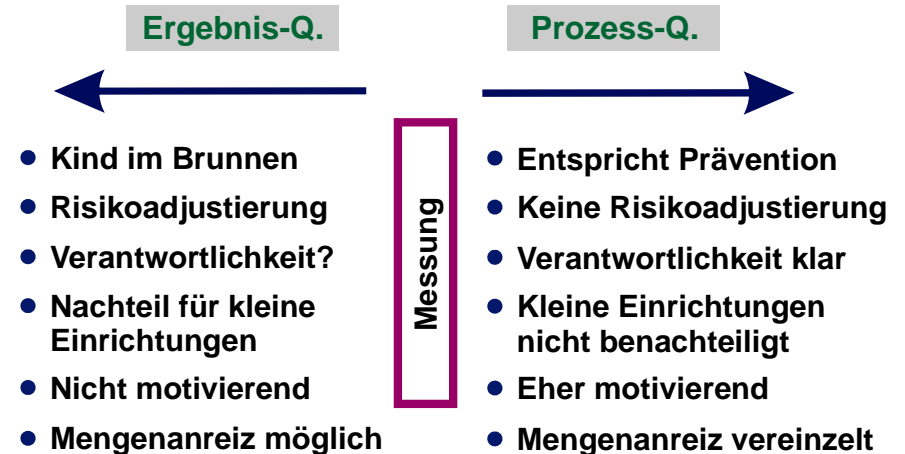
➔ Ergebnis-Ind.

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

➔ Grenzbereich

➔ Prozess-Ind.

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



Prof. Dr. M. Schrappe

P4P und Mengenanreiz: Ergebnisindikatoren

- Leistungen mit Möglichkeit zur Mengenausweitung
- Indikatoren mit geringer Sensitivität (z.B. Routinedaten)
- aktive Risikoselektion und Attraktion leichter Fälle
- *upcoding* der zur Risikoselektion verwendeten Parameter (s. Komorbidität) mit Pseudoverbesserung
- Begründung einer Mengenausweitung mit erreichter "Qualitätsverbesserung"

Prof. Dr. M. Schrappe

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."

P4P: Ergebnis- und Prozessindikatoren

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

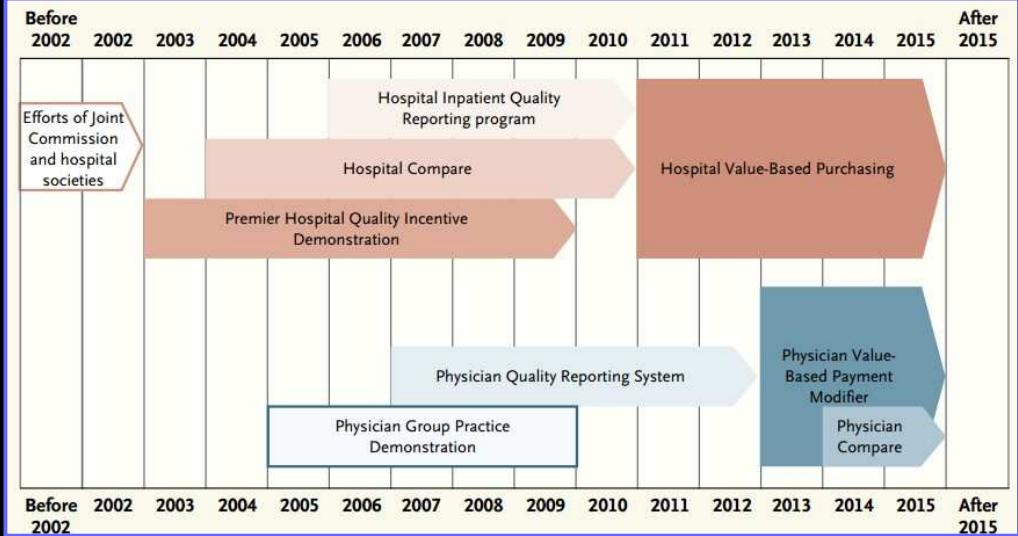
Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

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

Medicare's Quality Incentive Program

00qmleitlinVehler.cdr



Chien & Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076

Prof. Dr. M. Schrappe

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

Umfassende Qualitätsstrategie: Kontext

- Expertenorganisation (*professional bureaucracy*)
- System: Komplexität
- Modelle der Veränderung
- Ökonomische Grundannahmen
- Vergütungslogik
- Politikwissenschaftliche Konzepte

Gliederung

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

Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen

- Heute -

- ➔ Morbidität
- ➔ Struktur
- ➔ Q-Perspektive



Prof. Dr. M. Schrappe

Aktuelle Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen

- entspricht den Anforderungen ? -

- ➔ Morbiditätsspektrum: Prozeduren und operativ zu behandelnde Akuterkrankungen
- ➔ Sektoral ohne Area-Ansätze, Mindestmengen blockiert, Zugangsindikatoren fehlen
- ➔ Keine Indikatoren zu Koordination/Kooperation
- ➔ Anbieter- statt Patientenbezug (Sensitivität)
- ➔ Einseitige Orientierung auf Ergebnisqualität (entgegen dem internationalen Trend)
- ➔ Einseitige Orientierung auf Datenverfügbarkeit



Prof. Dr. M. Schrappe

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Wenn ja ...

... dann müsste das

reaktive Qualitätsverständnis

in ein



aktives Qualitätsverständnis

weiterentwickelt werden.

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen

- Heute -

➔ Morbidität

➔ Struktur

➔ Q-Perspektive



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

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

Prof. Dr. M. Schrappe