

Qualität 2030: aktuelle Kontroversen um Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit

Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie,
Universität Köln

01.12.2015

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

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com



Qualität 2030

➔ Einführung

- ➔ Datenzugänge
- ➔ Daten- und Indikatorentypen
- ➔ P4P
- ➔ Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
- ➔ Zusammenfassung

2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

KHSG-Entwurf 30.6.2015

- ➔ 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

Prof. Dr. M. Schrappe

KHSG-E: 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)

Prof. Dr. M. Schrappe

KHSG-E: 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)**
 - §136 Richtlinien des GBA (alt §137 Abs. 1 m. Bezug auf §92 Satz 2 Nr. 13)
 - §136a GBA-RL ausgewählte Bereiche (alt §137 Abs. 1a, b, c, d und Abs. 4)
Abs. 1 Hygiene, 2 Psych./Psychosom., 3 RM, 4 Zahnärzte
 - §136b GBA-Beschlüsse zu QS im Krankenhaus (alt §137 Abs. 3-5)
Mindestmengen (Abs. 1 S.1 Nr.2 + Abs.3-5), Q-Bericht (Nr. 3 + Abs.6-7),
Q-Verträge (Nr. 4 Abs.8), P4P (Nr. 5 + Abs. 9)
 - §136c GBA-Beschlüsse z. Krankenhausplanung (i.V.m. §§ 1,6,8 KHG)
 - §136d Evaluation durch den GBA (alt § 137b, unverändert)
- ➔ **Durchsetzung und Kontrolle: §137 [neu]**
- ➔ **IQTiG und dessen Beauftragung: §§137a und b (alt §137a, §137 Abs. 5)**
 - ergänzt um §137a Abs. 11 (QS in der Krankenhausplanung)

Prof. Dr. M. Schrappe

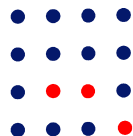
Qualität 2030

- ➔ Einführung
- ➔ **Datenzugänge**
 - ➔ Daten- und Indikatorentypen
 - ➔ P4P
 - ➔ Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
 - ➔ Zusammenfassung

2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

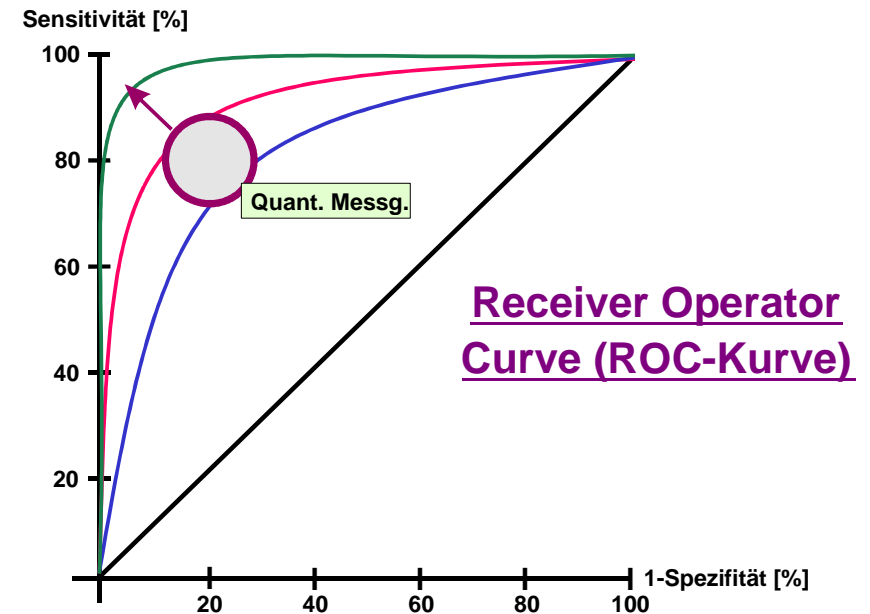
Drei Ziele der Datenerfassung

z.B. Chart-
Review

"3%"

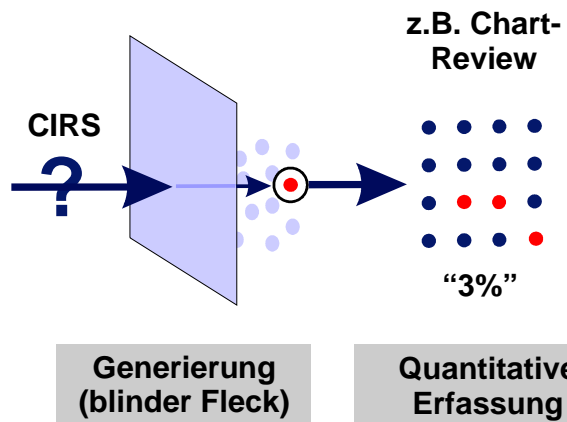
Quantitative
Erfassung

Prof. Dr. M. Schrappe

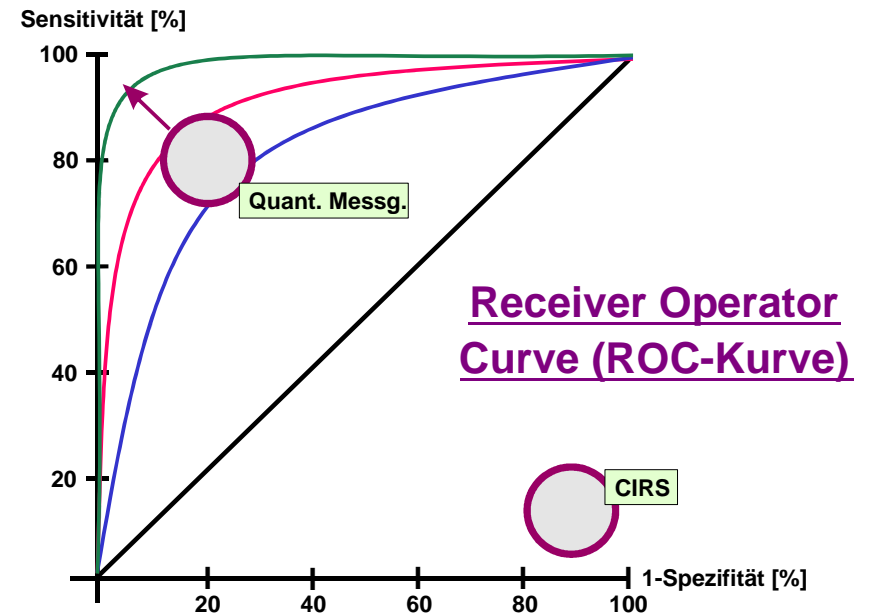


Prof. Dr. M. Schrappe

Drei Ziele der Datenerfassung

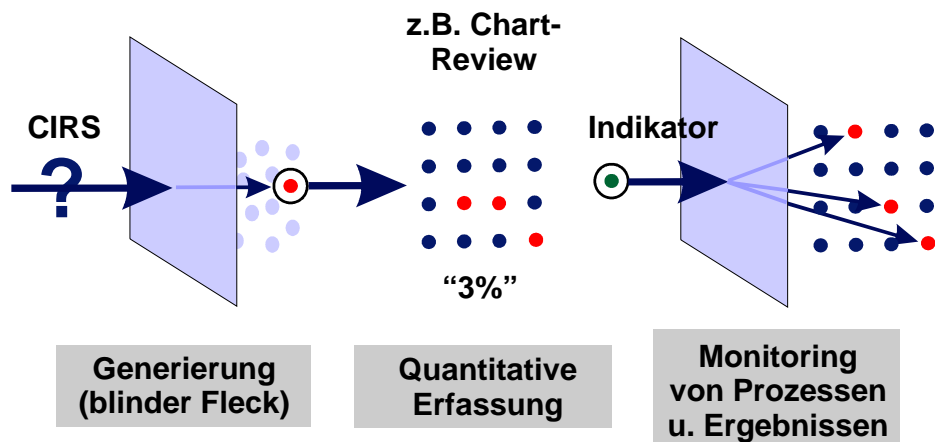


Prof. Dr. M. Schrappe

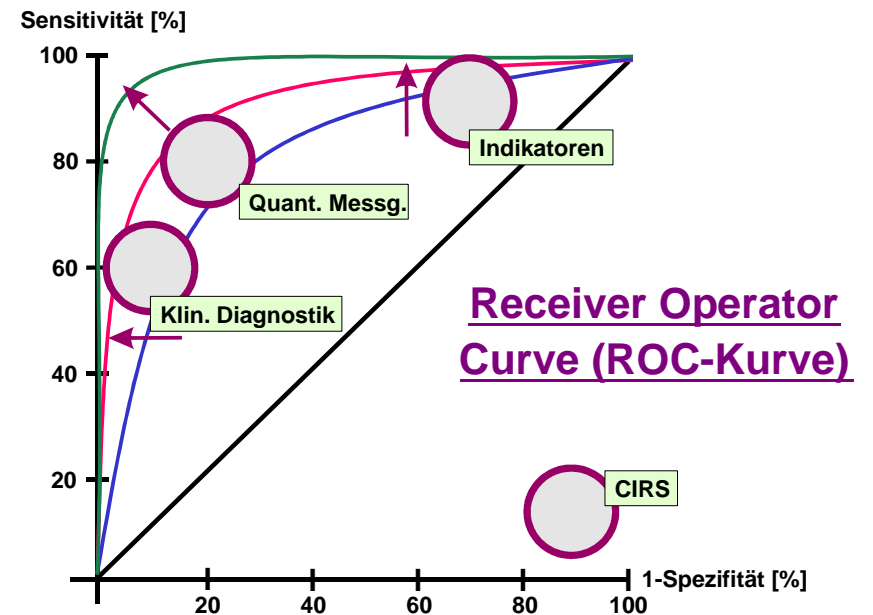


Prof. Dr. M. Schrappe

Drei Ziele der Datenerfassung

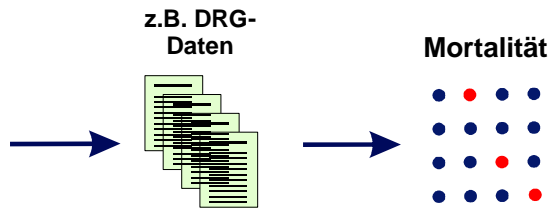


Prof. Dr. M. Schrappe

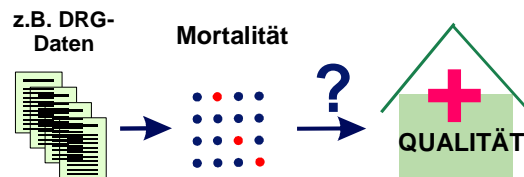


Prof. Dr. M. Schrappe

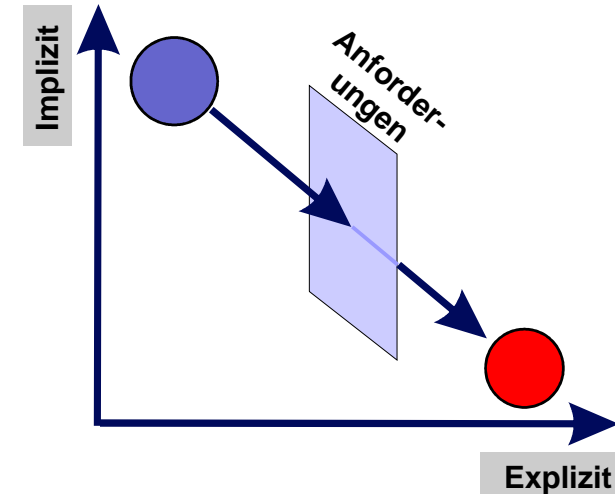
Erhebung der Mortalität



Indikator Mortalität



Definition Qualität: Anforderungen



Das deutsche Gesundheitswesen

- Charakteristika -

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

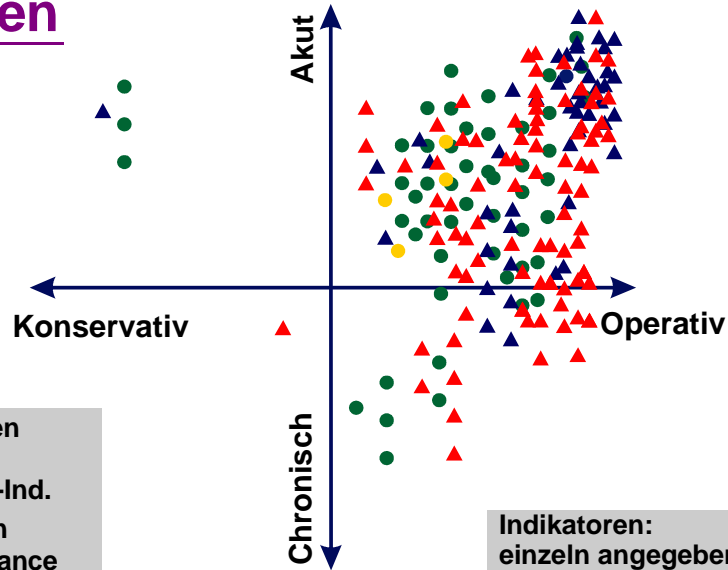
Das deutsche Gesundheitswesen

- Herausforderungen -

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

Indikatoren

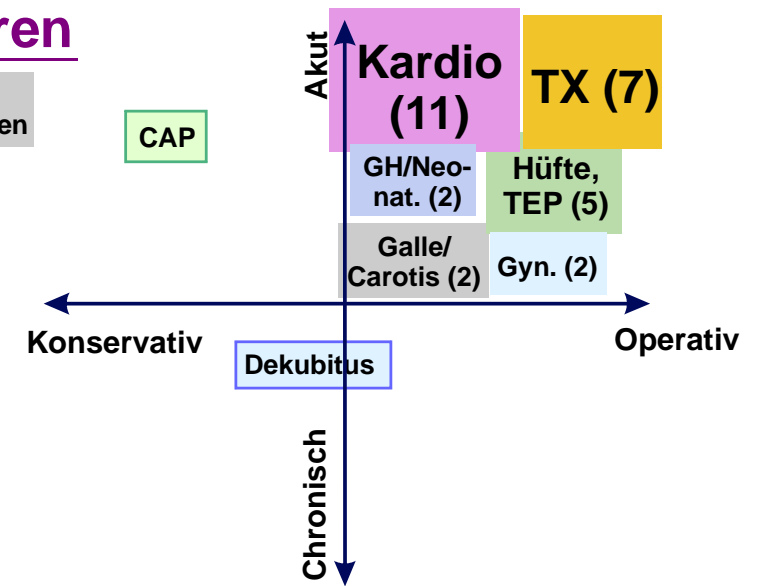
www.sqg.de



Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren

nach Eingriffs-/
Krankheitsgruppen



www.sqg.de

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität 2030

- ➔ Einführung
- ➔ Datenzugänge
- ➔ **Daten- und Indikatorentypen**
- ➔ P4P
- ➔ Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
- ➔ Zusammenfassung

2Q30

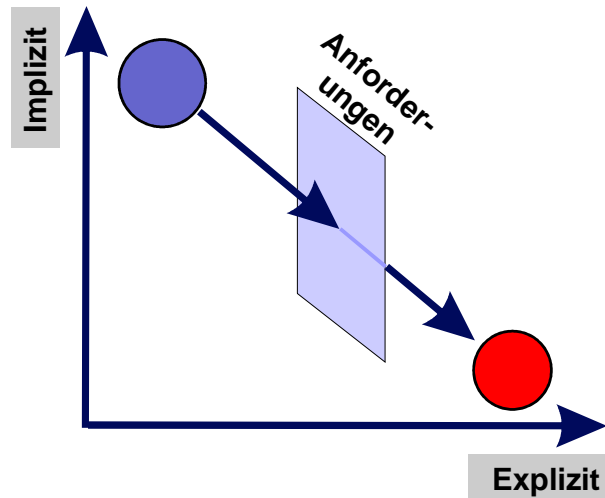
Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätsmessung und -verbesserung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung

Prof. Dr. M. Schrappe

Definition Qualität: Anforderungen

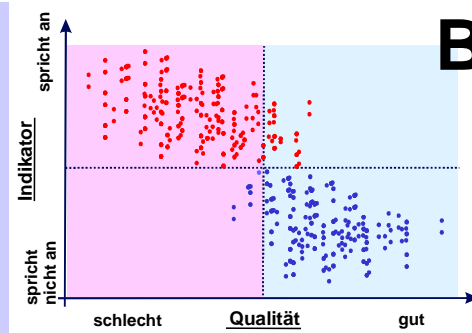
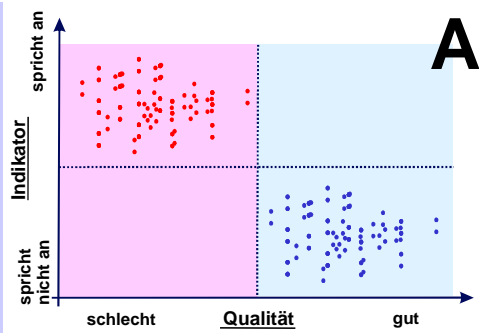
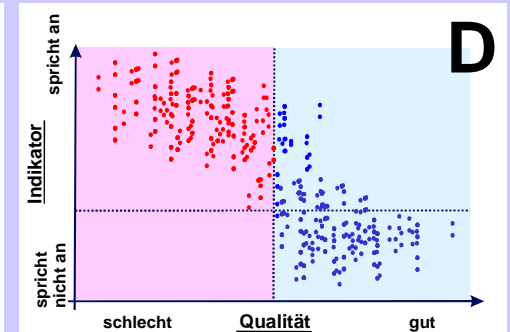
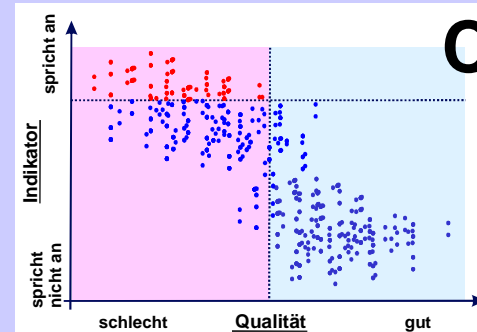


Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätsmessung

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Anbieter-
BezugPatienten-
Bezug

Qualitätsmessung

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

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

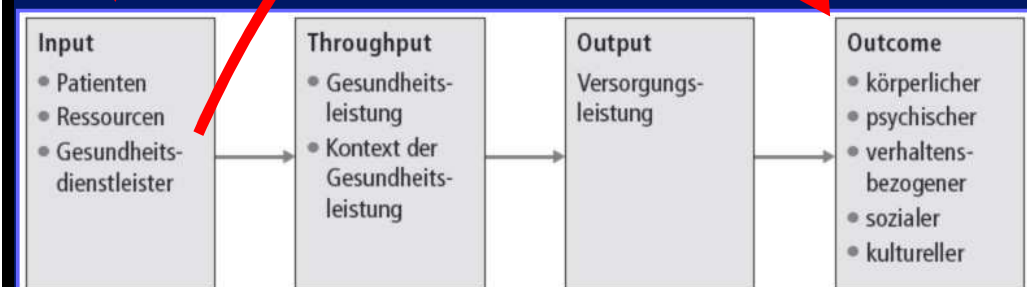
➔ Ergebnis-Ind.

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

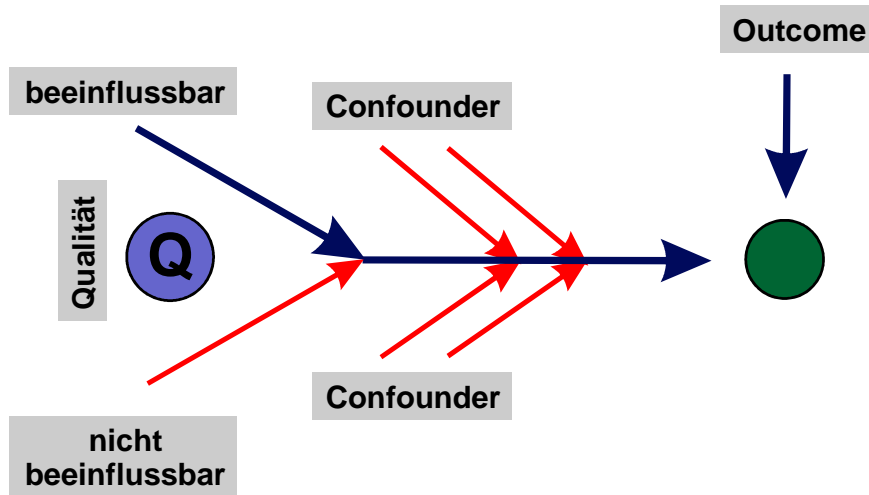
➔ Grenzbereich

➔ Prozess-Ind.

VF: Throughput-Modell

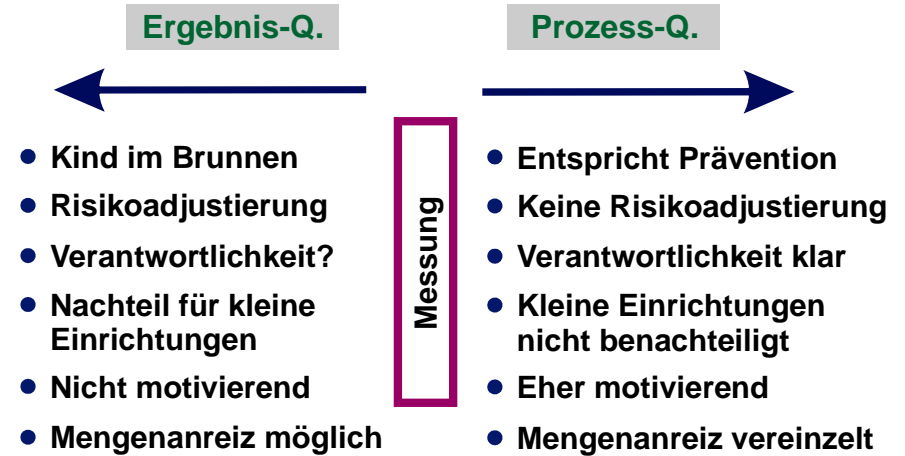


Outcome- und Ergebnisindikatoren



Prof. Dr. M. Schrappe

Ergebnis- vs. Prozessqualität



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

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

Prof. Dr. M. Schrappe

“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

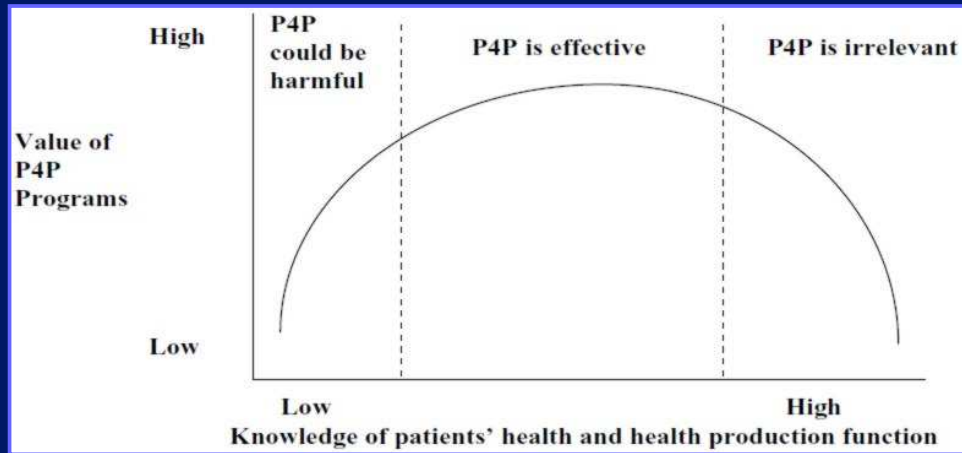
Qualitätsmessung

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

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

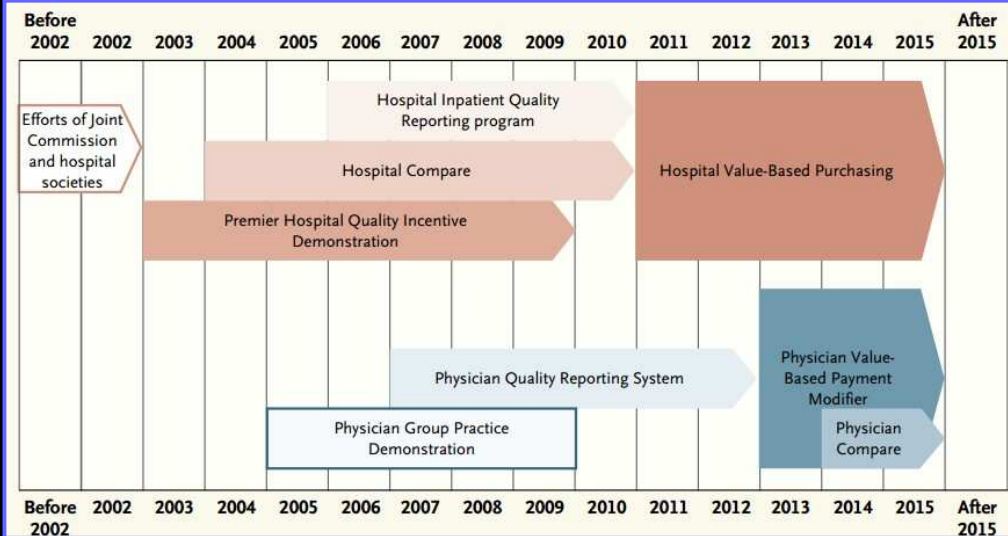
Qualität 2030

- ➔ Einführung
- ➔ Datenzugänge
- ➔ Daten- und Indikatorentypen
- ➔ P4P
- ➔ Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
- ➔ Zusammenfassung

2Q30

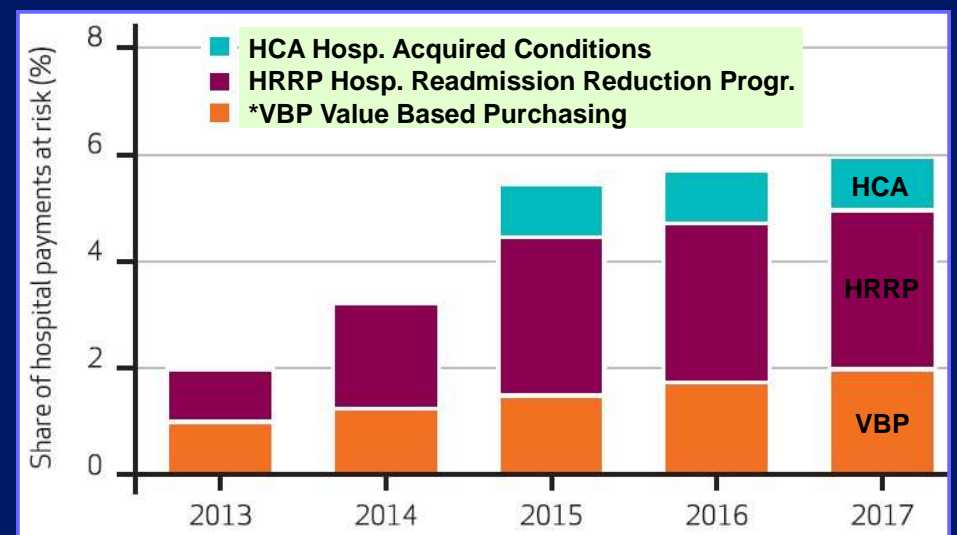
Prof. Dr. M. Schrappe

Medicare's Quality Incentive Program



Chien & Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076
Prof. Dr. M. Schrappe

P4P und VBP* in den USA



Kahn et al. 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

Le Paiement à la Performance en France

1. Influenza. Patients aged over 65 vaccinated/Patients over 65.
2. Breast cancer. Women from 50 to 74 years old participating in breast cancer screening/Women from 50 to 74 years of age (calculated on 2 years).
3. Vasodilators. Patients over 65 treated/Patients over 65 (Target=decrease).
4. Benzodiazepines long half-life. Patients over 65 treated/Patients over 65 (Target=decrease).

Diabetes

5. Number of diabetic patients with 3 or 4 HbA1C per year/number of diabetic patients.
6. Number of diabetic patients with ophthalmological control in the year/number of diabetic patients.
7. Number of diabetic patients (men over 50, women over 60) treated with statins and antihypertensive/number of diabetic patients (men over 50, women over 60) treated with antihypertensive drugs.
8. Number of diabetic patients (men over 50, women over 60) treated with antihypertensive drugs, statins and aspirin low dose/number of diabetic patients (men over 50, women over 60) treated with antihypertensive and statins.
9. Patients treated with antihypertensive normalised their blood pressure below 140/90 (declarative).

Prescription

10. Per cent of generics for antibiotics.
11. Per cent of generics for proton pump inhibitor.
12. Per cent of generics for statins.
13. Per cent of generics for antihypertensive drugs.
14. Per cent of generics for antidepressants.
15. Prescription of ACE inhibitors/prescription of ACE inhibitors + angiotensin II receptor antagonists.
16. Number of patients treated with low-dose aspirin/number of patients treated with antiplatelet agents

Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Saint-Lary et al. 2012

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P: Risikoselektion?

Premier/HQIP: Vergleich CABG-Rate bei AMI 2002/3 mit 2008/9

➔ **Begründung:** Gefahr der Risikoselektion durch P4P?

➔ **Methodik:** Historischer Vergleich
 HQIP: 126 Krhs, 91.393 Pat.
 Kontrolle (nur Publ. Reporting): 848, 502.536

➔ Ergebnisse:	2002/3	2008/9
• Rate CABG bei AMI HQIP	13,6%	10,4%
• Rate CABG bei AMI Kontrollgruppe	13,6%	10,6%
• Hochrisiko-Pat. HQIP	8,4%	8,2%
• Hochrisiko-Pat. Kontrollgruppe	8,4%	8,3%

Epstein et al. 2014

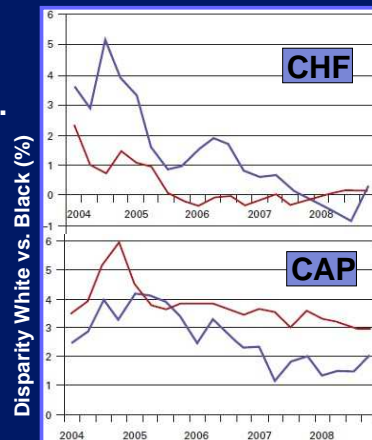
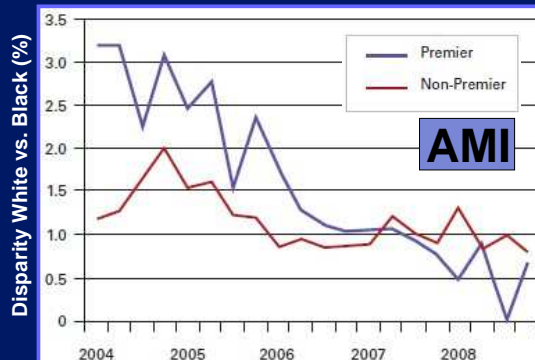
HQIP Hosp. Quality Incentive Demonstration Proj.
 AMI Akuter Myokardinfarkt, CABG Bypass OP

P4P: Racial Disparity?

Premier/HQIP: Vergleich bei AMI, CHF und CAP 2004 mit 2008

➔ **Begründung:** Gefahr der Risikoselektion durch P4P?

➔ **Methodik:** Historischer Vergleich
 HQIP: 226.096 Pat.
 Kontrolle: 1.607.575 Pat.



HQIP Hosp. Quality Incentive Demonstration Proj.
 AMI Akuter Myokardinfarkt, CHF Chronische Herzinsuff., CAP Ambulant erworben. Pneumonie

Epstein, Jha, Orav Am. J. Manag. Care 20, 2014, e476

Prof. Dr. M. Schrappe

KHSG-Entwurf 30.6.2015

- ➔ 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

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

Regelungen im KHS-G-E vom 28.4.2015

➔ 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 im KHS-G: Kompetenzverteilung

➔ GBA: Indikatoren und Leistungsbereiche sowie "Verfahren"

"Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren" (§136b Abs. 9)

➔ Vertragspartner Bundesebene: Höhe und Ausgestaltung

"... vereinbaren "bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses" (§9 Abs. 1a Satz 1 Nr. 4 KHEntgG)

➔ Vertragspartner vor Ort: Anwendung und Ausnahmen

"Die Vertragspartner nach §11" [KHEntgG] vereinbaren "... unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse ... einen Qualitätszu- oder -abschlag.." (KHEntgG §5 Abs. 3a [neu]). Sie haben "... zu prüfen ob im jeweiligen Krankenhaus Besonderheiten vorliegen, die einen Verzicht auf die Anwendung eines Qualitätszu- oder -abschlags begründen." (Begründung)

Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P)

Regelungen im KHS-G-E vom 28.4.2015

- ➔ Auftrag an GBA (bis 31.12.2016)
- ➔ "Katalog von Leistungen und Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen" (§136b, Abs. 9)
- ➔ "... sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren"
- ➔ Krankenhäuser und Kassen soll es "ermöglicht" werden, Qualitätszu- und -abschläge zu vereinbaren.
- ➔ GBA soll "Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität veröffentlichen"
- ➔ Kassen können Ergebnisse veröffentlichen
- ➔ Länder erhalten Zugang (Krankenhausplanung)

P4P: Ergebnis- und Prozessindikatoren

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

Qualität 2030

- ➔ Einführung
- ➔ Datenzugänge
- ➔ Daten- und Indikatorentypen
- ➔ P4P
- ➔ **Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung**
- ➔ Zusammenfassung

2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

KHSG-Entwurf 30.6.2015

- ➔ 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

Prof. Dr. M. Schrappe

KHSG: Krankenhausplanung

➔ Einordnung

ZIELKONFLIKT! statt Krankenhausplanung wäre eine
➔ **regionale Versorgungsplanung** notwendig.

Trotzdem: günstige politische Situation Bund/Bundesrat

- ➔ Eingreifendste Veränderung im Krankenhausesektor seit DRG-Einführung in der GKV-2000 Reform

➔ Vorlauf

1. Krankenhausplanung auf **Länderebene** entwickelt sich von der "Bepanung" von Betten und Abteilungen zu einem Bedarfs-gerechten Ansatz
2. **Koalitionsvertrag** 23.11.2013
3. **Eckpunktepapier** zur Krankenhausreform vom 5.12.2014 mit dem Begriff des "**Planungs-relevanten Indikators**" (Punkt 1.1.)

Prof. Dr. M. Schrappe

Entwurf vom 30.6.2015

KHSG: Krankenhausplanung

➔ Zielformulierung

Der "Begriff der bedarfsgerechten Versorgung" wird durch die Zielformulierung "**qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung**" ersetzt, "die sich an den Wünschen der Patienten orientiert, auch für die Dauer ihrer Eingliederung in die Krankenhausorganisation und der medizinischen Behandlung als Personen mit individuellen Bedürfnissen wahrgenommen zu werden."
(§1 Abs. 1 KHG)

➔ Trägervielfalt

Außerdem ist "die **Vielfalt der Krankenträger** ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist." Die Vielfalt der Trägerstruktur rückt Ziel der Krankenhausplanung also deutlich nach hinten, eine conditio sine qua non, wenn eine aktive Planung beabsichtigt ist (§8 Abs. 2 KHG).

Prof. Dr. M. Schrappe

Entwurf vom 30.6.2015

KHSG: Krankenhausplanung

➤ Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

- In §6 KHG “Krankenhausplanung und Investitionsprogramme” wird ein neuer Abs. 1a eingefügt, der den **Begriff des “planungsrelevanten Qualitätsindicators”** kodifiziert, der “Bestandteil des Krankenhausplanes” wird, unter Maßgabe der näheren Umsetzung der Länder. Diese planungsrelevanten Indikatoren werden vom GBA festgelegt (§136c SGB V).
- Der GBA erarbeitet und beschließt - als Empfehlung an die Länder - **“Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität**, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz Bestandteil des Krankenhausplans werden” (§136c Abs. 1).
- Plankrankenhäuser, die “nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen”, **dürfen “ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen”** werden (§8 Abs. 1a [neu]) bzw. müssen aus diesem ausgeschlossen werden [Abs. 1b [neu]].

KHSG: Krankenhausplanung

➤ Strukturfonds (§§12-14 KHG [neu])

- Zur Gestaltung des Übergangs wird ein Strukturfonds eingerichtet: “Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die **Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen**; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden.”
- **2mal 500 Mio. €** Verwaltung durch das Bundesversicherungsamt
- **Vergabekriterien und -verfahren** werden vom BMG, den Ländern und dem SpiBu festgelegt, eine erfreuliche transföderale Zusammenarbeit (Abs. 3).
- **Ordnungspolitisch** Finanzierung einer genuinen Länderaufgabe (Begründung: “im Rahmen der Daseinsvorsorge Aufgabe der Länder”) durch die Bundesebene bzw. aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (und nicht aus dem Steueraufkommen).

KHSG: Krankenhausplanung

➤ Strukturfonds (§§12-14 KHG [neu]), hier: Begründung

- “Der notwendige Strukturwandel zum Zweck einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung hat sich in den vergangenen Jahren nur langsam entwickelt. Mit den Mitteln des Strukturfonds können z. B. die **Schließung von Krankenhäusern** (§ 9 Absatz 2 Nummer 5) oder die Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer **Umwidmung in Pflegeeinrichtungen** oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte **Pflegeabteilungen** (§ 9 Absatz 2 Nummer 6), finanziert werden. Überzählige Kapazitäten können weiterhin in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen (**Gesundheits- und Pflegezentren**) umgewidmet werden. Aus dem Fonds können neben dem Abbau bzw. der Umwidmung von Bettenkapazitäten auch **strukturverbessernde Investitionsmaßnahmen** mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben”

Qualitäts-orientierte Planung

➤ Q-orientierte Krankenhausplanung

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

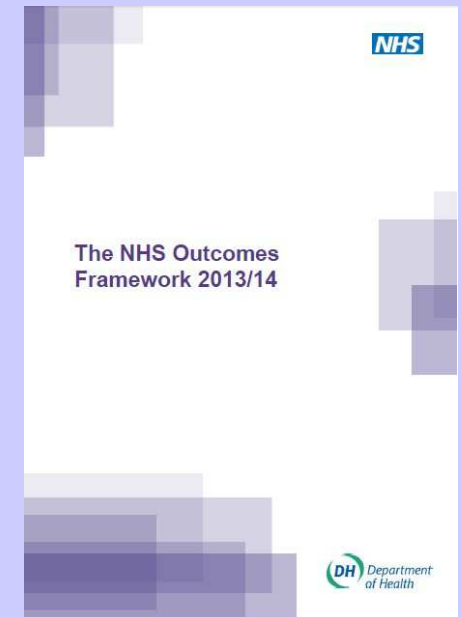
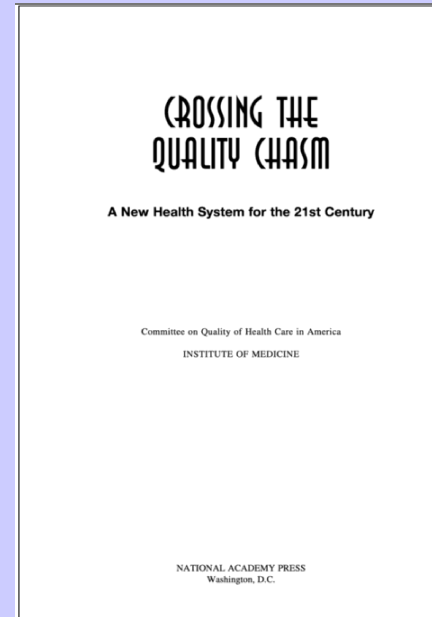
➤ Q-orientierte Versorgungsplanung

Qualität 2030

- ➔ Einführung
- ➔ Datenzugänge
- ➔ Daten- und Indikatorentypen
- ➔ P4P
- ➔ Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
- ➔ Zusammenfassung

2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

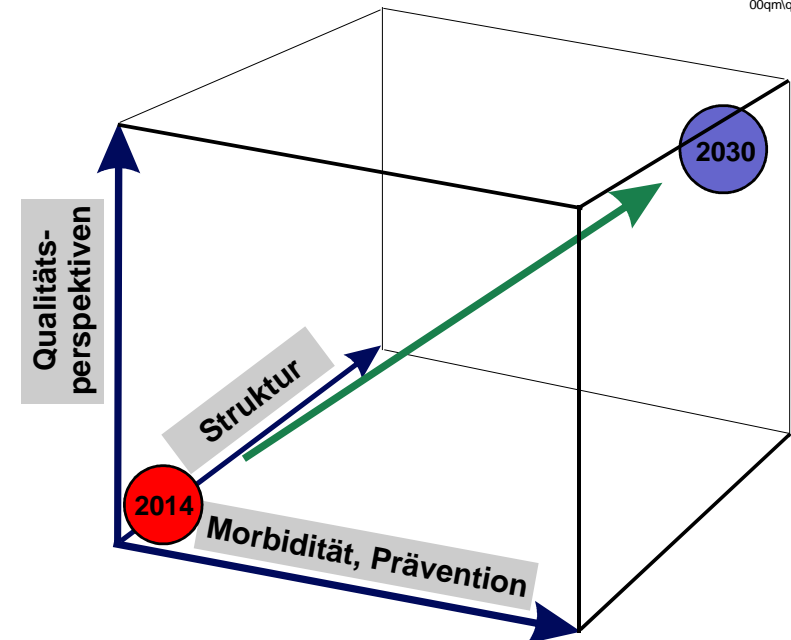


Das deutsche Gesundheitswesen

- Herausforderungen -

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

Prof. Dr. M. Schrappe



Prof. Dr. M. Schrappe

Rahmenkonzept

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

Verhaltensänderung: Konzepte

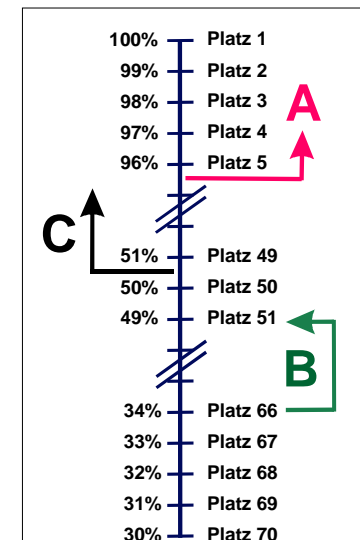
- ➔ Lerntheoretische Konzepte
- ➔ Soziale Wahrnehmung
- ➔ Organisatorischer Wandel
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

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		+	+	+

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

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