

# Qualitätsorientierte Krankenhausplanung und -vergütung Was ist wünschenswert und machbar?

## 4. Medizinische Fachgruppenkonferenz

Gesundheit Nordhessen

Kassel, 15.11.2014

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

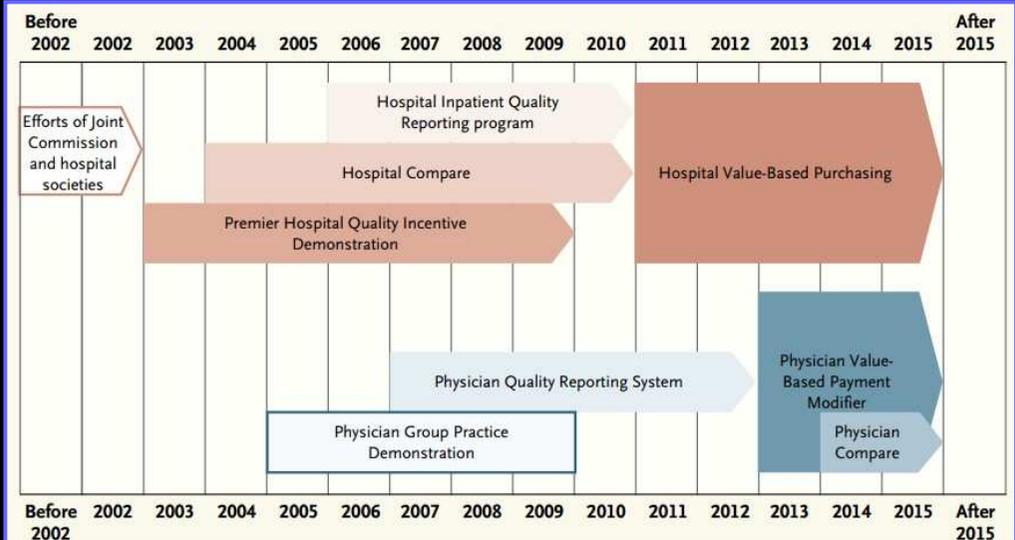
137. Bezüglich der Vergütung ambulant und stationär erbrachter Gesundheitsleistungen ist eine stärkere Ergebnis- und Patientenorientierung geboten. Mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ist dafür eine unverzichtbare Voraussetzung. In diesem Kontext plädiert der Rat für ergebnisbezogene Bonuszahlungen 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

## Medicare's Quality Incentive Program

00qmleitlin/lehler.cdr



Chien & Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualität 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."

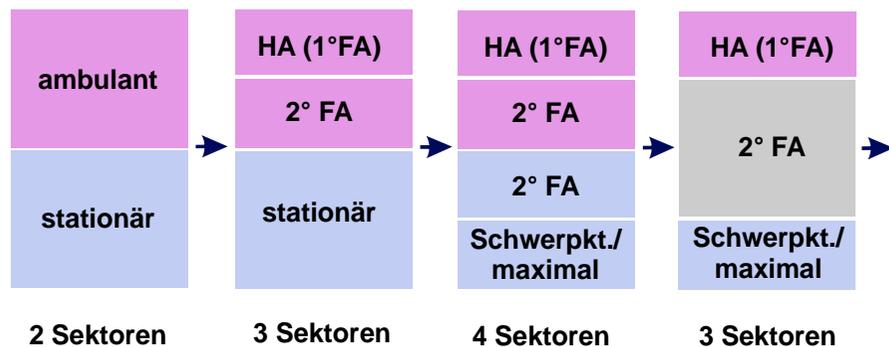
## Qualität und Gesundheitspolitik in D

### ➔ BMG/Länder

- ↳ **Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)**
  - ↳ Institut für **Qualität und Wirtschaftlichkeit** im Gesundheitswesen (IQWiG)
  - ↳ Institut für **Qualitätssicherung und Transparenz** im Gesundheitswesen (IQTiG)

### Perspektive:

## Deutsches Gesundheitswesen



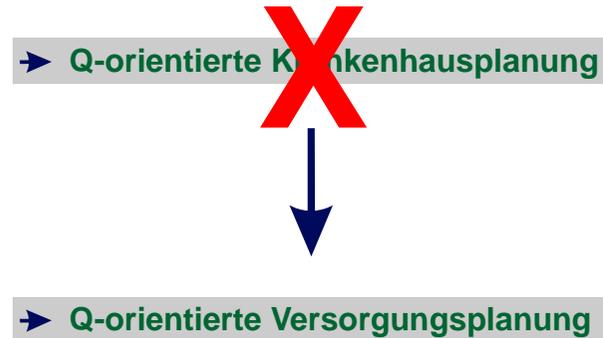
## Gliederung

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

## Krankenhausplanung

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

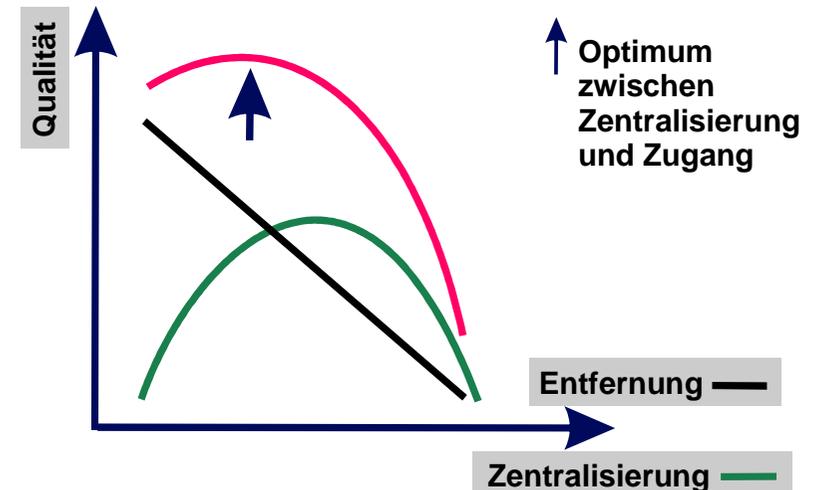
## Qualitäts-orientierte Planung



## Qualitäts-orientierte Planung

- ➔ Q-orientierte Krankenhausplanung
    - START: Indikatoren zu Zugang und Zentralisierung
- ➔ Q-orientierte Versorgungsplanung

## Zentralisierung und Zugang



## Qualitäts-orientierte Planung

### ➔ Q-orientierte Krankenhausplanung

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

### ➔ Q-orientierte Versorgungsplanung

## 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

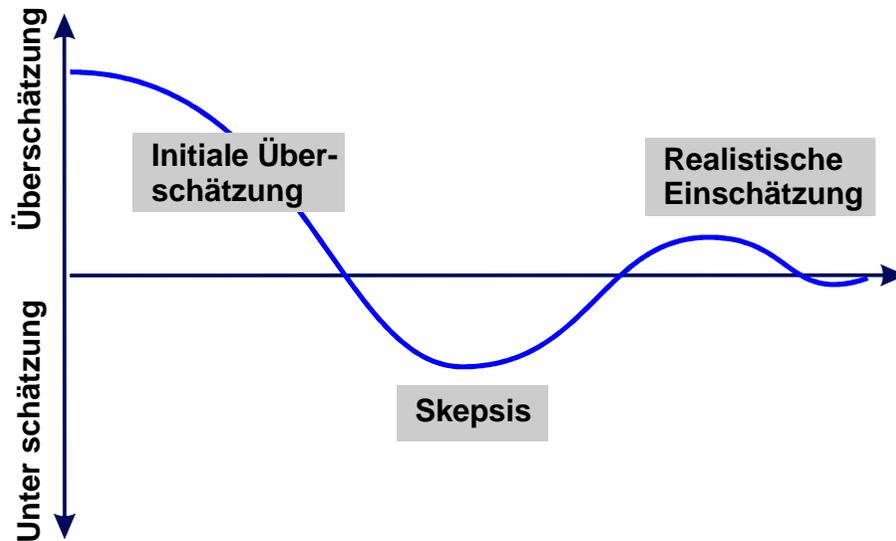
- Qualitätsmessung durch definierte Indikatoren und
- koppelt die Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

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



Prof. Dr. M. Schrappe

## 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*

Prof. Dr. M. Schrappe

## 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

Prof. Dr. M. Schrappe

## 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*

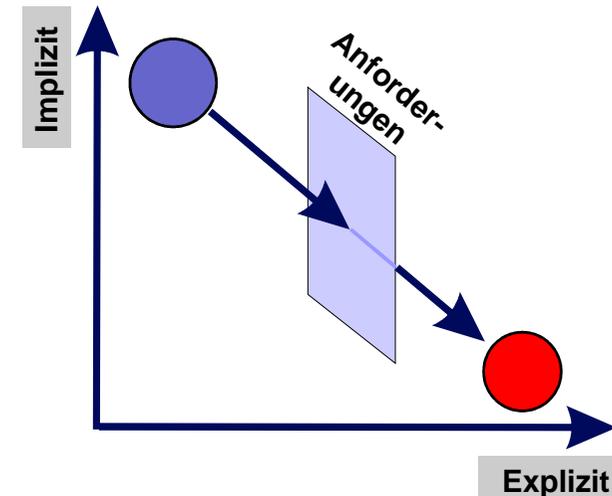
SVR GA 2007, Nr. 733

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

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

## Definition Qualität: Anforderungen



## Das deutsche Gesundheitswesen

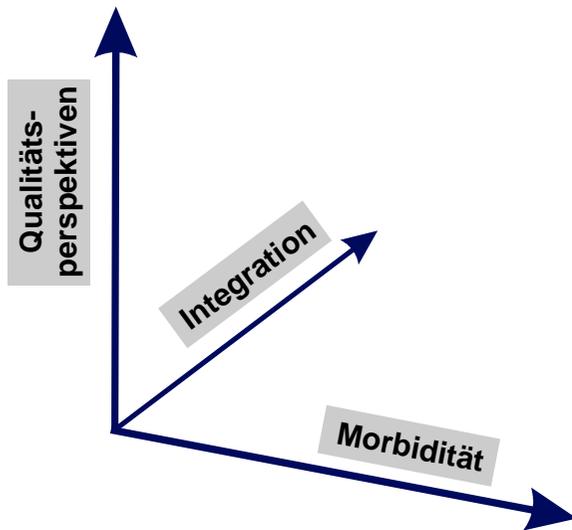
### - Charakteristika -

- ➔ 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

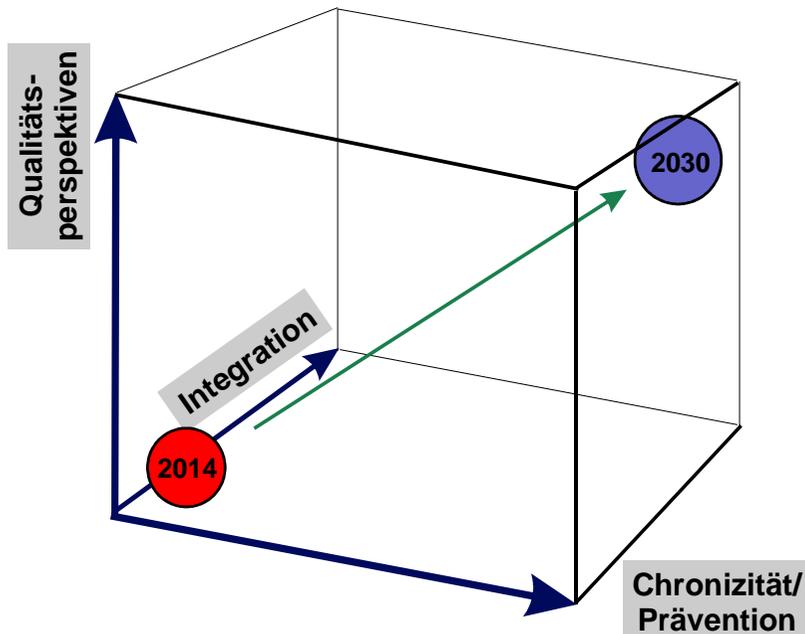


Prof. Dr. M. Schrappe

## Aktuelle Qualitätssicherung

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

Prof. Dr. M. Schrappe



Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualität: 6 Perspektiven

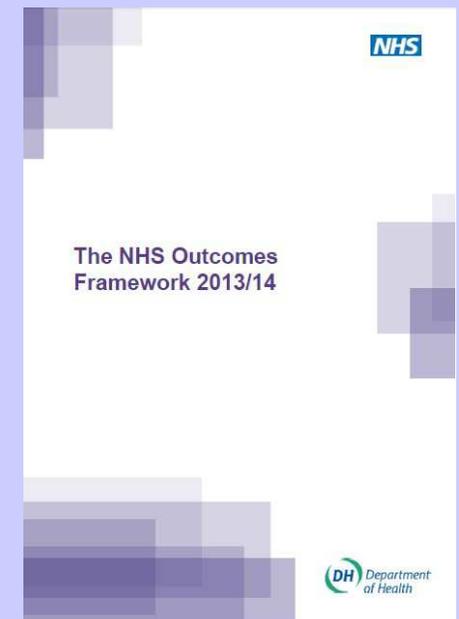
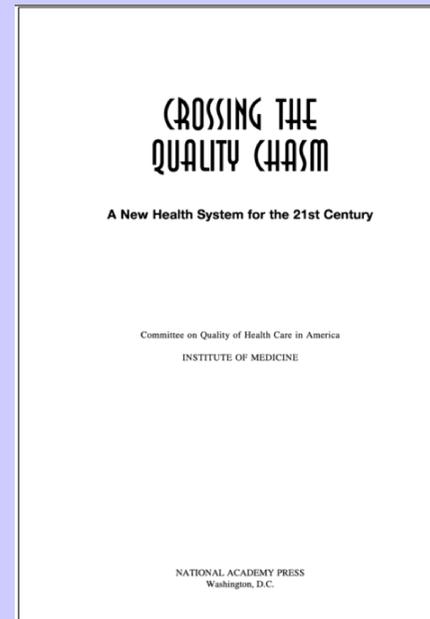
- ➔ Gesellschaft: Population
- ➔ Nutzen: Allokation, Effizienz
- ➔ Patienten: Selbstbestimmung
- ➔ Professionen: Autonomie, Garantenstellung
- ➔ Institutionen: Organisation
- ➔ Wissenschaft: Deskription und Hypothesenbildung

Schrappe et al. 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

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



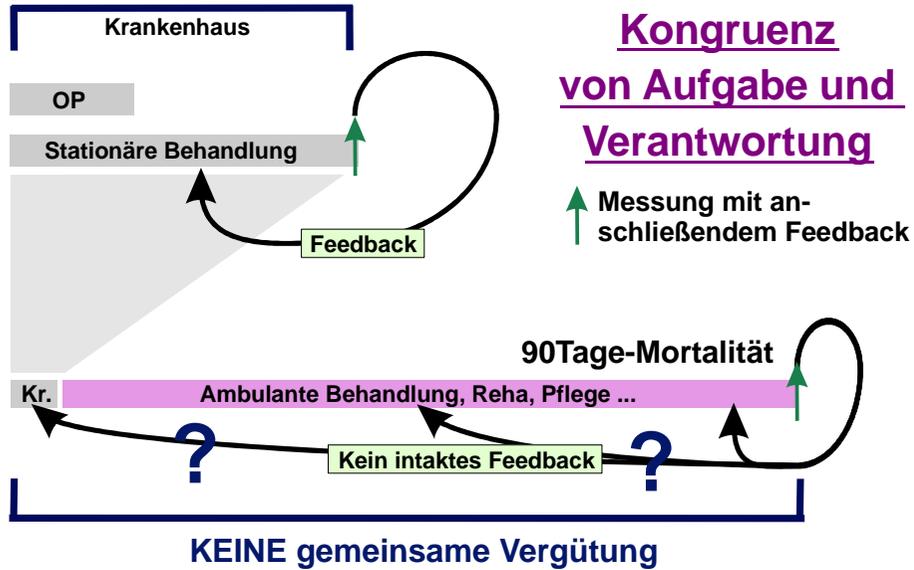
### Quality as a system property (Institute of Medicine 2001, S. 4f)

“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.”

## Rahmenkonzept

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

### Vergütung: 1 Sektor



### Kongruenz von Aufgabe und Verantwortung

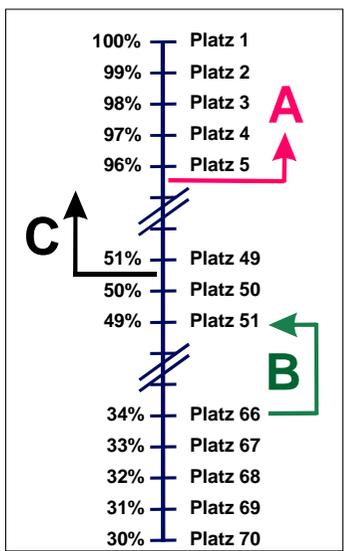
Messung mit anschließendem Feedback

## Rahmenkonzept

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

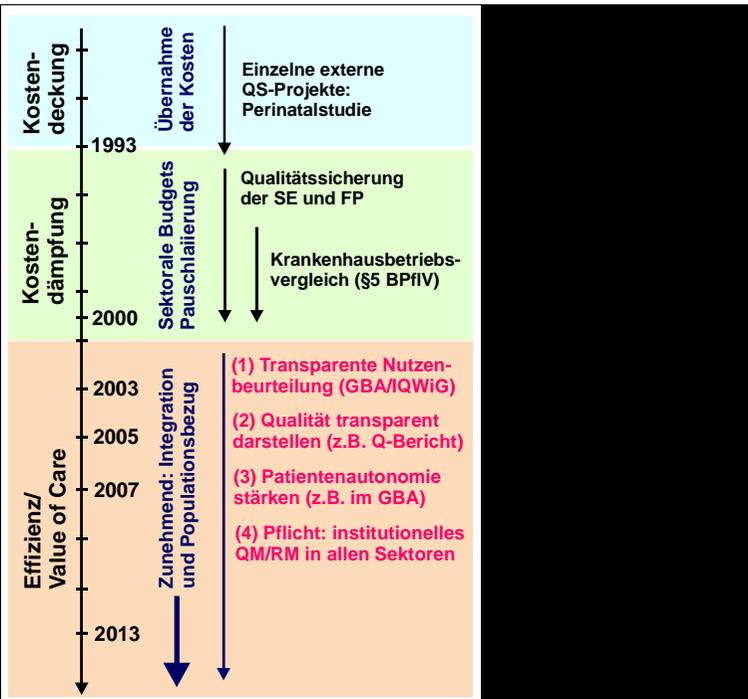
### P4P: Ökonomische Faktoren

- 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

gesoekolverguetanreize2.cdr

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

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

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

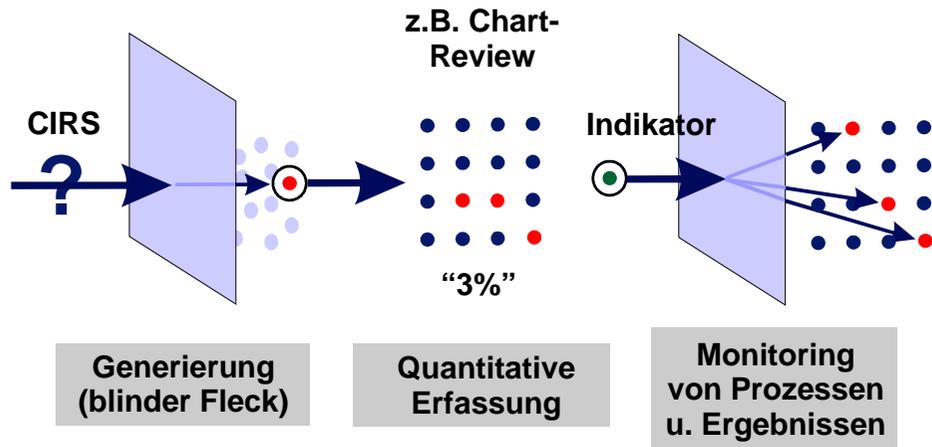
## Qualitätsmessung

00qmindicvalglind\_q30.cdr

- Indikatoren statt quantitative Erfassung

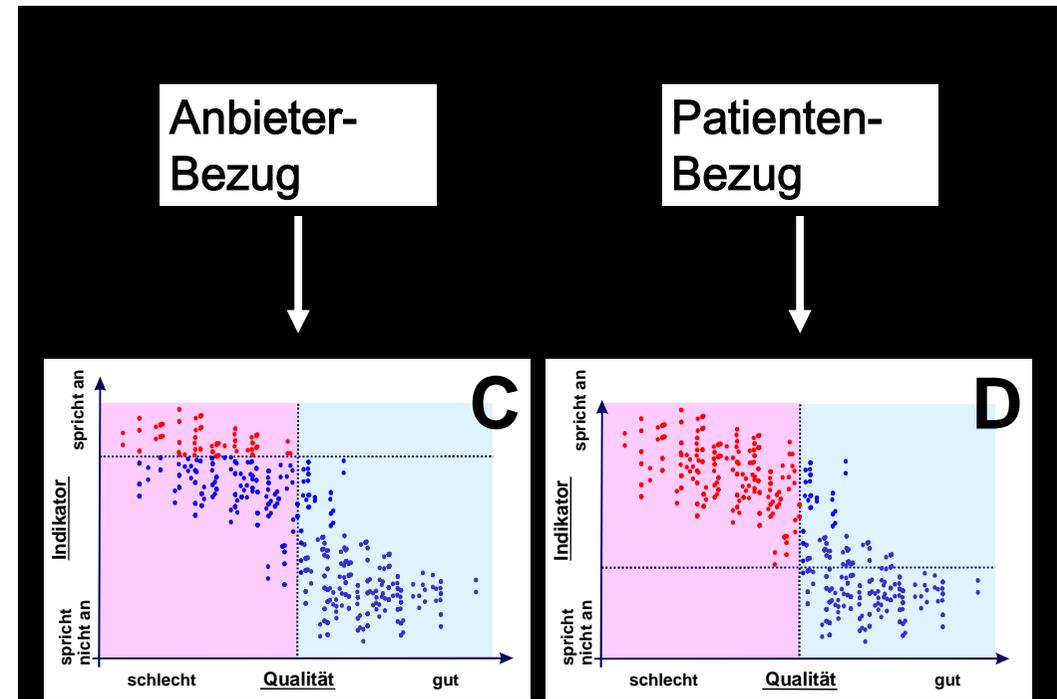
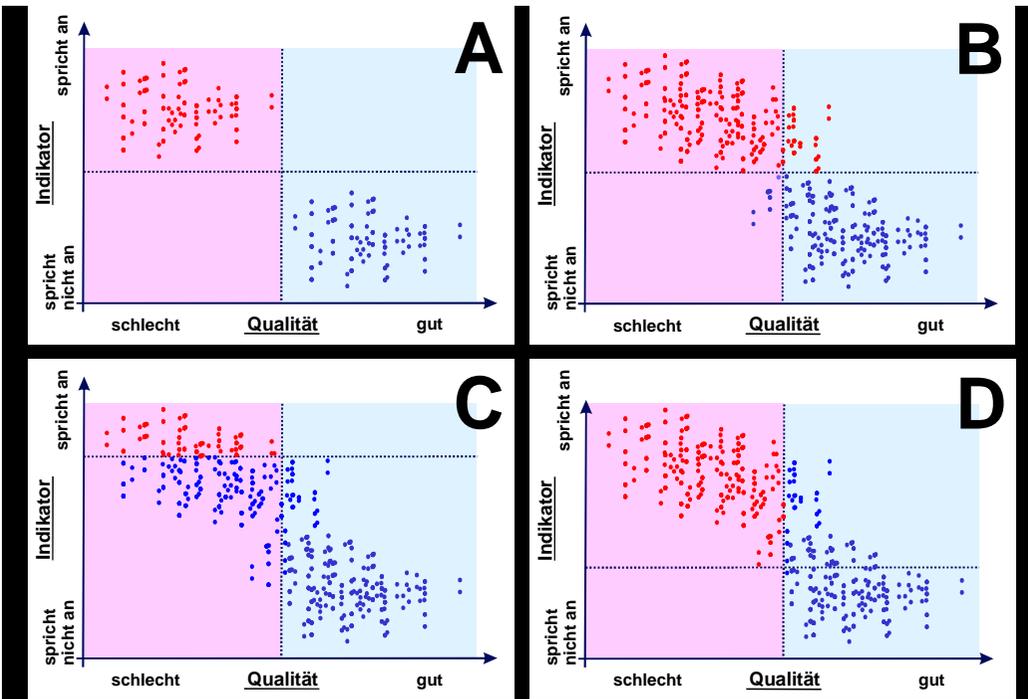
Prof. Dr. M. Schrappe

# Drei Ziele der Datenerfassung



# Qualitätsmessung

- Indikatoren statt quantitative Erfassung
- Indikatoren: hohe Sensitivität



## Qualitätsmessung

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

## Datenquellen

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

## PROM's\*: Definition

**“Any report of the status of a patient’s (or person’s) health condition, health behaviour or experience with healthcare, that comes directly from the patient, without interpretations of the patient’s response by a clinician or anyone else.”**

- Health-related quality of life
- Health-related functional status
- Symptoms and symptom burden (e.g., pain, fatigue)
- Experience with care
- Health behaviour (e.g., exercise)

(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren. (**Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) 6.5.2014**)

# 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

## 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 ●

Classen et al. Health Aff. 30, 2011, 581

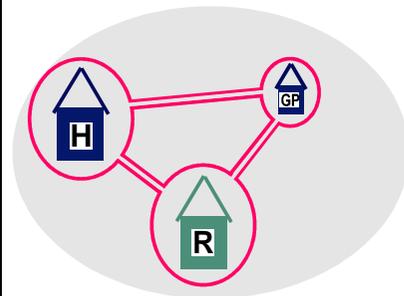
Prof. Dr. M. Schrappe

\*Inst. of Healthcare Improvement

## Qualitätsmessung

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

## Die transsektoralen Tunnel

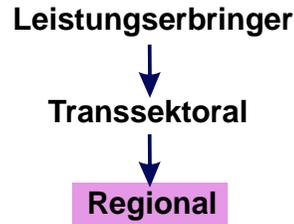
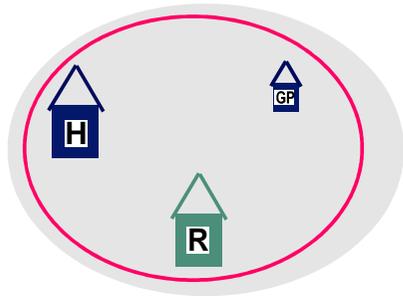


Leistungserbringer

Transsektoral

Regional

# QS auf Populationsebene



**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

## 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)

## Abgrenzung Ergebnis-/Prozessindikatoren

### ➔ Ergebnis-Ind.

### ➔ Grenzbereich

### ➔ Prozess-Ind.

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

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

## Ergebnis- vs. Prozessqualität

### Ergebnis-Q.

### Prozess-Q.



Messung

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kind im Brunnen</li> <li>• Risikoadjustierung</li> <li>• Verantwortlichkeit?</li> <li>• Nachteil für kleine Einrichtungen</li> <li>• Nicht motivierend</li> <li>• Mengenanreiz möglich</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entspricht Prävention</li> <li>• Keine Risikoadjustierung</li> <li>• Verantwortlichkeit klar</li> <li>• Kleine Einrichtungen nicht benachteiligt</li> <li>• Eher motivierend</li> <li>• Mengenanreiz vereinzelt</li> </ul> |
|--|---|

Prof. Dr. M. Schrappe

## 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

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: 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