

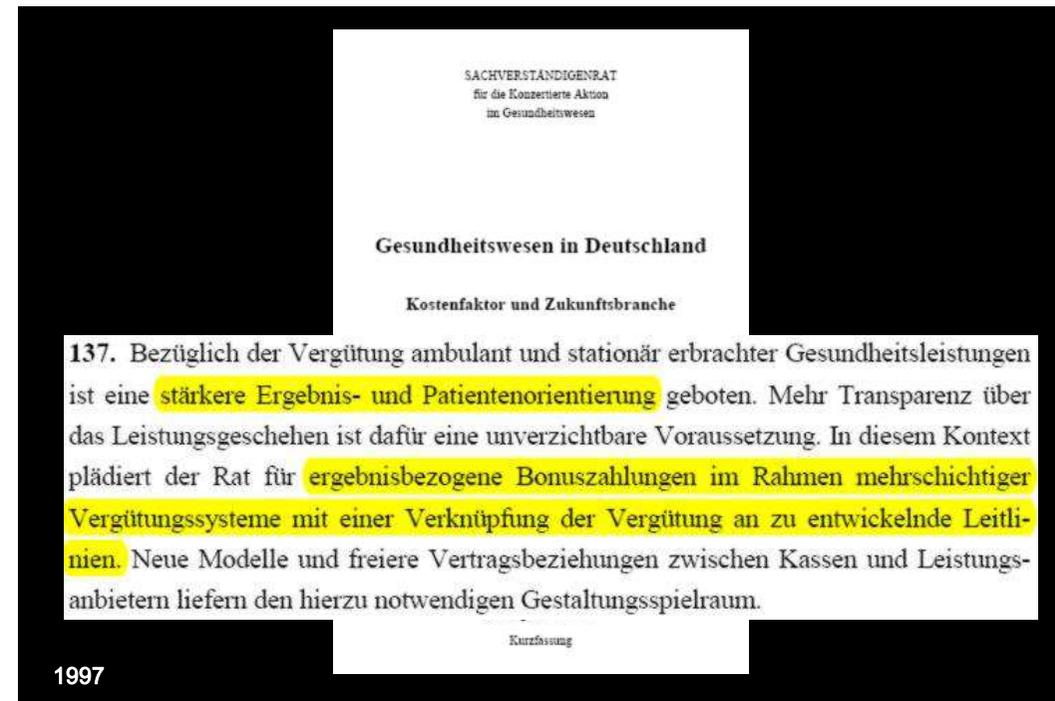
Pay for Performance - Möglichkeiten und Grenzen

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

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)

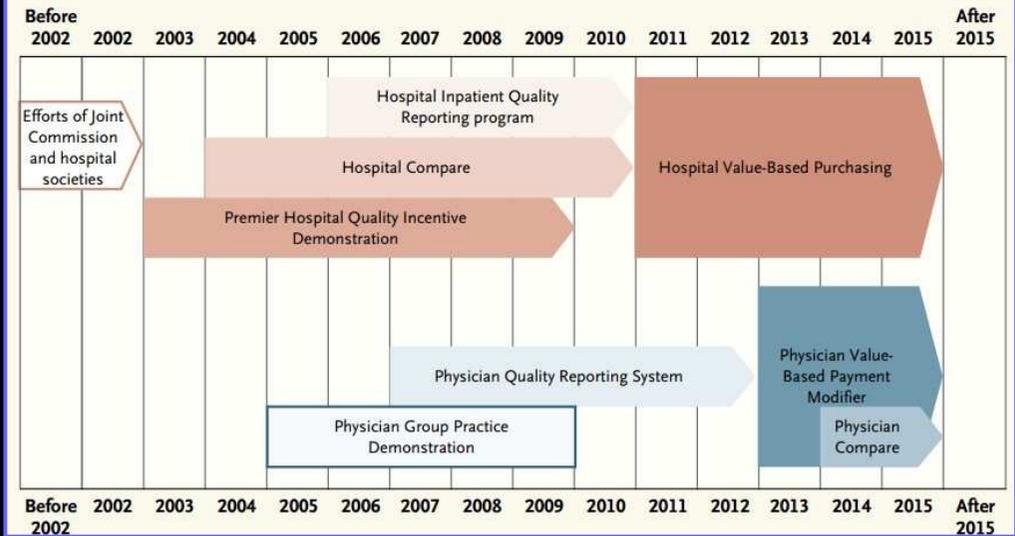
➔ Institut für **Qualität** und **Wirtschaftlichkeit** im Gesundheitswesen (IQWiG)

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

➔ Innovationsfond und Innovationsausschuss mit Geschäftsstelle

Prof. Dr. M. Schrappe

Medicare's Quality Incentive Program



Chien & 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

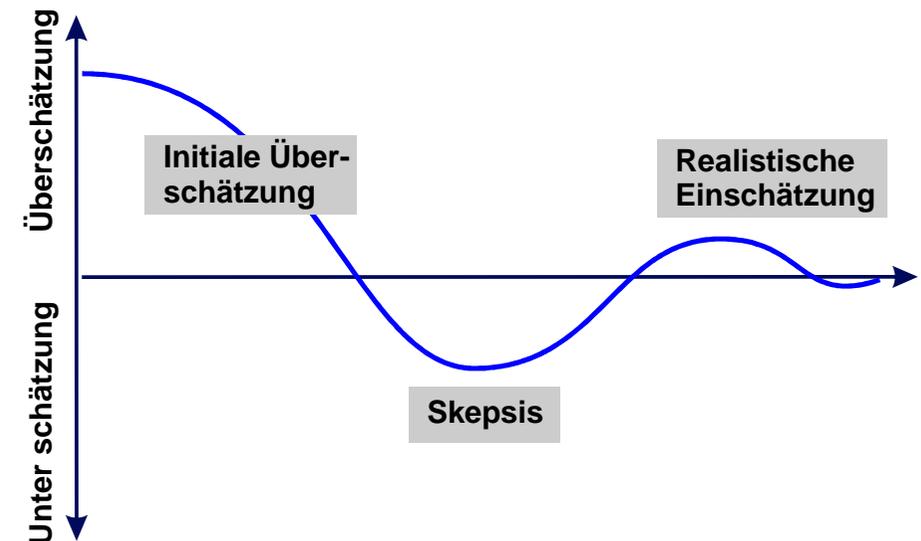
- Qualitätsmessung durch definierte Indikatoren und
- koppelt die Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

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.

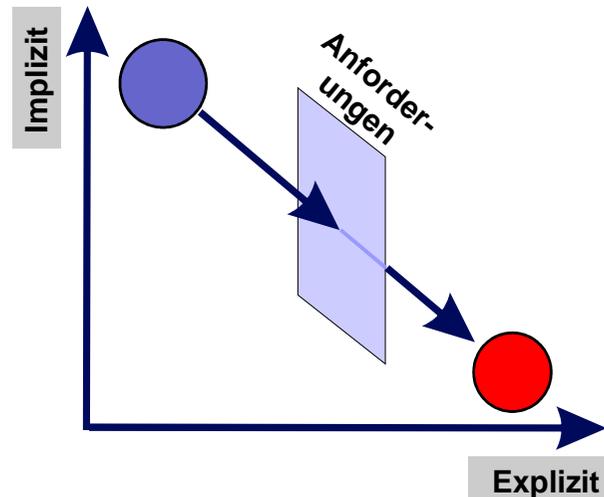
Ryan & Blustein NEJM 366, 2012, 1557

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

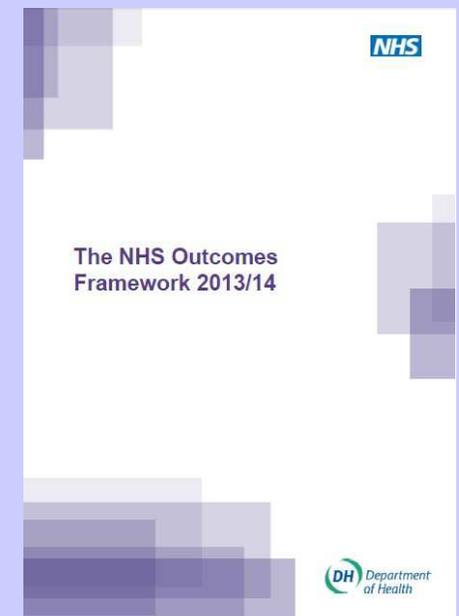
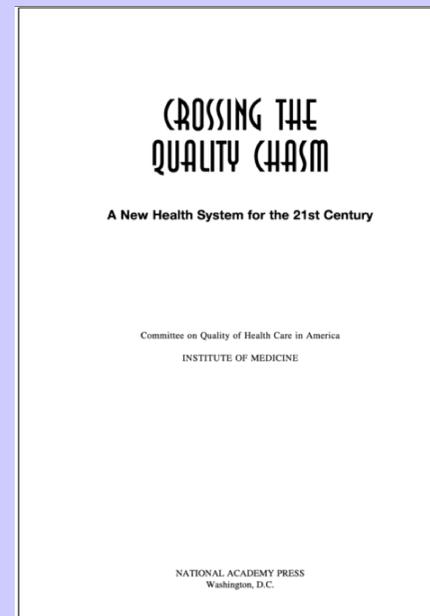
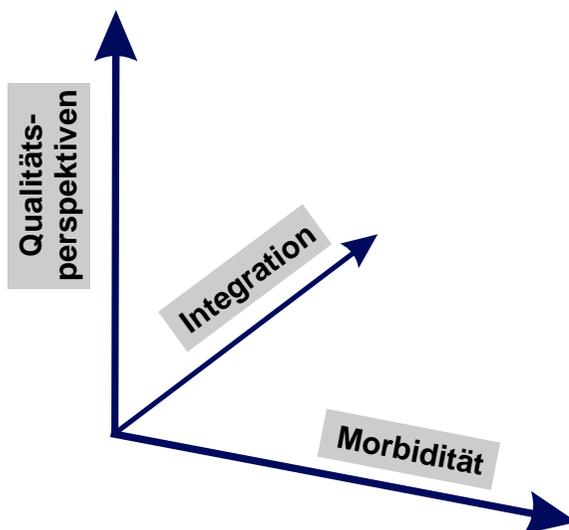
Aktuelle Qualitätssicherung

- ➔ 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

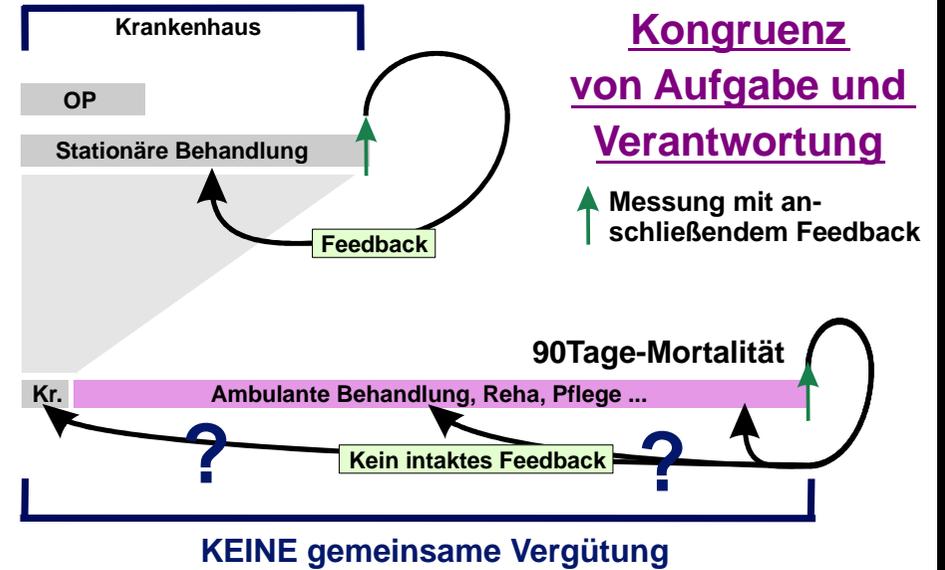
Gemeinsamkeiten von Expertenorganisation und komplexen Systemen

- 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

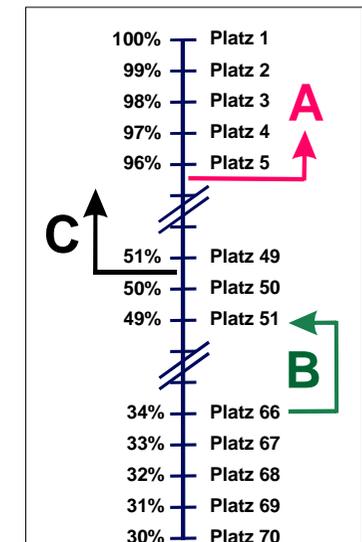


Rahmenkonzept

- ➔ 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
- Informationsasymmetrie
- 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 | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| A | 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 | -0.60 (0.08) | -0.35 (0.07) | 0.00 (0.14) | 0.34 (0.07) | 0.60 (0.07) |
| C | -125,000 (128,331) | -88,739 (102,407) | 2,071 (61,380) | 81,213 (84,358) | 55,381 (64,378) |

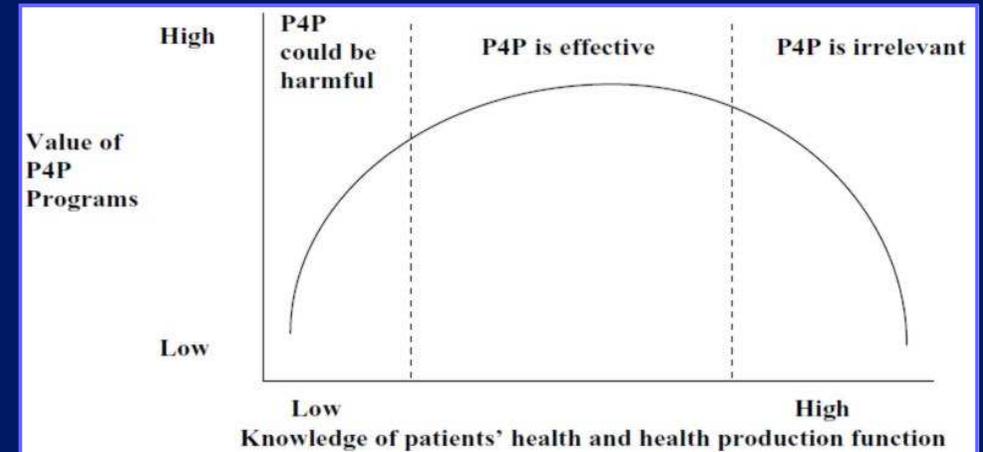
- A** Number (%) of hospitals
- B** Change in Medicare payment, mean % (SD)
- C** Change in Medicare payment, mean \$ (SD)

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 | SOFORT | spät od. sofort |
| Präventive Maßnahmen | SPÄT | SOFORT |

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

Prof. Dr. M. Schrappe

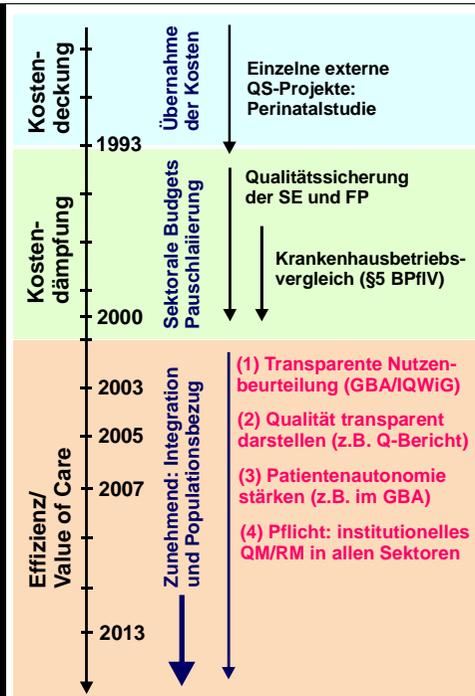
P4P: Konsequenzen

- ➔ 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

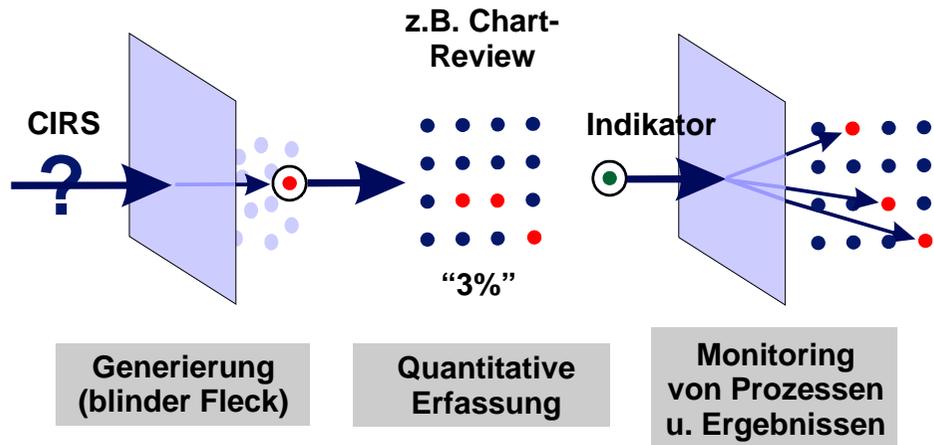
Gliederung

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

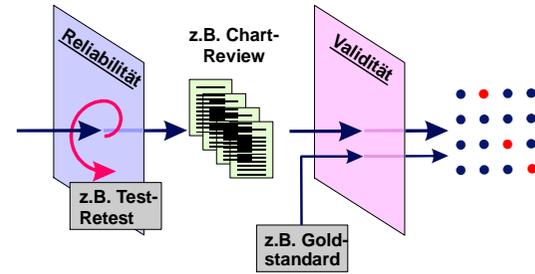
Qualitätsmessung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung

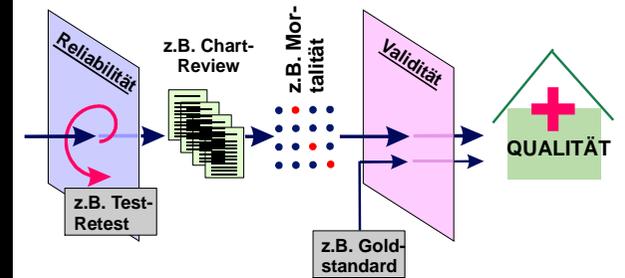
Drei Ziele der Datenerfassung



Quantitative Erhebung

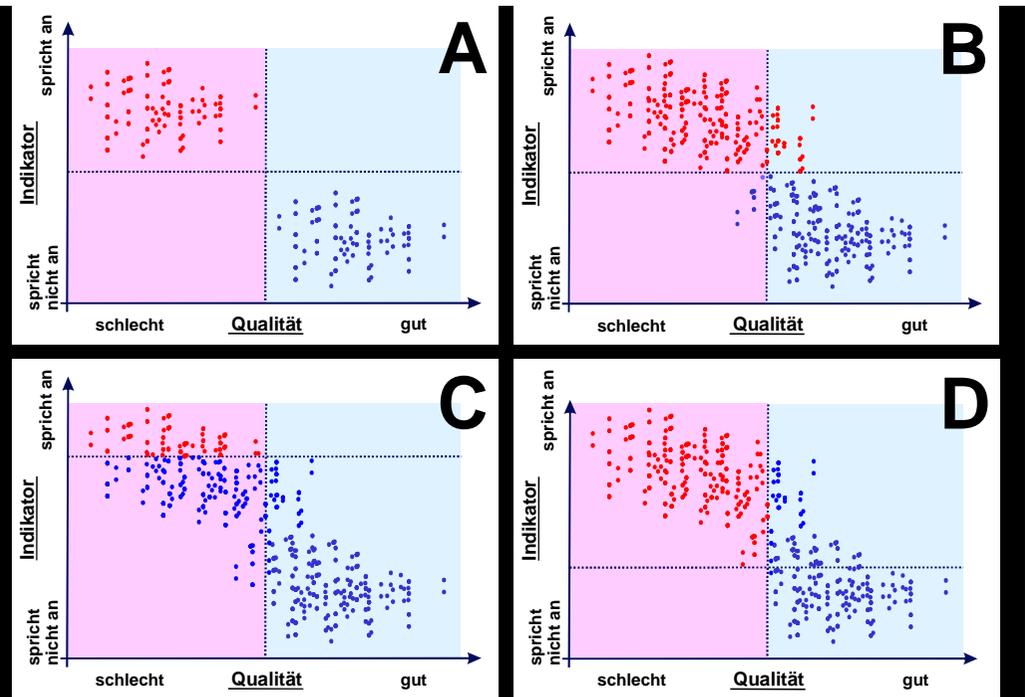


Indikator



Qualitätsmessung

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

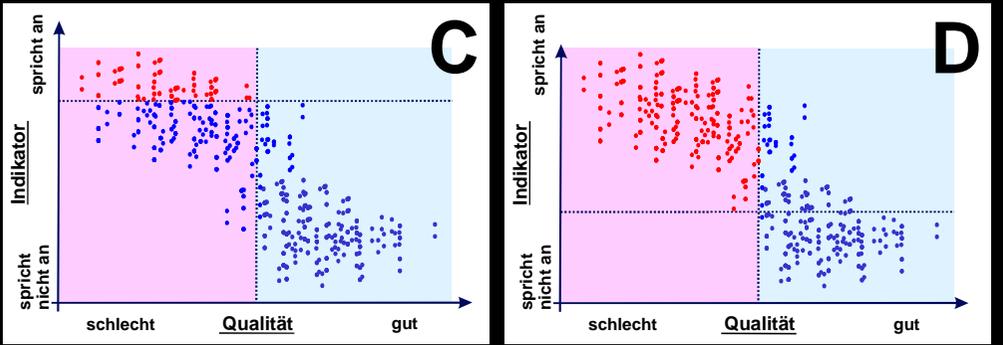


Qualitätsmessung

- 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

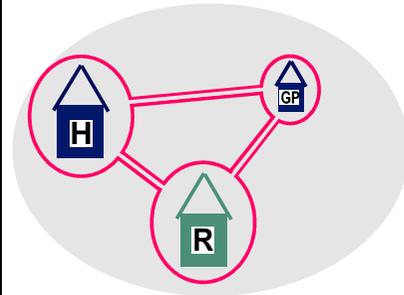
795 rx pts admitted 10/2004 (LOS>24h) in 3 tertiary hospitals
 - 33,2% (29-36) of pts. had AE (91/1000 pts.-days)
 - IHI* 'Global Trigger Tool' more sensitive (354/393 AE) than AHRQ-PSI (35) and anonymous reporting (only 4 AE detected)

| (E temporary harm => I death) | IHI Global Trigger Tool | AHRQ Patient Safety Indicators | Hospital voluntary reporting system |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| SEVERITY LEVEL | | | |
| E | 204 | 23 | 0 |
| F | 124 | 7 | 2 |
| G | 8 ● | 1 | 2 |
| H | 14 ● | 0 | 0 |
| I | 4 | 4 | 0 |
| Total | 354 | 35 | 4 |
| HOSPITAL | | | |
| 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

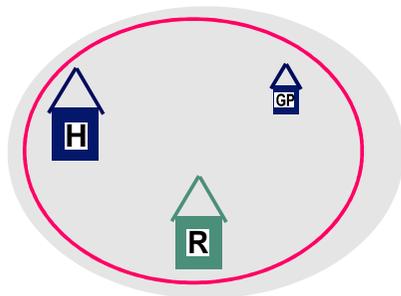


Leistungserbringer

↓
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

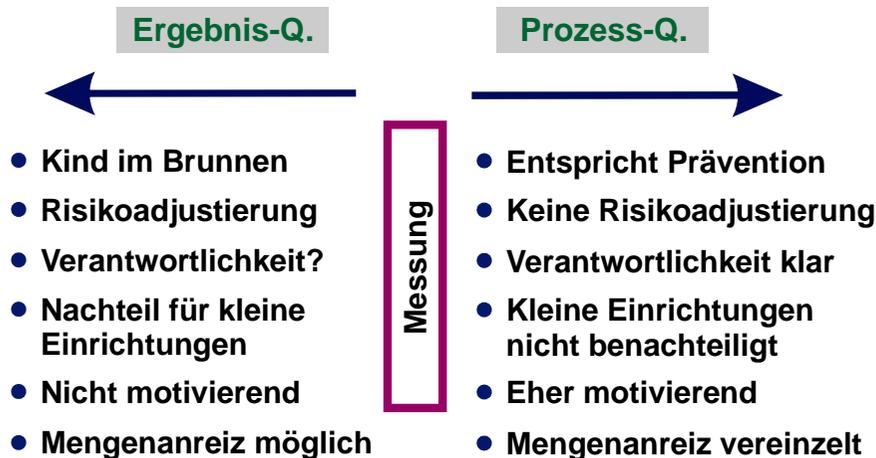
➔ Ergebnis-Ind.

➔ 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

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

Prof. Dr. M. Schrappe