

# Gesundheitswesen: Quo Vadis? Qualität 2030

Vortrag in der Krankenhausgesellschaft  
Luxemburg

Bertrange, 19.04.2016

2Q30

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

pdf-Version unter  
matthias.schrappe.com

cv2.cdr

## CV Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

- Klinik (Infektiologie)
- Klinische Epidemiologie und Qualitätsmanagement
- Krankenhausmanagement
- Universitätsmanagement
- Patientensicherheit
- Politikberatung
- Versorgungsforschung

Prof. Dr. M. Schrappe

## Instrumente der Qualitätsverbesserung auf System-Ebene

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

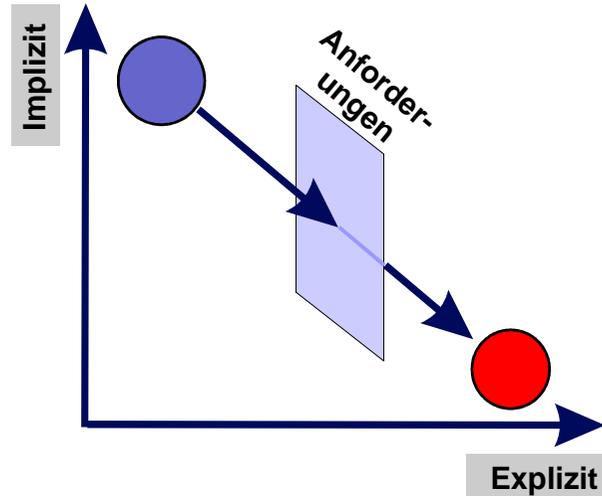
Prof. Dr. M. Schrappe

00qm/qmpil/q\_instr.cdr

## Gliederung

- ➔ Einführung: Zielorientierung
- ➔ Steuerung durch Qualitätsinformationen
- ➔ Instrumente der Qualitätsverbesserung
- ➔ Methodische Probleme
- ➔ Zusammenfassung

## Definition Qualität: Anforderungen



Prof. Dr. M. Schrappe

## Das deutsche Gesundheitswesen

### - Charakteristika -

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

Prof. Dr. M. Schrappe

## Das deutsche Gesundheitswesen

### - Herausforderungen -

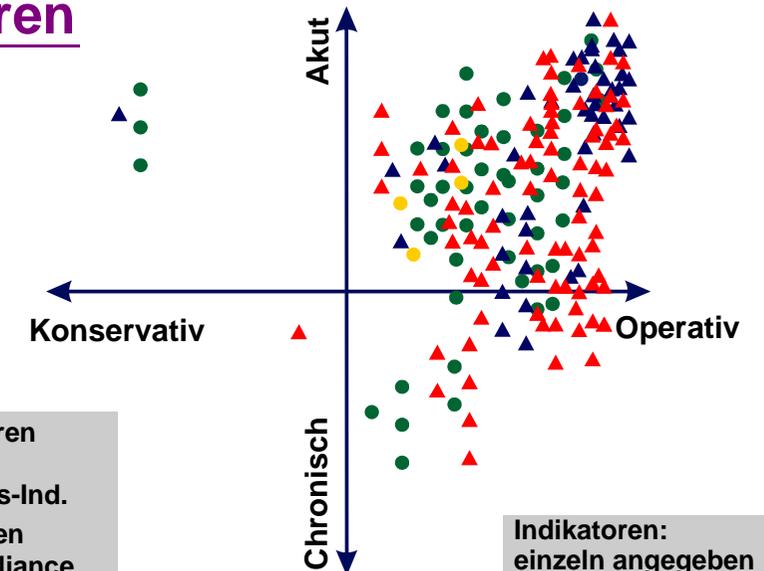
- ➔ **Morbidität**      Chronische Mehrfach-Erkrankungen  
Präventionsbezug
- ➔ **Struktur**            Integration und Koordination  
Qualitäts- statt Mengenorientierung
- ➔ **Q-Perspektive**      Patienten-Bezug

Prof. Dr. M. Schrappe

Für den AQUA-Qualitätsreport 2013:

## Indikatoren

www.sqg.de



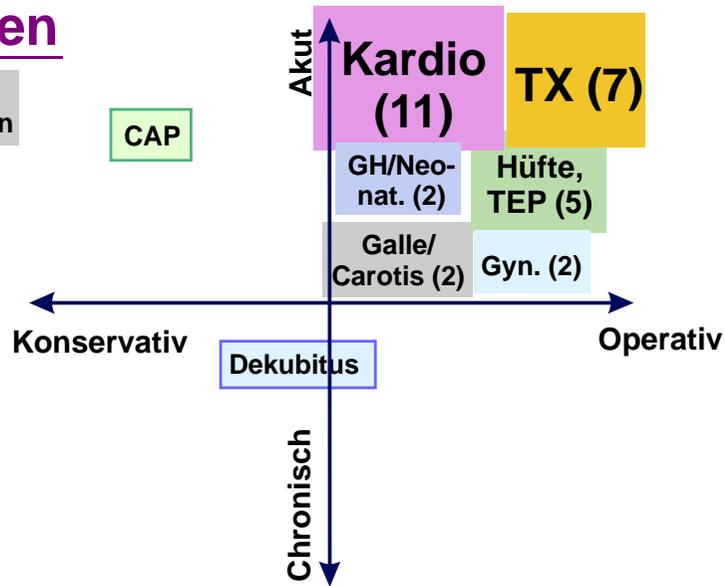
- Ergebnis-Indikatoren
- ▲ Mortalität
  - ▲ Andere Ergebnis-Ind.
- Prozess-Indikatoren
- Leitlinien-Compliance
  - Andere Prozess-Ind.

Indikatoren:  
einzeln angegeben  
Indikatorengruppen

Prof. Dr. M. Schrappe

# Indikatoren

nach Eingriffs-/  
Krankheitsgruppen



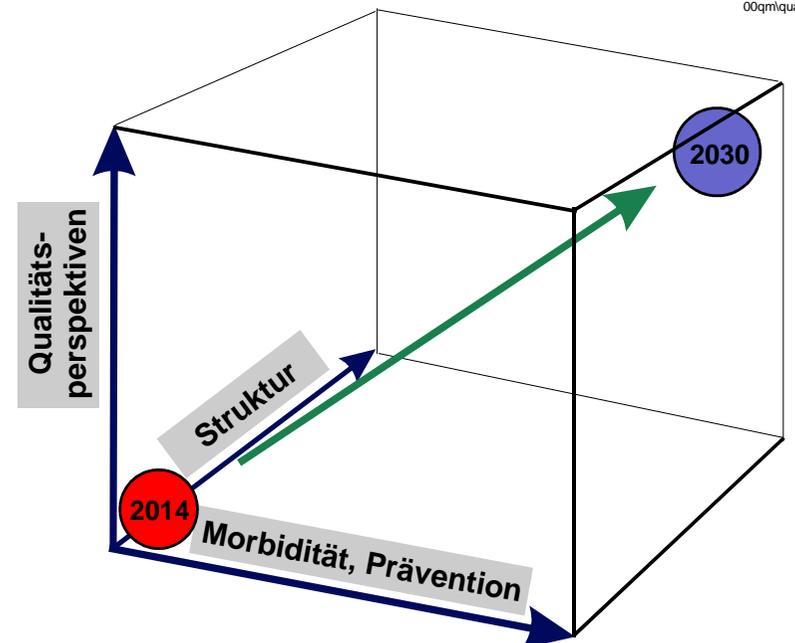
# Das deutsche Gesundheitswesen

- Herausforderungen -

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

# Qualität: 6 Perspektiven

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



## Gliederung

- ➔ Einführung: Zielorientierung
- ➔ Steuerung durch Qualitätsinformationen
- ➔ Instrumente der Qualitätsverbesserung
- ➔ Methodische Probleme
- ➔ Zusammenfassung

## Verbesserung von Qualität: Ebenen

- Individuum ➔ Qualität
- Organisation ➔ Qualitätsmanagement
- System ➔ Qualitätsverbesserung auf Systemebene

## Organisationslernen durch Qualität

- ➔ Qualitätsdaten kennen!
- ➔ Qualitätsdaten intern nutzen
- ➔ Führungsgespräche: Feedback zu Qualität
- ➔ Mit Strukturentwicklung verbinden
- ➔ Motivation der Mitarbeiter fördern
- ➔ Organisationskultur: Lernen

## Verhaltensänderung: Konzepte

- ➔ Lerntheoretische Konzepte
- ➔ Soziale Wahrnehmung
- ➔ *Behavioural engineering*
- ➔ Organisatorischer Wandel
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

## Organisationslernen durch Qualität

- ➔ Qualitätsdaten kennen!
- ➔ Qualitätsdaten intern nutzen
- ➔ Führungsgespräche: Feedback zu Qualität
- ➔ Mit Strukturentwicklung verbinden
- ➔ Motivation der Mitarbeiter fördern
- ➔ **Organisationskultur: Lernen**

## Organisationslernen



\* Patient Reported Outcomes

## Organisationskultur

### Integration

- ➔ Basiskonsens über Grundfragen

### Koordination

- ➔ Handlungskordinierend über gemeinsame Werte und Normen

### Motivation

- ➔ Sinnvermittlung, handlungslegitimierend

### Identifikation

- ➔ Schaffung von Wir-Gefühl und Selbstbewußtsein

### Signaling

- ➔ Verdeutlichung der Werte und Normen

### Adaptation

- ➔ Erklärt Kooperationbedingungen

## Risikomanagement: Führung

- ➔ Authentizität
- ➔ Erfolgsorientierung
- ➔ Öffentlichkeit
- ➔ Mitarbeiterorientierung
- ➔ Verantwortung
- ➔ Handlungslegitimation
- ➔ Sicherheitskultur

# Führung

## ➔ Implizite Annahme

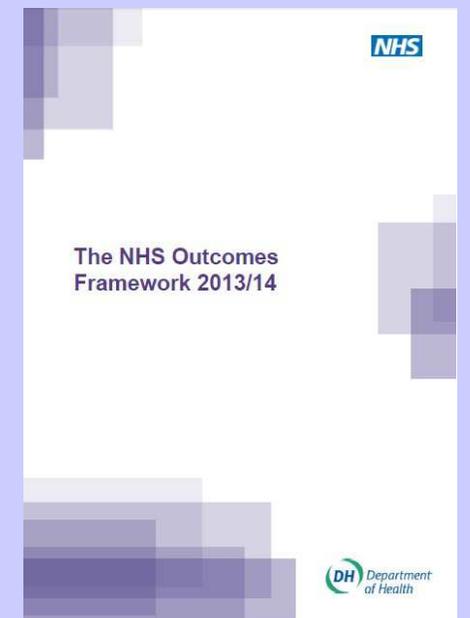
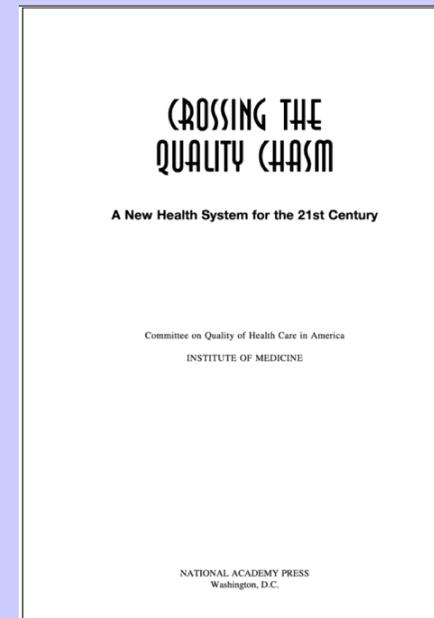
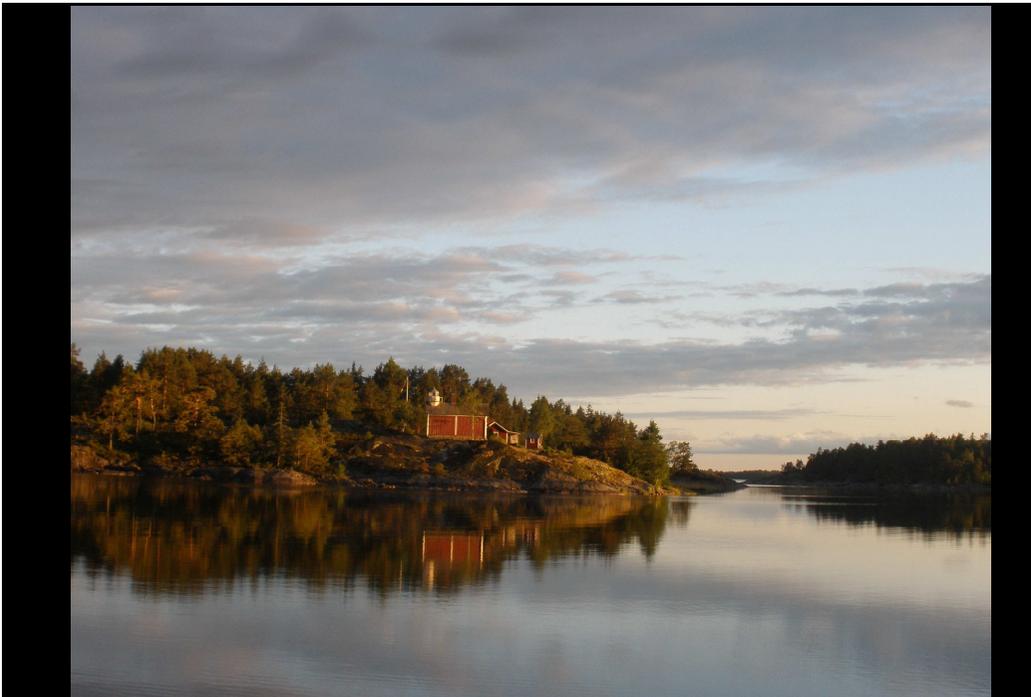
Es besteht ein Mindestmaß an Ordnung und Berechenbarkeit

## ➔ Führungssituationen

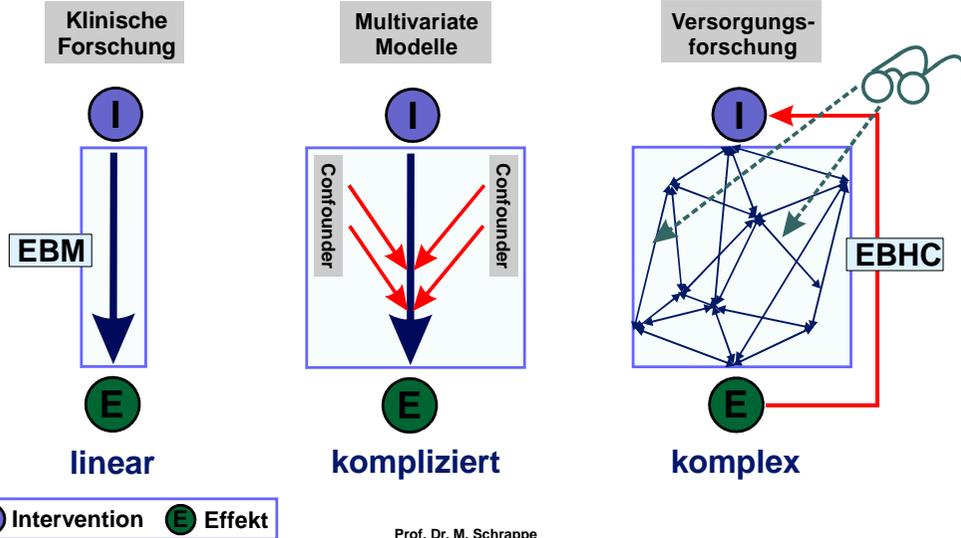
- einfach
- kompliziert
- **komplex**
- chaotisch

# Führungssituationen: komplex

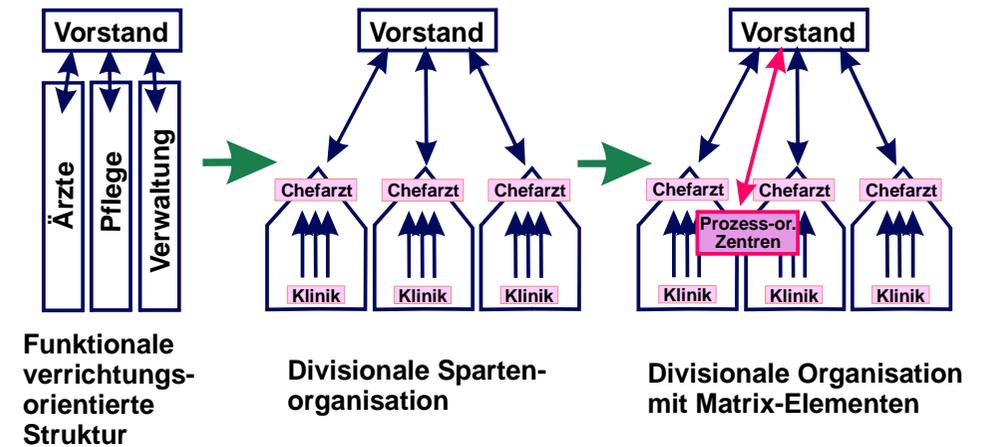
- ➔ Unbekannte Wissenslücken
- ➔ Es ist unmöglich, richtige Antworten zu finden (Ferrari oder Regenwald?)
- ➔ Ausprobieren, Muster erkennen, Vorsicht fördern
- ➔ Gefahr: "bombensichere" vorschnelle Lösungsvorschläge



# Wissenschaft und Komplexität

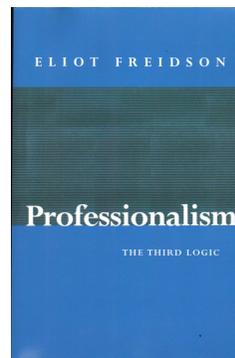


# Primärorganisation



# Professionalismus

Hochgradige Spezialisierung  
Spezifisches Wissen und Können  
Zertifizierung durch Profession  
Exklusive Eigengerichtsbarkeit  
Geschützte Stellung auf dem Arbeitsmarkt  
Hohe Priorität gegenüber professionellen Werten



Freidson 2001, s. auch Relman JAMA 298, 2007, 2668

# Expertenorganisation

- hohe individuelle Autonomie der Experten
- Direkte Beziehung des Experten zum Kunden
- Identifizierung und Karrierechancen über Profession
- Widerspruch zwischen Fachsystem der Experten und sozialem System der Organisation
  - Fach: Innovationen werden schnell umgesetzt
  - Organisation: träge, innovationsresistent
- Einheiten binden Experten an Organisation (additiv)
- Kollegialität der Experten, Management wenig ausgebildet
- Paradoxon: Leistungsfähigkeit der Einheiten stärken und Integration der Gesamtorganisation entwickeln

n. P. Grossmann, Wien 1999

## Verbesserung von Qualität: Ebenen

- Individuum → Qualität
- Organisation → Qualitätsmanagement
- System** → **Qualitätsverbesserung auf Systemebene**

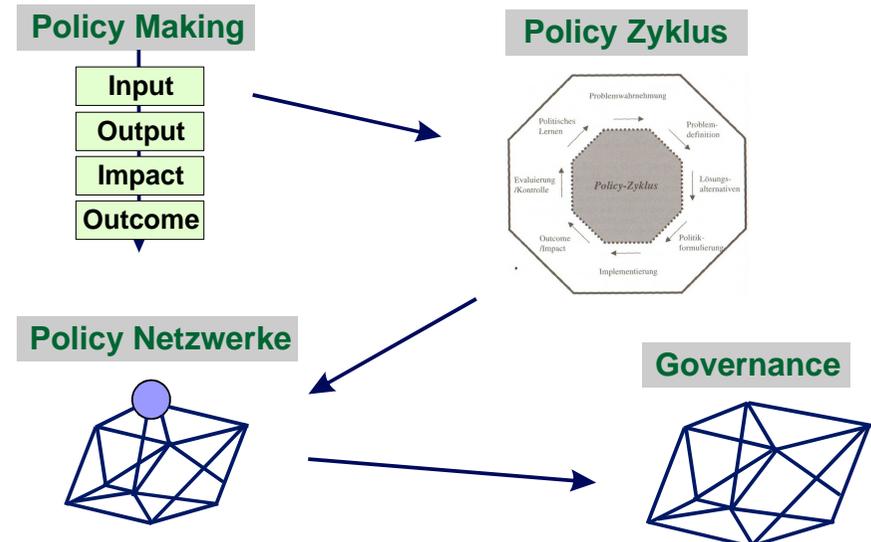
## Instrumente der Qualitätsverbesserung auf System-Ebene

- Detailregelungen
- Institutionelle Interventionen
- Qualitäts-orientierte Versorgungsplanung
- Transparenz/Public Reporting
- Qualitäts-orientierte Vergütung

## Politische Steuerung

- **Policy Making**
  - Linear-hierarchisches Verständnis (Input, Output, Impact, Outcome)
- **Policy Zyklus**
  - Kreisförmig, aber noch hierarchisch
- **Policy Netzwerke**
  - Formal und informell verbundene, staatliche und private Akteure kooperieren Problem-bezogen
- **Governance**
  - Aufhebung der Trennung private/staatliche Akteure, Betonung Zivilgesellschaft und Selbstregulierung

## Politische Steuerung



## Gliederung

- ➔ Einführung: Zielorientierung
- ➔ Steuerung durch Qualitätsinformationen
- ➔ Instrumente der Qualitätsverbesserung
- ➔ Methodische Probleme
- ➔ Zusammenfassung

## 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)

## 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

## 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 und VBP\* in den USA

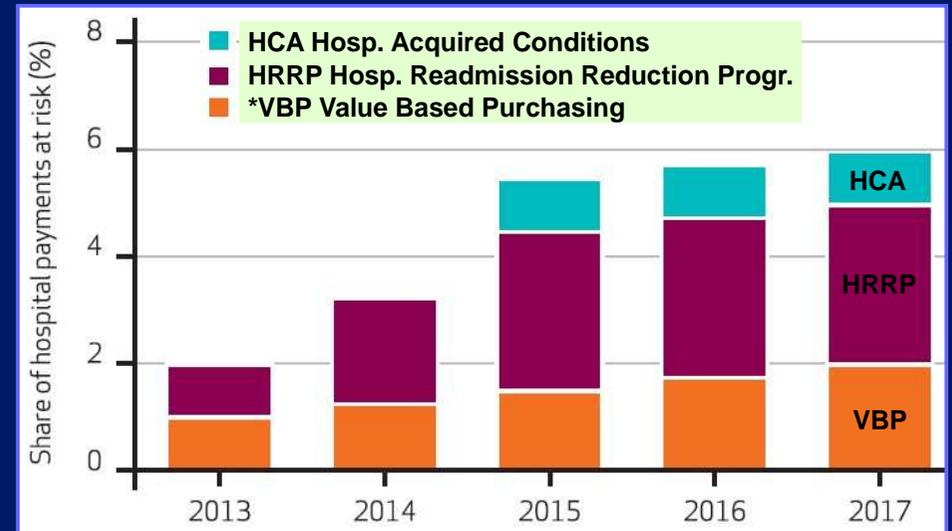
- **Balanced Budget Act 1997**
- **Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) 2003**
  - ➔ **Hospital Inpatient Quality Reporting (IQR)-Program**
- **Deficit Reduction Act (2005)**
- **Tax Relief and Health Care Act (2006)**
- **Patient Protection and Affordable Care Act (2010)**
  - ➔ **Value Based Purchasing Program**
  - ➔ **Hospital Readmission Reduction Program**
  - ➔ **Hospital-Acquired Condition Reduction Program**

Kahn et al. 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

\*VBP Value Based Purchasing

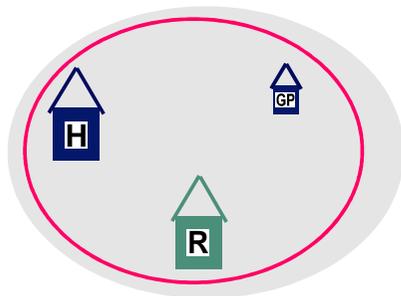
## P4P und VBP\* in den USA



Kahn et al. 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

## QS auf Populationsebene



Leistungserbringer

↓  
Transsektoral↓  
Regional

### Beispiele:

Readmissions  
Stat. Aufnahme wg. Exsikkose  
Entlassung ohne Klärung amb. Pflege  
Stat. Behandlung ohne Klärung Reha

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualität und Populations-bezogene Versorgung

- ➔ **ACSC\*-Indikatoren**
- ➔ **Area-Indikatoren**
- ➔ **Qualität der prospektiv finanzierten und Populations-bezogenen Versorgung**

\*ACSC Ambulatory Care Sensitive Conditions

Prof. Dr. M. Schrappe

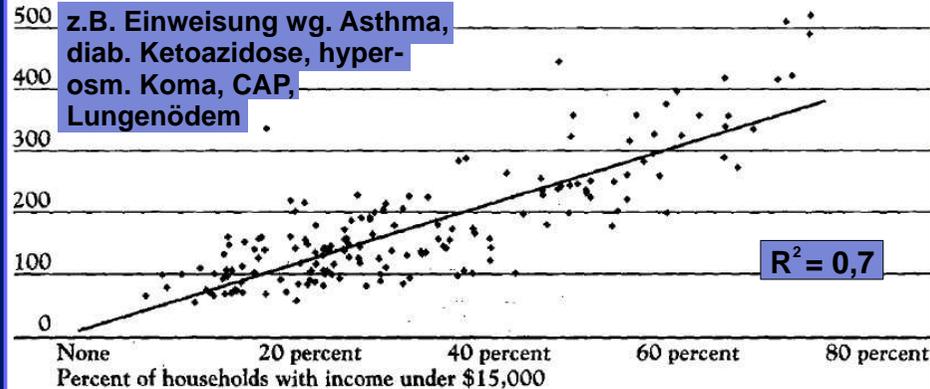
## Ambulatory Care Sensitive Indicators

### ACSC\*; Indikatoren f.d. ambulante Versorgung

Exhibit 1

Admission Rates For Conditions That Are Responsive To Outpatient Treatment, By Area Income, Persons Under Age Sixty-Five, New York City, 1988

Admissions per 10,000 residents

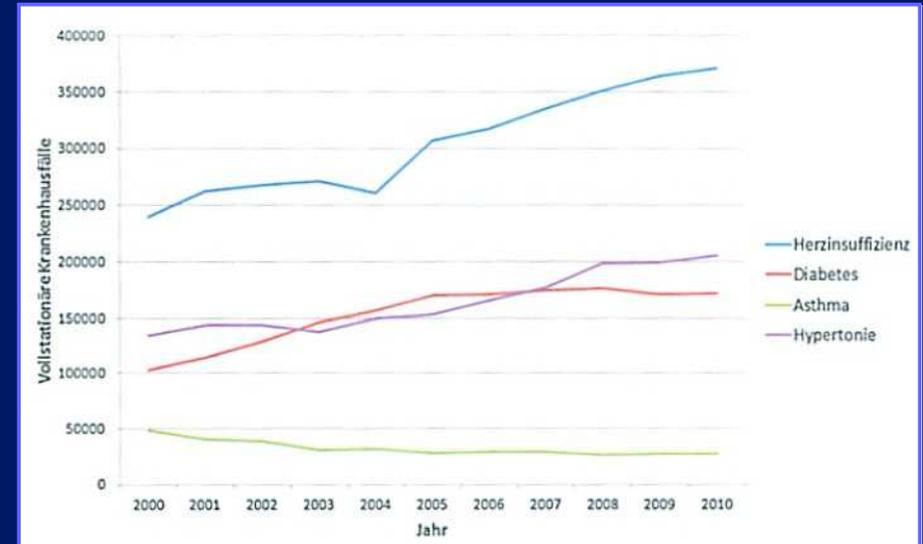


Billings et al. Health Aff. 12, 1993, 162

Prof. Dr. M. Schrappe

\*ACS-Conditions

## ACSC\* in Deutschland

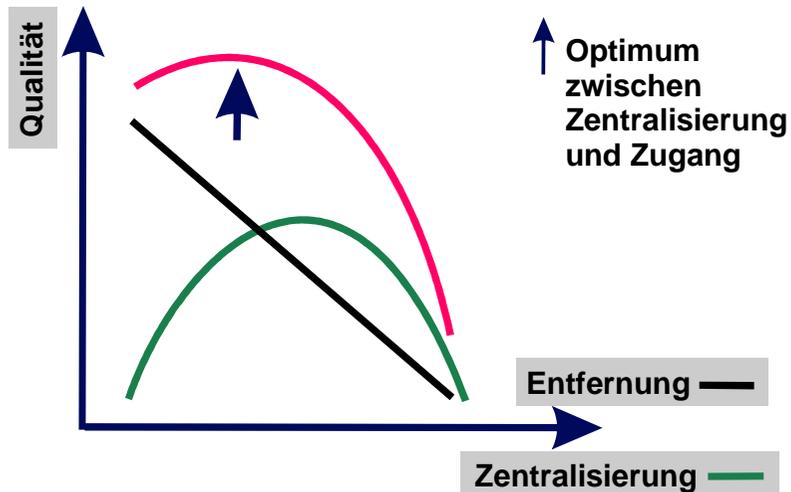


Freund et al. Zefq 108, 2014, 251

Prof. Dr. M. Schrappe

\*ACSC Ambulatory Care Sensitive Conditions

## Zentralisierung und Zugang



Prof. Dr. M. Schrappe

## Versorgung: Triple Aim

### ➤ Ziele

- Individuelle Patienten: Verbesserung der Gesundheit
- Populationen: Verbesserung des Gesundheitsstatus
- Optimaler und effizienter Ressourcenverbrauch

### ➤ Voraussetzungen

- Spezifizierte Population
- Umfassende Versorgung
- Existenz einer integrierenden Instanz ("Integrator")

### ➤ "Integrator"

- Einbeziehung von Patienten und Familien
- Gestaltung der Primärversorgung
- Verantwortlichkeit für Gesundheitsstatus der Population
- Übernahme der finanziellen Verantwortung
- Integration in das Gesundheitssystem (Makroebene)

Prof. Dr. M. Schrappe

Berwick et al. Health Aff. 27, 2008, 759

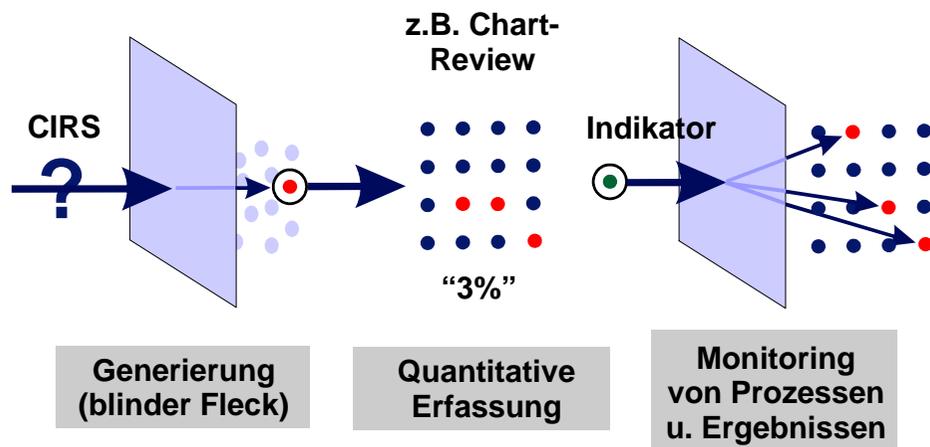
## Gliederung

- ➔ Einführung: Zielorientierung
- ➔ Steuerung durch Qualitätsinformationen
- ➔ Instrumente der Qualitätsverbesserung
- ➔ **Methodische Probleme**
- ➔ Zusammenfassung

## Qualitätsmessung und -verbesserung

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung

## Drei Ziele der Datenerfassung

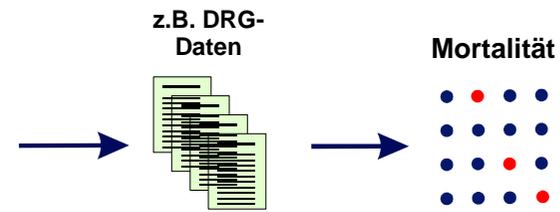


**Generierung  
(blinder Fleck)**

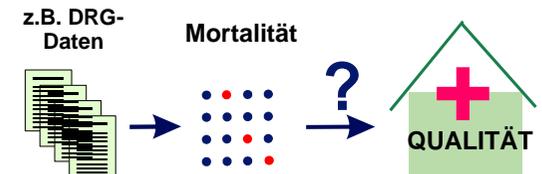
**Quantitative  
Erfassung**

**Monitoring  
von Prozessen  
u. Ergebnissen**

## Erhebung der Mortalität

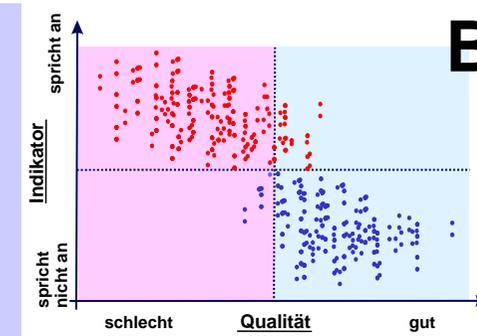
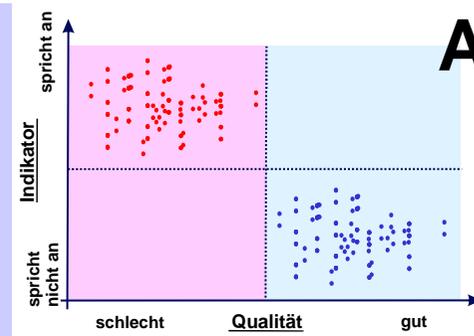


## Indikator Mortalität



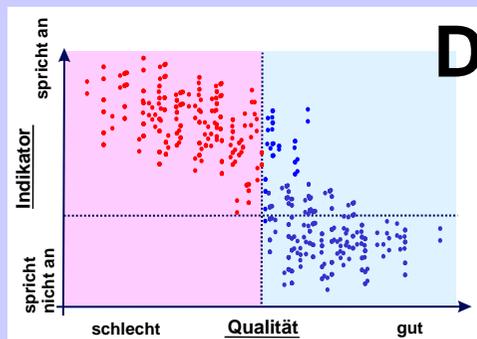
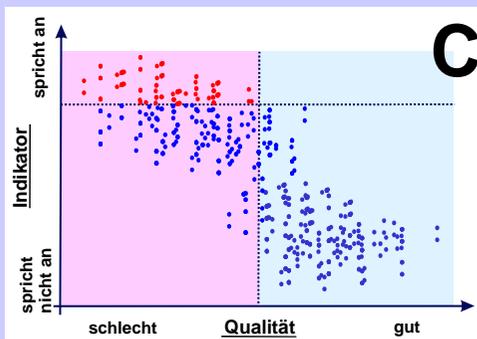
# Qualitätsmessung

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

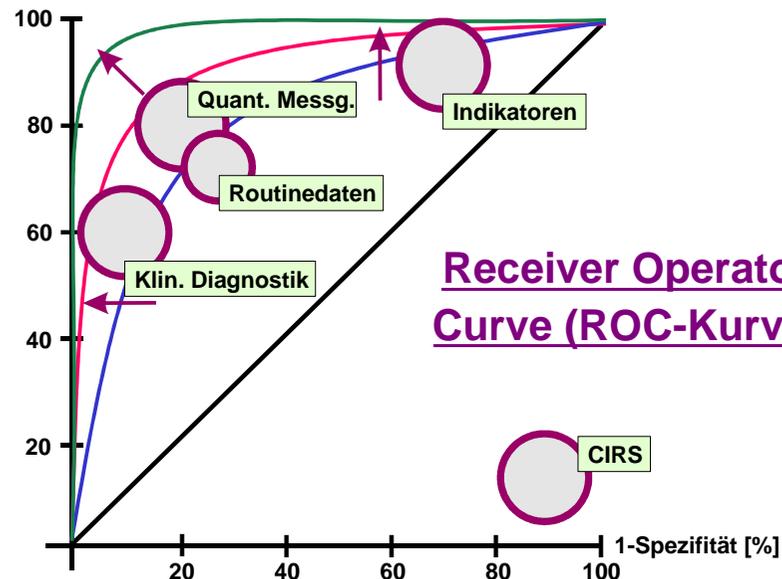


Anbieter-Bezug

Patienten-Bezug



Sensitivität [%]



Receiver Operator Curve (ROC-Kurve)

## Qualitätsmessung

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

## Datenquellen

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

## Datenquellen

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

**Table 4** Caseloads of PSIs based on DRG-administrative data and chart review

PSI	Population at risk	Patients with adverse events		
		Chart	DRG	Agreement
1 Pressure Ulcer	2,374	71	47	46
2 Catheter Related Infections	2,090	32	2	2
3 Postoperative Respiratory Failure	221	3	4	3
4 Postoperative DVT	1,498	8	6	2
5 Hospital acquired Pneumonia	2,876	90	23	21
6 Acute Renal Failure	2,907	170	53	30
7 Acute Myocardial Infarction	2,917	24	5	5
8 Wound Infection	1,413	58	31	26

## Datenquellen

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

## 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

## Qualitätsmessung

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

## 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

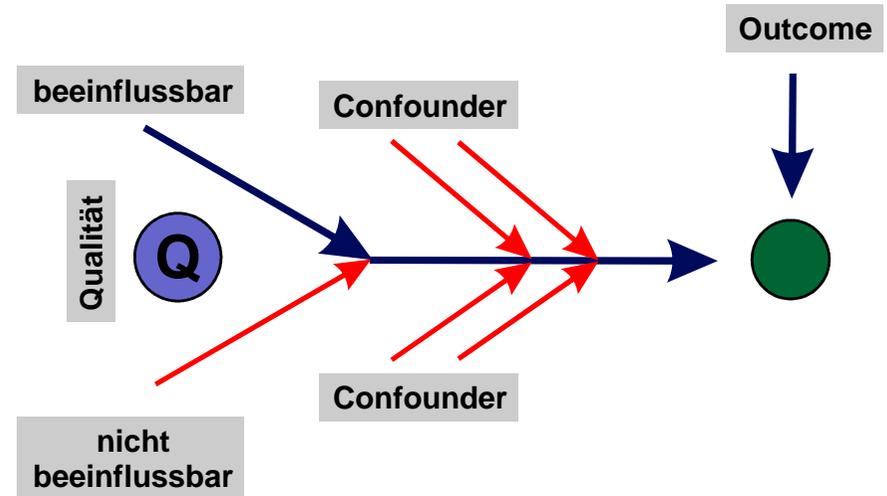
➔ Ergebnis-Ind.

➔ Grenzbereich

➔ Prozess-Ind.

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

# Outcome- und Ergebnisindikatoren

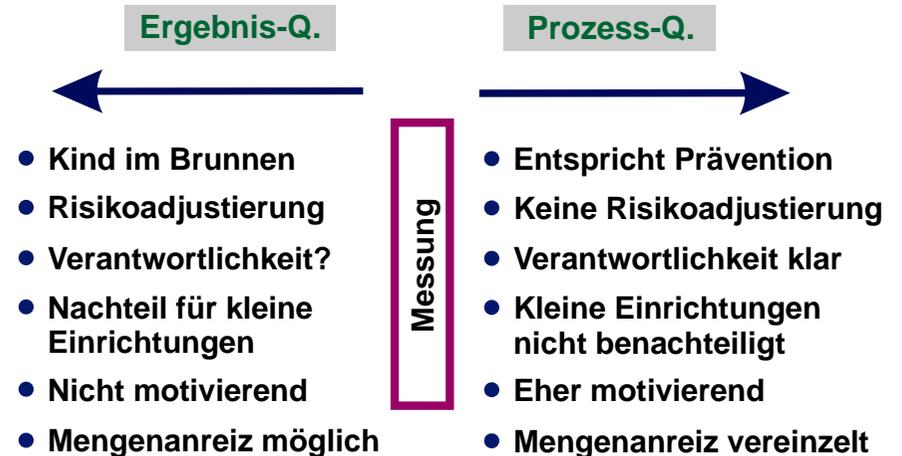


# “Fallzahl-Prävalenz-Problem”

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

# Ergebnis- vs. Prozessqualität



## Zurück zu Prozess-Indikatoren

### VIEWPOINT

## Facilitating Quality Improvement Pushing the Pendulum Back Toward Process Measures

Karl Y. Bilimoria, MD, MS  
Surgical Outcomes and Quality Improvement Center, Department of Surgery, Northwestern University, Chicago, Illinois; and Center for Healthcare Studies, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois.

**Public reporting** and pay-for-performance programs in health care are critically important and effective levers for quality improvement (QI). However, measurement problems have been identified with many current initiatives that limit the utility of the metrics for QI, the engagement of clinicians in QI, and the value of the information available to patients. Some have suggested focusing decisively on outcomes measures rather than process-of-care metrics.<sup>1</sup> It seems that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is committed to moving away from process measures.<sup>2</sup> For example, some would advocate focusing more on venous thromboembolism (VTE) rates (outcome) rather than examining VTE prophylaxis adherence (process). Even though the decades-old debate regarding the merits of process vs outcome measures currently appears to be swinging toward outcomes, this performance measurement hinges on appropriate risk adjustment, which may be challenging given available data (eg, administrative) and the costs of collecting better data (eg, clinical). Furthermore, outcomes measures may be susceptible to surveillance bias, whereby detection of the adverse event is driven by the rate of testing for the event—"the more you look, the more you find." Not only does this detract from outcomes measures as signals of underlying clinical quality, but surveillance bias may lead to paradoxical conclusions (ie, high-quality hospitals appear to perform poorly) as has been demonstrated with the VTE outcome measure, the CMS Hospital Acquired Condition (HAC) Reduction Program, the Patient Safety Indicator (PSI) 90 composite measure, and other metrics.<sup>4-6</sup> In simple terms, a process or outcome measure can be

Bilimoria KY JAMA 314, 2015, 1333

Prof. Dr. M. Schrappe

## Prozessindikatoren im Alltag



Sicherheit:  
bei 80 km/h  
immer noch besser  
als normale Fahrer  
bei 50 km/h



Der Indikator   
ist falsch-positiv

Bei  trotzdem

Knöll-  
chen  
+  
Lappen  
weg



#34065210

Prof. Dr. M. Schrappe

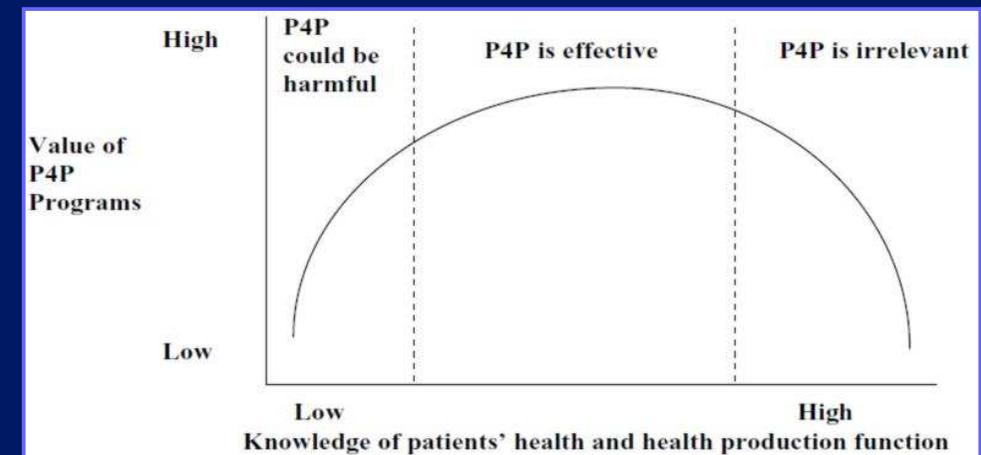
## Qualitätsmessung

- ➔ 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

## P4P: Ergebnis- und Prozessindikatoren

Indikatoren:	Informations- asymmetrie	Risiko- selektion	Wertung
➔ Ergebnis	+	+ 	R.-Sel. ist Problem
➔ Prozess (a)	-	+	Einzel- leistung
➔ Prozess (b)	+	-	Optimal
➔ Struktur	-	-	Investitions- beihilfe

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Einführung: Zielorientierung
- ➔ Steuerung durch Qualitätsinformationen
- ➔ Instrumente der Qualitätsverbesserung
- ➔ Methodische Probleme
- ➔ Zusammenfassung

## Zusammenfassung

- ➔ Qualitätsverbesserung auf institutioneller und Systemebene nur zielorientiert sinnvoll
- ➔ Strukturentwicklung und Qualitätsperspektive beachten!
- ➔ Instrumente der Qualitätsverbesserung kritisch einsetzen
- ➔ Sich mit der methodischen und technischen Umsetzung auseinandersetzen
- ➔ Die Zukunft liegt in der regionalen Organisation der Gesundheitsversorgung: die Rolle des "Integrators" ist von entscheidender Wichtigkeit

Prof. Dr. M. Schrappe