

Gesundheitswesen: Quo Vadis?

Qualität 2030

Vortrag auf der Mitgliederversammlung
der sQmh

Olten, 09.12.2015

2Q30

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

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Qualität 2030 - die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen



Gutachten

im Auftrag
Gesundheitsstadt Berlin

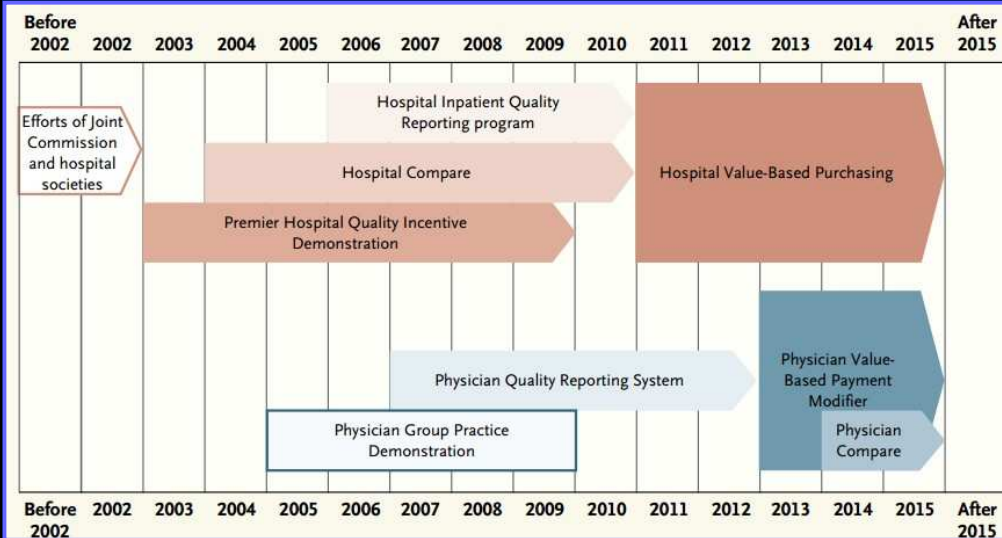
Stand Mitte 2014

2Q30

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

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

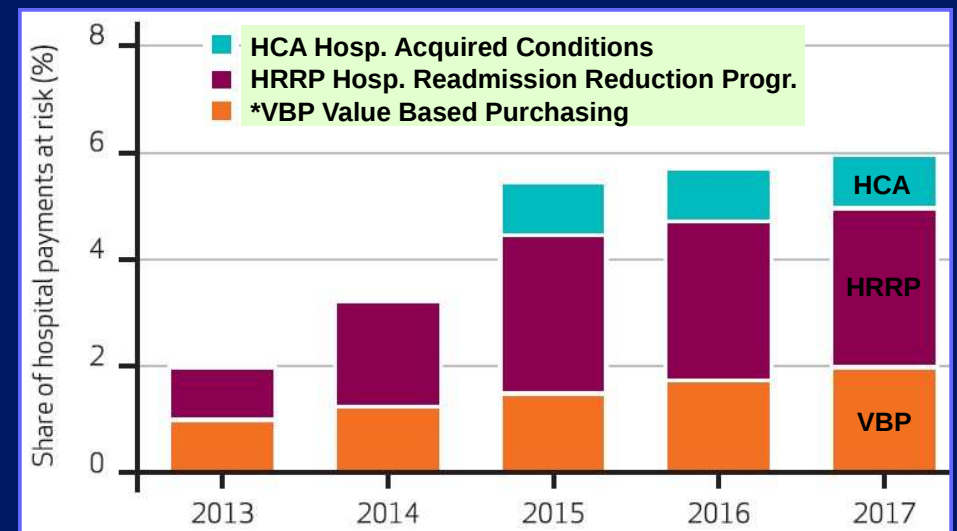
Medicare's Quality Incentive Program



Chien & Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P und VBP* in den USA



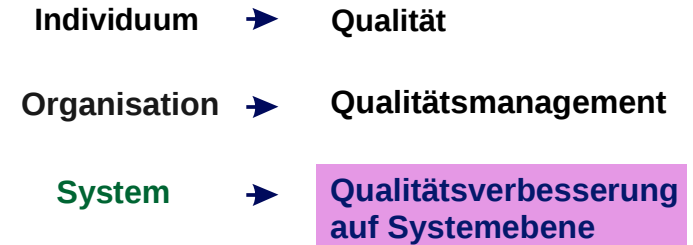
Kahn et al. 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätsverbesserung auf Systemebene

- Qualitätsbericht nach §136b Abs. 6
 - Qualitäts-or. Vergütung n. §136b Abs. 9
 - Qualitäts-orientierte Krhs-Planung (§6 Abs. 1a KHG, §136c SGB V)
 - "Tandem" Mindestmengen und Zugang (§136b Abs.3-5, §17b KHG)
 - "Qualitätsverträge" nach §110a
 - Patienten-Bezug §1,1 KHG, §136b,6, §137a,3
 - Detailregelungen Hygiene, Patsich.
 - Mengenproblematik (KHG §§10,17b)
 - Inst. f. Qualität u.Transparenz (§137a)
 - Innovationsfonds (§92a,b SGB V)
- ➔ Wettbewerb
- ➔ Versorgungsplanung
- ➔ Selektivverträge
- ➔ Patientenorientierung
- ➔ Schwerpunktsetzung
- ➔ Überversorgung
- ➔ Entwicklung
- ➔ Evaluation

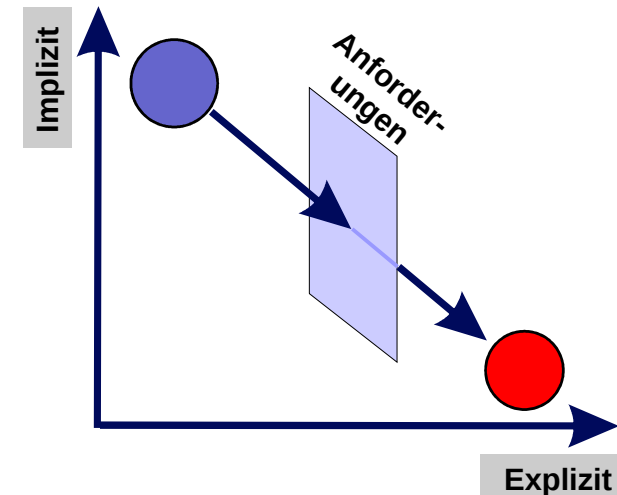
Verbesserung von Qualität: Ebenen



Qualität 2030

- ➔ Zielorientierung
- ➔ Kontext
 - ➔ Umsetzung
 - ➔ Schlussbemerkung

Definition Qualität: Anforderungen



Das deutsche Gesundheitswesen

- Charakteristika -

- ➔ Operative Akuterkrankungen
- ➔ Erkrankungsbezug
- ➔ Zunehmende Sektorisierung
- ➔ 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

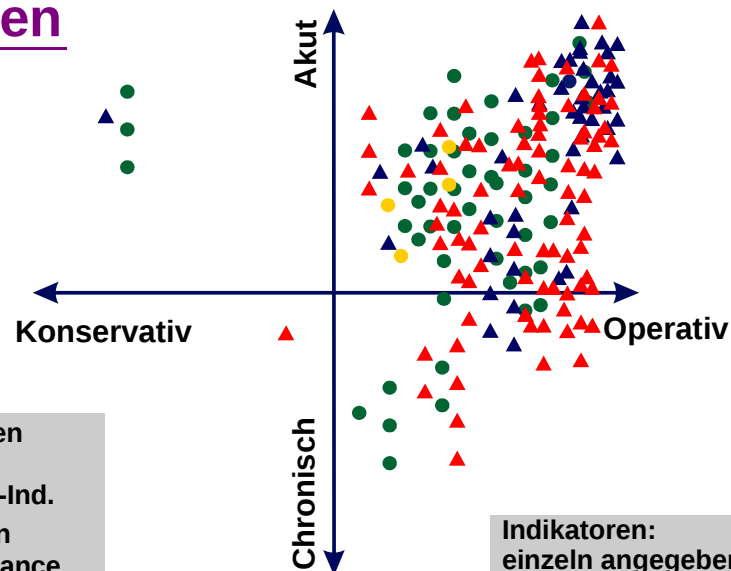
Prof. Dr. M. Schrappe

Für den AQUA-Qualitätsreport 2013:

Indikatoren

www.sgg.de

00qm\indiacakuterkr.cdr

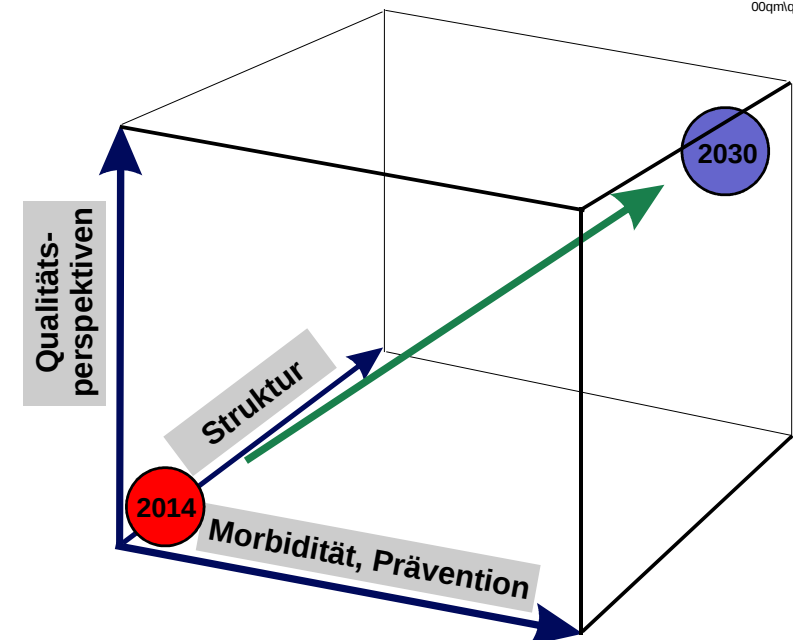


- Ergebnis-Indikatoren
- ▲ Mortalität
 - ▲ Andere Ergebnis-Ind.
- Prozess-Indikatoren
- Leitlinien-Compliance
 - Andere Prozess-Ind.

Indikatoren:
einzeln angegeben
Indikatorengruppen

Prof. Dr. M. Schrappe

00qm\qualiq_3dim_b.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität 2030

- ➔ Zielorientierung
- ➔ **Kontext**
- ➔ Umsetzung
- ➔ Schlussbemerkung

2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätsverbesserung: Kontextbezug

- ➔ Institutionelles Qualitätsmanagement
- ➔ **Systemebene: Selbstverwaltung, Ökonomie, Politik**
- ➔ Wissenschaft: Improvement Science

Prof. Dr. M. Schrappe

CROSSING THE QUALITY CHASM

A New Health System for the 21st Century

Committee on Quality of Health Care in America
INSTITUTE OF MEDICINE

NATIONAL ACADEMY PRESS
Washington, D.C.

NHS

The NHS Outcomes
Framework 2013/14

DH Department
of Health

Rahmenkonzept

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Expertenorganisation

- ➔ Funktionale Organisation
- ➔ Autonomie der Experten
- ➔ Direkte Kundenbeziehung
- ➔ Koordination durch Standardisierung
- ➔ Karrierechancen über Profession
- ➔ *Pigeon-Holing*
- ➔ Toleranz von Unsicherheit
- ➔ Innovations-Paradoxon
- ➔ Management wenig ausgebildet
- ➔ Schwächen: Innovationsresistenz, Überdehnung der Angebotsmacht, Verlust der Akzeptanz



n. Mintzberg, H.: The Structuring of Organizations, 1979

Prof. Dr. M. Schrappe

Komplexe Professionelle Systembürokratie - Definition -

Aus der Synthese der Konzepte Expertenorganisation (*professional bureaucracy*) und Komplexitätstheorie entwickelter Arbeitsbegriff, der auf gemeinsamen Eigenschaften beider Konzepte wie **Autonomie**, Tendenz zur **Selbstorganisation**, Toleranz von Unsicherheit (**“intrinsische Unsicherheit”**) und **“Innovationparadoxon”** (Innovationen nicht planbar bei großer Innovationsnähe) beruht und zur Beschreibung sowohl der organisatorischen als auch der Systemebene verwendet wird.

Schrappe M., Qualität 2030, 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

Rahmenkonzept

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

Prof. Dr. M. Schrappe

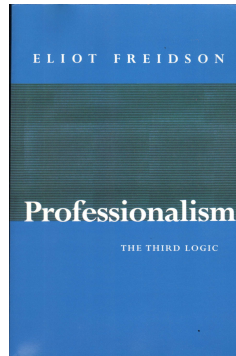
Verhaltensänderung: Konzepte

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

Prof. Dr. M. Schrappe

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Aktion Saubere Hände



- Träger APS, NRZ d. RKI, GQMG
- Verstärkung Händedesinfektion
- Rückkopplung des Desinfektionsmittelvolumens / Pat.-Tag
- Integration in KISS
- Nationale Aktionstage
- Regionale Aktionen, alle Medien
- Start 11.12.07 mit Pressekonf. BMG

Prof. Dr. M. Schrappe

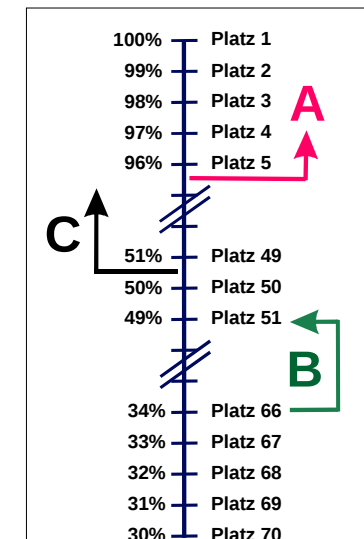
Rahmenkonzept

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

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P: Ökonomische Faktoren

- Kopplung der monetären Bewertung an die Qualitätssystematik
- Höhe der monetären Bewertung
- Informationsasymmetrie
- 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		+	+	+

Rahmenkonzept

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

Politik unter Governance-Bedingungen

- ➔ Direction pointing
- ➔ Strategische Ziele setzen
- ➔ Negative Auswirkungen kontrollieren
- ➔ Rahmenbedingungen schaffen

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%
Kontrollgruppe	13,6%	10,6%
• Hochrisiko-Pat. HQIP	8,4%	8,2%
Kontrollgruppe	8,4%	8,3%

Epstein et al. 2014

HQIP Hosp. Quality Incentive Demonstration Proj.
 Prof. Dr. M. Schrappe AMI Akuter Myokardinfarkt, CABG Bypass OP

Qualitätsverbesserung: Kontextbezug

- Institutionelles Qualitätsmanagement
- Systemebene: Selbstverwaltung, Ökonomie, Politik
- **Wissenschaft: Improvement Science**

Prof. Dr. M. Schrappe

Complex Multicomponent Interventions (CMCIs)

- Doppelte Komplexität
 - Komplexe Intervention
 - Komplexer Kontext
- *bundle interventions*
- Theorie-Basierung entscheidend
- Frage: "Aufschnüren" des Bündels?

Berwick 2008

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität 2030

- Zielorientierung
- Kontext
- **Umsetzung**
- Schlussbemerkung

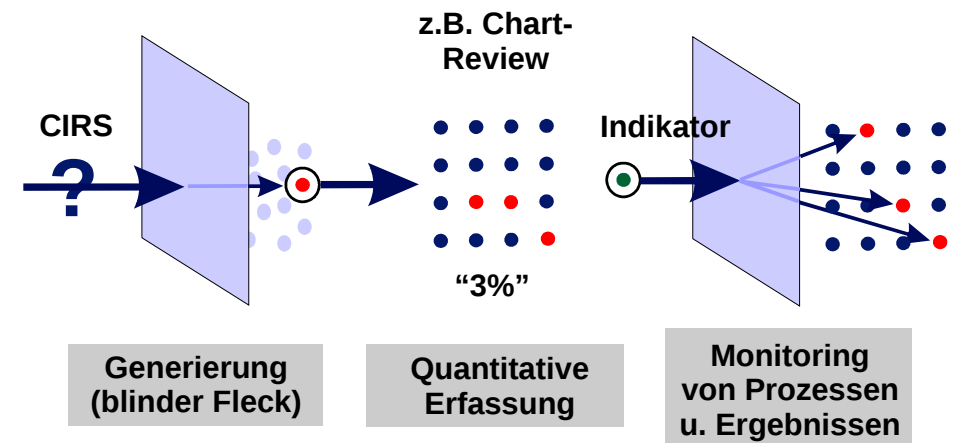
2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

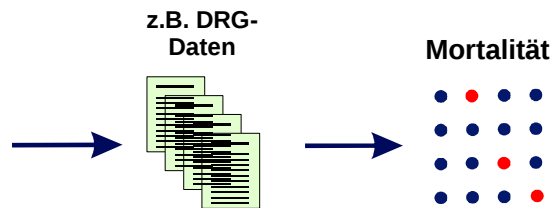
Qualitätsmessung und -verbesserung

- Indikatoren statt quantitative Erfassung

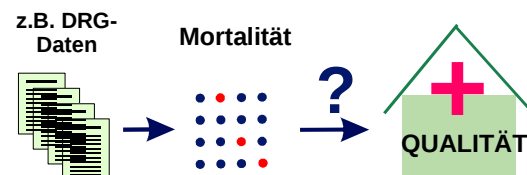
Drei Ziele der Datenerfassung



Erhebung der Mortalität

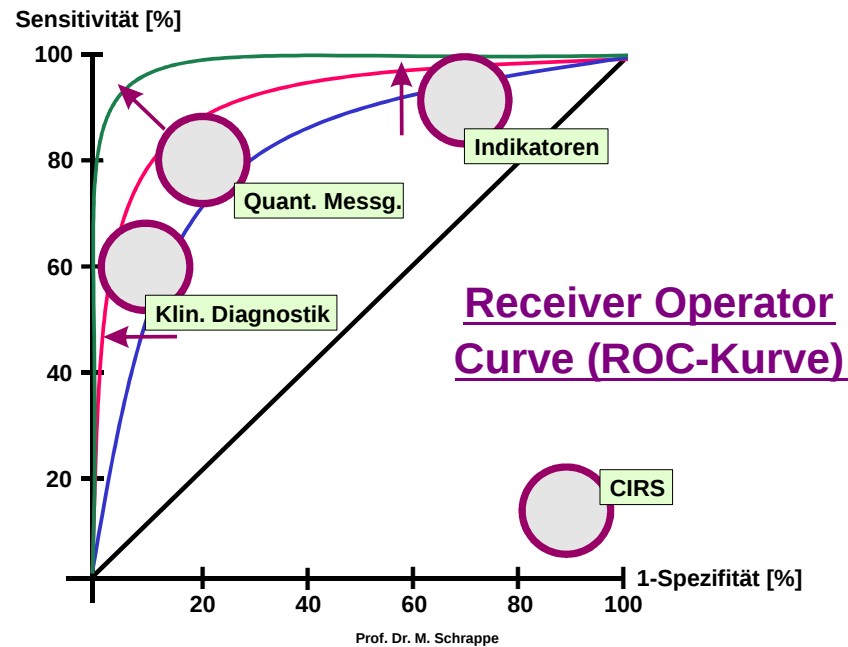


Indikator Mortalität



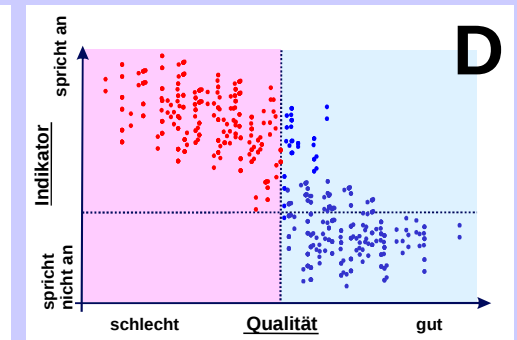
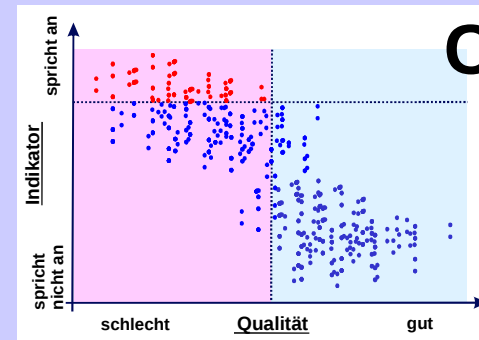
Qualitätsmessung

- Indikatoren statt quantitative Erfassung
- Indikatoren: hohe Sensitivität



Anbieter-
Bezug

Patienten-
Bezug



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

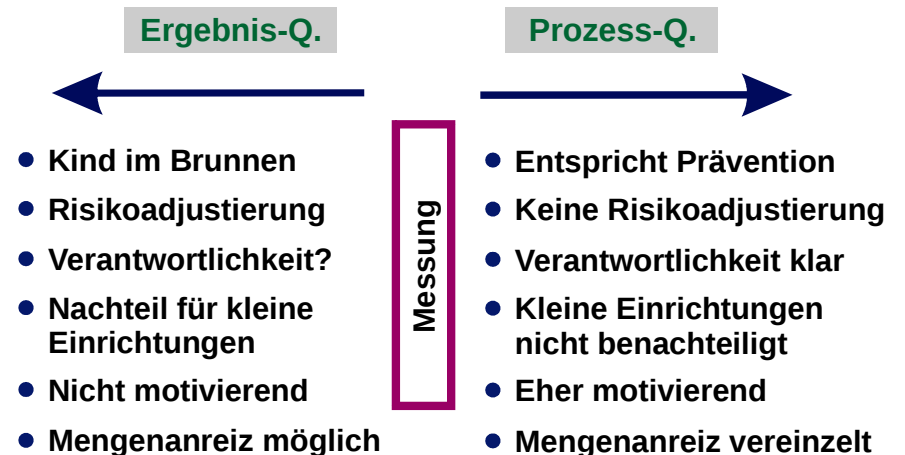
➔ Ergebnis-Ind.

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

➔ Grenzbereich

➔ Prozess-Ind.

Ergebnis- vs. Prozessqualität



“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

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'Amelioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Saint-Lary et al. 2012

Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren des *Hospital Value-Based Purchasing* Programms der CMS

(n. Ryan und Blustein 2012C)

(1) Clinical process

- **Acute myocardial infarction:** fibrinolytic therapy received within 30 minutes of hospital arrival; primary percutaneous coronary intervention received within 90 minutes of hospital arrival
- **Heart failure:** discharge instructions
- **Pneumonia:** blood cultures performed in the emergency department before initial antibiotic received in hospital; initial antibiotic selection for community-acquired pneumonia in immunocompetent patients
- **Infections associated with health care:** prophylactic antibiotic received within 1 h before surgical incision; prophylactic antibiotic selection for surgical patients; prophylactic antibiotics discontinued within 24 h; cardiac surgery patients with controlled 6 a.m. postoperative serum glucose levels
- **Surgery:** surgery patients taking a beta-blocker before arrival who received a beta-blocker during the perioperative period; recommended venous thromboembolism prophylaxis ordered; appropriate venous thromboembolism prophylaxis received no more than 24 hours before surgery and up to 24 hours after surgery

(2) Patient experience

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

(3) Patient mortality

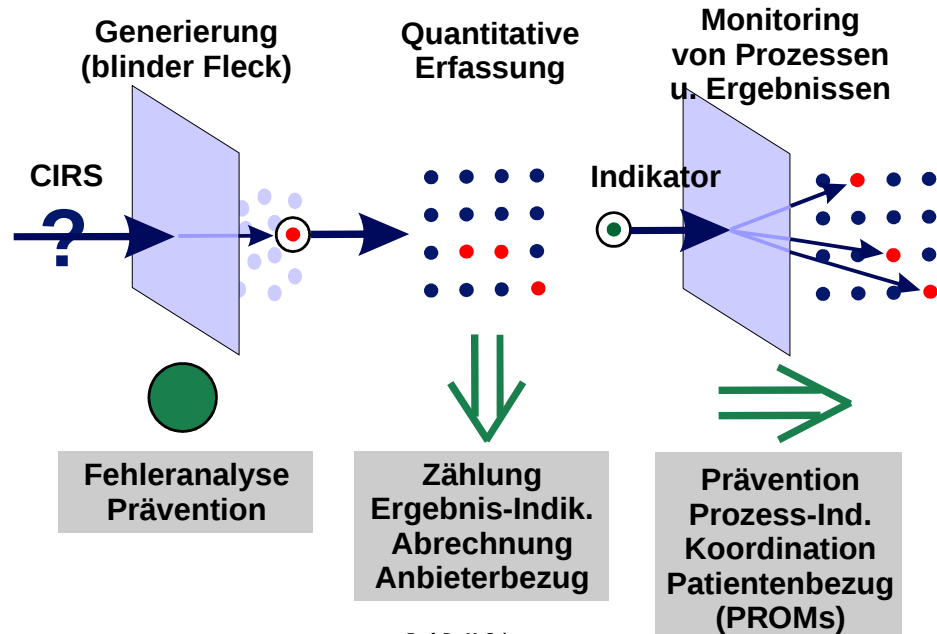
- Mortality at 30 days, acute myocardial infarction
- Mortality at 30 days, heart failure
- Mortality at 30 days, pneumonia

(4) Hospital-acquired conditions

- Foreign object retained after surgery
- Air embolism
- Blood incompatibility
- Pressure ulcer stages 3 and 4
- Falls and trauma
- Infections associated with vascular catheters
- Urinary tract infections associated with catheters
- Manifestations of poor glycemic control

(5) Patient safety

- Composite measure of complication and patient- safety indicators (pressure ulcer, iatrogenic pneumothorax, bloodstream infections related to central venous catheters, postoperative hip fracture, postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis, postoperative wound dehiscence, and accidental puncture or laceration)
- Mortality for selected medical conditions (composite)



Prof. Dr. M. Schrappe

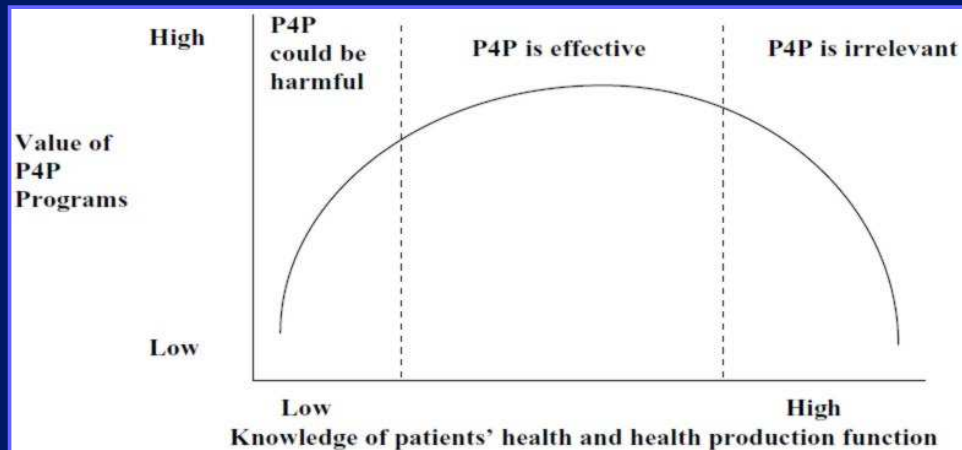
Qualitätsmessung

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität 2030

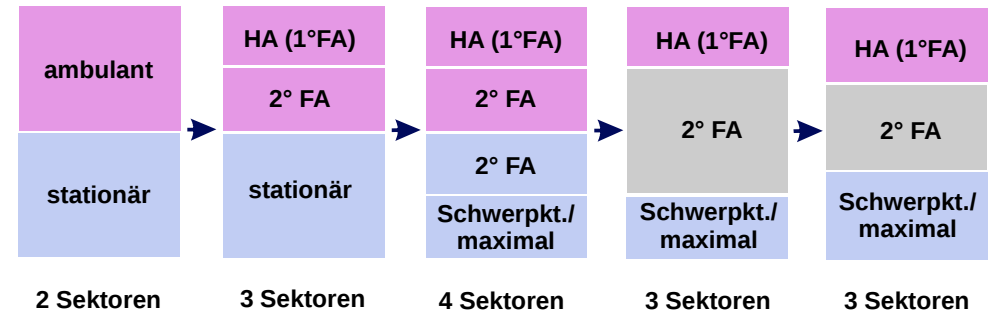
- ➔ Zielorientierung
- ➔ Kontext
- ➔ Umsetzung
- ➔ **Schlussbemerkung**

2Q30

Prof. Dr. M. Schrappe

Perspektive:

Deutsches Gesundheitswesen



Prof. Dr. M. Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

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

Prof. Dr. M. Schrappe