

Das Krankenhaustransparenzgesetz aus Sicht der Forschung. Ein Schritt in die richtige Richtung?

Webgespräch des BMC

Matthias Schrappe

13.11.2023

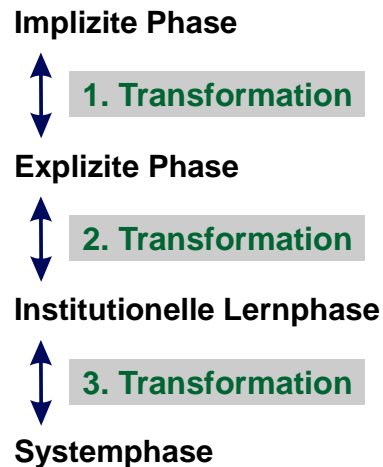
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
www.matthias.schrappe.com

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Gliederung

1. Kann Qualität die Anreize durch Menge und Preis ersetzen?

Verhaltensänderung durch Qualität



Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätswettbewerb: implizite Annahmen

➤ **Patienten:**

- Patienten maximieren ihren Nutzen
- Qualitätsinformationen entsprechen Informationsnachfrage
- Informationen sind verständlich und entscheidungsrelevant

➤ **Professionals:**

- Interne Motivation und externer Anreiz vereinbar

➤ **Institutionen:**

- Institutionen sehen Qualität als marktrelevant
- Qualität als Organisationskultur (z.B. Verzicht auf *gaming*)

➤ **Rahmenbedingungen:**

- Fördern Qualitäts- und Sicherheitsanreize
- "Qualitätssicherung der Qualitätssicherung"
- Setzen - bei regionaler Umsetzung - Mindeststandards

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

1. Kann Qualität die Anreize durch Menge und Preis ersetzen?
2. Ursprung und Bedeutung von QM

Organisationstheoretische Ansätze

- Klassische Ansätze**
 - Bürokratie-Ansatz
 - Administrativer Ansatz
 - Arbeitswissenschaftlicher Ansatz
- Neoklassische Ansätze**
 - Human-Relation-Ansatz
 - Anreiz-Beitrags-Theorie
- Moderne Ansätze**
 - Human-Ressourcen-Ansatz
 - Strukturalistischer Ansatz
 - Entscheidungstheoretischer Ansatz
 - Mikroökonomischer Ansatz
 - Kognitiv-symbolischer Ansatz
 - Systemtheoretischer Ansatz

Die „Transparenz-Drohung“

Könnte schmerzhaft werden

Karl Lauterbach hat Kompromisse angeboten und geschmeichelt, jetzt will der Gesundheitsminister die Länder zu einer Einigung zwingen – mit einer Drohung: Er will öffentlich machen, wie gut oder schlecht die einzelnen Krankenhäuser wirklich sind

Von Angelika Rahn

In politischen Kreisen ist es oft große Donnerstagsüberraschung, wenn die Bundesgesundheitsministerin (SPD) und sein Ministerium einander. Die Diskussion der „Bundes-Länder-Krankenhausreform“ seit Monaten regelmäßig wartet hinter sich nicht weniger als ein Down: Denn an diesem Tag die Länder in zwingen. Ob die sich öffnen. Aber klar ist die Frage entscheidet Lauterbach am Ende als geschichtlicher Bundes betrachtet werden. Die Krankenhauserzierte Projekt, das seine Anteilnehmer nichts weniger als ein nation von Deutschland will er bundesweit durchzusetzen: Alle Häuene Level eingeteilt stellen sich Lauterbach vor, genau festgelegte Leistungen erbringen allem komplexere

Schon vergangene Woche soll Lauterbach eine Art **Transparenz-Drohung** ausgesprochen haben: **Wenn es keine Einigung und damit auch keine Krankenhausreform gebe, dann müsse er die Qualität der ärztlichen Versorgung eben anders sicherstellen, soll Lauterbach skizziert haben. Dann würde er die Daten über die Versorgungsqualität, die zu jeder einzelnen Klinik vorliegen, eben für die Bürgerinnen und Bürger öffentlich machen. Das könne zum Beispiel über eine interaktive Landkarte geschehen, bei der Versicherte die Qualität jeder Leistung in jedem Krankenhaus überprüfen und vergleichen könnten.**

zur Verfügung stehen müssten. Insbesondere in den ostdeutschen Ländern müsse es die Möglichkeit geben, „ausgestatten nur schwer aufsucherhaltende ambulante Versorgung auch an Krankenhäusern gewährleisten zu können“.



Karl Lauterbach (links) und Klaus Holetschek (rechts) im Februar. Foto: GMS 100, 100/100/100

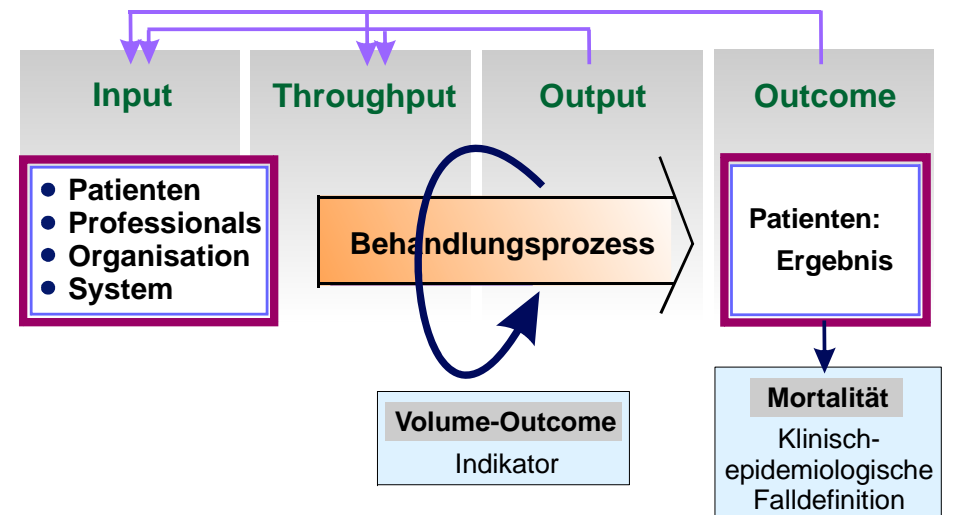
beitsminister aus Nordrhein-Westfalen (CDU), hatte es sich Lauterbach zwischenzeitlich über alle Maßen lobte. Zudem kam der Minister den Ländern in einigen Punkten durchaus entgegen – um dann an anderen Stellen wieder rote Linien zu ziehen.

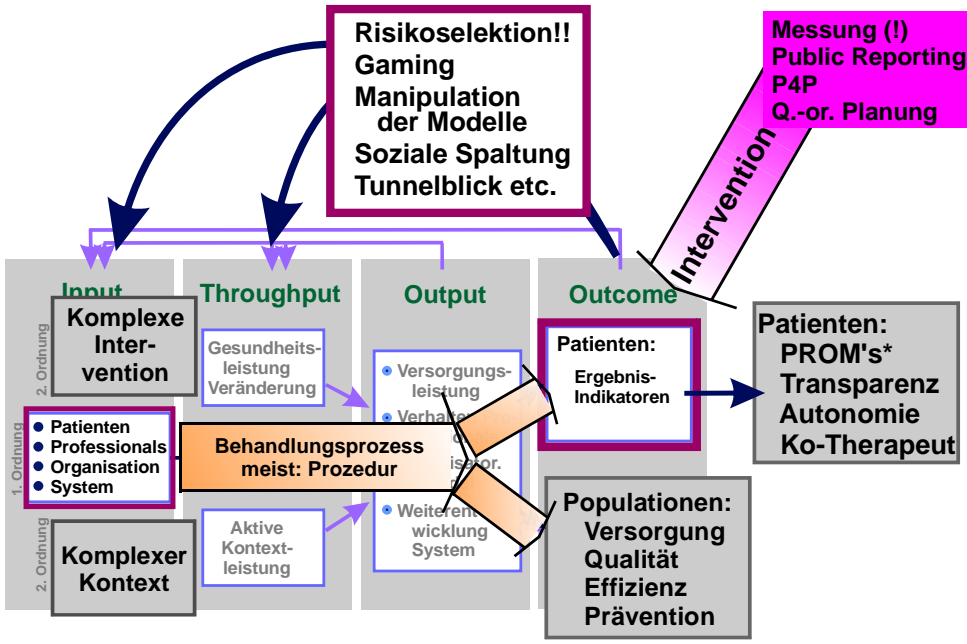
Am Donnerstag sucht Lauterbach nun die Entscheidung – auf erste Punkte müsse sich die Bunde einigen, ist zu hören. Dass der Minister drängt, hat mit dem Zeitplan zu tun, den er selbst vorgegeben hat: Noch vor der parlamentarischen Sommerpause hat er Eckpunkte eines Gesetzestextes versprochen, also bis Ende Juni. Dafür ist er auch bereit, die Länder unter Druck zu setzen.

Schon vergangene Woche soll Lauterbach eine Art **Transparenz-Drohung** ausgesprochen haben: **Wenn es keine Einigung und damit auch keine Krankenhausreform gebe, dann müsse er die Qualität der ärztlichen Versorgung eben anders sicherstellen, soll Lauterbach skizziert haben. Dann würde er die Daten über die Versorgungsqualität, die zu jeder einzelnen Klinik vorliegen, eben für die Bürgerinnen und Bürger öffentlich machen. Das könne zum Beispiel über eine interaktive Landkarte geschehen, bei der Versicherte die Qualität jeder Leistung in jedem Krankenhaus überprüfen und vergleichen könnten.**

Für einige Landesminister soll das, parteiübergreifend, eine Horravorstellung sein.

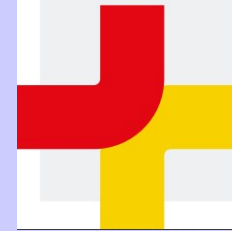
Throughput #2: Anwendung auf Qualität





Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

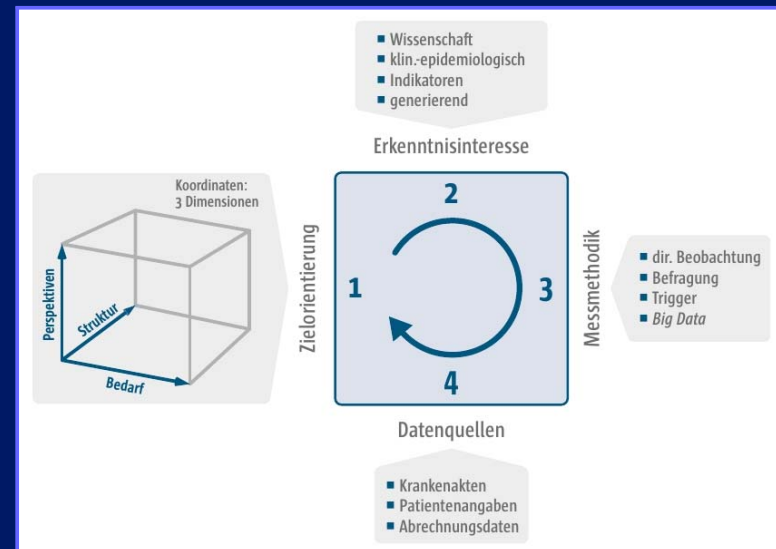
Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung
Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen

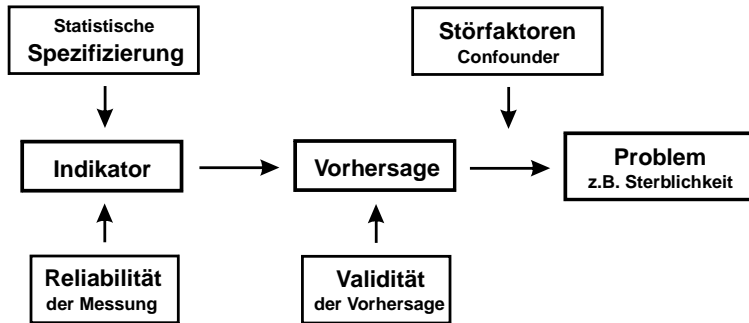


Gliederung

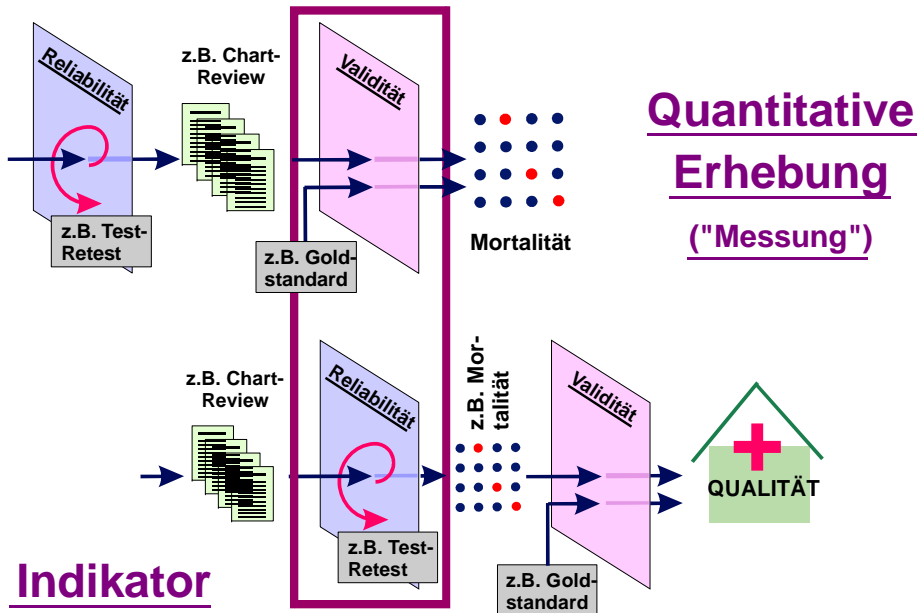
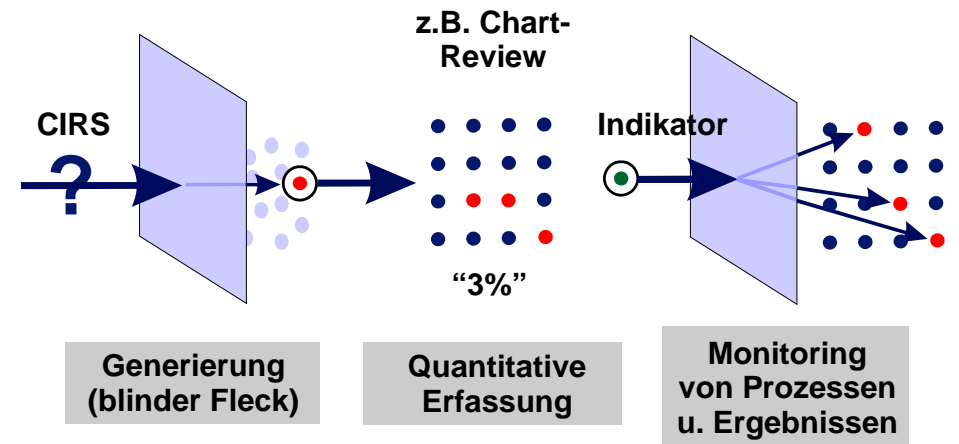
1. Kann Qualität die Anreize durch Menge und Preis ersetzen?
2. Ursprung und Bedeutung von QM
3. Qualität messen: das Missverständnis Nummer 1

Erhebungsmethodik: 4stufiges Verfahren

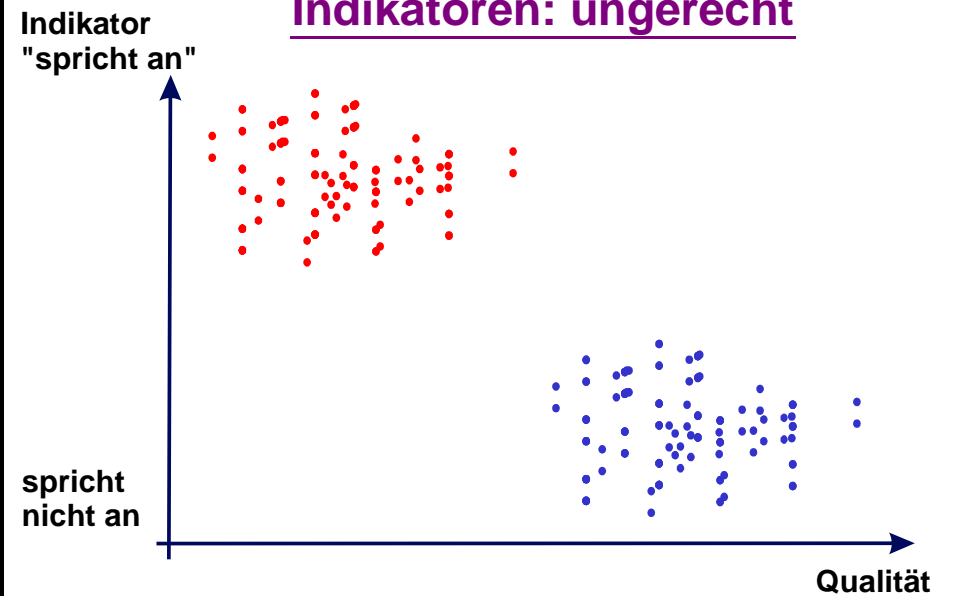




Drei Ziele der Datenerfassung



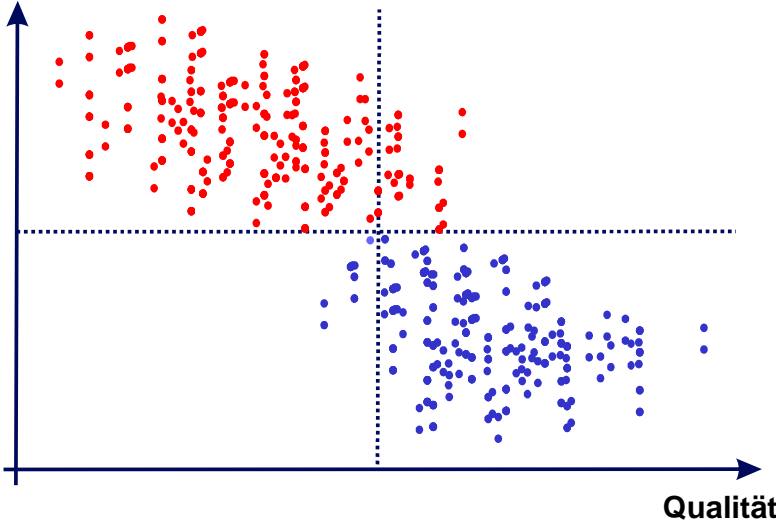
Indikatoren: ungerecht



Indikatoren: ungerecht

Indikator
"spricht an"

spricht
nicht an

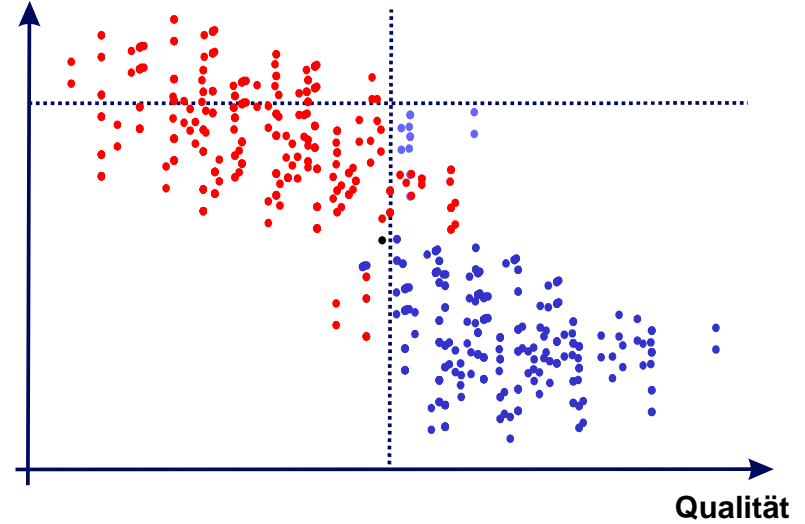


Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren: ungerecht

Indikator
"spricht an"

spricht
nicht an

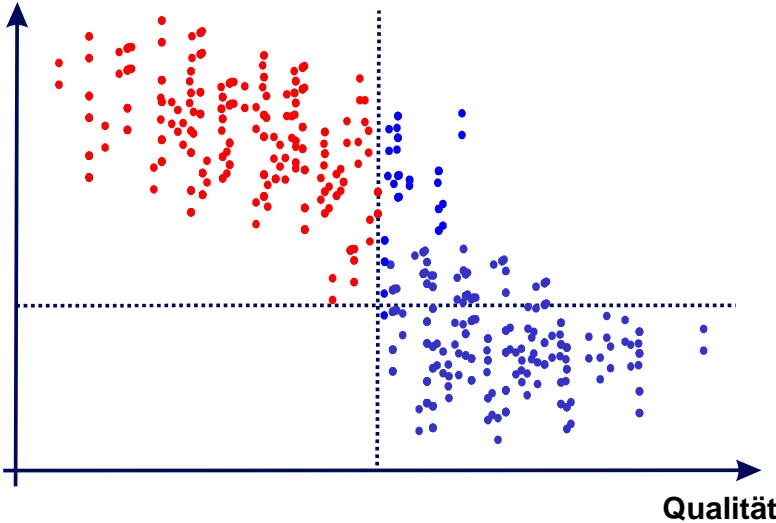


Prof. Dr. M. Schrappe

Indikatoren: ungerecht

Indikator
"spricht an"

spricht
nicht an



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

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

Prof. Dr. M. Schrappe



Article

Are administrative data valid when measuring patient safety in hospitals? A comparison of data collection methods using a chart review and administrative data

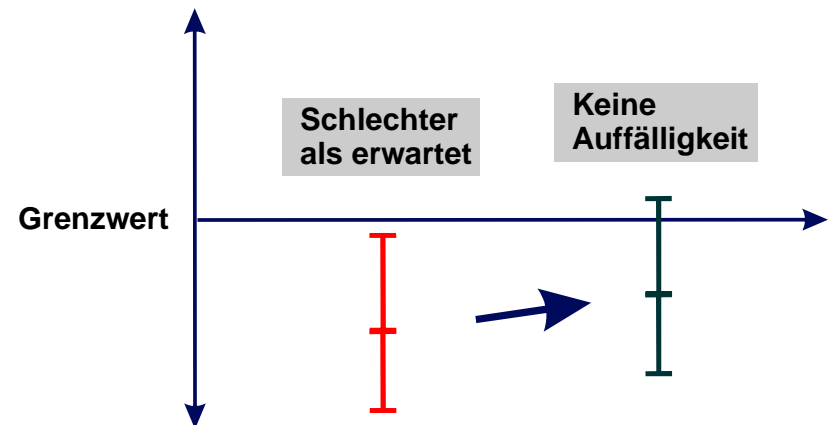
CHRISTINA MAASS¹, SILKE KUSKE², CONSTANZE LESSING¹, and MATTHIAS SCHRAPPE³

¹Institute for Patient Safety, 53111 Bonn, Germany, ²Public Health Unit, Faculty of Medicine, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, 40225 Düsseldorf, Germany, and ³University of Cologne, 50923 Cologne, Germany

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

Gaming durch Risikoadjustierung



Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

1. Kann Qualität die Anreize durch Menge und Preis ersetzen?
2. Ursprung und Bedeutung von QM
3. Qualität messen: das Missverständnis Nummer 1
4. Qualitätswettbewerb: differenzierte Instrumente

Qualitätswettbewerb

➔ Voraussetzung:

Aufhebung der Informationsasymmetrie:
➔ Transparenz

➔ Instrumente:

- Public Reporting
➔ fördert Transparenz
- Pay for Performance
➔ basiert auf Intransparenz

Gliederung

1. Kann Qualität die Anreize durch Menge und Preis ersetzen?
2. Ursprung und Bedeutung von QM
3. Qualität messen: das Missverständnis Nummer 1
4. Qualitätswettbewerb: differenzierte Instrumente
5. Qualität: möglicher Ausblick

THESE 1

- ➔ **Wir brauchen adäquate Modelle der Veränderung, die der Komplexität auf der Ebene von Organisation und System Rechnung tragen.**

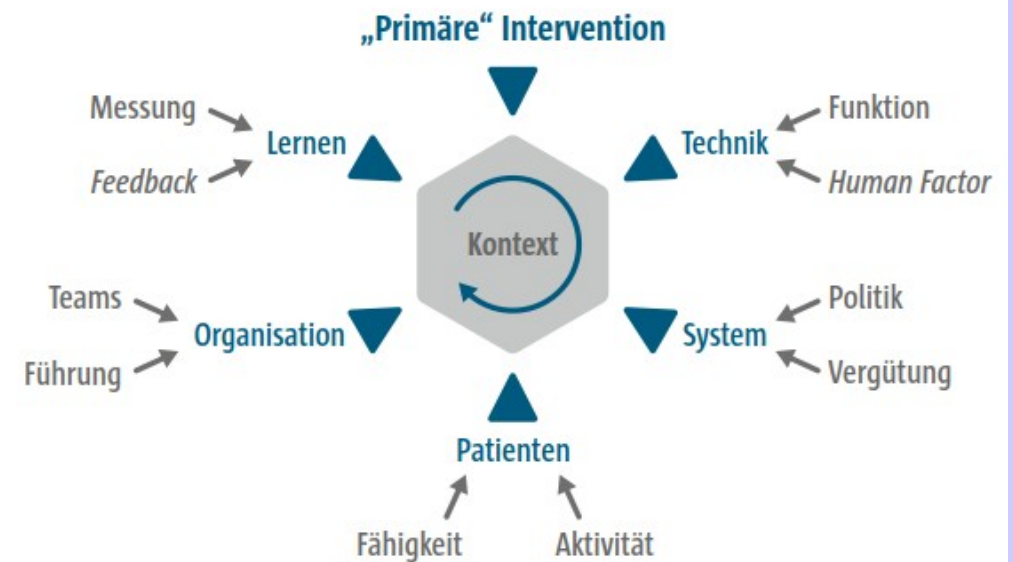
Centers for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI)

→ 7 Schritte

- establish clear aims
- develop an explicit theory of change
- create the context necessary for a test of the model
- develop the change strategy
- test the changes
- measure progress toward aim
- plan for spread



CMMI: differente Ansatzpunkte



Info-Box 76

Definition: Komplexe Mehrfachinterventionen (*Complex Multicomponent Interventions, CMCI*)

Eine Komplexe Mehrfachintervention adressiert Organisationen oder Systeme, ist aus mehreren Bestandteilen zusammengesetzt, die die Eigenschaften eines komplexen Systems zeigen (Überadditivität der Wirkung, Sensitivität gegenüber Anfangsfehlern), und trifft im Sinne der Doppelten Komplexität auf einen komplexen, aktiven Kontext, so dass mit dem Auftreten paradoxer oder in ihrem Ausmaß unerwarteter Wirkungen gerechnet werden muss (Resonanz und Emergenz). Bei der Evaluation ihrer Wirkung müssen Interaktionen zwischen Beobachtungsvorgang und Intervention, Gegenstand und Kontext beachtet werden.

THESE 2

- ➔ **Das lineare Verständnis der "Qualitätsmessung" muss durch Vorhersagemodelle und Indikatoren ersetzt werden, die auf komplexe Systeme zugeschnitten sind.**

THESE 3

- ➔ **Keine Qualitäts-Intervention ohne adäquate Modellbildung:**
Rahmenkonzept

Prof. Dr. M. Schrappe

THESE 4

- ➔ **Der Bereich Qualität und Patientensicherheit bringt hervorragende Voraussetzungen für Qualitätsforschung im Rahmen der Versorgungsforschung mit.**

Prof. Dr. M. Schrappe

THESE 5

- ➔ **Wir müssen den Begriff der Qualitätssicherung ersetzen durch den Begriff der Qualitätsverbesserung**
(auf Systemebene)

Prof. Dr. M. Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

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

Prof. Dr. M. Schrappe