

Regionale Versorgung:

## Qualitätsorientierung und Zukunftsperspektiven

Workshop "Qualität 2030"  
Agentur Deutscher Arztnetze  
praxisHochschule Köln

Köln, 31.10.2015

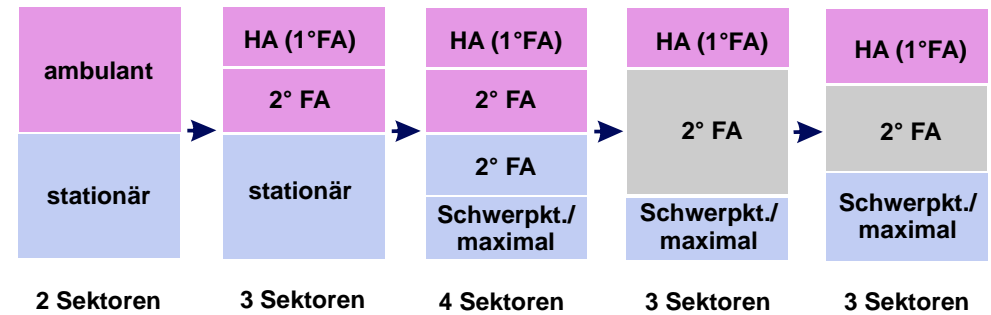
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.matthias.schrappe.com

pdf-Version unter  
matthias.schrappe.com

gesoeko/dgessystem/perspekt.cdr

Perspektive:

## Deutsches Gesundheitswesen



Prof. Dr. M. Schrappe

00qmalg/qi\_system.cdr

## Verbesserung von Qualität: Ebenen

Individuum → Qualität

Organisation → Qualitätsmanagement

System → **Qualitätsverbesserung  
auf Systemebene**

Prof. Dr. M. Schrappe

00qm/qmplt/q\_instr.cdr

## Instrumente der Qualitätsverbesserung

auf System-Ebene

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

Prof. Dr. M. Schrappe

## Das Jahr 2015: Qualität *quo vadis?*

- ➔ **FQWG**
  - Gründung IQTiG
  - Module "ergänzende Patientenbefragung"
- ➔ **GKV-VSG**
  - Innovationsfonds z. Evaluation Selektivverträge
- ➔ **KHSG-E**
  - Neufassung des 9. Abschnitts Kap 4
    - P4P/Einstieg in Qualitäts-orientierte Vergütung
    - Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung (Begriff "Patientengerechte Versorgung" (§1 Abs. 1 KHG), Begriff "Planungs-relevanter Indikator")
    - Adressierung Mengenanreiz
    - Auflösung der Blockade Mindestmengen
    - Zugangsindikatoren!
    - Qualitätsverträge - Selektivverträge
    - Strukturfonds: Entwicklung zu regionaler Versorgung
    - Glaubwürdiger Ansatz zur Vermeidung von *Gaming*

Prof. Dr. M. Schrappe

## 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

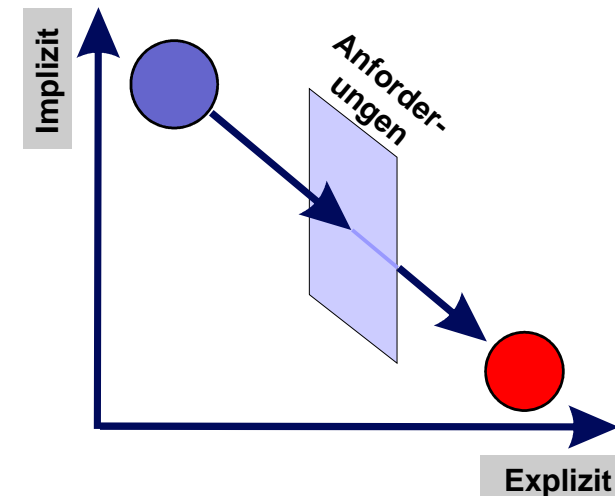
Prof. Dr. M. Schrappe

## Das Jahr 2015: Qualität *quo vadis?*

- ➔ **FQWG**
  - Gründung IQTiG
  - Module "ergänzende Patientenbefragung"
- ➔ **GKV-VSG**
  - Innovationsfonds z. Evaluation Selektivverträge
- ➔ **KHSG-E**
  - Neufassung des 9. Abschnitts Kap 4
    - P4P/Einstieg in Qualitäts-orientierte Vergütung
    - Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung (Begriff "Patientengerechte Versorgung" (§1 Abs. 1 KHG), Begriff "Planungs-relevanter Indikator")
    - Adressierung Mengenanreiz
    - Auflösung der Blockade Mindestmengen
    - Zugangsindikatoren!
    - Qualitätsverträge - Selektivverträge
    - Strukturfonds: Entwicklung zu regionaler Versorgung
    - Glaubwürdiger Ansatz zur Vermeidung von *Gaming*

Prof. Dr. M. Schrappe

## 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

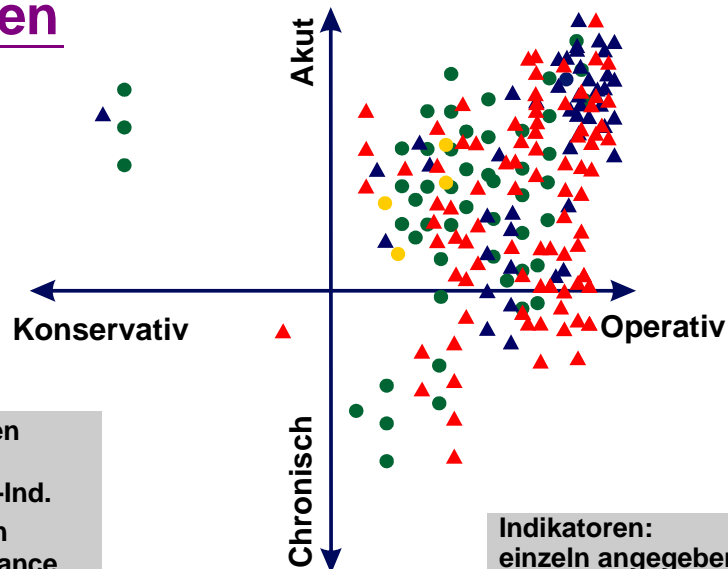
Prof. Dr. M. Schrappe

Für den AQUA-Qualitätsreport 2013:

## Indikatoren

www.sqg.de

00qm/indiacakterkr.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

00qm/rm/allg/interma2.cdr

## Chronisch: Koordinationsdefizite

Befragung 2005 von Erwachsenen aus AUS, CAN, NZ, UK, USA, D mit chron. Erkrankung oder schwerer Erkrankung in Anamnese  
Sponsor: Commonwealth Fund, in D durch IQWiG

### Ergebnisse I:

Befragte Patienten in Grundeigenschaften vergleichbar

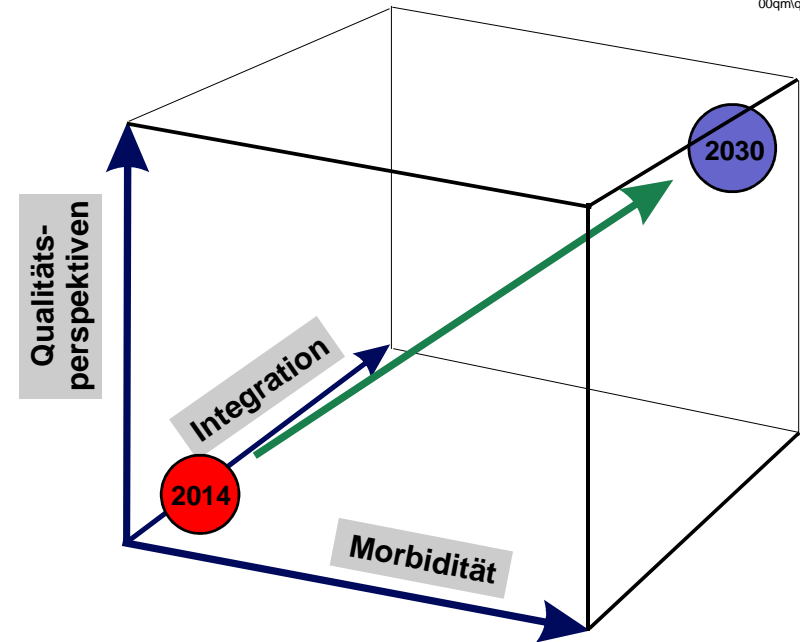
- ➔ Vor Krhs-Behdlg Risiken erklärt: 57-61%
- ➔ Nosokomiale Infektion: 3-10%
- ➔ Genügende Schmerztherapie: 74-82%
- ➔ Kommunikationsfehler bemerkt: 19-22%
- ➔ **Schlechte Koordination b. Entlassung: 33-60%**
- ➔ Wiederaufnahme (u.a. als Notfall): 10-20%

Schoen et al. Health Affairs 2005, DOI 10.1377/htaff.W5.509

Prof. Dr. M. Schrappe

# Koordination der Versorgung

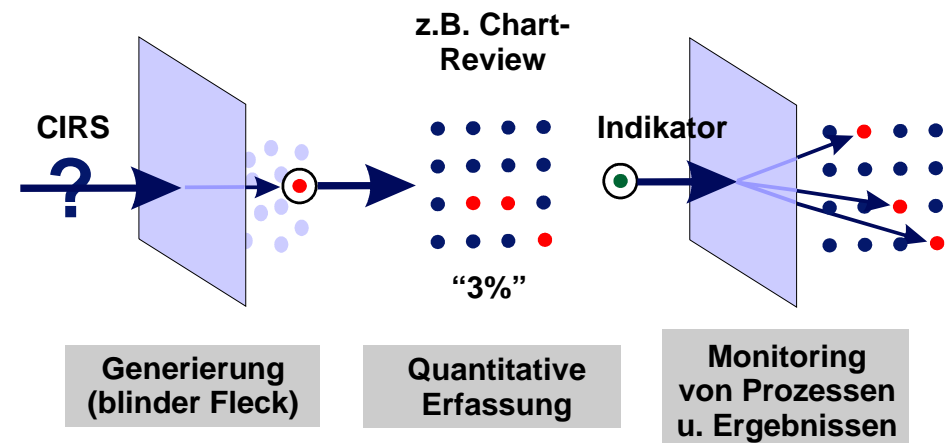
- ➔ Koordination der Versorgung durch Leitlinien
  - ➔ Koordination der Sektoren
  - ➔ Koordination der Berufsgruppen
- 
- ➔ Generationsbezogene Koordination
  - ➔ Regionale Koordination der Versorgung



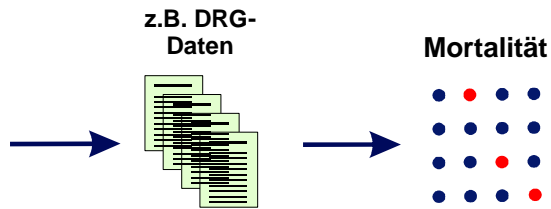
# Qualität: derzeitige Fehlentwicklungen

- ➔ "Messung" statt Monitoring
- ➔ Einseitige Betonung der Ergebnisindikatoren
- ➔ Fixierung auf Routinedaten
- ➔ "Transsektoraler" statt regionaler Ansatz

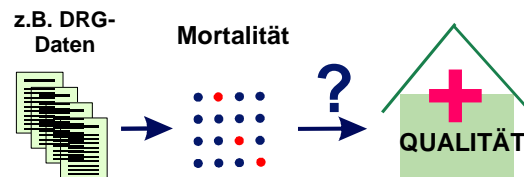
# Drei Ziele der Datenerfassung



## Erhebung der Mortalität



## Indikator Mortalität



## Quantitative Erfassung vs. Indikator

### - Konsequenzen -

#### ➔ **Quantitative Erfassung (Falldefinition):**

- Retrospektive Ursachen-Analyse
- Maßnahmen um Wiederholungen zu verhindern

#### ➔ **Indikator**

- Prävention verstärken
- Prospektive Analyse der Prozesse

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualität: derzeitige Fehlentwicklungen

- ➔ "Messung" statt Monitoring
- ➔ Einseitige Betonung der Ergebnisindikatoren
- ➔ Fixierung auf Routinedaten
- ➔ "Transsektoraler" statt regionaler Ansatz

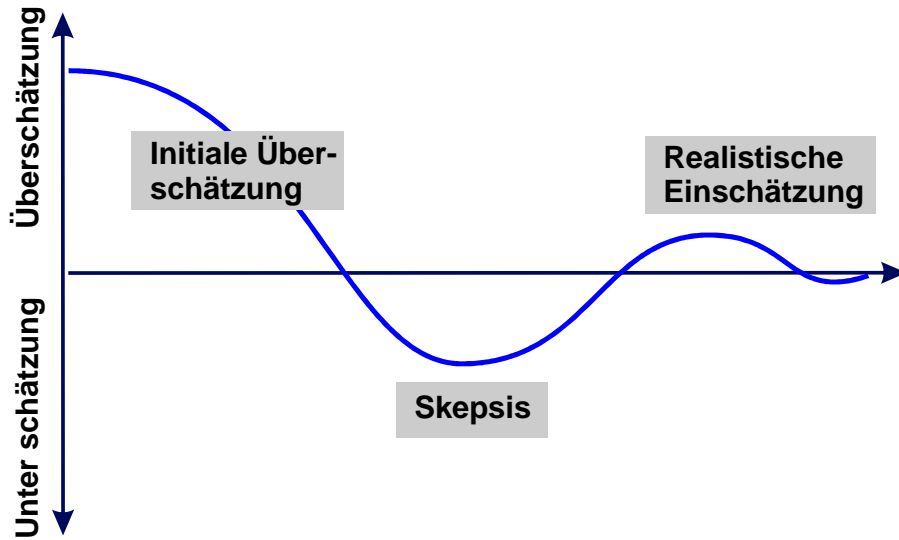
Prof. Dr. M. Schrappe

## 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)

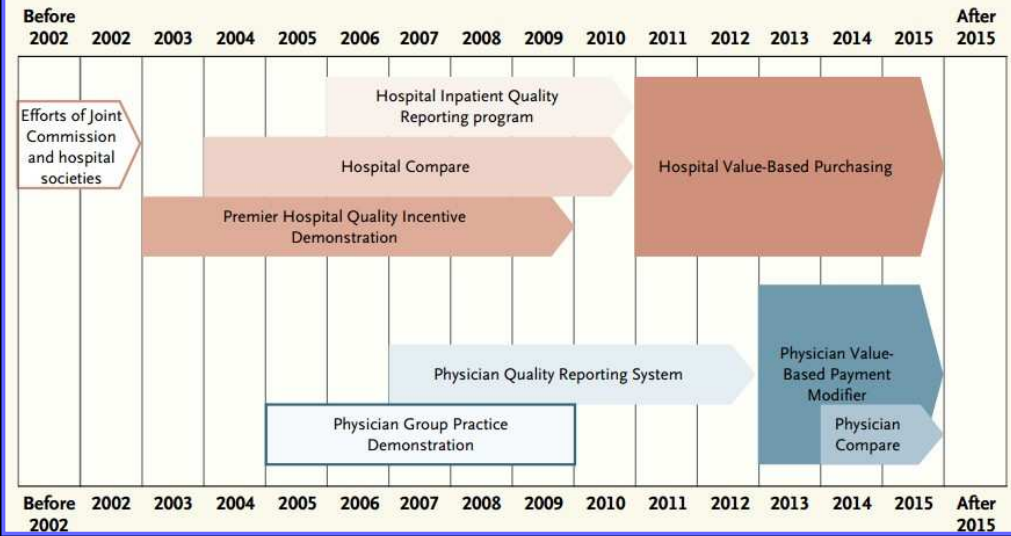
Prof. Dr. M. Schrappe

# Gesundheitswesen: Innovationen



Prof. Dr. M. Schrappe

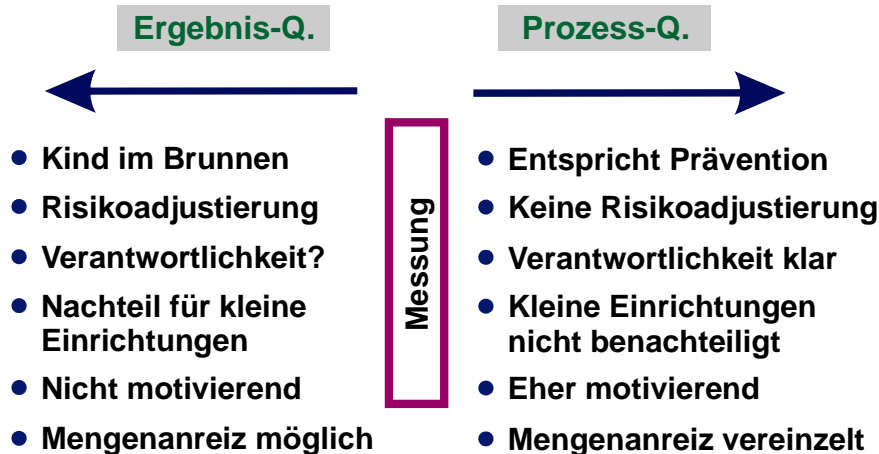
# Medicare's Quality Incentive Program



Chien & Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076

Prof. Dr. M. Schrappe

# Ergebnis- vs. Prozessqualität



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

## 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

## Qualität: derzeitige Fehlentwicklungen

- ➔ "Messung" statt Monitoring
- ➔ Einseitige Betonung der Ergebnisindikatoren
- ➔ Fixierung auf Routinedaten
- ➔ "Transsektoraler" statt regionaler Ansatz

Prof. Dr. M. Schrappe

**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

Prof. Dr. M. Schrappe

## Indikatoren: Routinedaten

- ➔ **Machbarkeit**
  - gut (aber Aufwand nicht 'null!')
- ➔ **Reliabilität**
  - Daten sind zu Abrechnungszwecken optimiert
  - Unterkodierung und Gaming
- ➔ **Validität**
  - Wegen Reliabilitätsproblemen nicht gegeben
- ➔ **Relevanz**
  - Akutmedizin (Prozeduren) vor chron. Erkrankungen
  - Anbieter- statt Patientenorientierung
  - Fördern Ergebnisindikatoren mit (Routinedaten-gestützter) Risikoadjustierung
  - Fördern sektorale (Vergütungs-bezogene) Betrachtung

Prof. Dr. M. Schrappe

## 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)

FDA 2009, NQF 2013

\* PROM = Patient Reported Outcome Measures

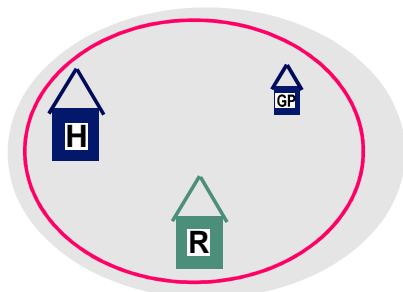
Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualität: derzeitige Fehlentwicklungen

- ➔ "Messung" statt Monitoring
- ➔ Einseitige Betonung der Ergebnisindikatoren
- ➔ Fixierung auf Routinedaten
- ➔ "Transsektoraler" statt regionaler Ansatz

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

## Qualitäts-orientierte Planung

➔ Q-orientierte Krankenhausplanung



➔ Q-orientierte Versorgungsplanung

Prof. Dr. M. Schrappe



# Qualitäts-orientierte Planung

## ➔ Q-orientierte Krankenhausplanung

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

## ➔ Q-orientierte Versorgungsplanung

# KHSG-Entwurf 30.6.2015

- ➔ Neustrukturierung des 9. Abschnitt Kap. 4 SGB V
- ➔ Qualitäts-orientierte Vergütung
- ➔ Eindämmung des Mengenanreizes
- ➔ Qualitätsverträge - Selektivverträge
- ➔ Mindestmengen
- ➔ Zugangsindikatoren
- ➔ Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
- ➔ Weiterentwicklung Public Reporting
- ➔ Patientenorientierung
- ➔ Kontrolle und Durchsetzung

# Area-Indikatoren: Definition AHRQ

"Area-level [Patient Safety] indicators capture all cases of the potentially preventable complication that occur in a given area (...) either during hospitalization or resulting in subsequent hospitalization. Area-level indicators are specified to include principal diagnosis, as well as secondary diagnoses, for the complications of care. This specification adds cases where a patient's risk of the complication occurred in a separate hospitalization."

# 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		Managed Care
Pflege				
Alle Sektoren				

## Managed Care: Definition

“Als Managed Care wird ein Versorgungssystem bezeichnet, das

- die Leistungserbringung und Finanzierung in unterschiedlichem Ausmaß zusammenfasst.

Dabei

- sieht es ein prospektiv pauschaliertes Finanzierungssystem vor.

Managed Care verfolgt die Ziele,

- Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer regionalen, Outcome-orientierten Gesundheitsversorgung zu integrieren,
- sowie deren Effizienz u.a. durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug zu verbessern.”

## Unterformen Managed Care

➔ Systematisierung als Basis der Evaluation

- ➔ **Typ 1:** Direkte Anstellung von Ärzten bei Managed-Care Trägern
- ➔ **Typ 2:** Freies Kontrahieren von Ärzten/Krhs. mit Managed-Care Trägern, unter Capitation
- ➔ **Typ 3:** Freies Kontrahieren ohne Capitation, aber anderen Formen der Anreizbildung (z.B. P4P)

SVR Sonder-GA 2009 Nr. 1119

## Studiendesign

➔ RCT	n = 6
➔ Quasi-experimentell	n = 5
➔ Prospektive parallele Kohortenstudie	n = 21
➔ Retrospektive parallele Kohortenstudie	n = 37
➔ Querschnittsstudie	n = 34
➔ Andere	n = 4
➔ GESAMT	n = 107

## Managed Care: Qualität

### Auswirkungen

#### Positive

- Prävention
- Koordination
- Kostenkontrolle
- Spezifische Gruppen

#### Negative

- Vorenthaltung
- Access
- Arztwahl
- Risikoselektion

# Schluß

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

Download pdf-Version unter  
[www.matthias.schrapp.com](http://www.matthias.schrapp.com)

Prof. Dr. M. Schrappe