

Pay for Performance - die Lösung ?

IFOM Wissenschaftskolloquium 2014

Universität Witten/Herdecke

Köln, 25.11.2014

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

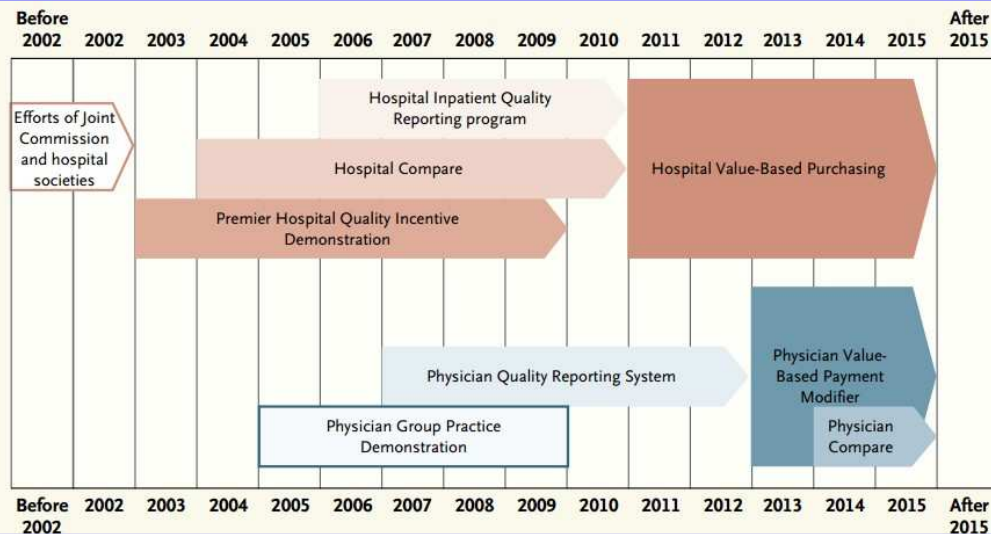
pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Gliederung

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

Medicare's Quality Incentive Program

00qmleitlin/fehler.cd



Chien & Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076

Prof. Dr. M. Schrappe

Gesundheitswesen in Deutschland

Kostenfaktor und Zukunftsbranche

137. Bezüglich der Vergütung ambulant und stationär erbrachter Gesundheitsleistungen ist eine stärkere Ergebnis- und Patientenorientierung geboten. Mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ist dafür eine unverzichtbare Voraussetzung. In diesem Kontext plädiert der Rat für ergebnisbezogene Bonuszahlungen im Rahmen mehrschichtiger Vergütungssysteme mit einer Verknüpfung der Vergütung an zu entwickelnde Leitlinien. Neue Modelle und freiere Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern liefern den hierzu notwendigen Gestaltungsspielraum.

Kurzfassung

Qualität 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."

Gliederung

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

Instrumente der Qualitätsverbesserung

auf System-Ebene

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

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

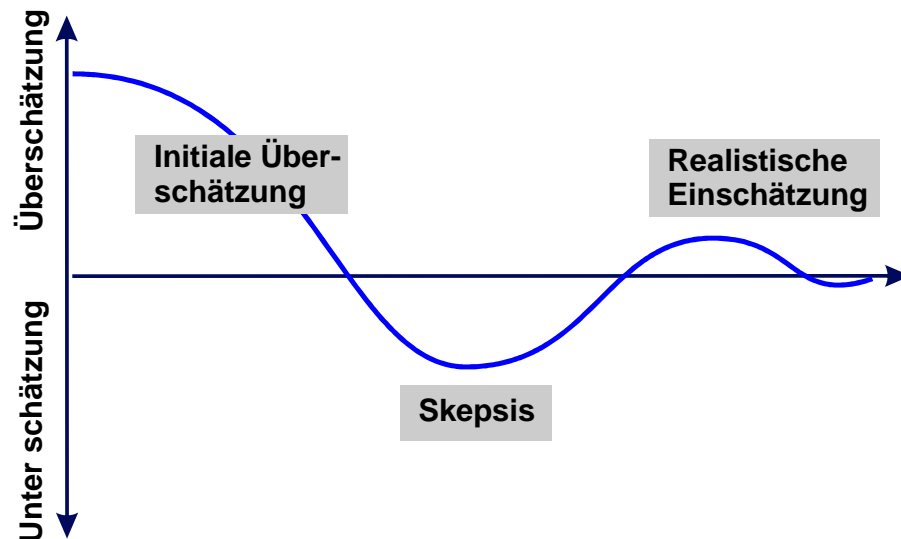
- Qualitätsmessung durch definierte Indikatoren und
- koppelt die Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

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

Prof. Dr. M. Schrappe

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*

SVR GA 2007, Nr. 733

Prof. Dr. M. Schrappe



s. 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

Das deutsche Gesundheitswesen

- Charakteristika -

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

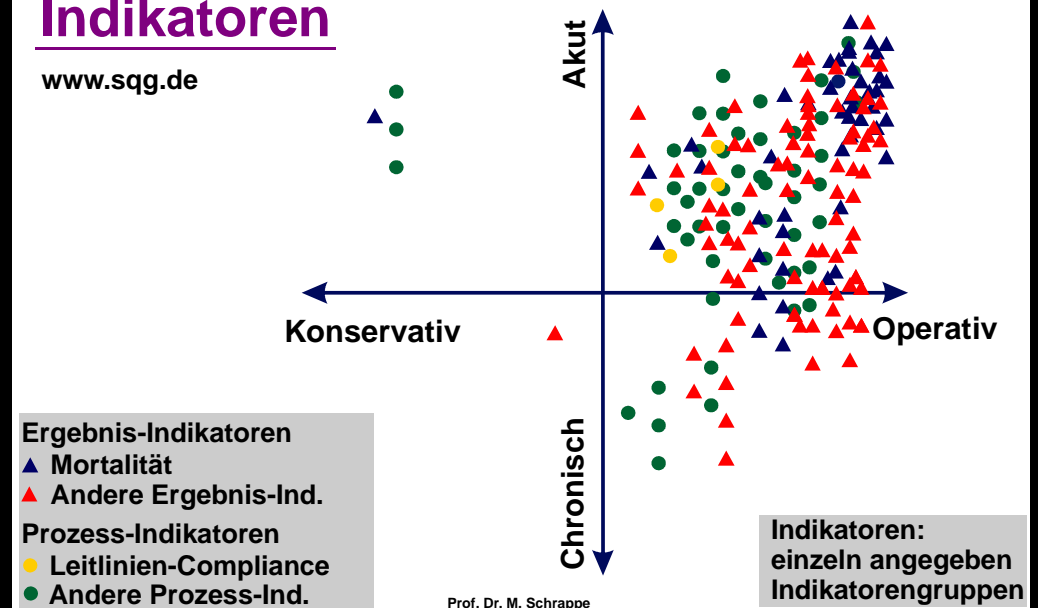
Aktuelle Qualitätssicherung

- ➔ Akutmedizinisch - prozedural - operativ
- ➔ Therapie-orientiert
- ➔ Fördert sektorale Optimierung
- ➔ Anbieter-orientiert
- ➔ Missachtet ökonomische Implikationen
- ➔ Zielorientierung nicht klar

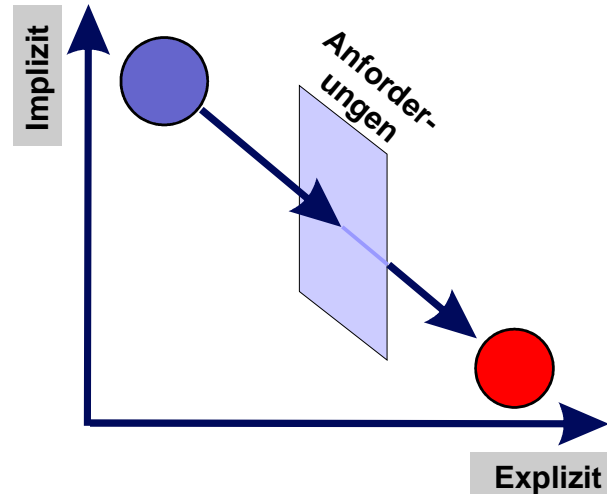
Für den AQUA-Qualitätsreport 2013:

Indikatoren

www.sqg.de



Definition Qualität: Anforderungen



Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität: 6 Perspektiven

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

Schrappe et al. 2014

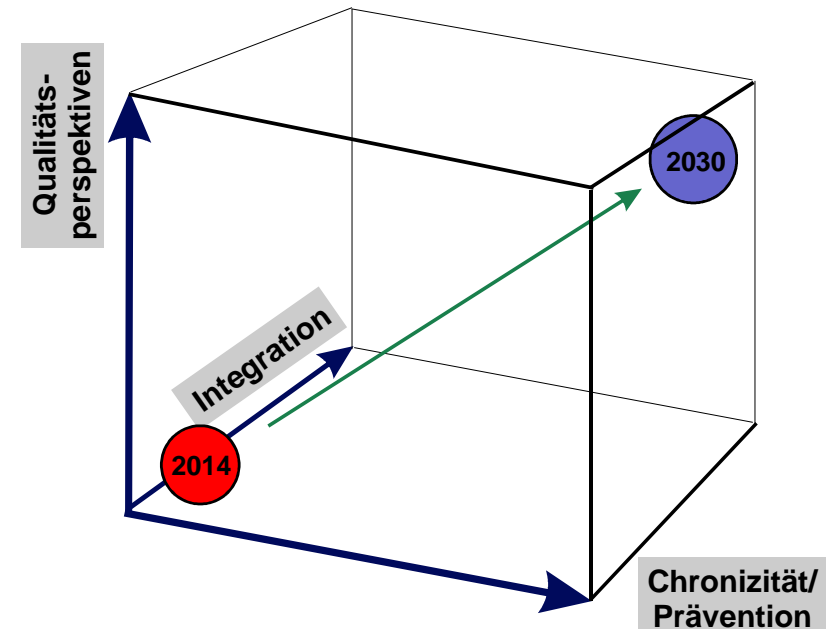
Prof. Dr. M. Schrappe

Das deutsche Gesundheitswesen

- Herausforderungen -

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

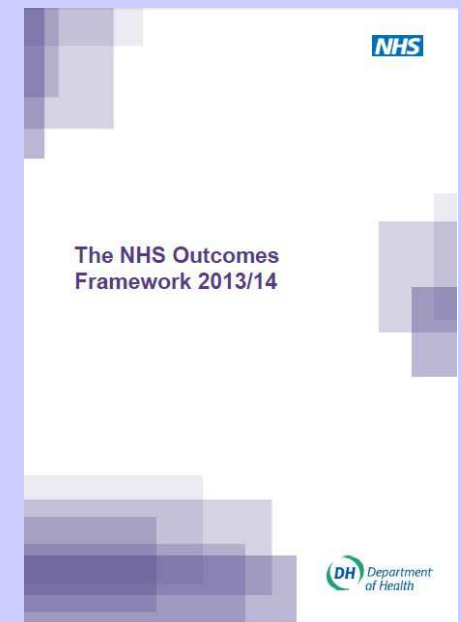
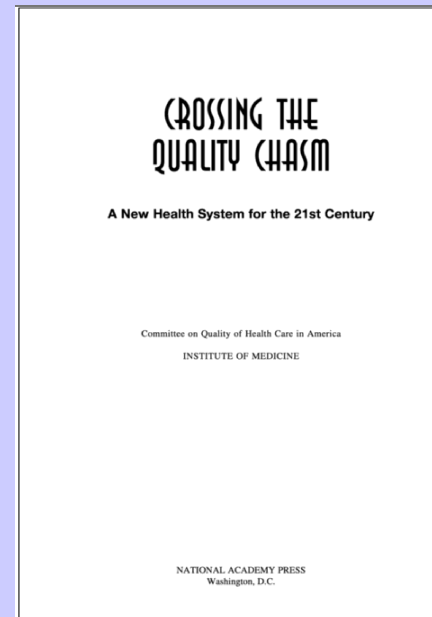
Prof. Dr. M. Schrappe



Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

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



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.”

Rahmenkonzept

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

Rahmenkonzept Qualitätsentwicklung

Synthese aus

➔ **Expertenorganisation**

➔ **Komplexitätstheorie**

- Autonomie
- Tendenz zur Selbstorganisation
- Innovationsparadoxon
- Intrinsische Unsicherheit

➔ **"Komplexe Professionelle Systembürokratie"**

Schrappe 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

Komplexe Professionelle Systembürokratie

"Aus der Synthese der Konzepte

- Expertenbürokratie (*professional bureaucracy*) und
- System-/Komplexitätstheorie

entwickelter Arbeitsbegriff, der auf gemeinsamen Eigenschaften beider Konzepte wie

- Autonomie
- Tendenz zur Selbstorganisation
- "intrinsischer Unsicherheit" und
- dem "Innovationsparadoxon"

beruht und zur Beschreibung sowohl auf der organisatorischen als auch Systemebene verwendet wird."

Schrappe "Qualität 2030",
Berlin 2014, S. 252

Prof. Dr. M. Schrappe

Rahmenkonzept

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

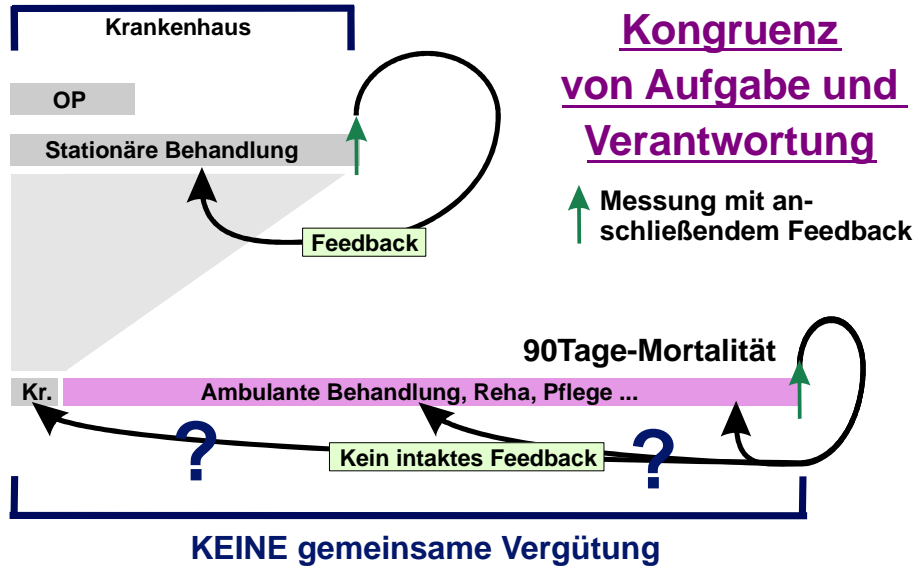
Prof. Dr. M. Schrappe

Verhaltensänderung: Konzepte

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Vergütung: 1 Sektor



Verhaltensänderung: Konzepte

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

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

Verhaltensänderung: Konzepte

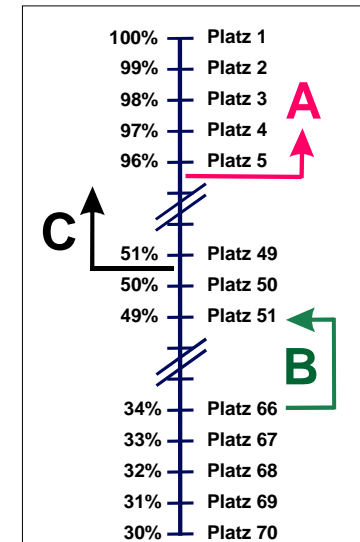
- Lerntheoretische Konzepte
- Soziale Wahrnehmung
- Organisatorischer Wandel
- Kontext-bezogene Konzepte

Rahmenkonzept

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

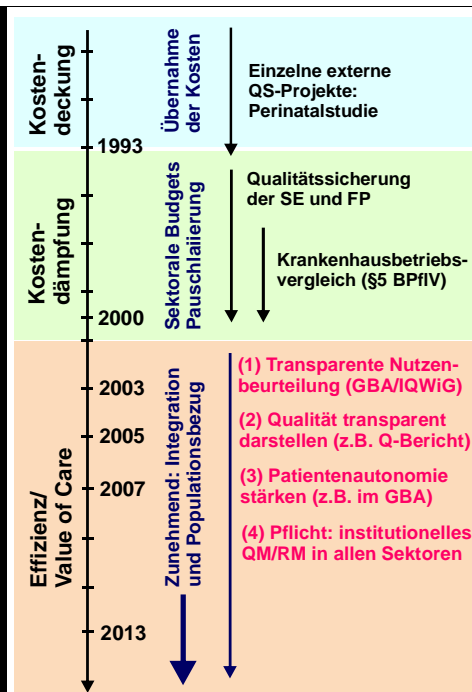
P4P: Ökonomische Faktoren

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Rahmenkonzept

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität 2030: Politik

- ➔ Rahmenkonzept "Qualität 2030" entwickeln
- ➔ Jahresgutachten zum Stand der Entwicklung
- ➔ Beirat "Qualität 2030" (Zivilgesellschaft)
- ➔ Enge Erfolgskontrolle des GBA
 - Wichtiger Punkt: Mindestmengen
 - Gefahr: Neutralisierung IQWiG/IQTiG
- ➔ Inhaltliche Verantwortung
 - Sinnzusammenhang herstellen: *direction pointing*
 - Fehlentwicklungen antizipieren
 - Rahmenbedingungen setzen
 - Strategische Zielsetzung
- ➔ Meilensteine
 - 10% der Vergütung Qualitäts-orientiert
 - 25% der Vergütung durch regionale Versorgungsnetze

Prof. Dr. M. Schrappe

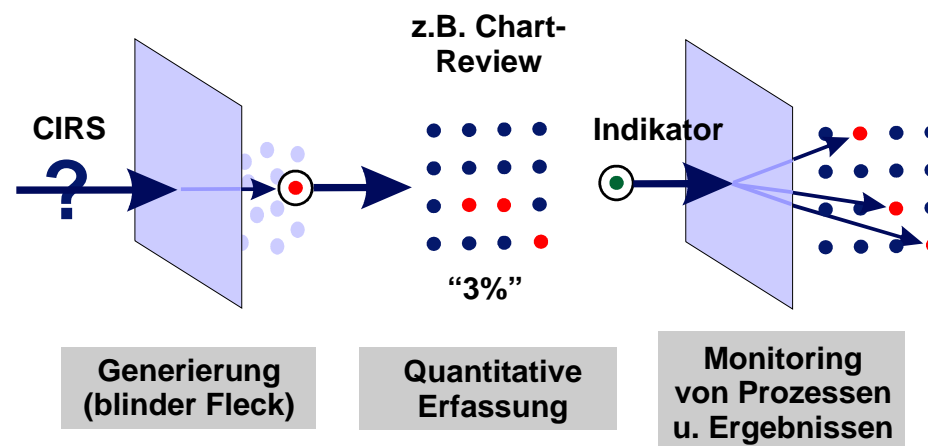
Gliederung

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

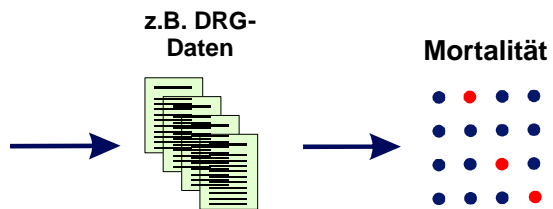
Qualitätsmessung und -verbesserung

➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung

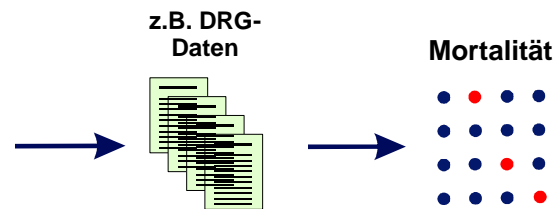
Drei Ziele der Datenerfassung



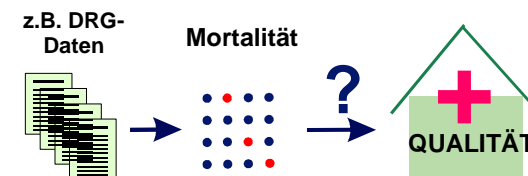
Erhebung der Mortalität



Erhebung der Mortalität



Indikator Mortalität

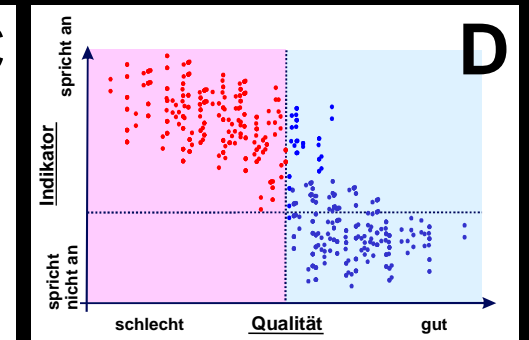
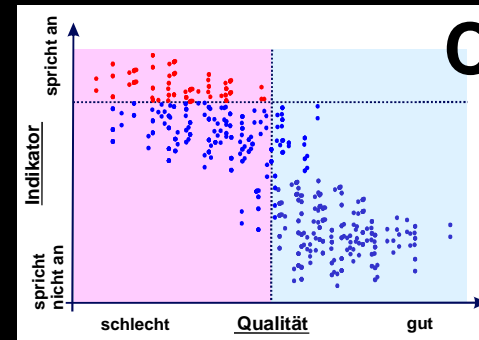


Qualitätsmessung und -verbesserung

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

Anbieter-
Bezug

Patienten-
Bezug



Qualitätsmessung und -verbesserung

- ➔ 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

(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren. (**Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) 6.5.2014**)

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

AE: Epidemiology and Measurement

00qmrmessen\globaltrigg.cd

- 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

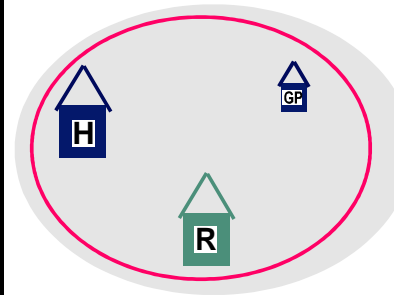
Table 4 Caseloads of PSIs based on DRG-administrative data and chart review

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

Qualitätsmessung und -verbesserung

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

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				
Alle Sektoren				Managed Care

Qualitätsmessung und -verbesserung

- 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

Abgrenzung Ergebnis-/Prozessindikatoren

➔ Ergebnis-Ind.

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

➔ Grenzbereich

➔ Prozess-Ind.

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)

Indikatoren auf der Basis von Patientenerfahrungen (*Patient-Reported Outcomes Measures*)

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

VBP-Programm USA, Ryan et al 2012

Qualitätsmessung und -verbesserung

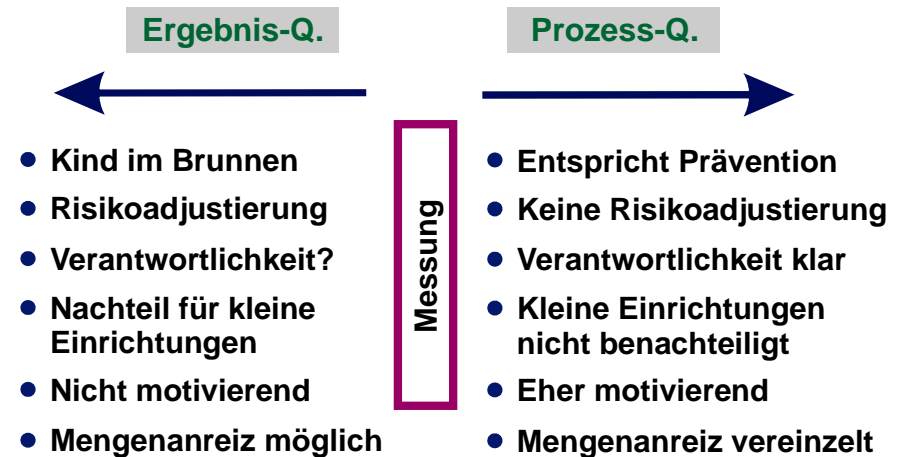
- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Datenquellen: Klinische Falldefinitionen und *Patient Reported Outcomes Measures* statt "Routinedaten"
- ➔ Regionale *area*-Indikatoren statt sektorale Perspektive
- ➔ Prozessindikatoren adäquat für chronische Erkrankungen und Koordination
- ➔ Ergebnisindikatoren sekundär wg. Risikoselektion, Tendenz zur Akutmedizin und Mengenanreiz

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P und Mengenanreiz: Ergebnisindikatoren

- ➔ Leistungen mit Möglichkeit zur Mengenausweitung
- ➔ Indikatoren mit geringer Sensitivität (z.B. Routinedaten)
- ➔ aktive Risikoselektion und Attraktion leichter Fälle
- ➔ *upcoding* der zur Risikoselektion verwendeten Parameter (s. Komorbidität) mit Pseudoverbesserung
- ➔ Begründung einer Mengenausweitung mit erreichter "Qualitätsverbesserung"

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

Qualitätsmessung und -verbesserung

- ➔ 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

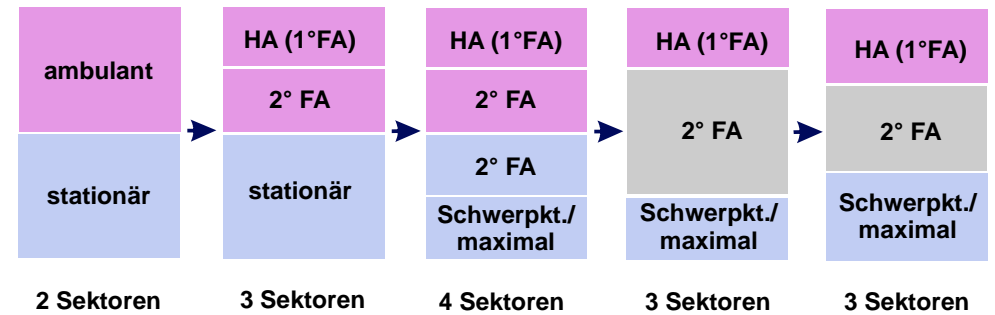
P4P: Ergebnis- und Prozessindikatoren

Indikatoren:	Informationsasymmetrie	Risiko-selektion	Wertung
➔ Ergebnis	+	+ ⚡	R.-Sel. ist Problem
➔ Prozess (a)	-	+	Einzelleistung
➔ Prozess (b)	+	-	Optimal
➔ Struktur	-	-	Investitionsbeihilfe

Prof. Dr. M. Schrappe

Perspektive:

Deutsches Gesundheitswesen



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