

# Pay for Performance: Internationaler Stand und kritische Wertung

VZK-Tagung Gesundheitsversorgung

P4P: Sackgasse oder Weg in die Zukunft ?

Zürich, 17.11.2016

M. Schrappe

pdf-Version unter  
matthias.schrappe.com

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

00qmallg4begriff.cdr

## 4 grundsätzliche Themen

- ➔ Patientenorientierung
- ➔ Qualität
- ➔ Wettbewerb
- ➔ Legitimation durch Wissenschaft

Prof. Dr. M. Schrappe

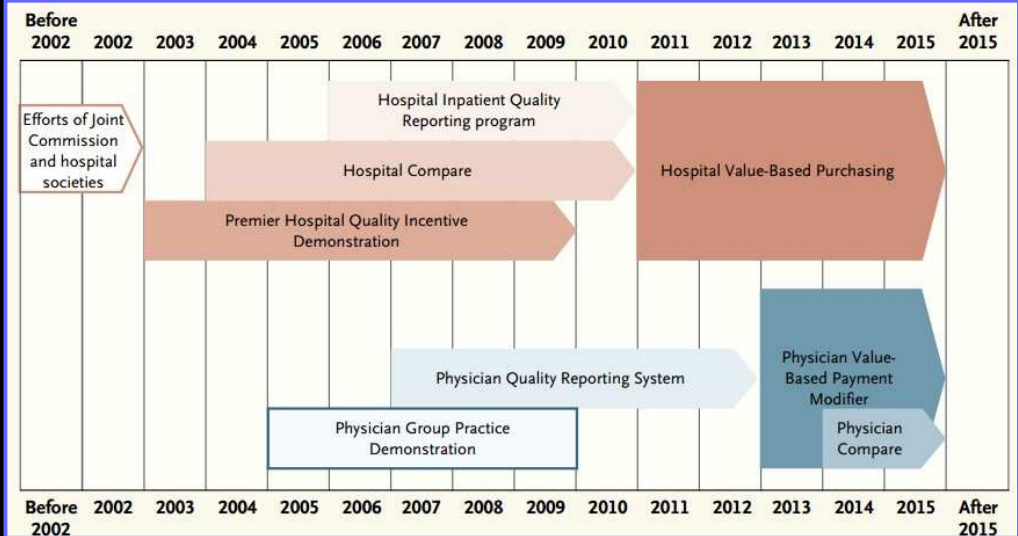
## Verbesserung von Qualität: Ebenen

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

Prof. Dr. M. Schrappe

00qmallg4l\_system.cdr

## Medicare's Quality Incentive Program

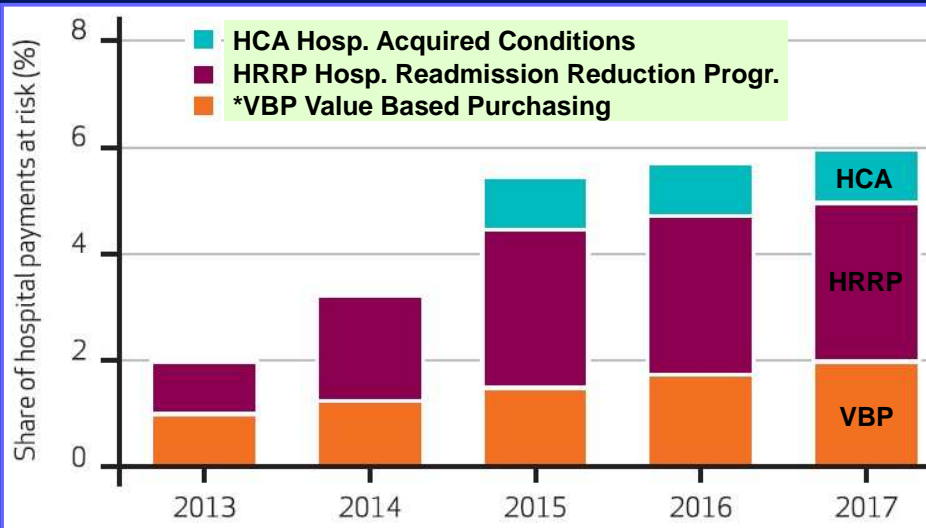


Chien & Rosenthal NEJM 369, 2013, 2076

Prof. Dr. M. Schrappe

00qmeitlin4ehler.cdr

## P4P und VBP\* in den USA



Kahn et al. 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Definition und Einordnung
- ➔ Improvement Science
- ➔ Qualitäts"messung"
- ➔ Technische Fragen
- ➔ Zusammenfassung

## Pay for Performance (p4p)

### Definition:

"Qualitäts-bezogene Vergütung ist ein Finanzierungssystem, das die Qualität der Leistungserbringer in den Mittelpunkt stellt."

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung" Band II, Nr. 732

Prof. Dr. M. Schrappe

## Pay for Performance (P4P)

### Definition:

*Pay for Performance (P4P)* im Gesundheitswesen basiert auf einer

- Qualitätsmonitoring 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.

Schrappe 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

## P4P und DRG-System

00qmip4pdrdg\_p4p.cdr

P4P mit speziell eingerichteten Indikatoren für

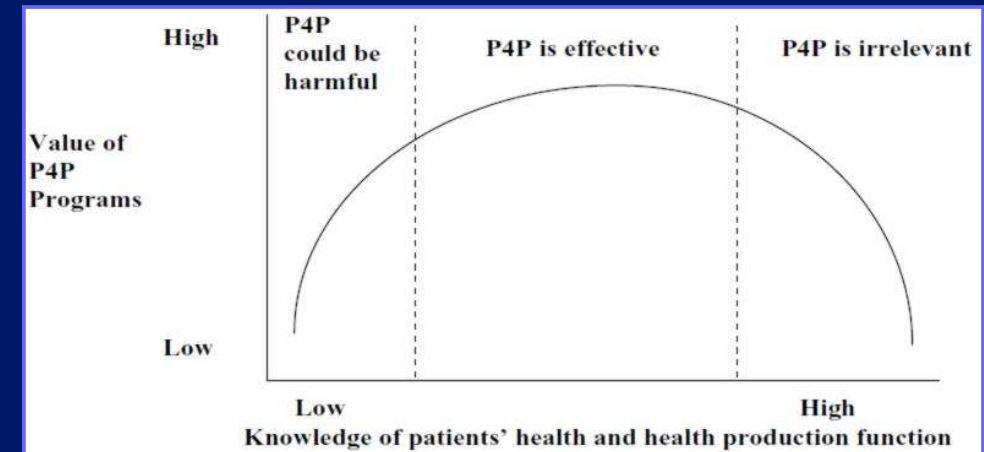
Kosten-homogene Gruppen	Akut-Erkrank.	Chron. Erkrank.	Multiple Erkrank.	Koordinat-ion	Area	PROMs
						●●
		●				
	●●					
		●				●
				●		
						●
		●●		●		
			●		●	
			●			
						●

Prof. Dr. M. Schrappe

## P4P: Bedeutung der Information

00qmip4pnicholson08.cdr

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

## Gliederung

- ➔ Definition und Einordnung
- ➔ Improvement Science
- ➔ Qualitäts"messung"
- ➔ Technische Fragen
- ➔ Zusammenfassung

## Verhaltensänderung: Konzepte

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

Prof. Dr. M. Schrappe

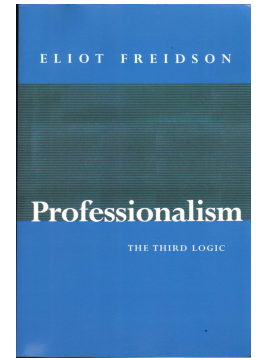
## Improvement Science

- ➔ Übergreifender Begriff
- ➔ Steht in Tradition u.a. von
  - Evidence-based Medicine
  - Leitlinien-Entwicklung
- ➔ Umfasst Konzepte zur Verhaltensänderung
  - auf Ebene der Professionen
  - auf Ebene der Organisationen
- ➔ Nähe zur Implementierungsforschung

s. Berwick 2008, Marshall et al. 2013  
 Zusammenfassende Darstellung Schrappe, M. & Pfaff, H.  
 Lehrbuch Versorgungsforschung 2. Auflage 2017,  
 Kap. 1.4.7

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

## Verhaltensänderung: Konzepte

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

Prof. Dr. M. Schrappe

## Aktion Saubere Hände

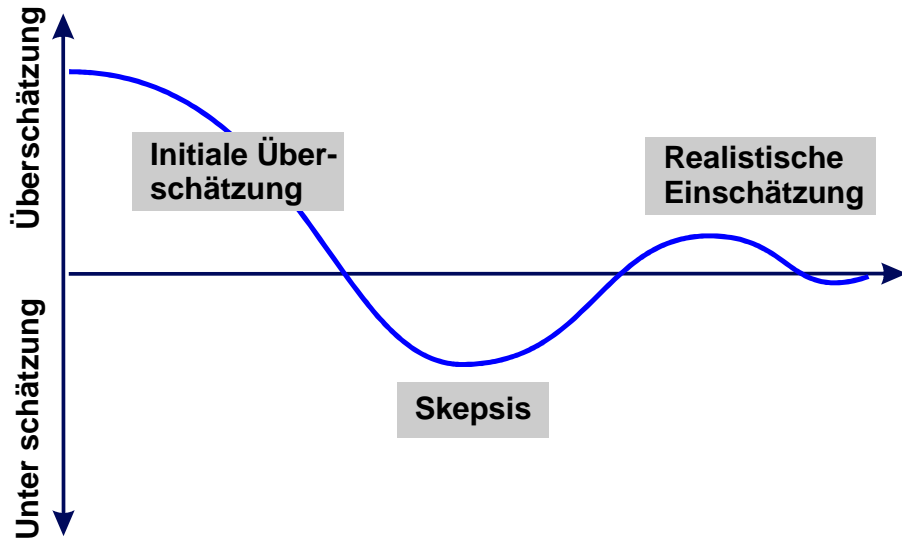


- ➔ Träger APS, NRZ d. RKI, GQMG
- ➔ Verstärkung Händedesinfektion
- ➔ Rückkopplung des Desinfektionsmittelvolumens / Pat.-Tag
- ➔ Integration in KISS
- ➔ Nationale Aktionstage
- ➔ Regionale Aktionen, alle Medien
- ➔ Start 11.12.07 mit Pressekonf. BMG

Prof. Dr. M. Schrappe

# Gesundheitswesen: Innovationen

gesoeko/innov/realist.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

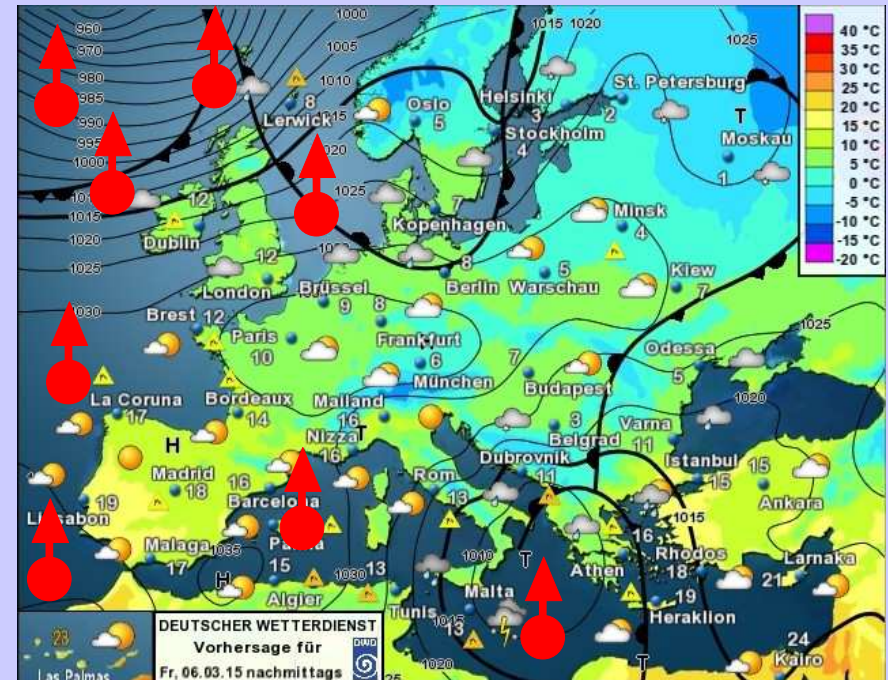
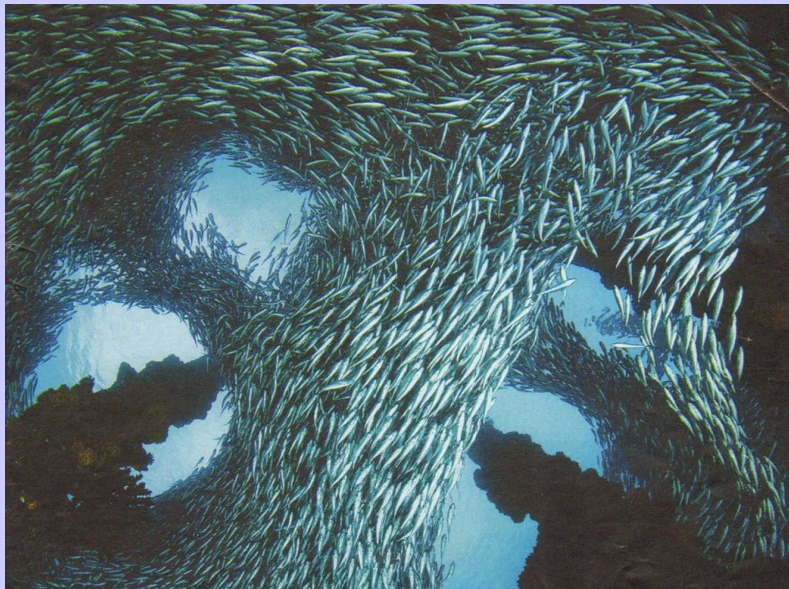
## SVR-Review: Ergebnisse

28 Studien wurden identifiziert

- 21/28 Studien wiesen einen positiven Effekt aus
  - 3 Studien gemischtes Ergebnis
  - 4 Studien negatives Ergebnis
- positives Ergebnis bei 15/19 Studien mit einfachen und 6/9 mit komplexen Endpunkten
- positives Ergebnis bei 14/18 Studien, bei denen P4P die alleinige Intervention war, und 7/10 Studien mit komplexer Intervention

Einfluss des Studiendesigns:

- 9 Studien randomisiertes Design
  - 6/9 Studien positives Ergebnis (2-, 1+/-)
- 4 quasi-experimentelles Design
  - 2/4 Studien positives Ergebnis (1-, 1+/-)
- 3 Case Control Design
  - 1/3 Studien positives Ergebnis (2-)
- 12 historisch kontrollierte Studien
  - 12/12 Studien positives Ergebnis



00inf\_qm/hia\_report15.cdr

**NATIONAL AND STATE HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTIONS PROGRESS REPORT**

THIS REPORT IS BASED ON 2013 DATA, PUBLISHED JANUARY 2015

<http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf>  
Herausgegeben am 23.3.2015  
Zugriff 19.11.2015

00inf\_qm/hia\_report15.cdr

HAIs data for nearly all U.S. hospitals are published on the Hospital Compare website.

**CLABSI** ↓ 46% LOWER COMPARED TO NAT'L BASELINE\*

**CAUTI** ↑ 6% HIGHER COMPARED TO NAT'L BASELINE\*

**MRSA Bacteremia** ↓ 8% LOWER COMPARED TO NAT'L BASELINE\*

**SSIs** SURGICAL SITE INFECTIONS See page 3 for additional procedures

**C. difficile Infections** ↓ 10% LOWER COMPARED TO NAT'L BASELINE\*

U.S. hospitals reported a significant decrease in CLABSI between 2012 and 2013.

U.S. hospitals reported a significant increase in CAUTI between 2012 and 2013.

U.S. hospitals reported a significant decrease in MRSA Bacteremia between 2012 and 2013.

U.S. hospitals reported a significant increase in SSIs related to colon surgery between 2012 and 2013.

U.S. hospitals reported a significant decrease in C. difficile infections between 2012 and 2013.

\* Statistically significant

00qm\_politawett3.cdr

## 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

00qm\_qualanford.cdr

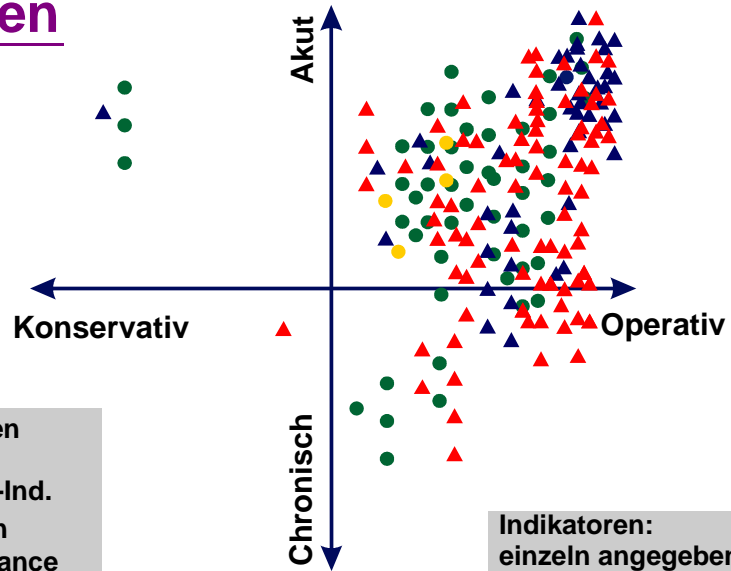
## Definition Qualität: Anforderungen

Prof. Dr. M. Schrappe

# Indikatoren

www.sgg.de

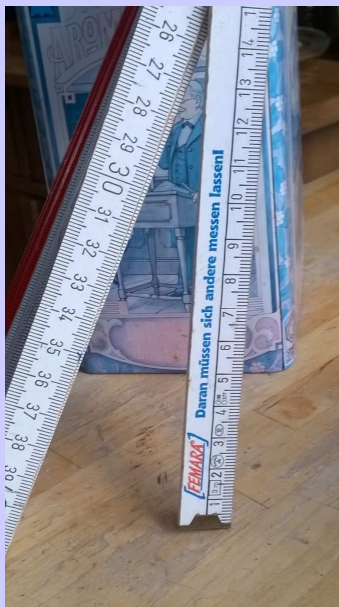
00qmindicakuterkr.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

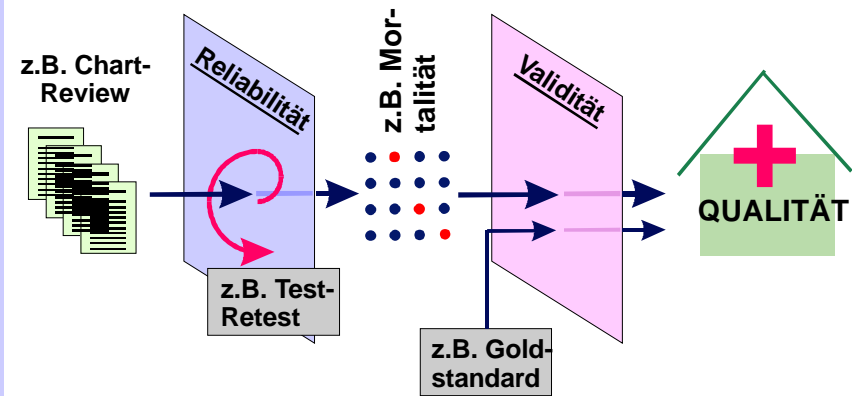
- Definition und Einordnung
- Improvement Science
- Qualitäts"messung"
- Technische Fragen
- Zusammenfassung



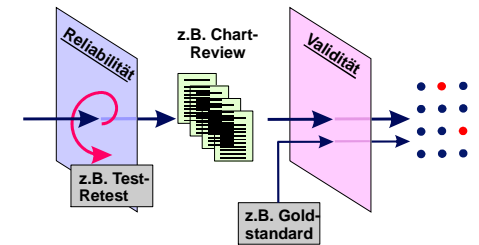
## Methodische Probleme

- Die Methodik ist in hohem Maße politisch
- Die methodischen Probleme sind extrem interdependent
  - Zählen statt Ampelfunktion
  - Ergebnisse statt Prozesse
  - Prozedural statt chronische Mehrfach-Erkrankungen
  - Vergütungsdaten statt klinisch-epidemiologische Daten
  - Anbieterperspektive im Vordergrund

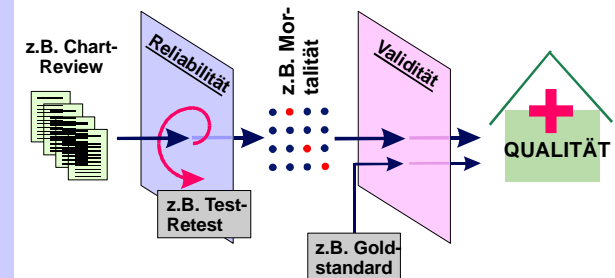
## Indikator



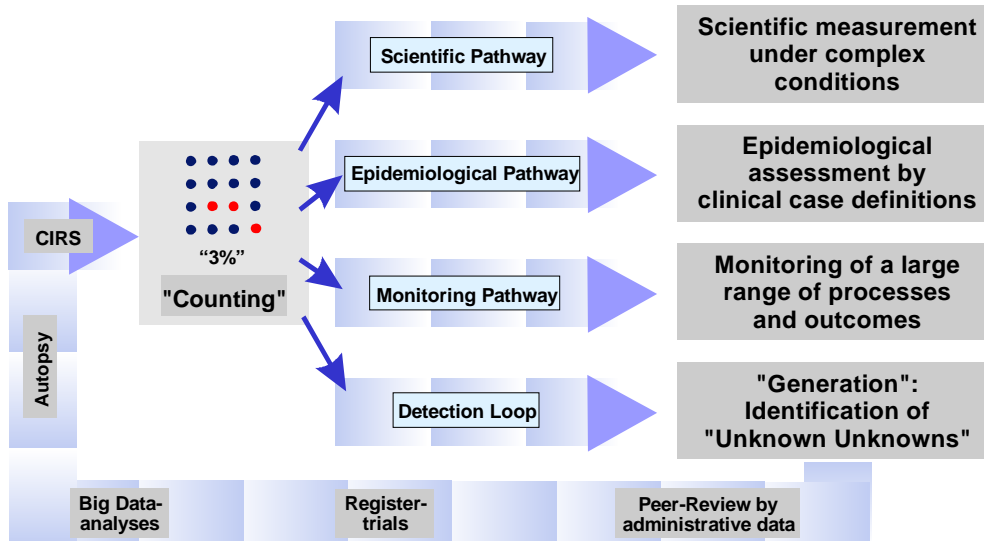
## Quantitative Erhebung



## Indikator



## Determination of Quality: Methods



## Methodische Probleme

- ➔ Die Methodik ist in hohem Maße politisch
- ➔ Die methodischen Probleme sind extrem interdependent

- Zählen statt Ampelfunktion
- Ergebnisse statt Prozesse
- Prozedural statt chronische Mehrfach-Erkrankungen
- Vergütungsdaten statt klinisch-epidemiologische Daten
- Anbieterperspektive im Vordergrund



## 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)

00qmp4pvcapi\_france.cdr

## 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'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)**

00qmindikmmethmethprobl.cdr

## Methodische Probleme

➔ Die Methodik ist in hohem Maße politisch

➔ Die methodischen Probleme sind extrem interdependent

- Zählen statt Ampelfunktion
- Ergebnisse statt Prozesse
- Prozedural statt chronische Mehrfach-Erkrankungen
- Vergütungsdaten statt klinisch-epidemiologische Daten
- Anbieterperspektive im Vordergrund

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 MAASS<sup>1</sup>, SILKE KUSKE<sup>2</sup>, CONSTANZE LESSING<sup>1</sup>,  
and MATTHIAS SCHRAPPE<sup>3</sup>

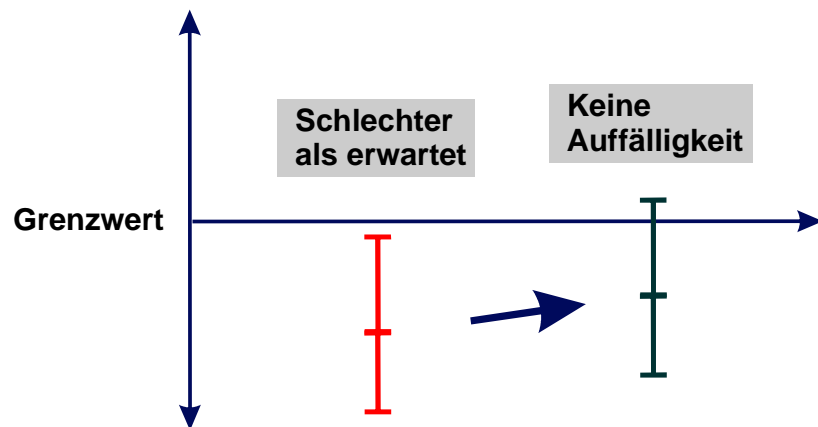
<sup>1</sup>Institute for Patient Safety, 53111 Bonn, Germany, <sup>2</sup>Public Health Unit, Faculty of Medicine, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, 40225 Düsseldorf, Germany, and <sup>3</sup>University of Cologne, 50923 Cologne, Germany

**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

00qm\indic\risk\_adjust\risk\_gaming.cdr

## Gaming durch Risikoadjustierung



Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

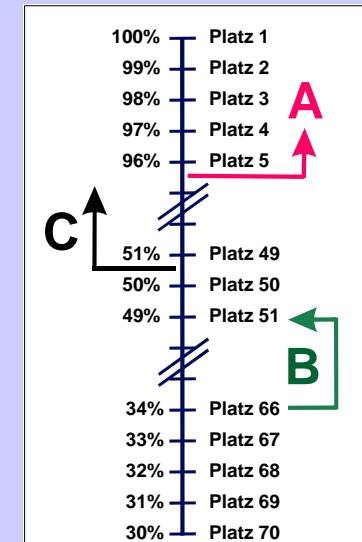
- ➔ Definition und Einordnung
- ➔ Improvement Science
- ➔ Qualitäts"messung"
- ➔ Technische Fragen
- ➔ Zusammenfassung

## 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*

## P4P: Ökonomische Faktoren

- Kopplung der monetären Bewertung an die Qualitätssystematik
- Höhe der monetären Bewertung
- Informationsassymmetrie
- Ökonomische Grundannahmen.



## 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

## Gliederung

- ➔ Definition und Einordnung
- ➔ Improvement Science
- ➔ Qualitäts"messung"
- ➔ Technische Fragen
- ➔ Zusammenfassung

## P4P: Konsequenzen

- ➔ Kombination von Rankinglisten mit relativer Verbesserung und mehrfachen absoluten Grenzwerten
- ➔ Zeitnahe Feedback (wg. Diskontierung, Risiko-Aversion)
- ➔ Prozessindikatoren vor Ergebnis-Indikatoren
- ➔ Kleine, häufigere Zahlungen, relativ hoch, getrennt von anderen Vergütungen
- ➔ Unverbrauchte Indikatoren, die gewechselt werden
- ➔ P4P nicht gleichzeitig mit anderen Regelungen einführen
- ➔ Informationsasymmetrie aufrechterhalten
- ➔ Framing beachten



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

...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.

## Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

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