

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

Webgespräch des BMC

Matthias Schrappe

13.11.2023

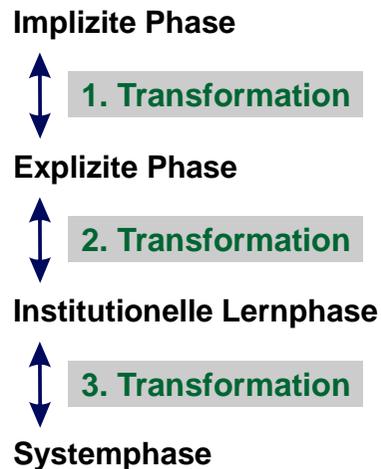
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.matthias.schrappe.com

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

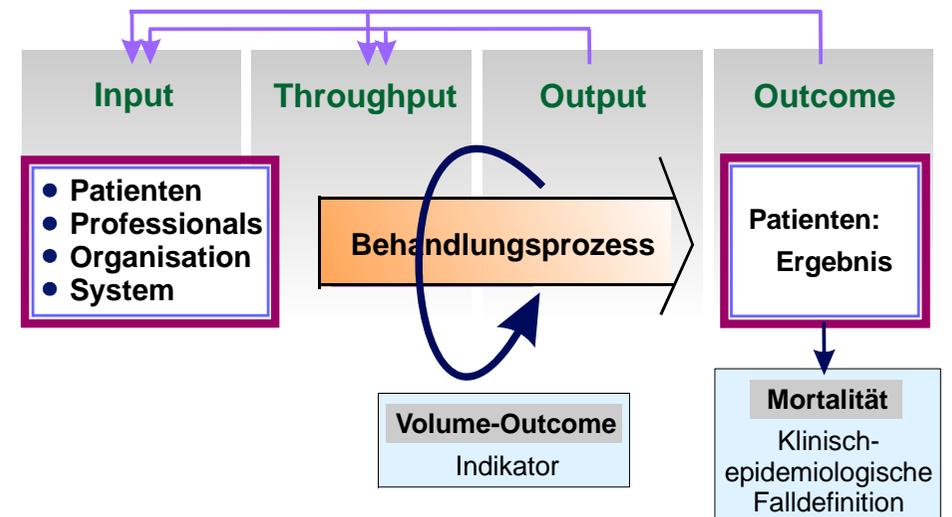
Karl Lauterbach hat Kompromisse angeboten und geschmeichelt, jetzt will der Gesundheitsminister die Länder zu einer Einigung zwingen – mit einer Drohung: Er will öffentlich machen, wie gut oder schlecht die einzelnen Krankenhäuser wirklich sind

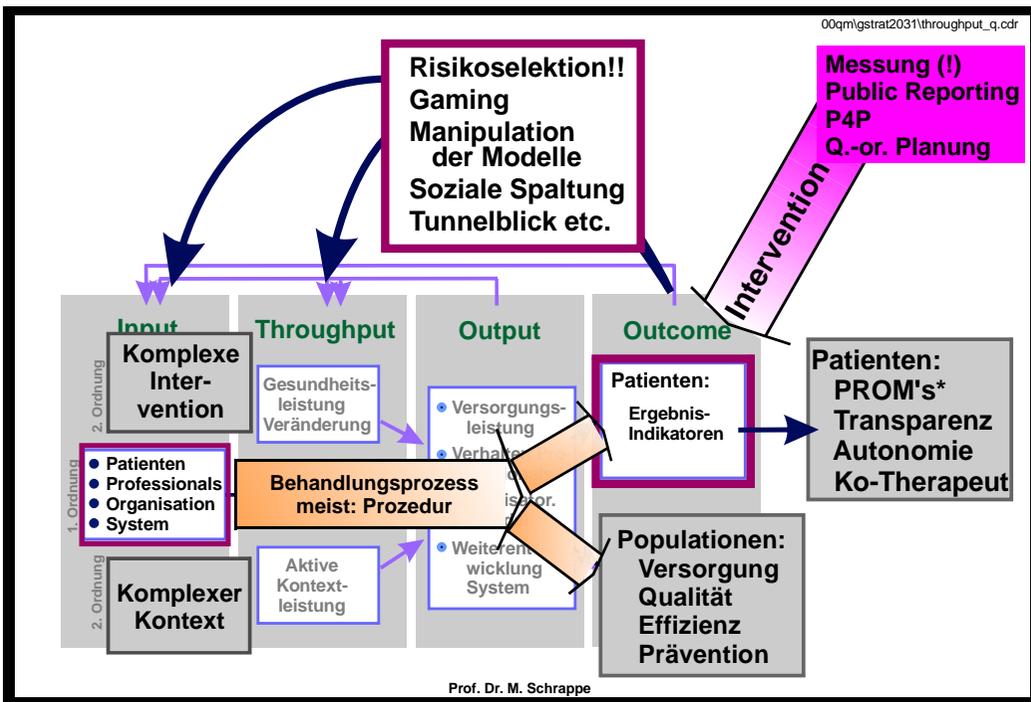
**Schon vergangene Woche soll Lauterbach eine Art **Transparenz-Drohung** ausgesprochen haben: **Wenn es keine Einigung und damit auch keine Krankenhausreform gebe, dann müsse er die Qualität der ärztlichen Versorgung eben anders sicherstellen, soll Lauterbach skizziert haben. Dann würde er die Daten 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.****



*Klaus Holtschek (links) und Karl Lauterbach im Februar. Foto: CBS 100, 2015/2016/2017*

## Throughput #2: Anwendung auf Qualität





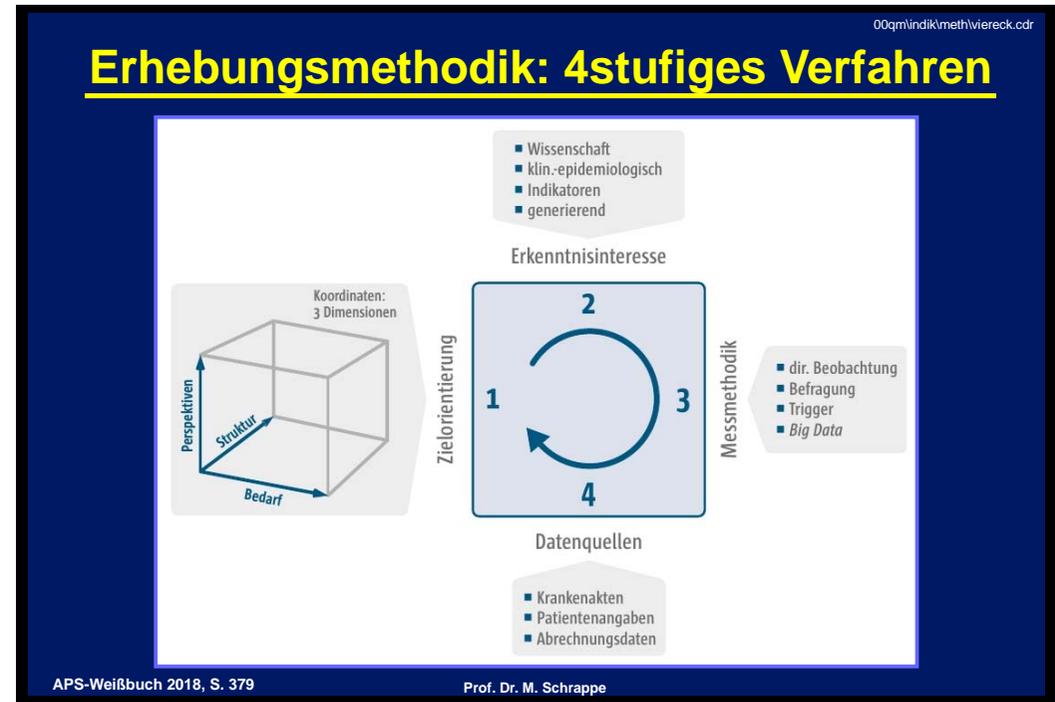
Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

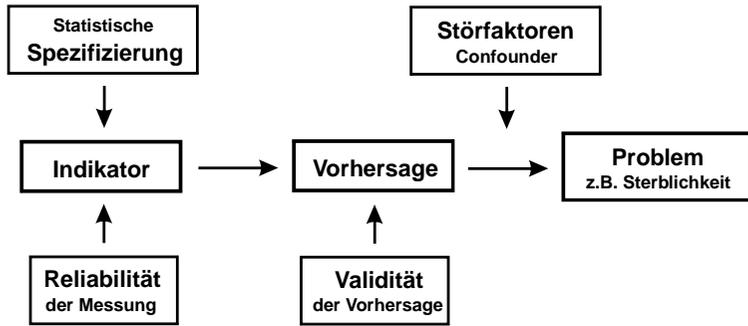
Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung  
 Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen

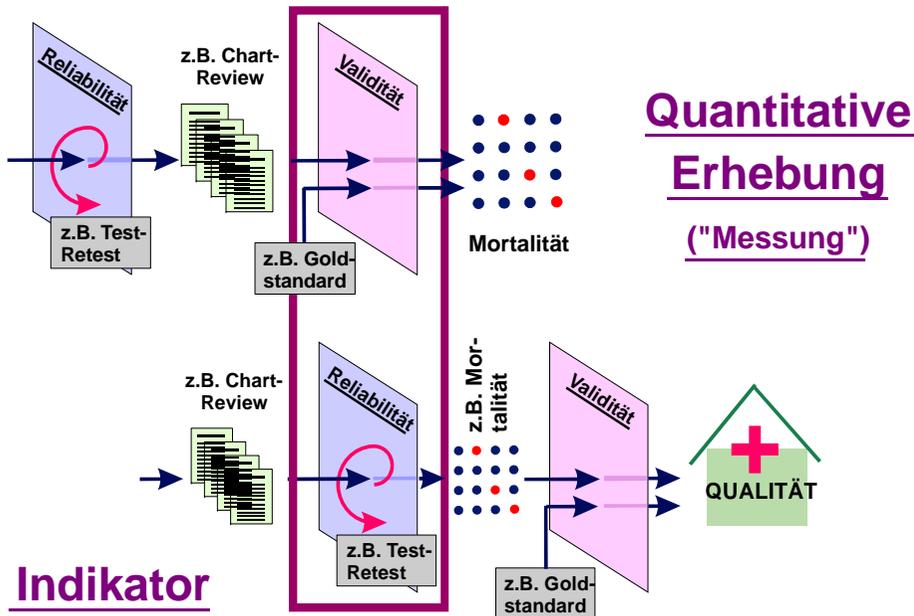
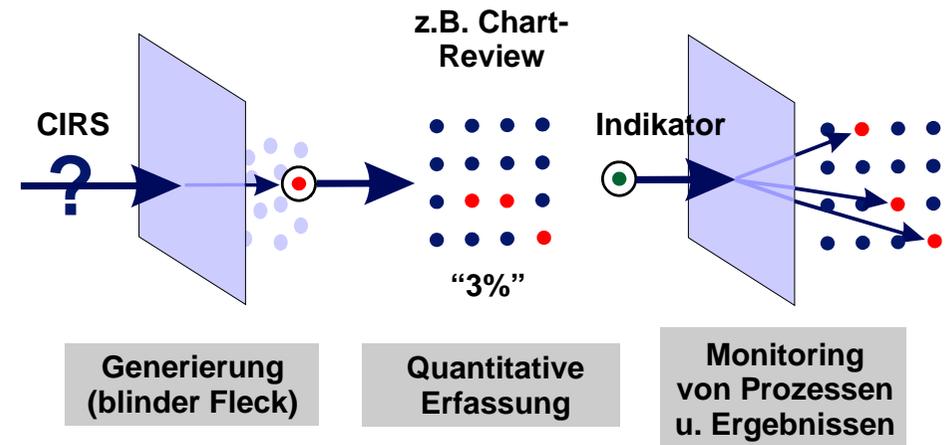
## Gliederung

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

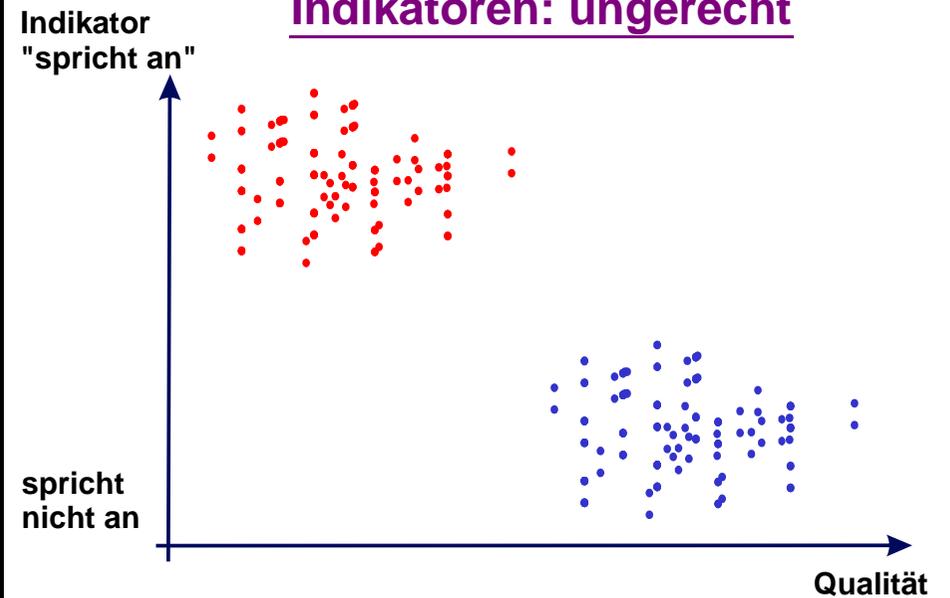




# Drei Ziele der Datenerfassung



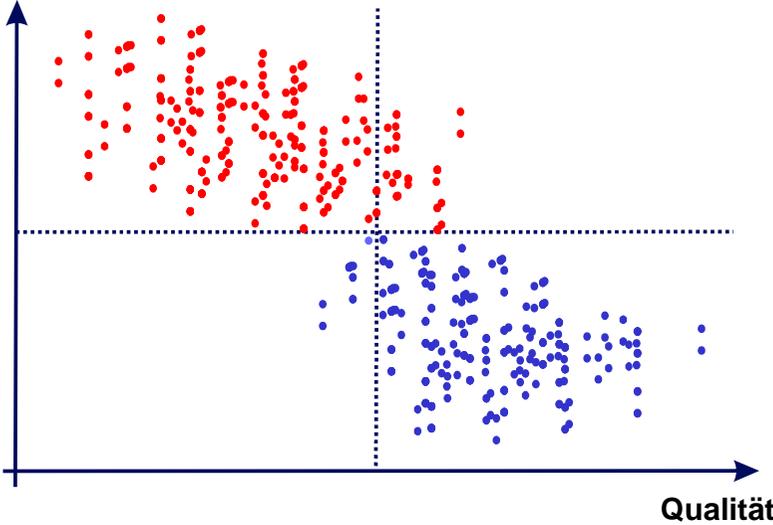
# Indikatoren: ungerecht



## Indikatoren: ungerecht

Indikator  
"spricht an"

spricht  
nicht an

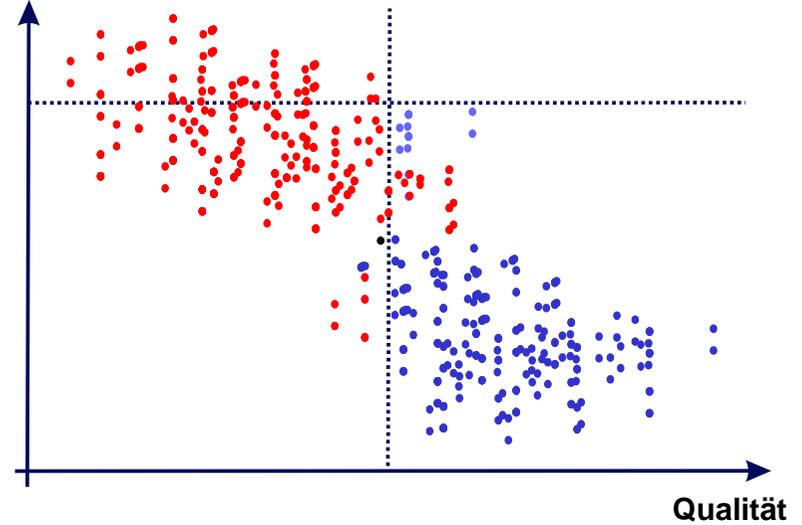


Prof. Dr. M. Schrappe

## Indikatoren: ungerecht

Indikator  
"spricht an"

spricht  
nicht an

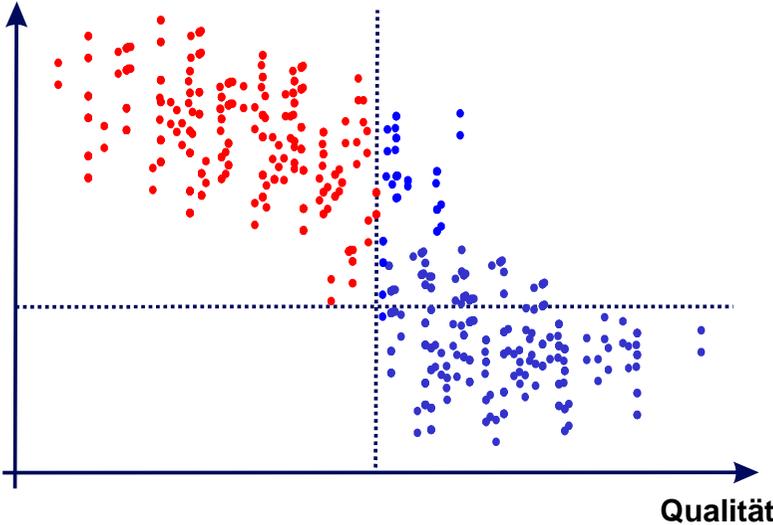


Prof. Dr. M. Schrappe

## 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

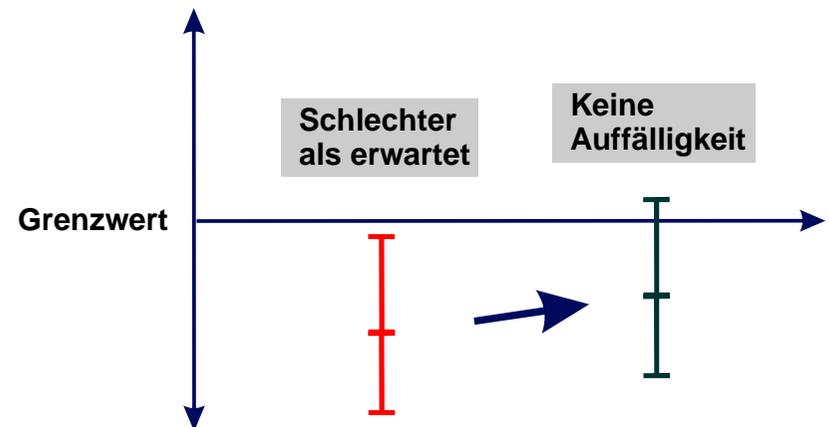
CHRISTINA MAASS<sup>1</sup>, SILKE KUSKE<sup>2</sup>, CONSTANZE LESSING<sup>1</sup>, and MATTHIAS SCHRAPPE<sup>3</sup>

<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

# 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

Schrappe 2018

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
5. Qualität: möglicher Ausblick

## THESE 1

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

Prof. Dr. M. Schrappe

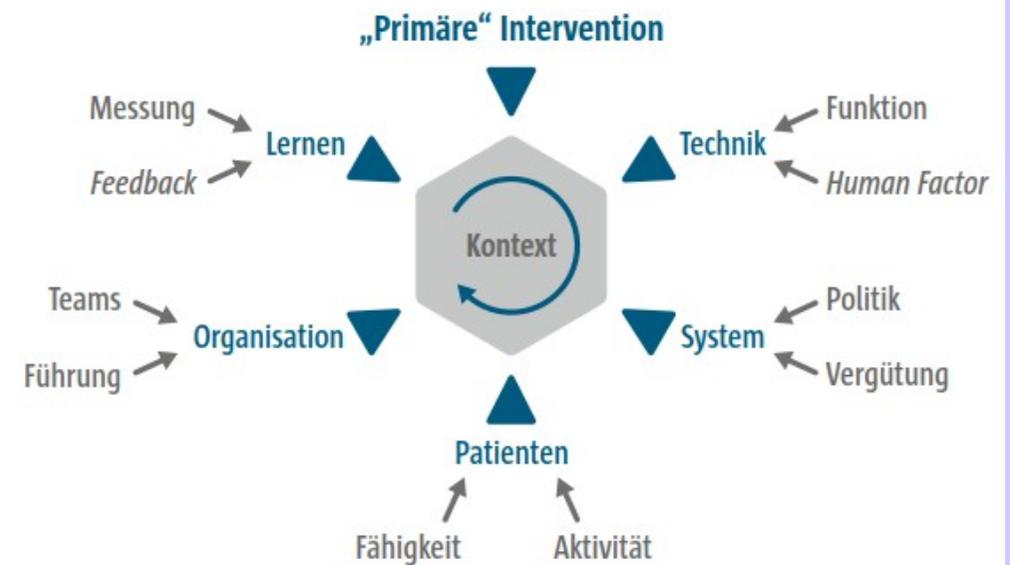
## Centers for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI)

### → 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](http://www.matthias.schrappe.com)

Prof. Dr. M. Schrappe