

Herausforderungen für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung

EbM Kongress 2011
Berlin, 26. März 2011

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl. Soz.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen, Göttingen,
www.aqua-institut.de;
www.sqg.de

Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
www.allgemeinmedizin.uni-hd.de



Übersicht

- Einführung
- Qualitätssicherung
 - ... externe stationäre Qualitätssicherung
 - ... zukünftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung
→ Beispiel Kolorektales Karzinom
- Herausforderungen
- Ausblick

§ 137a SGB V

Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine **fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung** nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln, die **möglichst sektorenübergreifend** anzulegen sind.

Dieser Institution soll auch die Aufgabe übertragen werden, **sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den in den Sätzen 1 und 2 genannten Aufgaben angepasst werden.**

Aufgaben von AQUA

- Übernahme und Weiterentwicklung der externen stationären Qualitätssicherung (früher BQS)
- Entwicklung von sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren
- Sonderaufträge

- Auftragsverhältnis, kurze Entwicklungszeiträume, harte Deadlines

- Transparenz über Methoden und Entwicklungsschritte

Methodenpapier

Transparente Darstellung der
Entwicklung von
Qualitätssicherungsverfahren

Version 2.0

Aktualisierung in Vorbereitung

www.sqg.de/methoden



Allgemeine Methoden

im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Version 2.0

Stand: 30. Juni 2010

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Externe stationäre Qualitätssicherung

- Eingeführt parallel zur DRG-System
- 2009
 - 26 Leistungsbereiche
 - chirurgische und kardiologische Interventionen, Transplantationen, Dekubitus, ambulant erworbene Pneumonie
 - 322 Indikatoren und Kennzahlen
 - Validierte Daten aus 1.764 Krankenhäusern
 - mehr als 3,8 Millionen dokumentierte „Fälle“ (Patienten)

YOU ARE LEAVING
THE AMERICAN SECTOR
ВЫ ВЫЕЗЖАЕТЕ ИЗ
АМЕРИКАНСКОГО СЕКТОРА
VOUS SORTEZ
DU SECTEUR AMERICAIN
SIE VERLASSEN DEN AMERIKANISCHEN SEKTOR



Warum sektorenübergreifend?

- Stationäre Aufenthalte werden kürzer
- Verläufe werden in der bisherigen gesetzl. Qualitätssicherung kaum sichtbar, dadurch nur eingeschränkter Blick auf Ergebnisse
- Patienten werden häufig ambulant + stationär behandelt
- Informationsbrüche und Kommunikationsprobleme zwischen den Sektoren führen zu Qualitäts- und Sicherheitsproblemen
- Patienten werden bereits jetzt über Grenzen von Bundesländern hinweg behandelt
- Integrierte Versorgung

Barrieren gegenüber sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten

- „Attempts to realise integrated care systems often fail because the existing shared values and belief systems of the different disciplines and organisations involved are too powerful.“

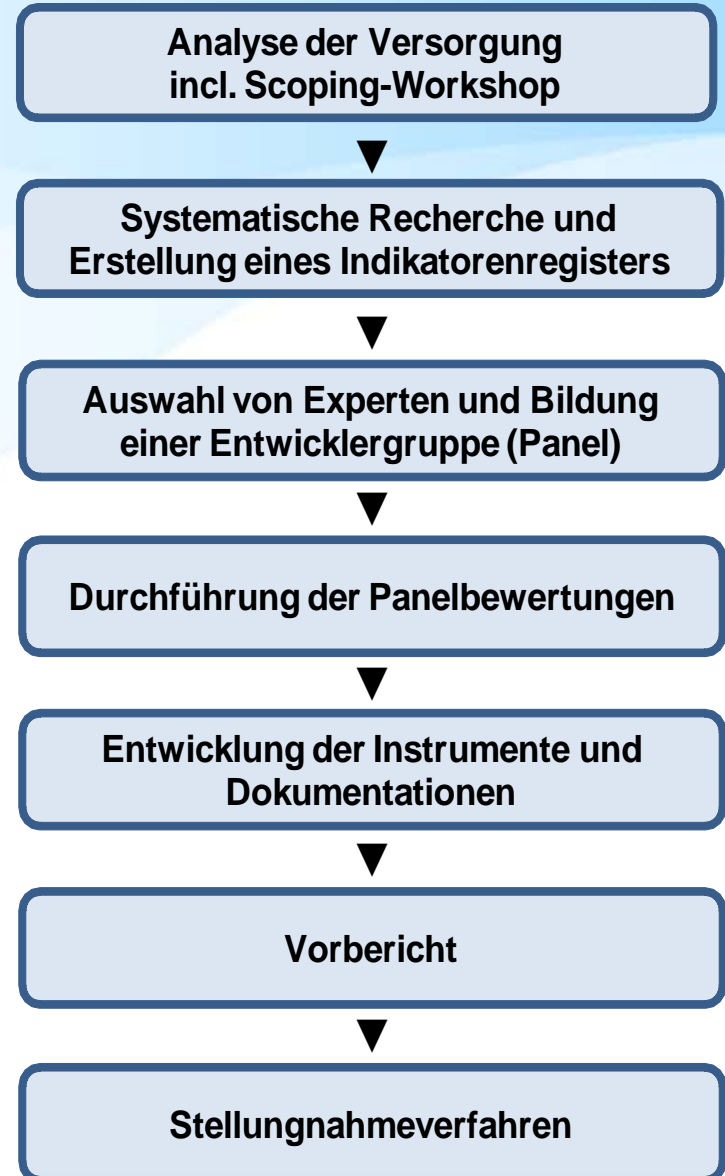
H.van Linge 2004

Ein umfassendes Qualitätsmodell ...

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems*							
	Dimensionen der Leistungsfähigkeit						
Versorgungsbedarf ↓	Qualität			Zugang	Kosten/ Ausgaben	← Gerechtig- keit →	
	Effektivität	Sicherheit	Patienten- orientierung	Koordination Zusammenarbeit			
gesund bleiben							
gesund werden							
mit einer Krankheit oder Behinderung leben							
das Lebensende bewältigen							
	← Effizienz →						

*Vereinfachte Darstellung nach: Arah OA, Wespert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 2006; 18 Suppl 1:5-13.

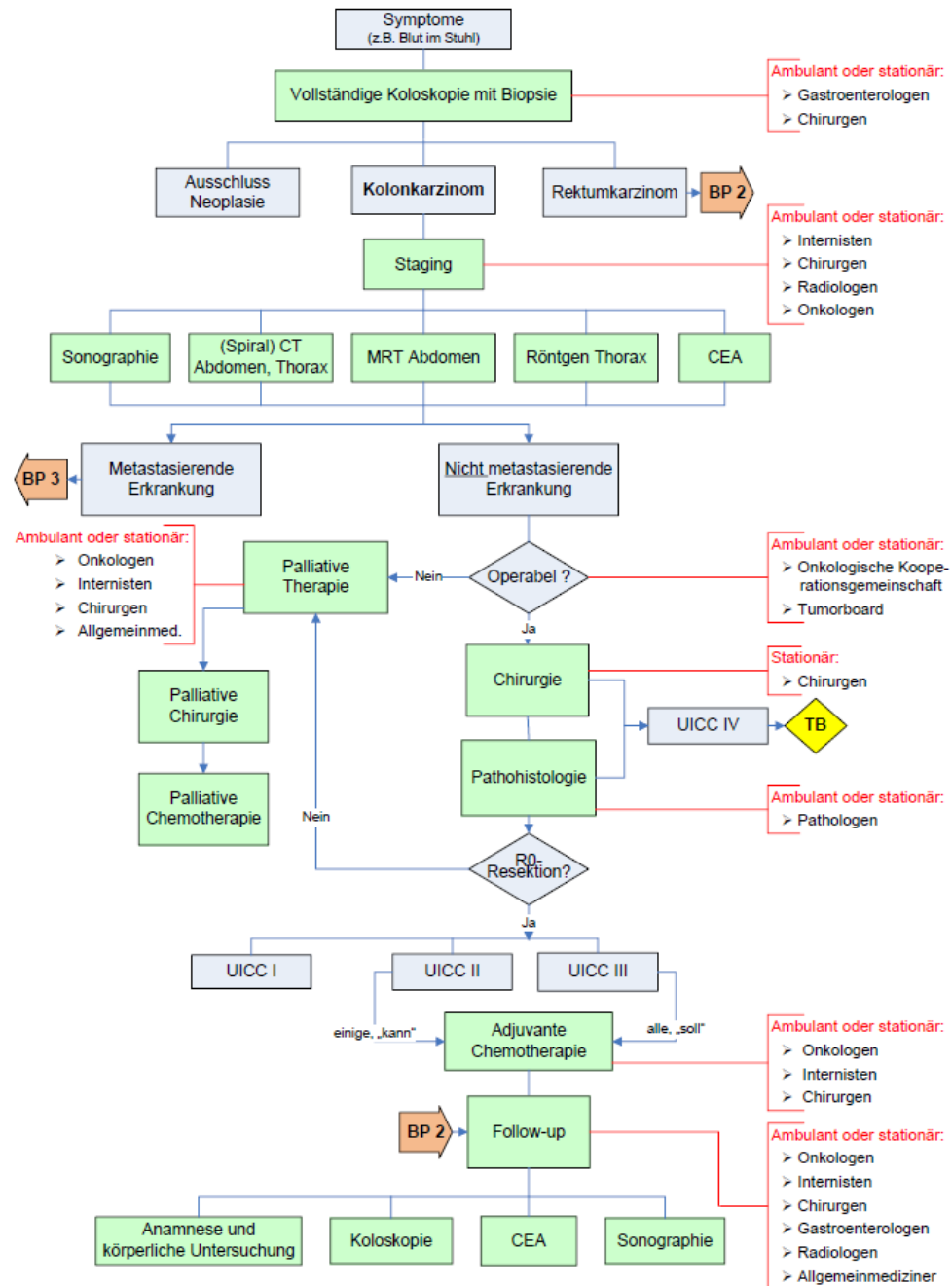
Wichtige Verfahrensschritte



Beispiel Kolorektales Karzinom

- **Scoping Workshop**
 - **> 60 Fachexperten und Patientenvertreter**
 - **„Radar“ der Qualität der Versorgung**
- **Panelverfahren (zur Anpassung und Auswahl von Indikatoren)**
 - **Öffentliche Ausschreibung**
 - **Sehr großes Interesse (86 Bewerbungen)**
 - **14 ExpertInnen (inkl. Patientenvertreter)**

Behandlungspfad (BP) Kolorektales Karzinom – 1: Kolonkarzinom (TB = Tumorboard)



...Kolorektales Karzinom...

- **Systematische Literaturrecherche**
 - Titel und Abstract Screening: 4.971 Publikationen
 - Volltext Screening: 943 Publikationen
- **Panel**
 - Start: 289 Indikatoren
 - Ergebnis: 52 Indikatoren über die gesamte Versorgungskette
 - Patienten-Perspektive
 - Koordination / Übergang zwischen den Sektoren
 - Strukturmerkmale
 - Chirurgische Behandlung, Pathologischer Befund
Onkologie, Strahlentherapie
 - Follow-up, Nachbehandlung (inklusive Hausarzt)

Beispiele

Struktur

Vorhandensein eines interdisziplinären Tumorboard (bzw. analoge Einrichtung im ambulanten Bereich)

Prozess

Patient wird im Tumorboard vorgestellt

Vorhandensein und Inhalt eines präoperativen Koloskopieberichts

Präoperative Bildgebung der Leber bei KRK-Patienten

Präoperative Markierung der Stomalokalisation bei KRK-Operation

KRK-Patienten mit mindestens 12 entfernten und histologisch aufgearbeiteten Lymphknoten

Postoperative Erhebung und Dokumentation der Darm-, Blasen- und Sexualfunktion bei RK-Patienten

Beispiele

Ergebnis

30-Tage-Sterblichkeit nach Primäroperationen bei KRK

Patientensicherheit

Antibiotikagabe prä-Op

Patientenperspektive

Gemeinsame Entscheidungsfindung von Patienten und Behandlern zum therapeutischen Vorgehen

Area Indikator

Anteil pT1-Karzinome bei KRK-Patienten in einer Region

Wieviele Indikatoren braucht man?

- Unterschiedliche Populationen (Patienten mit KRK)

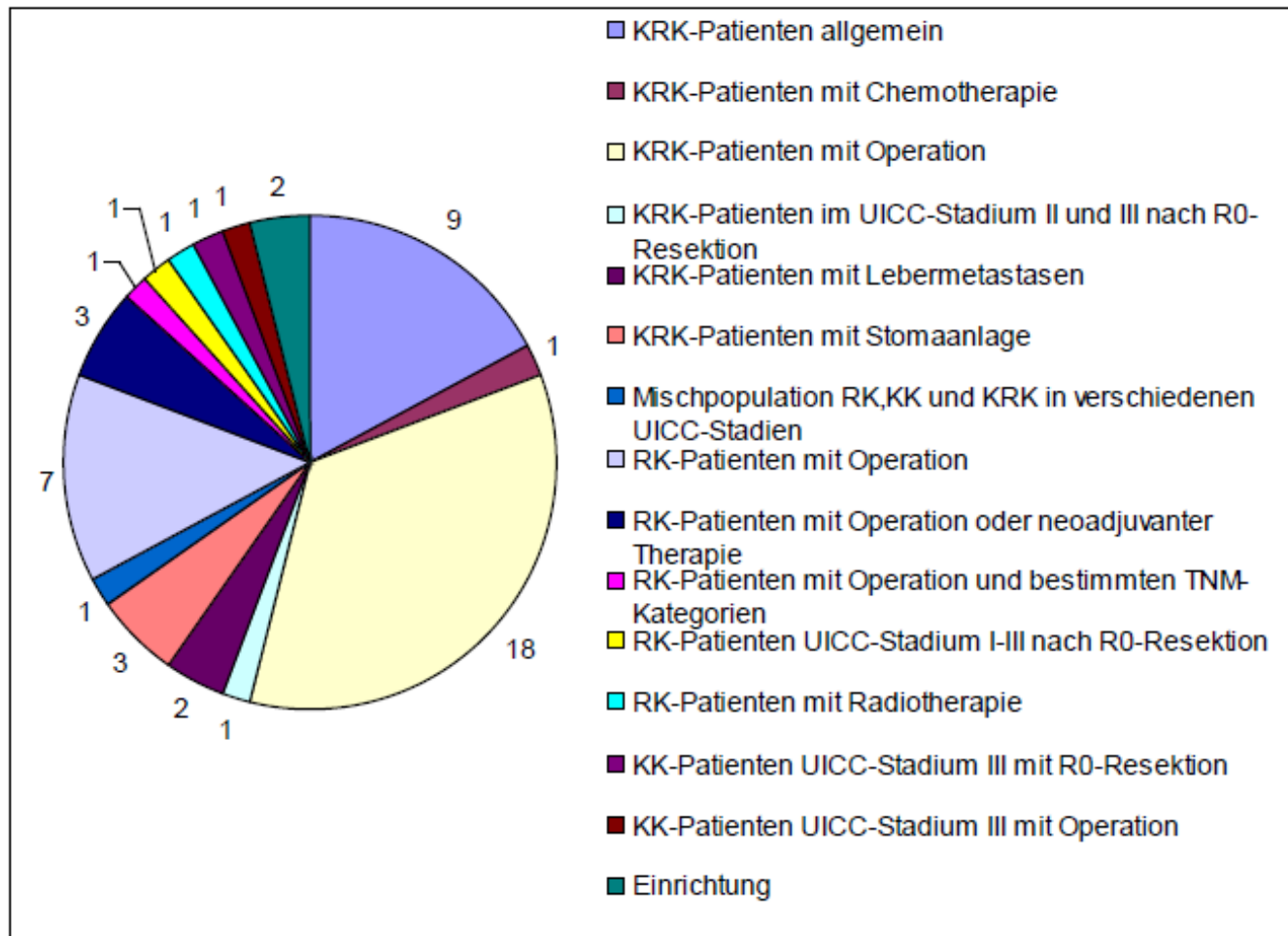
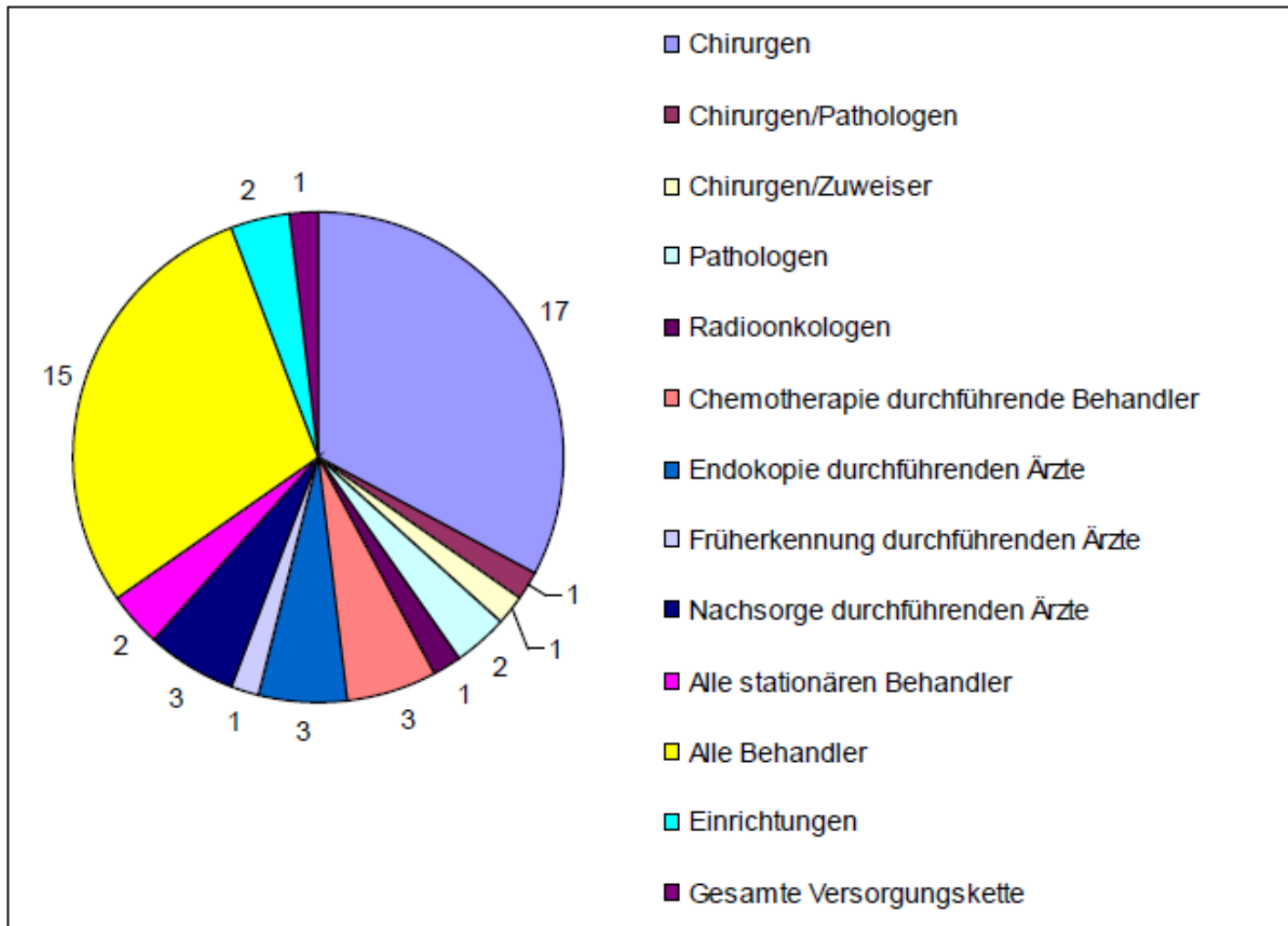


Abbildung 14: Verteilung der Indikatoren nach Populationen (Nenner)

Wieviele Indikatoren braucht man?

- Unterschiedliche Fachdisziplinen (KRK)





Herausforderungen

Abstimmung z.B. mit Krebsregistern

- Indikatoren
- Datenfelder
- Risikoadjustierung
- Rückmeldesysteme

Abstimmung mit Qualitätsinitiativen

Datenfluß

(Vertrauensstelle, Daten
ambulant/stationär)

Herausforderungen

- Wieviele Indikatoren braucht man?
- Wie kann man die Dominanz des leicht messbaren vermeiden?
- Qualitätsindikatoren für Indikationsstellung?
(z.B. Kniegelenksarthroskopie)
- Qualitätsindikatoren zu übergreifenden Themen (z.B. Kooperation, Informationsfluß, Schmerzen nach Eingriffen etc.)

Herausforderungen

- Entwicklung von Qualitätsindikatoren aus Leitlinien?
(z.B. Einfluß des Rahmenkonzeptes für die Datengewinnung auf die konkrete Ausgestaltung der Indikatoren)
- Einbeziehung von GKV-Routinedaten
(gelingt nur Schrittweise)
- Public Reporting
(auf welcher Ebene? kleine Fallzahlen)

Physician wellness: a missing quality indicator

Jean E Wallace, Jane B Lemaire, William A Ghali

Lancet 2009; 374: 1714-21

See Editorial page 1653

Department of Sociology,
Faculty of Social Sciences
(Prof J E Wallace PhD),

Department of Medicine,
Faculty of Medicine
(Prof J B Lemaire MD,

Prof W A Ghali MD), and
Department of Community
Health Sciences, Faculty of

Medicine (Prof W A Ghali),
University of Calgary, Calgary,
AB, Canada

Correspondence to:
Prof Jean E Wallace, Department
of Sociology, University of Calgary,
2500 University Drive NW,
Calgary, AB, Canada, T2N 1N4
jwallace@ucalgary.ca

When physicians are unwell, the performance of health-care systems can be suboptimum. Physician wellness might not only benefit the individual physician, it could also be vital to the delivery of high-quality health care. We review the work stresses faced by physicians, the barriers to attending to wellness, and the consequences of unwell physicians to the individual and to health-care systems. We show that health systems should routinely measure physician wellness, and discuss the challenges associated with implementation.

Introduction

"Healthy citizens are the greatest asset any country can have."

Sir Winston Churchill

Physicians are important citizens of health-care systems, and evidence indicates that many physicians are unwell. Physicians who are affected by the stresses of their work may go on to experience substance abuse, relationship troubles, depression, or even death.¹⁻⁴ Results of emerging research show that physicians' stress, fatigue, burnout, depression, or general psychological distress negatively

review the potential consequences of self-neglect by physicians, both individually and at the level of health-care systems. We also address why health systems should routinely measure physician wellness as an indicator of health-system quality in view of the growing recognition that suboptimum physician wellness adversely affects system performance. We discuss some of the measurement and operational challenges associated with implementation of this missing quality indicator, and raise several issues that will need to be addressed to achieve the desired outcomes of improved physician wellness and system quality.

Ausblick

- 1. Weiterentwicklung des derzeitigen Systems der externen stationären Qualitätssicherung**
z.B. Überprüfung aller Indikatoren auf Geeignetheit für öffentliche Berichterstattung >>Qualitätsberichte der KH
- 2. Sektorenübergreifende Entwicklungen mit Mehrpunktmessung (stationär/ambulant)**
 - 1. PCI und Koronarangiografie**
 - 2. Kataraktoperation, Konisation der Cervix uteri**
 - 3. Neu: Arthroskopie des Kniegelenkes, Endoprothetik Hüftgelenk (Erst- u. Reimplantation)**
- 3. Sektorenübergreifend für den gesamten Versorgungspfad**
 - 1. Kolorektales Karzinom**
 - 2. Ab Sommer 2011: Nosokomiale Infektionen**
 - 3. Herbst 2011: Psychiatrische Erkrankungen?**

www.sqg.de/themen/berichte

STARTSEITE

Themen

HINTERGRUND

ENTWICKLUNG

DATENSERVICE

AKTUELLES

LOGIN

Leistungsbereiche

Berichte

Bundesfachgruppen

Strukturierter Dialog

Datenvalidierung

Sie befinden sich: [Startseite](#) > [Themen](#) > [Berichte](#)

Berichte

Qualitätsreport 2009

Als fachlich unabhängige Institution ist das AQUA-Institut seit dem 01.01.2010 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Umsetzung der Qualitätssicherung beauftragt. In diesem Zusammenhang ist es nicht nur neue Mess- und Darstellungsverfahren zu entwickeln, sondern auch bestehende Bereiche zu betreuen.



§ 137a
SGB V

Qualitätsreport 2009

Hier können Sie den Qualitätsreport im PDF-Format herunterladen.

[Qualitätsreport 2009](#)
(PDF; 8,1 MB)

[Qualitätsreport 2009](#)
(ZIP/PDF; 4,6 MB)

Bestellung der Druckausgabe
Wir senden Ihnen gerne ein Druckexemplar kostenfrei zu.

[Zum Bestellformular](#)

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Vorankündigung:

Göttingen, 18. Mai 2011

**„Qualität kennt keine Grenzen.
- Transparenz und Verbesserung“**

AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8-10
37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 / 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 / 789 52-10

E-Mail: office@aqua-institut.de
Internet: www.aqua-institut.de;



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

