



Gemeinsam Ziele erreichen

Qualität messen & verbessern – Methodenübersicht

(Chr. Scheu)

32. Frühjahrskolloquium
BBDK e.V.
Meschede 11.03.16

Hintergrund

- QKK ist bundesweit die älteste (>10 Jahre) trägerübergreifende **Benchmarkplattform** für Qualitätsindikatoren aus Routinedaten in Deutschland
- In QKK e. V. sind derzeit ca. **70 kirchliche Krankenhäuser** bundesweit aktiv.
- Die beiden Verbände **KKVD** und **DEKV** sind ebenfalls Mitglied im QKK e. V. und vertreten in QKK e.V ca. **1/3 aller Krankenhäuser in Deutschland**.
- QKK e. V. hat in den vergangenen Jahren regelmäßig wissenschaftliche Evaluationen und Publikationen zum Thema QI aus Routinedaten hervorgebracht.



1. Qualität messen

... Was ist es, was wir messen wollen?

Qualität in der Medizin – Eine Frage der Sichtweise (1)?

- **Der Wunsch des Patienten** – **Gesund bleiben/werden**, d.h. nach WHO einen „Zustand des vollständigen **körperlichen, geistigen** und **sozialen** Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ wieder zu erlangen.

- **Die ärztliche Sicht** – Definition von Qualität (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin - ÄZQ) in Anlehnung an das IOM/USA.

Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine **ausreichende** und **zweckmäßige**, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische **Versorgung** mit dem Ziel, die **Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse** bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen

Qualität in der Medizin – Eine Frage der Sichtweise (2)?

- **Die Sicht des Juristen** – Die ärztliche Tätigkeit ist im Regelfall **kein Werkvertrag**, bei dem ein bestimmter Erfolg geschuldet ist („Gesund werden“), sondern ein **Dienstvertrag**. Auch der Behandlungsvertrag gem. [§§ 630a -630h BGB](#) ist ein besonderer Dienstvertrag.

Der Arzt schuldet dem Patienten daher die „**kunstgerechte**“ (lege artis) Erbringung seiner beruflichen **Dienste**, also die fehlerfreie Heilbehandlung. Es kann mithin aus der zunächst eingetretenen schweren Folge, und sei sie auch der Tod des Patienten, nicht automatisch ein Haftpflichttatbestand gegen den Arzt hergeleitet werden.

Qualität in der Medizin – Eine Frage der Sichtweise (3)?



1. Qualität messen

...Wie geht das?

Hintergrund:

- Lt. KHSG soll die Qualität medizinischer Leistungen zukünftig eine zunehmende Rolle in der Vergütung von Krankenhäusern spielen. Die **genauen Modalitäten** hierzu werden von G-BA und IQTiG noch ausgearbeitet und sind derzeit **unbekannt**.
- Obwohl genaue Modalitäten noch nicht bekannt sind, sollte nicht gewartet werden, sondern spätestens **jetzt die KH fit gemacht** werden für den kommenden Qualitätswettbewerb.
- Unter Berücksichtigung der einschlägigen **internationalen Literatur**, der bekanntesten Aussagen aus **G-BA und IQTiG** und eines Blickes in die **USA** (ACA= Accountable Care Act) ist es bereits heute möglich **grobe Züge einer qualitätsorientierten Vergütung** von Krankenhäusern zu entwerfen.

Grundzüge einer qualitätsorientierten Vergütung

- National und international entwickeln sich Überlegungen zu qualitätsbezogener Vergütung von Krankenhäusern **weg von einzelnen Indikatoren** hin zu zusammengesetzten Indexes („**Composite Measures**“) in denen sehr unterschiedliche Indikatoren berücksichtigt und unterschiedlich gewichtet werden und je nach Bedarf geändert werden können.
- Da die Indikatoren die in solchen Indexes zusammengefasst werden sehr unterschiedlich sind und auch rasch geändert werden können, ist eine **selektive Fokussierung (Gaming) riskant** und einem **breiteren Qualitätsansatz den Vorzug zu geben**.

Qualitätsorientierte Vergütung: Strukturmerkmale

- Hierzu sind nur **sehr wenige nationale oder internationale Ideen/Erfahrungen** vorhanden – daher hierzu nur eine kurze Übersicht.
- Unterschiedlichste Ansätze wären denkbar, z.B.:
 - Teilnahme/Nicht-Teilnahme an der **Notfallversorgung**
 - Honorierung gewisser **Fachquoten** im ärztlichen oder pflegerischen Bereich (z.B. ITS).
 - **Sicherstellungsauftrag** in ländlichen Gebieten
 - Zuschlag auf Leistungen nach **Zeitpunkt der Leistungserbringung** (Nachts, WE)
- Im Gegensatz zu den Bereichen Qualitätsorientierte Vergütung nach Prozess- oder Ergebniskriterien erscheint es aber derzeit sehr schwierig mögliche Entwicklungen vorauszusagen.

Qualitätsorientierte Vergütung: Prozessmerkmale

- International werden bei P4P Projekten oft **Prozessmerkmale** berücksichtigt, um Kosten zu senken und/oder medizinisch gebotene Vorgehen schneller in der Breite zu etablieren.
- Hier können z.B. folgende Kriterien erfasst/abgefragt werden:
 - **Wiederaufnahmeraten**
 - Saubere **Diagnostik und Indikationsstellung** (z.B.: Ischämiediagnostik vor PTCA, Blutgasmessung bei Aufnahme wg Pneumonie)
 - **Evidenzbasierte Medikation** bei Entlassung (z.B.: B-Blocker bei KHK)
 - **Gabe von Blutprodukten** bei elektiven OPs.
- Eine solche Vergütung auf der Basis von Prozessmerkmalen kann von der Politik stufenweise “verschärft” werden:
 - in den ersten Jahren nur **Zuschläge für „Early Adopters“**
 - dann **Zu- und Abschläge**
 - und zuletzt nur noch **Abschläge für die „Verweigerer“**.

Qualitätsorientierte Vergütung: Ergebnismerkmale

National und international scheinen sich P4P-Ansätze zu Indexes hin zu entwickeln, wo folgende Ergebnismerkmale nebeneinander Berücksichtigung finden:

- Gezielte **Patientenbefragungen**
- **Qualitätsindikatoren** aus Routinedaten
- **Langzeitergebnisse** nach stationärer Behandlung.

Neben den absoluten Werten im Vergleich zu anderen Einrichtungen wird zunehmend in einigen P4P Modellen die **Veränderung der Ergebnisparameter in der Zeit** honoriert, um so auch einen Anreiz zu schaffen, für Einrichtungen die (noch) nicht im Vergleich so gut darstehen.

a. Hinweise zu Patientenbefragungen & P4P (1)

- Eine **zuverlässige Beurteilung** medizinischer Qualität ist in der Regel **unmöglich** für Laien.
- **Wie kritisch** Patienten eine Einrichtung beurteilen hängt u.a. auch wesentlich davon ab, aus welchem **Umfeld** die Patienten stammen (soziolog. Merkmale) und um welche **Fachrichtung** es sich handelt (z.B. Pädiatrie, Orthopädie, etc...).
- Patientenzufriedenheit scheint **keinen** **sicheren Zusammenhang** zu haben mit der **klinischen Ergebnisqualität** der erbrachten Leistungen.

The Cost of Satisfaction

*A National Study of Patient Satisfaction,
Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality*

Joshua J. Fenton, MD, MPH; Anthony F. Jerant, MD;
Klea D. Bertakis, MD, MPH; Peter Franks, MD

a. Hinweise zu Patientenbefragungen & P4P (2)

- Allgemeine **Zufriedenheitsfragen/Wiederempfehlungsraten** werden **kritisch** gesehen. Sie sind wichtig für das einzelne Haus, dürften aber vermutlich keinen wesentlichen Einfluss in P4P-Modelle haben.

- Patientenbefragung haben den **größten Wert**, wenn Sie **Patienten** zu Themen fragen wo sie **Experten** sind und Qualitäts-Teilaspekte beleuchten können:
 - **Freundlichkeit**, Respekt
 - Information vom Patienten und **gemeinsame Entscheidungsfindung**
 - **Schmerzen**
 - **Verhaltensbeobachtungen**: Händedesinfektion, Verbandwechsel, etc..

b. Hinweise zu QI aus Routinedaten & P4P

*Es erscheinen für P4P nur QI geeignet bei denen Patienten in **hoher Anzahl** in vielen KH vorhanden sind und das Patientengut relativ **homogen** ist .*

- Was können Qualitätsindikatoren NICHT ?
 - Sie sind **keine** perfekte **Abbildung** der **klinischen Realität**
 - Sie sind **keine wissenschaftliche Aussage**
 - Sie sind **unscharf** und erlauben **kein sicheres Ranking** von Abteilungen oder Einrichtungen.
- Was sind dann Qualitätsindikatoren und was leisten sie?
 - Sie sind zu erst einmal wertneutral eine **statistische Auffälligkeit**, die näher untersucht werden muss.
 - Sie erlauben **mit geringem Aufwand Verbesserungspotential** (personell, apparativ, infrastrukturell) systematisch zu entdecken.
 - Sie ermöglichen es die Auswirkungen von **Maßnahmen** intern und extern zu **monitoren**.
 - Sie erlauben es **eindeutige Ausreißer (positive und negative)** zu erkennen.

c. Langzeitergebnisse n. stationärer Behandlung & P4P

- Es rücken immer mehr in den Fokus von Gesundheitspolitikern und Kostenträgern bei P4P-Modellen die **langfristigen Ergebnisse nach stationärer Behandlung**.
- Im internationalen Vergleich ist **das QSR-Projekt der AOK weitfortgeschritten** und in der Lage hochinteressante Aussagen zur medizinischen Qualität im Langzeitverlauf zu liefern und wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zukünftig in P4P Überlegungen in Deutschland Einfluss haben.
- Zur Klarstellung: Es handelt sich **NICHT** um die aggregierten Ergebnisse des **Krankenhausnavigators** der AOK, sondern um den **hausbezogenen Bericht** von ca. 400 Seiten. Mittlerweile sind die Definitionen aller Indikatoren öffentlich und werden kontinuierlich verfeinert nach Hinweisen von Experten und Fachgesellschaften.
- Beurteilung: Die QSR-Ergebnisse sind – auch im internationalen Vergleich – bezogen auf Risikoadjustierung und Indikatorendefinition sehr ernst zu nehmen und für die Kliniken und Fachkundige beinhalten sie Informationen die bei weitem aussagekräftiger sind als die bisherige gesetzliche Qualitätssicherung.

2. Qualität verbessern

*...denn anders als noch vor einigen Jahren haben wir
kein Erkenntnisproblem mehr, sondern ein **Umsetzungsproblem***

a. Strukturqualität verbessern

*Handlungsempfehlungen bez. **Strukturqualität** sind derzeit mit **großer Unsicherheit** verhaftet.*

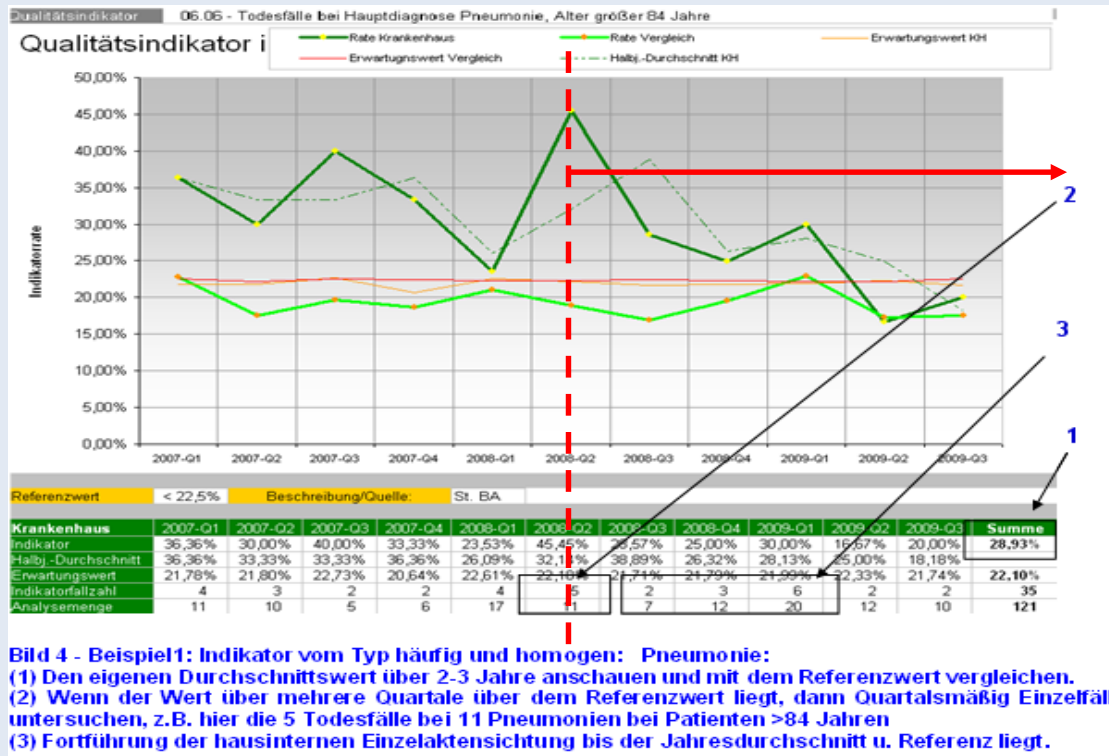
Folgende Empfehlungen würden wir derzeit geben:

- Systematisches **Monitoren** aller Diskussionsthemen und Entscheidungen des **G-BA**.
- Im derzeitigen Wust aller **Zertifizierungen** die Vorgaben in den Bereichen **Krebszentren** (dt. Krebsgesellschaft), **Stroke-Units** und **Traumazentren** genauer beachten, da sie normativ werden könnten.
- Strukturen der in der amb. und stationären **Notfallversorgung** optimieren.

b. Prozessqualität verbessern

- Auf der Basis des **QSR-Klinikberichtes Wiederaufnahmeraten** der QI analysieren und ggf. senken, Fallzusammenführungen des MDK kritisch anschauen & besprechen.
- Kritische Sichtung und Optimierung der **Gabe von Blutprodukten** (Patient Blood Management).
- Sicherstellen dass **Evidenzbasierte Medizin** 24h/7d in Diagnostik und Therapie erfolgt: aktuelle **SOPs** in Dokumenten Management System, interne **Audits**, **Aktensichtung** bei auffälligen Indikatoren aus Routinedaten, **Peer-Reviews**.

Beispiel : Todesfälle bei HD Pneumonie bei alten Patienten



Konkrete Prozessoptimierung rettet Leben!

- 100% **leitliniengerechte Therapie** sicherstellen (auch nachts und am WE!)
- Bei 100% der Patienten **Atemfrequenzmessung** und **Blutgase** bei Aufnahme.
- Bei 100% der Patienten **Antibiotikagabe SOFORT** nach Diagnose in der Aufnahme

c. Ergebnisqualität verbessern

Patientenbefragungen

- Nutzen Sie als externen **Benchmark** die Ergebnisse der Befragungen der TK und der AOK/BEK – auch zur Information über Ihre Mitbewerber.
- Konkrete Erkenntnisse für **Verbesserungspotential** erhalten Sie aber nur über eine eigene kontinuierliche Befragung die sich an bekannte Erkenntnisse orientiert:
 - In der Regel eher Reportingfrage (statt Ratingfragen)
 - Beantwortung zuhause
 - Freitextmöglichkeiten
 - Automatische Auswertung (Software+Scanner)
- Berücksichtigung der **P4P-relevanten Aspekte**: Respekt, Information, Shared-decision, Händedesinfektion, Med. Sicherheit, Schmerz, etc...
- **Auswertung**:
 - hausweit jedes Quartal,
 - abteilungs- und stationsbezogen jährlich
(+ Feedback + Schulungen + ggf. Zielvereinbarungen)

c. Ergebnisqualität verbessern

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten

- Das **Thema** QI aus Routinedaten ist **komplex** und die zur Zeit verfügbaren Indikatoren unterscheiden sich sehr in ihrer Güte und Aussage.
- Die Hauptschwierigkeit liegt heute nicht mehr in der Datengenerierung, sondern in der **schwierigen Interpretation** von Abweichungen und ihren Ursachen und den Unsicherheiten, wie Verbesserungen umgesetzt werden können.
- **Je nach Indikator** müssen **unterschiedliche Vorgehensweisen** angesetzt werden, um Verbesserungen zu erreichen.
- **Ursachen** für Abweichungen sind sehr **vielfältig** und oft nicht einfach zu identifizieren.
- Ein **alleinstehendes Haus** ist mit der Thematik **überfordert** und braucht den Erfahrungsaustausch mit anderen KH (z.B. QKK) um Verbesserungen auf den Weg zu bringen.

*Aus langjähriger Arbeit mit Qualitätsindikatoren aus Routinedaten, schälen sich **3 Typen Indikatoren** heraus:*

Indikator Typ „häufig + homogen“:

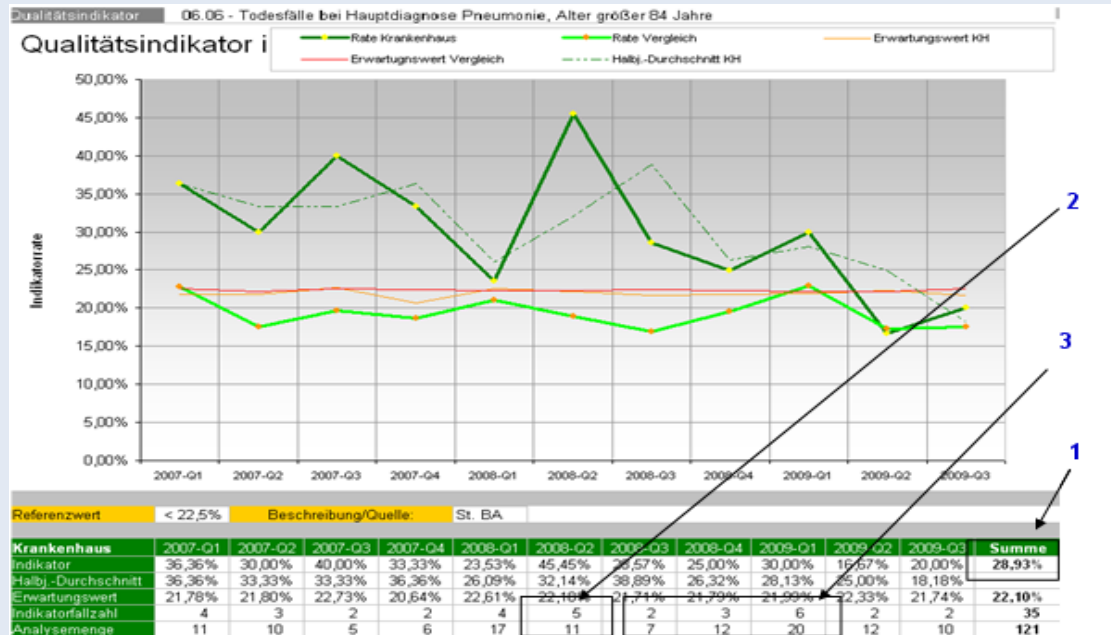
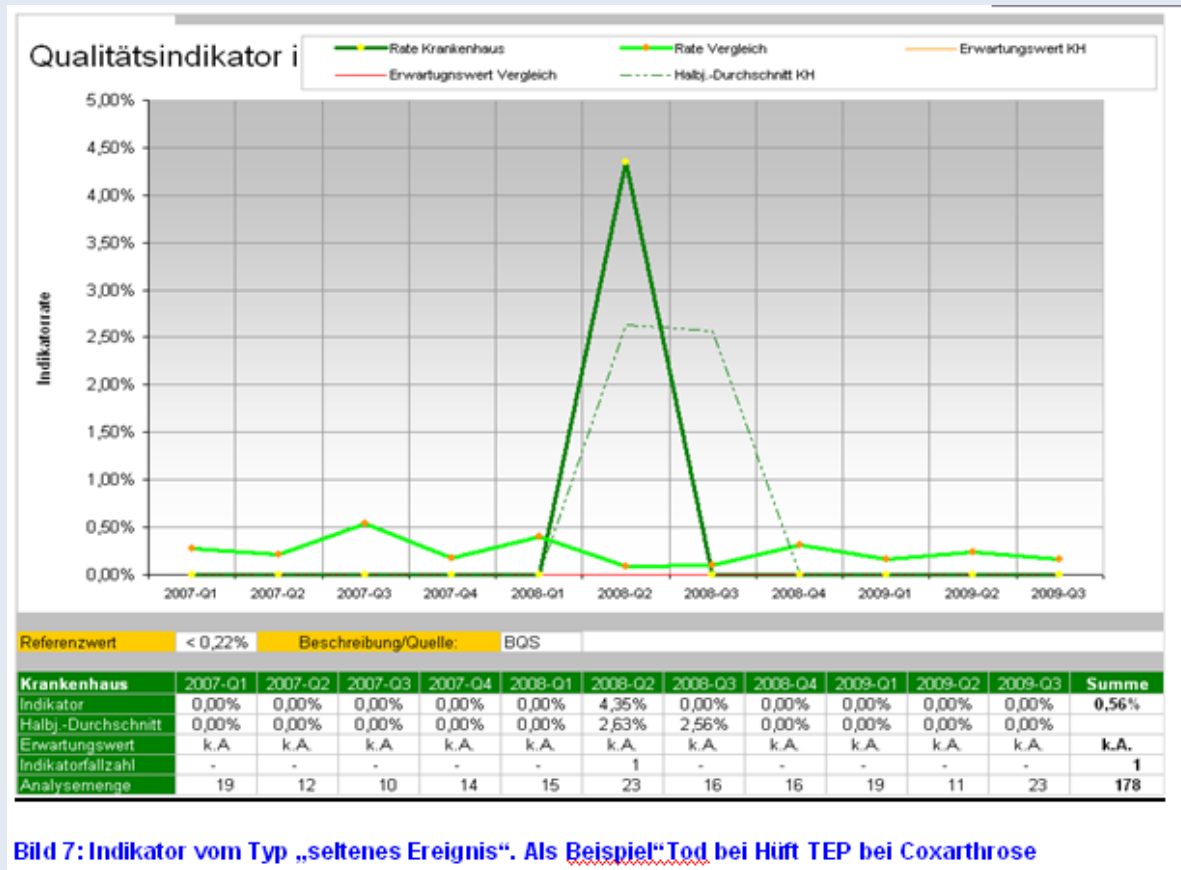


Bild 4 - Beispiel1: Indikator vom Typ häufig und homogen: Pneumonie:
 (1) Den eigenen Durchschnittswert über 2-3 Jahre anschauen und mit dem Referenzwert vergleichen.
 (2) Wenn der Wert über mehrere Quartale über dem Referenzwert liegt, dann Quartalsmäßig Einzelfälle untersuchen, z.B. hier die 5 Todesfälle bei 11 Pneumonien bei Patienten >84 Jahren
 (3) Fortführung der hausinternen Einzelaktensichtung bis der Jahresdurchschnitt u. Referenz liegt.

Wege zu Verbesserungen:

- In-house Aktenanalyse nach festen Kriterien (Fachgesellschaften, QKK)
- (Peer-Reviews)

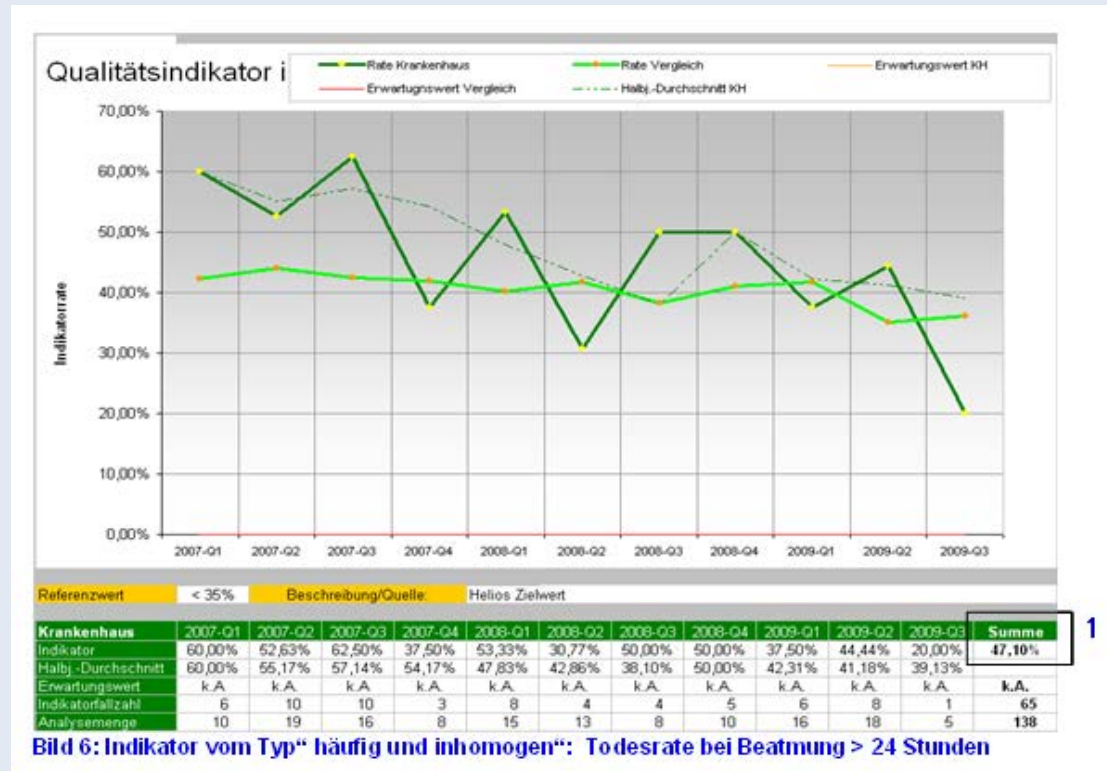
Indikator Typ „seltenes Ereignis“ (schwarzer Schwan):



Wege zu Verbesserungen:

- Analyse jedes Schadensfalls nach Kriterien von Fachgesellschaften (insbesondere: vorsichtige Indikationsstellung? Post-OP Überwachung?)

Indikator Typ „häufig + inhomogen“:



Wege zu Verbesserungen:

- Peer-Reviews
- (In-house Aktenanalyse nach festen Kriterien)

Hinweise zum Thema „Peer-Review“:

- Alle Peers sollten ein **Peer-Review Curriculum** durchlaufen haben und fachlich und menschlich überzeugen können.
- Peer-Reviews sind sehr **zeitaufwendig** und machen nur Sinn, wenn sie gezielt - dank der Ergebnisse von QI - eingesetzt werden.
- Peer-Reviews machen nur Sinn, wenn die **KH-Leitung dahintersteht** und es das Commitment gibt, empfohlene Maßnahmen umzusetzen.
- Peer-Reviews sind vor allem hilfreich bei **QI mit inhomogenen Patientengruppen** oder homogenen **QI mit großen Abweichungen** oder Verbesserungsresistenz.

c. Ergebnisqualität verbessern

Langzeitergebnisse nach stationärer Behandlung: QSR Daten

- Der **QSR-Klinikbericht** enthält für jede Klinik bereits heute eine große Fülle wertvoller **Informationen** die in der Form **einmalig** sind und konkret **nutzbar** sind.
- Methodik und Ergebnisse müssen den Klinikern erklärt werden. Dabei bedenken, dass die Ergebnisse (AOK) eher die Qualität der OÄ spiegelt.
- Wenn ein Indikator 2 Jahre hintereinander auffällig ist: Indikator für alle Patienten nachbauen (QI Def. bekannt) und Patientenakten sichten + besprechen.

3. Fazit

- Ja, **Qualität** im Krankenhaus ist heute immer besser **messbar** und jedes Krankenhaus verfügt über sehr viele Qualitätsdaten.
- Bez. Strukturqualität gehen (noch) die Meinungen weit auseinander. Zu klinisch sinnvollen Messgrößen zu **Prozess- und Ergebniskriterien** bildet sich hingegen immer mehr ein internationaler **Konsens**.
- Die **Interpretation** von Qualitätsdaten und die Umsetzung von Verbesserungen im Krankenhaus ist sehr **komplex** und mühsam und ist nur realisierbar innerhalb großer Krankenhauskonzerne oder großer Qualitätsinitiativen (z.B. QKK, IQM).
- Qualitätsverbesserung im Krankenhaus braucht **Zeit: mindestens 2 Jahre** um erste Ergebnisse zu sehen.
- In Anbetracht der Entschlossenheit der Politik bald Qualitätsaspekte in der Vergütung von KH zu berücksichtigen, ist somit **keine Zeit zu verlieren!**