

Konzept und Anforderungen an eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht

Berlin, 19. November 2009

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

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

www.aqua-institut.de

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Heidelberg

www.allgemeinmedizin.uni-hd.de



Überblick

Wer ist das AQUA-Institut?

**Worum geht es bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung?
zwei Patientenbeispiele**

Aufgaben des Qualitätsinstitutes

**Die ersten Aufträge für neue Verfahren durch den Gemeinsamen
Bundesausschuss**

Was sind die nächsten Schritte?

Wer ist AQUA?

- **AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, gegründet 1995 in Göttingen**
- **Selbstverständnis:**
 - Interessenunabhängig, neutral
 - Motivation, Qualitätsförderung, Datenbasierung, Indikatoren
 - Interdisziplinär und wissenschaftlich stark vernetzt
- **Projektbeispiele:**
 - Evaluation (integrierte Versorgung, Netze, HZV, DMP)
 - Datenbasierte Qualitätszirkel Pharmakotherapie
 - Qualitätsmanagement in Arzt- u. Zahnarztpraxen, MVZ

Kooperationspartner

- **Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg**
- **Institut für medizinische Biometrie und Informatik (Prof. Kieser)**
- **Scientific Institute for Quality of Care Research (Prof. Grol), Uni Nijmegen**
- *NPCRDC (Prof. Lester, Prof. Sibbald), Univ. Manchester*
- *Institute for Health Services Research (Prof. Roland), Univ. Cambridge*
- *Institut für Allgemeinmedizin (Prof. Gerlach), Univ. Frankfurt*

Patientensicht

„Gespürt, das etwas nicht stimmte, hatte ich schon Monate zuvor..(..)..

In dem von unserem Supergesundheitssystem sorgfältig nach Facharzt-Zuständigkeiten aufgeteilten Körper arbeitete ich mich erst nach oben, dann wieder nach unten. Keiner fand was. Nur die Schmerzen nahmen zu, das Schlucken wurde schwieriger..“

Jürgen Leinemann (70) im Zeitmagazin 40/07

Patientensicht

„Und dann ruft Uli Hoeneß an..(..) „Mensch Leinemann, glauben Sie mir, der Professor B., der ist der Beste. Der ist ein Kämpfer. Ich habe schon mit ihm geredet. Der macht das.“

**Ich bin überrascht. So gut kennen wir uns auch nicht, dass sich Hoeneß so engagieren muss.
Ich hatte vor langer Zeit über ihn geschrieben. Später konnte ich ihm mal einen medizinischen Tipp geben, als einer seiner Freunde in Not war. Jetzt hat er mein Unglück erzählt bekommen, und weil er sich schon für einen Freund kündigt gemacht hat, kennt er sich aus und hilft.“**

Jürgen Leinemann (70) im Zeitmagazin 40/07

W. S.

**82 Jahre, Arthrose,
Z.b. medikamentös behandeltem
Prostata-Ca, Hypertonie?**

**Seit Monaten wiederholte
Schwindelattacken,
insbesondere vormittags**

**Zahlreiche Arztbesuche
(Urologe, Internist, Hausarzt)
3-maliger stat. Aufenthalt in
zwei Kliniken, ohne langfristige
Besserung**

**Was steckte dahinter:
Medikamenteninteraktion**

Warum sektorenübergreifend?

- **Stationäre Aufenthalte werden kürzer**
- **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**

§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.

§137a SGB V

Aufgaben:

- (2) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,
1. für die **Messung und Darstellung der Versorgungsqualität** möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente 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 soweit erforderlich, die **weiteren Einrichtungen** nach Satz 2 **einzubeziehen**, sowie
 4. die **Ergebnisse** der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und **in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen**

Versorgungsbereiche §137a SGB V

- stationärer Bereich,
- vertragsärztlicher Bereich,
- vertragszahnärztlicher Bereich,
- ambulantes Operieren,
- ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V),
- Disease-Management-Programme (DMP).

Überblick über die Verfahren

- **Sektorspezifische Verfahren:** betreffen ausschließlich einen Sektor, d. h. etwa ausschließlich den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen oder den stationären Sektor;
- **Follow up-Verfahren:** betreffen eine Leistung, deren Ergebnisqualität zu einem späteren Zeitpunkt, nach dem Abschluss einer Behandlungsperiode im selben oder einem anderen Sektor überprüft wird;
- **Sektorenübergreifende Verfahren:** betreffen eine Leistung, bei deren Leistungserbringung verschiedene Sektoren beteiligt sind und mindestens zwei Sektoren an dem Behandlungsergebnis maßgeblich Anteil haben;
- **Sektorengleiche Verfahren:** betreffen eine Leistung die in unterschiedlichen Sektoren erbracht werden kann und bei diese gleiche Leistung in den unterschiedlichen Sektoren dargestellt wird.

Ein umfassendes Qualitätsmodell...

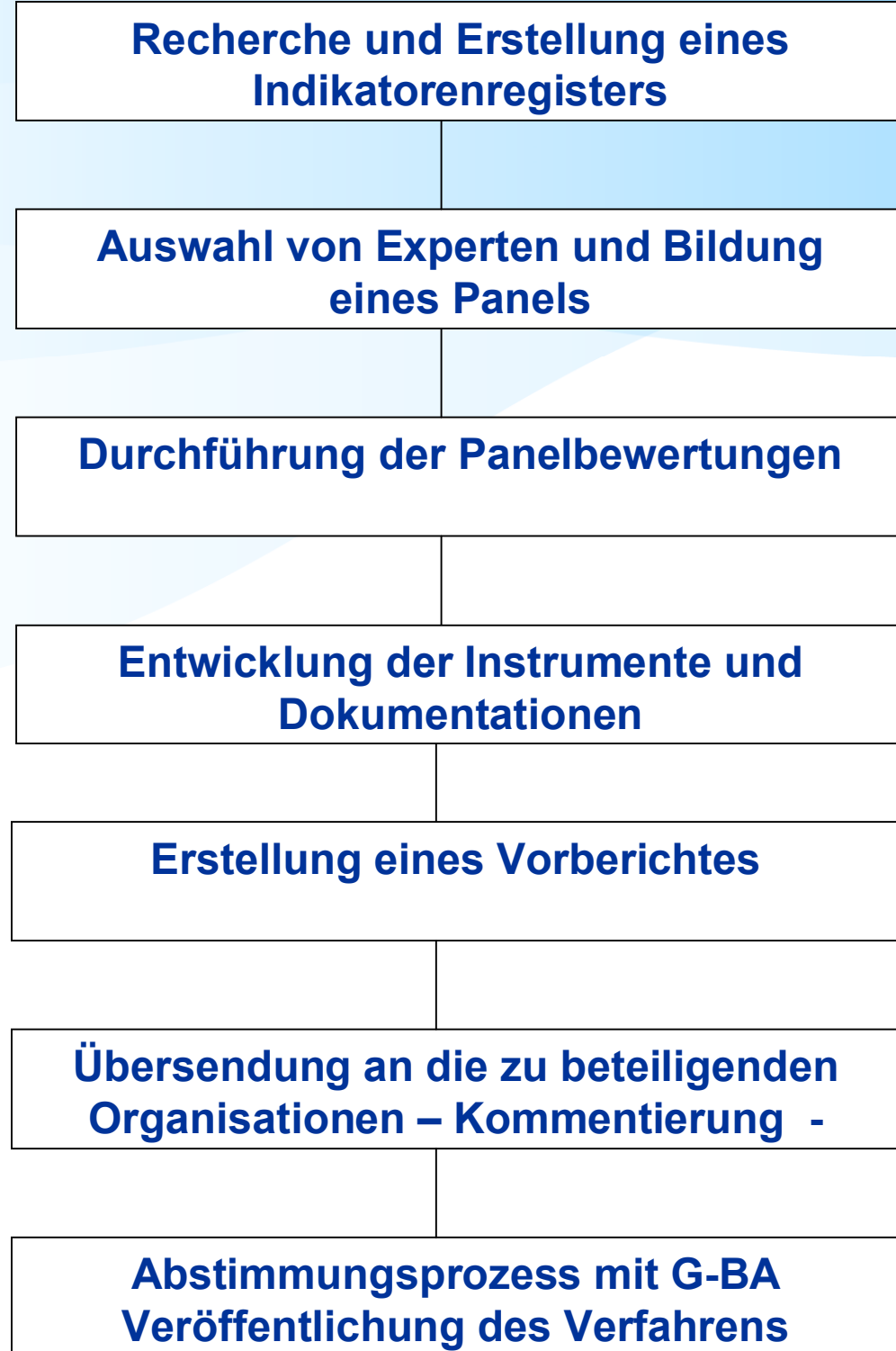
Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems*							
	Dimensionen der Leistungsfähigkeit						
Versorgungsbedarf ↓	Qualität			Zugang	Kosten/ Ausgaben	↑ Gerechtig- keit ↓	
	Effektivität	Sicherheit	Patienten- orientierung	Zugang zur Versorgung			
Gesund leben							
Gesund werden							
mit einer Krankheit oder Behinderung leben							
das Lebensende erwältigen							
	← 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.

Methodik der Indikatorenentwicklung

- Evidenz aus Studien/ Leitlinien oft keine ausreichende Grundlage, um gute Indikatorensets zu entwickeln.
- Einbindung von Praktikern/ Fachexperten/Patientenvertretern zur Auswahl von Indikatoren ist wichtig.
- AQUA nutzt ein modifiziertes, erprobtes mehrstufiges strukturiertes Bewertungsverfahren mit Einführungsworkshop und Konsensustreffen (modifizierte *RAND/ UCLA Appropriateness Method*) verbunden mit einer transparenten Darlegung der Entwicklungsschritte und Ergebnisse
- Vergütung der Experten, um Teilnahmebias zu verringern.

Entwicklung neuer Verfahren



Beispielindikatoren: Harninkontinenz

(sektorenübergreifendes Verfahren)

Entdeckung und Prävention

z.B. Schwangere / Empfehlung Beckenbodentraining

Behandlung (ambulant/stationär)

z.B. empfohlene Erstdiagnostik, empfohlene Diagnosesicherung

Follow-up nach OP

z.B. Re-Hospitalisierung

Kooperation

z.B. Einweisungs- und Entlassmanagement

Langzeitversorgung

z.B. Infragestellung Dauerkatheder

Patientensicherheit

z.B. Check mögl. Medikationsrisiko

Patientenbewertung

z.B. Lebensqualität, Bewertung des Versorgung über Sektoren hinweg

Datenquellen

(Ziel: Dokumentationsaufwand beschränken)

- **Klinische Daten:**
 - in Abstimmung mit den Softwarehäusern, analog zuden jetzigen Verfahren im stationären Bereich
 - Herausforderung: Integration in elektronische Patientenakte und Routinedokumentation in den Einrichtungen

- **Routinedaten**

- **Abbildung der Patientenperspektive: Patientenerfahrungen und Patient Reported Outcomes (PROs) mit validen Instrumenten**

- **Angaben zur internen Organisation in den Einrichtungen**
 - Stichpunkterhebungen

Erste Aufträge an das Institut

Katarakt

- **Sehr häufiger Eingriff, Krankenhaus und ambulanter Bereich**
- **Indikationsstellung, Komplikationen (aber eher selten)**
- **Langzeitbetrachtung wichtig, um Ergebnis beurteilen zu können, z.B. Sehfähigkeit nach 3 Monaten, LQ**

Erste Aufträge an das Institut:

Konisation der Cervix uteri

„Rapid Report“ des IQWiG vom 20.4.2009

Aus den Empfehlungen der Leitlinien lassen sich bereits konkrete Qualitätsziele sowie Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ableiten, insbesondere zur **Indikationsstellung, Operationstechnik, Aufarbeitung des Präparates** und Versorgung in spezialisierten Zentren. In den Leitlinien werden weitere qualitätsrelevante Aspekte – **negative Histopathologie und positive Absetzungsränder des Konisats** – benannt. Auch hieraus können **Qualitätsziele** entwickelt werden. **Qualitätssicherungsmaßnahmen könnten entsprechend dem Ziel des Screenings als übergeordnetes Ziel zudem die Verminderung eines invasiven Zervixkarzinoms einbeziehen.**

Bei möglichen Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten Patientinnen, für die **abweichende Empfehlungen** für Screening und / oder Therapie gelten (**Schwangere, Jugendliche, HIV-positive Patientinnen**), entsprechend berücksichtigt werden.

Aus diesen Gründen scheint das **Thema „Konisation der Cervix uteri“** für die Entwicklung von sektorenübergreifend abgestimmten Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität **gut geeignet** zu sein.

Erste Aufträge an das Institut

PTCA

- häufigster Eingriff in der Kardiologie
- Zunahme
- Indikation?
- Verlauf (Re-Stenose)
- Einstieg in sektorenübergreifende Betrachtung

Kolorektales Karzinom

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.

Herausforderungen und Ziele

- Datensparsamkeit, Überwindung der rein fallbezogenen Informationen unter Beachtung des Datenschutzes
- Aussagekräftige Indikatoren, die Bestand haben
- Nutzung von Routinedaten, klinischen Informationen und Patient Reported Outcomes/Patientenerfahrungen
- Bessere Integration der für die Indikatoren notwendigen Informationen in die elektronische Patientenakte
 - Strukturierung in den KIS/PVS notwendig („episode of care“ – Prinzip)
- Weiterentwicklung des strukturierten Dialogs (z.B. durch Visitationskonzept etc. in den direkten/bundesweiten Verfahren)

Herausforderungen und Ziele

- Verbesserung des public reporting
- Individualisierbares Benchmarking und Feedback für die Einrichtungen (z.B. in den direkten/bundesweiten Verfahren)
- Impulse zur Weiterentwicklung von Qualitätskultur und Qualitätsverbesserung in den Einrichtungen
- Unterstützung der Landesebene

- Bessere Verknüpfung mit Versorgungsforschung sowie zu anderen Qualitätsinitiativen (QMR und andere)

Nächste Schritte

- **Methodenpapier**
 - **Entwurf bis Anfang Dezember 2009**
 - **Überarbeitung bis Ende Januar 2010**

- **Bearbeitung weiterer Aufträge des G-BA für neue Verfahren**

- **Übernahme bestehender Verfahren der stationären Qualitätssicherung ab 1.1. 2010**

Herzlichen Dank

