



## Indikatoren in verschiedenen Sektoren und sektorenübergreifend

Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.  
Bundesärztekammer

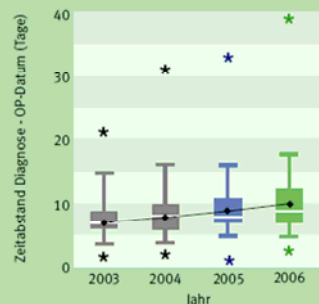
GQMG-Jahrestagung  
31.05.2008

### Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

Zeitlicher Abstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum  
(Median in Tagen)

| Ergebnisse           | 2003     | 2004     | 2005     | 2006      |
|----------------------|----------|----------|----------|-----------|
| Gesamtergebnis       | 7,0 Tage | 8,0 Tage | 9,0 Tage | 10,0 Tage |
| Vertrauensbereich    | -        | -        | -        | -         |
| Gesamtzahl der Fälle | 7.900    | 23.759   | 33.110   | 41.398    |

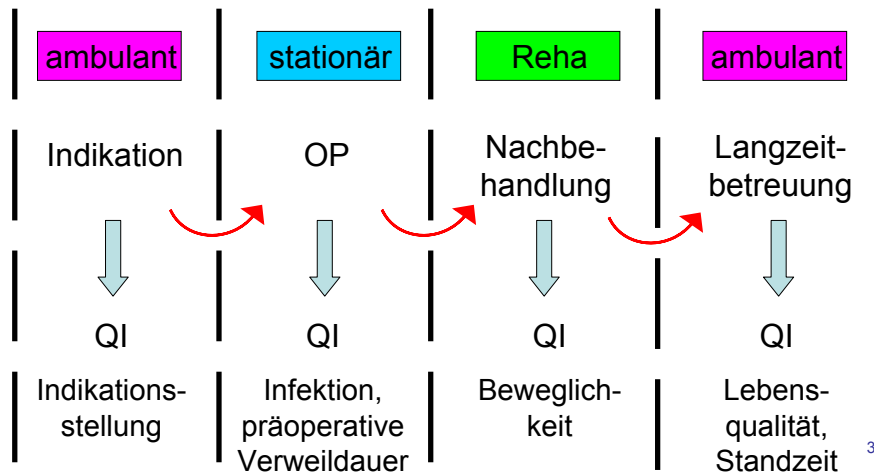
### Vergleich mit Vorjahresergebnissen



Die Ergebnisse 2003 bis 2006 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen.



## Longitudinalbeobachtung Beispiel Hüft-TEP



## Schnittstellenprobleme in der Versorgung

[Beispiele nach Geraedts M, 2008]

- Zunahme der Prähospitalzeit in Deutschland beim Herzinfarkt von 166 Min. 1994 auf 192 Min. 2002 (MITRA-Plus-Register, Mark et al. 2006)
- Bei 37% der in einer Schmerzzambulanz mit Opioiden eingestellten Schmerzpatienten setzt der Hausarzt diese wieder ab (Donner et al., J Pain Sympt Manag, 1998)
- 44% hessischer Schlaganfall-Patienten erreichen die Klinik im kritischen Zeitfenster (AG Schlaganfall Hessen, Akt Neurol, 1999)
- Keine Verbesserung des Anteils von Schlaganfallpatienten im Kreis Wesel 2003-2005, die innerhalb von 3 Stunden die Klinik erreichen (Rau et al. 2008)



## Sektorübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

- § 137 Abs. 1 und 2 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung für vertragsärztliche Versorgung und Krankenhäuser
  - Extern vergleichende Qualitätssicherung
  - Internes Qualitätsmanagement
  - Kriterien für indikationsbezogene Notwendigkeit
  - Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität
- § 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität
- § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung
  - Ab 1.7.2008: *„Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und zugelassene Krankenhäuser haben der Institution nach § 137a Abs. 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 137a Abs. 2 Nr. 2 und 3 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.“*
- § 299 Datennutzung für Zwecke der Qualitätssicherung
  - Pseudonymisierung

5



## Sektorspezifische Qualitätssicherung nach SGB V

- § 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
  - Stichproben (Qualitätsprüfungsrichtlinie)
- § 137 Abs. 3 Beschlüsse zur Qualitätssicherung für Krankenhäuser
  - Fortbildungsnachweis
  - Mindestmengen für planbare Leistungen
  - Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen
  - Qualitätsbericht

6



## Neue Anforderungen an Qualitätssicherung

- Datensparsamkeit
- Routinedatennutzung
- Fokussierung von Ergebnisqualität
- Laienverständlichkeit der Qualitätsdarstellung



## Bewertungsinstrument für Qualitätsindikatoren der BQS: **QUALIFY = QUALity-Indicator-FidelitY-Instrument**

| Kategorie            | Gütekriterium (14 Kriterien für eine öffentliche Berichterstattung)                     |
|----------------------|---|
| Relevanz             | Bedeutung des mit dem QI erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem          |
|                      | Nutzen  |
|                      | Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen                                  |
| Wissenschaftlichkeit | Indikatorevidenz  |
|                      | Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)                         |
|                      | Reliabilität  |
|                      | Statistische Unterscheidungsfähigkeit   |
|                      | Risikoadjustierung  |
| Praktikabilität      | Validität   |
|                      | Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit |
|                      | Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung   |
|                      | Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden   |
|                      | Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden                                     |
|                      | Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden                                     |

# Sektorübergreifende Qualitätssicherung

## Methodische Anforderungen [Döbler K, 2008]



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Relevanz</b>             | <b>Keine kritischen Hürden</b>                                     |
| <b>Wissenschaftlichkeit</b> | <b>Höhere Komplexität</b><br><b>Neue Perspektiven erforderlich</b> |
| <b>Praktikabilität</b>      | <b>Teilweise kritische Hürden</b>                                  |



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

### **Besonderheiten/Schwierigkeiten bei der Entwicklung von QI für die sektorübergreifende QS**

- Höhere Zahl an Prozessbeteiligten
- Weniger Leitlinien/externe Evidenz
- Gemeinsame Zieldefinition schwierig
- Dokumentation und Datentransfer sektoral verschieden



## Neues Szenario

- GMG 2004
  - Vertragswettbewerb
- Koalitionsvereinbarung 2005
  - Stärkere Marktorientierung des Gesundheitswesens  
Leistungserbringer
- GKV-WSG Frühjahr 2007
  - Sektorübergreifende Qualitätssicherung
  - Qualitätszuschläge
- Vorschlag AOK/BMG Sommer 2007
  - Selektivverträge für Krankenhäuser bei elektiven Leistungen



## Funktionswandel von Qualitätssicherung

Internes Qualitätsmanagement

Intervention im geschützten Raum

Qualitätsberichte

Versorgungssteuerung durch die  
Krankenkassen

Patient als „informierter Verbraucher“

Qualitätsindikatoren für Pay for  
Performance/Qualitätswettbewerb





## Im Datennebel der Medizin



Operieren sie auf Weltniveau oder drittklassig?  
Dem Patienten wird's nicht gern verraten.

Geheimniskrämerei hat Tradition im Gesundheitswesen.  
Auch im diesjährigen Qualitätsreport werden weder  
gute noch schlechte Kliniken genannt.  
Mit einer eigenen Initiative will die AOK Klarheit schaffen.

Quelle: Stern.de – 4.9.2005

13



## Berichtspflichtige BQS-Qualitätsindikatoren in Krankenhaus-Qualitätsberichten

| Leistungsbereich  | Indikator  |
|---|--|
| Cholezystektomie  | Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase  |
|   | Erhebung eines histologischen Befundes   |
|   | Reinterventionenrate   |
| Geburtshilfe  | E-E-Zeit bei Notfalkaiserschnitt   |
|   | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen  |
|   | Antenatale Kortikosteroidtherapie  |
| Gynäkologische Operationen                                  | Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie  |
|   | Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie  |
| Herzschrittmacher-Implantation                              | Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen                                   |
|   | Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen  |
|   | Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
|   | Perioperative Komplikationen   |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation                         | Endoprothesenluxation  |
|   | Postoperative Wundinfektion  |
|   | Reinterventionen wegen Komplikation  |
| Karotis-Rekonstruktion                                      | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose   |
|   | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose  |
|   | Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach log. Karotis-Score I                                |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation                    | Postoperative Wundinfektion  |
|   | Reinterventionen wegen Komplikation  |
| Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) | Indikation zur Koronarangiographie   |
|   | Ischämiezeichen  |
|   | Indikation zur PCI   |
| Koronarchirurgie, isoliert                                  | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI  |
|   | Letalität  |
| Mammachirurgie  | Postoperatives Präparatröntgen   |
|   | Hormonrezeptoranalyse  |
|   | Angabe Sicherheitsabstand  |

**Qualitätsergebnisse bei Gallenblasenoperationen**

**Überzicht**  
Entfernung der Gallenblase:  
Routineeingriff befreit von Schmerzen  
Die Entfernung der Gallenblase gehört in Deutschland zu den häufigsten Operationen. Im Jahr 2005 wurden bundesweit etwa 120.000 solcher Eingriffe durchgeführt; mehr als 3.500 davon in Hamburger Krankenhäusern.

Diese Statistik veröffentlicht im Hamburger Krankenhausspiegel die Ergebnisse der Behandlungsqualität beim behandlungsintensiven Gallenblasenentfernen. Gezeigt ist die Zahl der im Jahr 2005 in den Krankenhäusern behandelten Patienten.

| Krankenhaus   | Anzahl Patienten |
|---------------|------------------|
| Alberthan     | 249 Patienten    |
| A. Biering    | 150 Patienten    |
| Aktiklinik    | 378 Patienten    |
| Aktiklinikab  | 259 Patienten    |
| Aktiklinikb   | 222 Patienten    |
| Aktiklinikc   | 212 Patienten    |
| Aktiklinikd   | 49 Patienten     |
| Aktiklinikg   | 166 Patienten    |
| Aktiklinikh   | 74 Patienten     |
| Deutsches A&B | 204 Patienten    |
| Grüch         | 70 Patienten     |
| StB&B         | 206 Patienten    |

**Gefäßchirurgie**

| Klinik                  | Chirurgische Eingriffe | Ergebnis | Ergebnis | Ergebnis | Ergebnis | Ergebnis |
|-------------------------|------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Geleit Rhein-Ruhr West  |                        |          |          |          |          |          |
| Geleit Rhein-Ruhr Mitte |                        |          |          |          |          |          |

**Profiteams gegen Schlaganfall**

**Alexion Krankenhaus Köln**

**www.g-qb.de**

**proCum Cert**

**Zertifizierung Einri**

**vdak**

**EFQM**

**Deutscher Herzschrittmacher Berlin**

**Qualitätsbericht 2005**

**KLINIK LOTSE**

**vgak**

## Qualitätsberichte: Entscheidungshilfen für die Patienten?

**QUALITÄTSBERICHTE**

### Mehr Orientierungshilfe statt größerer Textmengen

Ein Positionspapier der Bundesärztekammer bietet einen Leitfaden zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichte. Im Vergleich mit der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Vereinbarung zeigen sich unterschiedliche Schwerpunkte.

Die erstmalige Veröffentlichung der Pflicht Qualitätsberichte der Krankenhäuser im Jahr 2005 hat zu einer Vielzahl von weiteren Berichtsforschungen und zu einer Vielzahl konkurrierender Krankenhäuserführer mit zum Teil fragwürdiger Aussagefähigkeit geführt. Vor diesem Hintergrund haben sich mehrere Arbeitsgruppen der Weiterentwicklung des Qualitätsberichts angenommen, so unter anderem auch eine Arbeits-

dividuellen Profils und die Verständlichkeit und Vergleichbarkeit dieser Indikatoren für den Patienten. Nach dem G-BA-Bericht zum Qualitätsbericht 2007 in zwei Formaten abgeben werden – als Dienstleistungsbericht im XML-Format und als PDF-Docs für die Veröffentlichung im Internet. Die neue Vereinbarung soll eine kognitve Neugliederung von Vorgaben zu einem wichtigen und mit Spannung erwarteten

Die vom G-BA überarbeitete Vereinbarung wird voraussichtlich zu einer besseren Vergleichbarkeit der Krankenhäuser auf breiterer Indikatorebene für die Fachöffentlichkeit führen. Insbesondere den Krankenkassen dürfe die Vereinbarlichung des Dienstleistungsformats und der inhaltlichen Darstellung entgegenkommen. Für Patienten jedoch werden insbesondere die Informationen zu Hospitalisierungen, Prozeduren und Fallzahlen nach wie vor unverzichtbar sein, auch wenn zu dem verpflichtend anzugebenden zehn häufigsten ICD- und OPS-Ziffern zusätzlich die „zusammensprechlichen Berechnungen“ genannt werden sollen. Trotz seiner Struktur bleibt das Problem, wie die Fülle an Informationen im Sinne eines allgemeinen verständlichen und interessanten Qualitätsberichts aufbereitet werden kann, bestehen.

**Patienten im Vordergrund**  
In dieser Hinsicht basiert das Positi-

Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 43, 27.10.06



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

## TÜV-Sieger Toyota Starlet



17



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

## Image-Sieger A-Klasse



Mercedes-Benz

Produkte Services Lösungen Finanzdienste Großkunden Mehr über Mercedes-Benz



Die A-Klasse Edition 10.  
Jetzt bei Ihrem Mercedes-Benz Partner.

[MEHR INFORMATIONEN](#)

Ihr nächster Schritt.  
[Konfigurator](#)  
[Gebrauchtwagenfinanzierung](#)

Entdecken Sie unsere Leidenschaft.



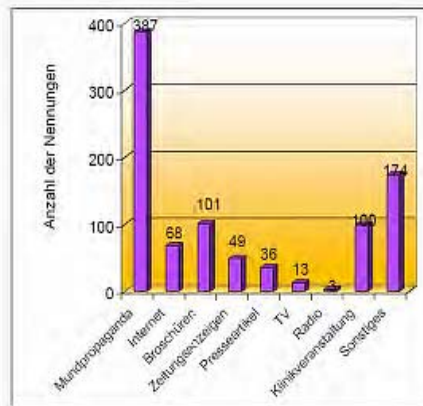
[Das neue T-Modell](#)  
Die neue C-Klasse jetzt auch

18

## Informationsverhalten



Wie sind sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?



HELIOS Kliniken GmbH

MBO-Anwendertag, 27.02.2007

J. P. Prinz

19



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

## Schwachstellen von „Qualitätswettbewerb“

- Informations-Overkill
- Werbung statt Information
- Fehlanreize
  - Reduzierung von „Qualität“ auf „Business Case“
  - „What get’s measured, get’s done“
  - Underreporting
  - Risikoselektion zu Lasten chronisch kranker, multimorbider Patienten

20



## Fazit -1-

- Höherer Entwicklungsaufwand für sektorübergreifende Qualitätsindikatoren
- Stärkere Marktorientierung des Gesundheitswesens
- Neue Herausforderungen an QI-Entwicklung
  - Vergütungsrelevanz der Qualitätsmessung
  - Patientenorientierung der Qualitätsdarstellung



## Fazit -2-

- Festhalten an übergeordnete Qualitätszielen
  - Nutzen für den Patienten
  - KVP
- Perspektive/Forderung
  - Populationsorientierte Qualitätsbewertung [Geraedts M, 1999]
  - „Populationsbezogene Qualitätsindikatoren statt transsektorale Qualitätssicherung“ [Schrappe M, 2008]

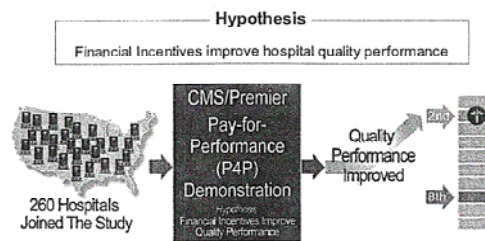


Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



## CMS/Premier demonstrate pay for performance

Premier is leading the first national CMS pay-for-performance demonstration for hospitals. More than 250 Premier hospitals participate voluntarily.



- Findings**
- Financial incentives did focus hospital executive attention on measuring and improving quality.
  - Hospitals performance has improved continuously over time.



## Ausländische Vorbilder: Pay for Performance

- Initiative von kalifornischen Managed-Care-Unternehmen
- „Business Case for Quality“
- Belohnung von Ärztgruppen für
  - Leistungsqualität in der Versorgung
  - Patientenzufriedenheit
  - Qualitätsindikatoren:
    - 50% klinische Parameter (DMP, Prävention, Impfungen)
    - 40% Patientenzufriedenheit
    - 10% IT-Investitionen



## „Belohnung von Qualität“ in der vertragsärztlichen Versorgung

- Qualitätszuschläge für Hausärzte (§ 87 Abs. 2b)
- Qualitätsabhängige Zusatzpauschalen für Fachärzte (§ 87 Abs. 2c)
- Qualitätsindikatorenset der KBV für ambulante Leistungserbringer



## **Pay-for-Performance im stationären Bereich?**

- Vorschlag des BMG Juni 2007:
  - Selektives Kontrahieren bei elektiven Leistungen
  - Koppelung der Preise an (Ergebnis-)Qualität
  
- Gutachten des SVR 2007:
  - Rückzug der Länder aus der Krankenhausplanung
  - Monitoring der stationären Versorgungsqualität auf Basis von Qualitätsindikatoren (PSI)