

Berücksichtigung von Qualitätskriterien ... bei der Prozessqualität

7. Bremer Qualitätsforum
Bremer Landesvertretung, 25.2.2011

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
- Prozessqualität: Beispiele
 - ... ambulante Versorgung
 - ... externe stationäre Qualitätssicherung
 - ... zukünftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung
→ kolorektales Karzinom
- Ausblick

Besonderheiten von Qualitätsindikatoren, die Prozesse abbilden

- Prozesse sind in der Regel klar zuschreibbar
- Prozesse sind oft zeitnah veränderbar
- In der Regel keine Risikoadjustierung erforderlich
- Aber: Zusammenhang zwischen Prozessen und Ergebnissen nicht immer kausal

Qualitätsindikatoren (Beispiele aus Deutschland)

Stationär

Externe stationäre Qualitätssicherung

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR, QMR)

Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Ambulant

Disease-Management-Programme

Strukturierte datenbasierte Qualitätszirkel

Pharmakotherapie

Europäisches Praxisassessment (EPA)

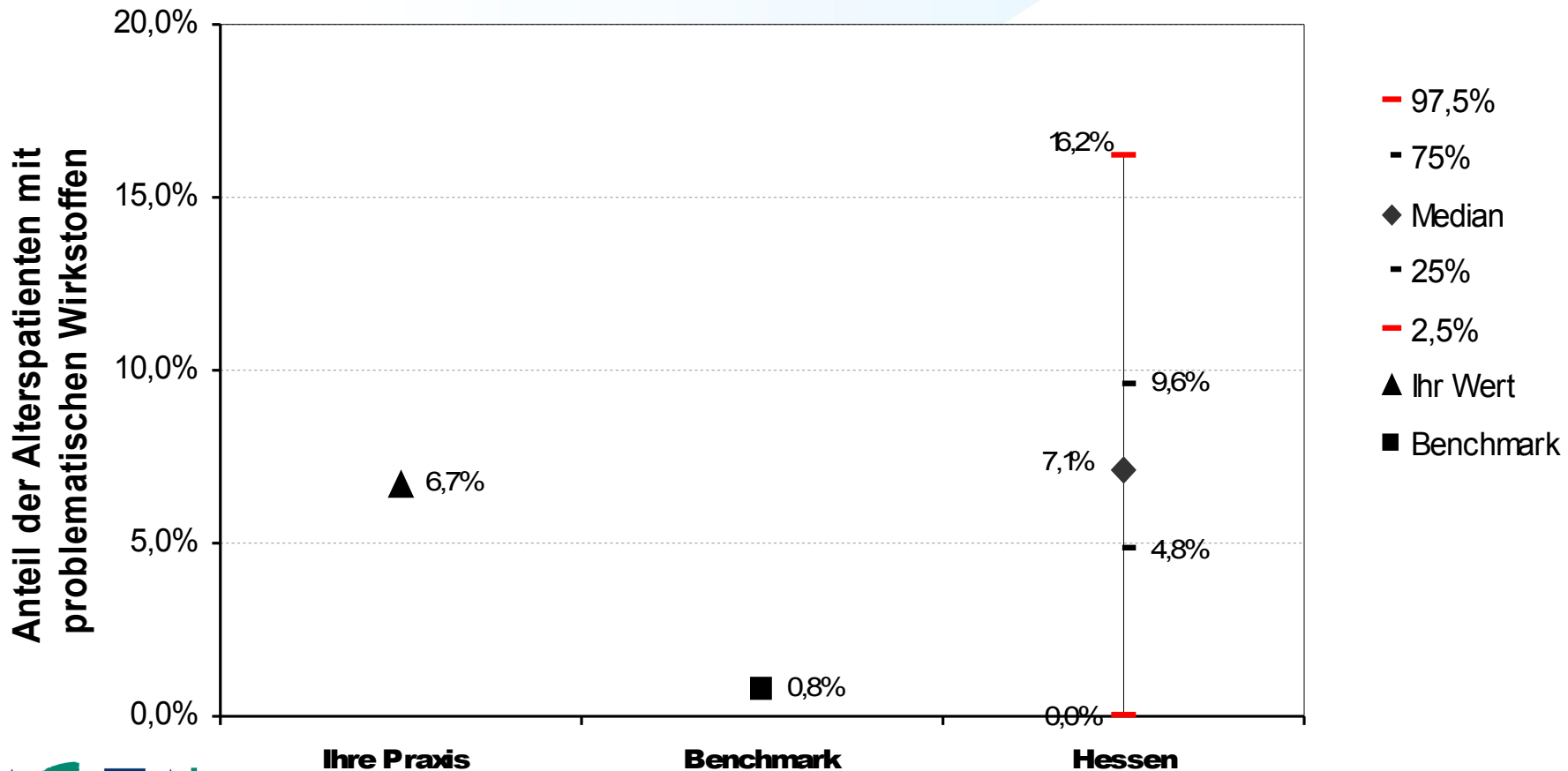
**Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
(QISA)**

Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK)



Beispiel aus dem ambulanten Bereich:

Patienten >65 Jahre mit Verordnung problematischer Wirkstoffe



Sind Prozesse veränderbar?

- Strukturierte, datenbasierte Qualitätszirkel Pharmakotherapie: Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt
- Mehr Qualität (z.B. mehr Präparate der 1. Wahl, weniger Medikamenteninteraktionen, mehr Therapiesicherheit bei älteren Patienten), bei insgesamt geringeren Kosten
- Effekte stärker bei Teilnehmern mit positiver Einstellung zu Feedback, zu evidenzbasierten Indikatoren und Informationen sowie zu Preisvergleichen

Wensing M, Broge B, Riens B, Kaufmann-Kolle P, Akkermans R, Grol R, Szecsenyi J.

Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Safety 2009; 18:763-9

Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? J Eval Clin Pract 2004; 10: 457-466



Externe stationäre Qualitätssicherung 2009

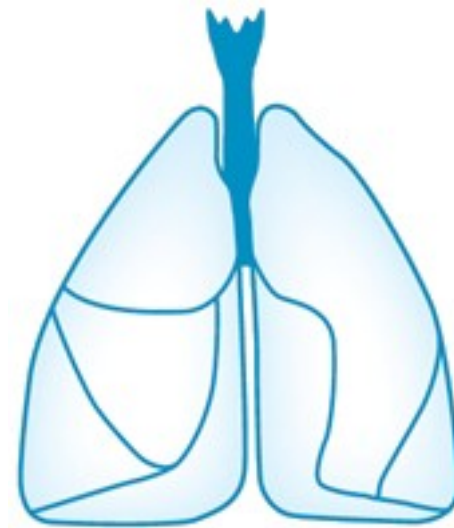
- 26 Leistungsbereiche
 - chirurgische und kardiologische Interventionen, Transplantationen, Dekubitus, ambulant erworbene Pneumonie
 - 322 Indikatoren und Kennzahlen
- Validierte Daten aus 1.764 Krankenhäusern
- mehr als 3,8 Millionen dokumentierte „Fälle“ (Patienten)

Ambulant erworbene Pneumonie







Leistungsbereich seit 2005 in der externen stationären Qualitätssicherung

215.988 überwiegend ältere Patienten (inkl. Hochrisikopatienten) in 2009 wegen dieser Erkrankung hospitalisiert


8 Qualitätsindikatoren



Ambulant erworbene Pneumonie I

| Bezeichnung des Indikators | 2008 Ergebnis | Ergebnis | 2009 | | Tendenz |
|--|--------------------|----------|-------------------------|---------|---|
| | | | Fälle (Zähler Nenner) | | |
| QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach stationärer Aufnahme ... | | | | | |
| a: Alle Patienten mit entsprechender Untersuchung | 89,8 % | 93,3 % | 214.449 | 229.796 |  |
| b: Patienten mit entsprechender Untersuchung, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden | 90,0 % | 93,5 % | 205.526 | 219.792 |  |
| c: Patienten mit entsprechender Untersuchung, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden | 86,3 % | 89,2 % | 8.923 | 10.004 |  |
| QI 2: Antimikrobielle Therapie: Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Std. nach stationärer Aufnahme | 92,2 % | 93,5 % | 193.335 | 206.709 |  |
| QI 3: Frühmobilisation: innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme ... | | | | | |
| a: Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65-Score) mit Frühmobilisation, die weder masch. beatmet noch chron. bettlägerig sind | 91,2 % | 93,1 % | 28.347 | 30.463 |  |
| b: Patienten der Risikoklasse 2 (CRB-65-Score) mit Frühmobilisation, die weder masch. beatmet noch chron. bettlägerig sind | 83,4 % | 86,4 % | 93.597 | 108.289 |  |
| QI 4: Verlaufskontrolle CRP/ PCT | Nicht vergleichbar | 96,2 % | 188.141 | 195.541 | |

Ambulant erworbene Pneumonie II

| | | | | | |
|--|--------------------|--------|---------|---------|---|
| QI 5: Überprüfung der Diagnostik/Therapie bei Patienten ohne Abfall des CRP/PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage nach der Aufnahme ... | | | | | |
| a: Patienten der Risikoklasse 2 (CRB-65-Score) | Nicht vergleichbar | 93,8 % | 19.550 | 20.844 | |
| b: Patienten der Risikoklasse 3 (CRB-65-Score) | Nicht vergleichbar | 96,1 % | 2.403 | 2.500 | |
| QI 6: Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung | 73,2 % | 81,5 % | 119.943 | 147.261 |  |
| QI 7: Patienten, die bei der Entlassung mind. 6 von 7 klinischen Stabilitätskriterien erfüllen | 98,2 % | 98,7 % | 118.372 | 119.943 |  |
| QI 8: Krankenhaus-Letalität ... | | | | | |
| a: Alle verstorbenen Patienten | 12,9 % | 12,1 % | 26.177 | 215.988 |  |
| b: Verstorbene Patienten der Risikoklasse 1 (CRB-65-Score) | 2,9 % | 2,6 % | 930 | 35.803 |  |
| c: Verstorbene Patienten der Risikoklasse 2 (CRB-65-Score) | 12,9 % | 12,3 % | 20.190 | 164.678 |  |
| d: Verstorbene Patienten der Risikoklasse 3 (CRB-65-Score) | 34,1 % | 32,6 % | 5.057 | 15.507 |  |

Ambulant erworbene Pneumonie III

Messung Sauerstoffsättigung

2006: 47,8%

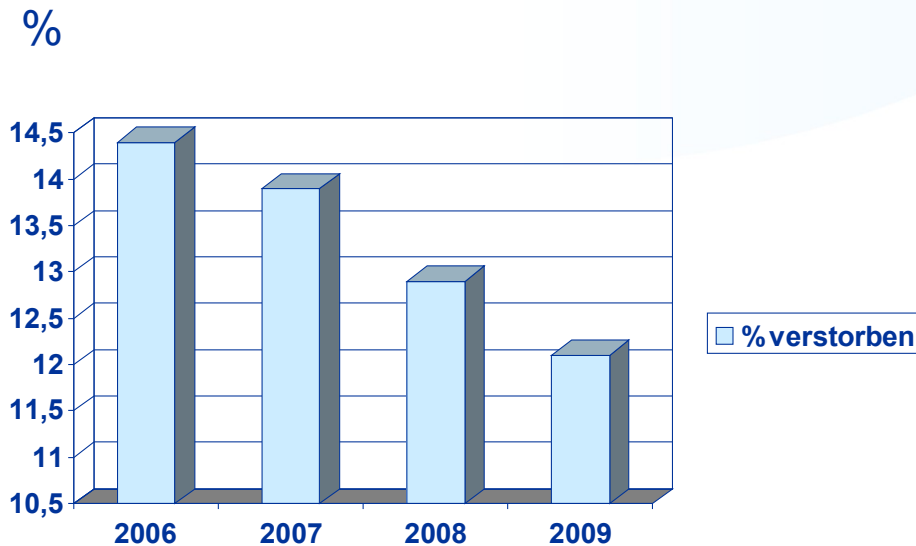
2009: 93,3%

Antibiotikatherapie innerhalb 8 Stunden

2006: 89,3%

2009: 93,5%

Krankenhaussterblichkeit



Sinkt kontinuierlich von 14,4% auf 12,1% trotz Zunahme von Alter und Morbidität der Patienten

26.177 von 215.988 Patienten in 2009

ca.5.000 potentiell vermiedene Todesfälle in 2009

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

© 1948



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

...Kolorektales Karzinom...

- **Vgl. AQUA Methodenpapier unter www.sqg.de**
- **Systematische Literaturrecherche**
 - Titel und Abstract Screening: 4.971 Publikationen
 - Volltext Screening: 943 Publikationen
- **Panel (Expertengruppe, inkl. Patientenvertreter)**
 - 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

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 (März 2010)**
 - 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**

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;

