

Qualitätsindikatoren in der Medizin - Auswirkung auf die medizinische Versorgung

**Dr. Jürgen Malzahn
08. Mai 2017, Frankfurt am Main**

**Förderverein für ärztliche Fortbildung in Hessen e.V.
in Zusammenarbeit mit der KV Hessen und der LÄK
Hessen**



Inhalte

- **Allgemeine Vorbemerkungen**

- **Gibt es Handlungsdruck?**

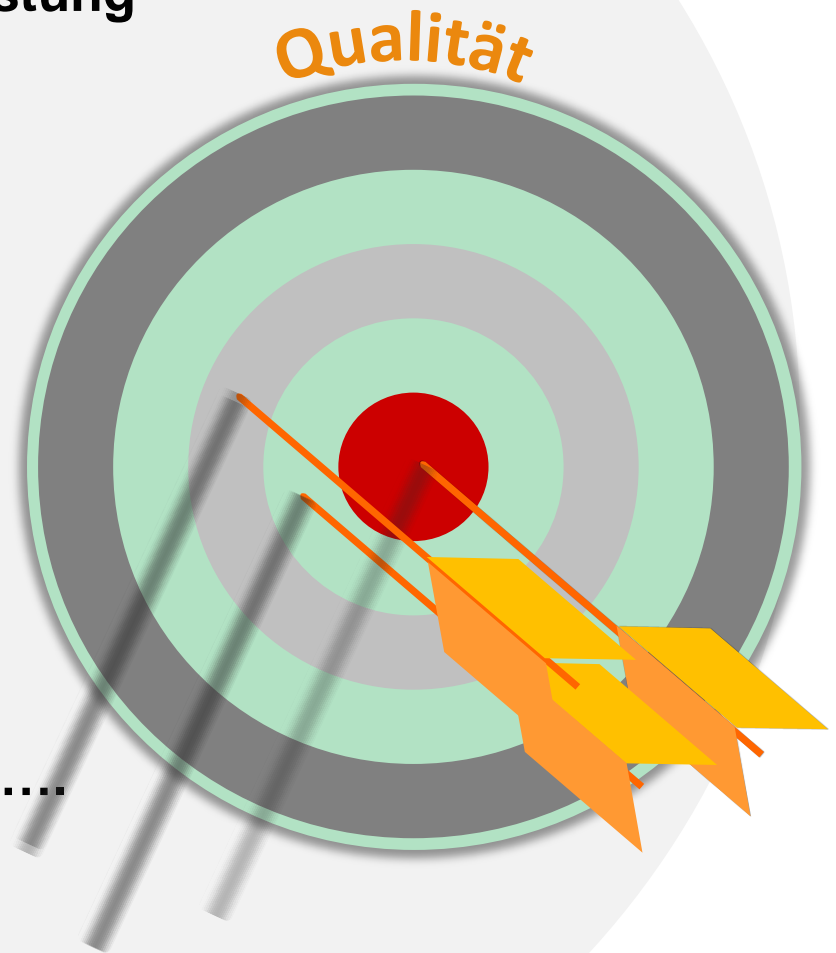
- **Was sagt das KHSG?**

- **Fazit und Ausblick**



Was ist Qualität im Alltag?

- Qualität der erbrachten Leistung
- Patientenzufriedenheit
- Reaktionszeit bei Notfällen
- Gerätesicherheit
- Hygiene-Situation
- Wiederaufnahme-Zeitraum
- Komplikationsraten
- **Qualität hat viele Gesichter.....**



Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen des KHSG

Ein Hürdenlauf:

I

II

III

IV



1. Hürde:

Qualität von Krankenhausleistungen

- A) Liegt grundsätzlich vor?
- B) Verhält sich wie die Qualität anderer Dienstleistungen?

Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen des KHSG

Ein Hürdenlauf:

I

II

III

IV



2. Hürde:

Rechtssicherheit von Qualitätsvorgaben

- A) Vorsicht: Im Zweifel keine Maßnahme
- B) Mut zur Einführung: wenn nötig, gesetzlich nachbessern

Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen des KHSG

Ein Hürdenlauf:

I

II

III

IV



3. Hürde:

Recht auf freie Berufswahl

- A) Wichtiger Artikel im Grundgesetz
- B) Muss hinter dem Patientenschutz zurückstehen

Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen des KHSG

Ein Hürdenlauf:

I

II

III

IV



4. Hürde:

**Methodisch unantastbar und
„einzelfallgerecht“**

- A) Komplexität der Erhebung muss dies erfüllen
- B) Praktikabilität eines Verfahrens

Wer A sagt....

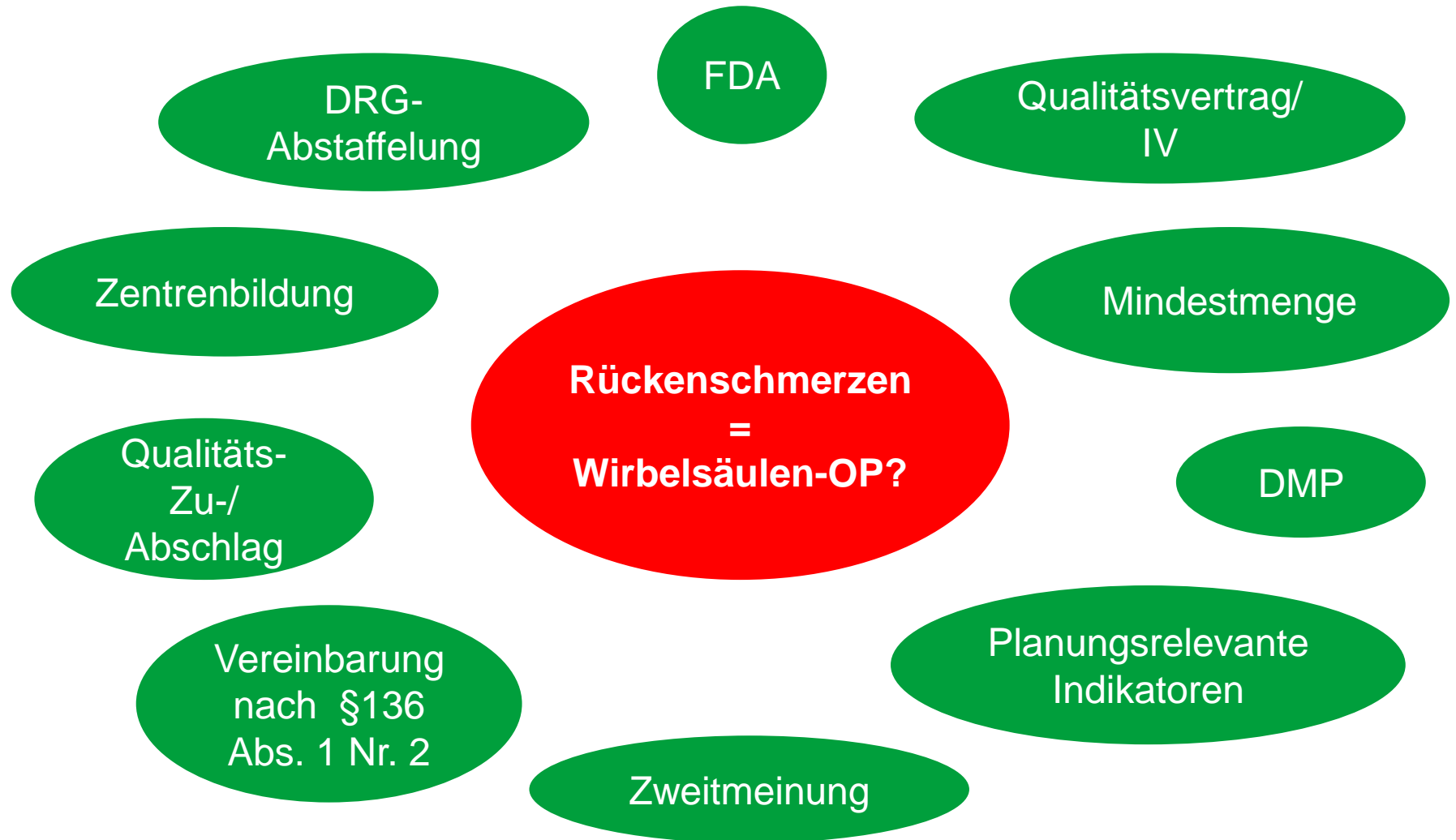
muss überlegen, wie das Ziel „Kapazitätsreduktion“ des KHSG erreicht werden soll:

- **Ökonomische Kriterien?**
- **Sonstiges?**
- **gar nicht?**



KHSG Optionen - Welches Instrument für welche Indikation?

Einflüsse auf Qualität, Menge und Preis



Inhalte

- **Allgemeine Vorbemerkungen**

- **Gibt es Handlungsdruck?**

- **Was sagt das KHSG?**

- **Fazit und Ausblick**



Handlungsdruck aus Versorgungsperspektive

- **Fachkräftemangel**

 - Ärztlich

 - Pflegerisch

- **Auslastungsgrade bei Kontrahierungszwang**

 - > **Alternative: Kontrahierungszwang abschaffen?**

- **Interdisziplinarität als Leitmotiv moderner Medizin**

- **...konkrete medizinische Beispiele ->**



Beispiele für Qualitätspotenziale: radikale Prostatektomie

Radikale Prostatektomie (RPE): unadjustierte Komplikationsraten nach Operationsverfahren

AOK-Fälle 2010-2012	RPE: Operationsverfahren		
Komplikationsraten in %	offen chirurgisch	laparoskopisch	roboter-assistiert
<i>Fallzahl</i>	14.741	2.831	2.495
Tod (30 Tage)	0,18	0,21	0,04
Transfusion (30 Tage)	12,36	3,80	2,57
Reintervention (1 Jahr) (z.B. Eingriffe an den Harnwegen)	10,07	7,38	6,23
Sonstige Komplikationen (30 Tage) (z.B. Lungenembolie, Nierenversagen, Herzinfarkt)	5,36	3,93	4,58
Gesamtkomplikationen (1 Jahr) * (mindestens eine der o.g. Komplikationen)	23,49	13,39	11,96

- Die laparoskopische und die roboterassistierte RPE haben auch nach Risiko-adjustierung ein geringeres Risiko für Transfusionen und Reinterventionen als die offen chirurgische RPE
- Laparoskopische und roboterassistierte RPE unterschieden sich im Komplikationsrisiko nicht voneinander



Beispiele für Qualitätspotenziale: radikale Prostatektomie

- Multivariate Regressionsanalyse, risikoadjustiert nach Alter, Komorbidität, antithrombotischer Medikation im Vorjahr, Lymphadenektomie und gefäß- und nerverhaltender Technik
- Datengrundlage: AOK-Fälle 2010-2012

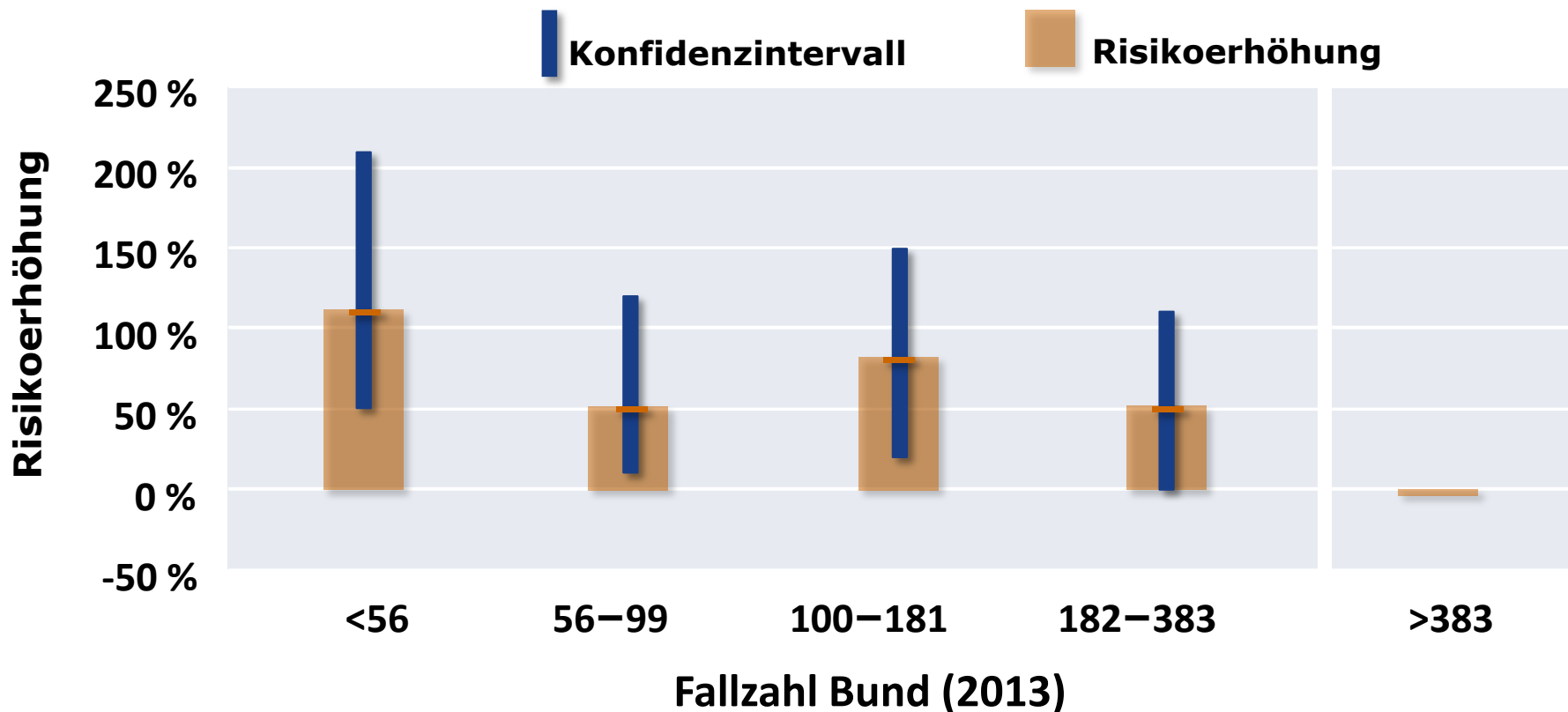
Odds Ratio [95% KI]	Sterblichkeit	Transfusionen	Reinterventionen	Sonstige Komplikationen	Gesamt
OP-Verfahren					
Referenzkategorie: Offen chirurgisch (N = 14.741)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Laparoskopisch (N = 2.831)	1,59 [0,62–4,06]	0,22* [0,17–0,30]	0,69* [0,55–0,85]	0,90 [0,68-1,20]	0,45* [0,37-0,53]
Roboterassistiert (N = 2.495)	0,26 [0,03-1,97]	0,18* [0,13-0,25]	0,57* [0,45-0,72]	0,94 [0,71-1,26]	0,41* [0,34-0,49]

*) statistisch signifikanter Unterschied zur Referenzkategorie, Quelle: WIdO

- Unterschiede zwischen offen chirurgischen Verfahren und den beiden anderen Operationsverfahren sind signifikant!
- Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen laparoskopischer und roboterassistierter RPE hinsichtlich der Komplikationsraten

Schilddrüsenoperationen Volume-Outcome-Zusammenhang

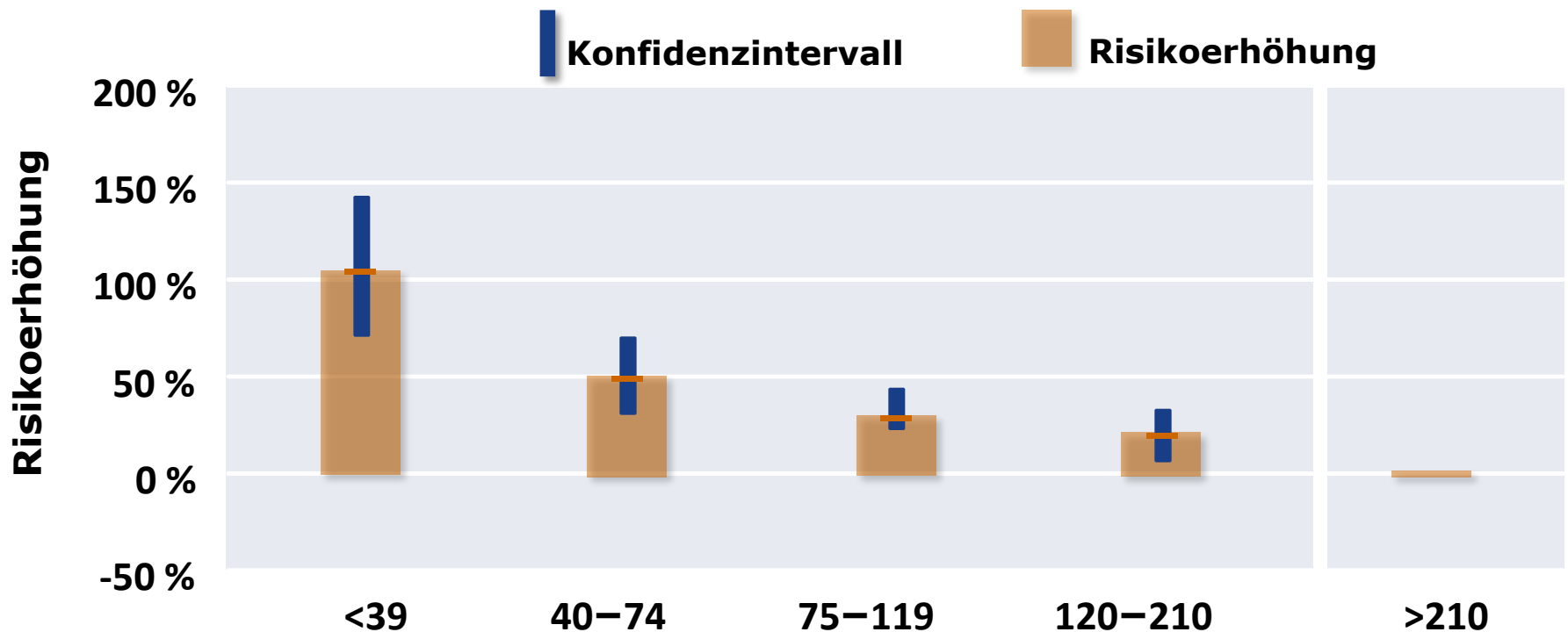
Permanente Stimmbandlähmung: Risiko nach Fallzahlquintilen im Vergleich zum höchsten Quintil, d. h. > 385 Fälle (2013)



Maneck et al. 2017. Qualitätssicherung mit Routinedaten: Volume-Outcome-Analysen zu Schilddrüsenoperationen. *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer, S. 197-211.

Hüftgelenkersatz bei Arthrose Volume-Outcome-Zusammenhang

Revisions-OPs innerhalb eines Jahres: Risiko nach Fallzahlquintilen im Vergleich zum höchsten Quintil, d. h. > 210 Fälle



Durchschnittliche jährliche Fallzahl Bund (2012–2014)

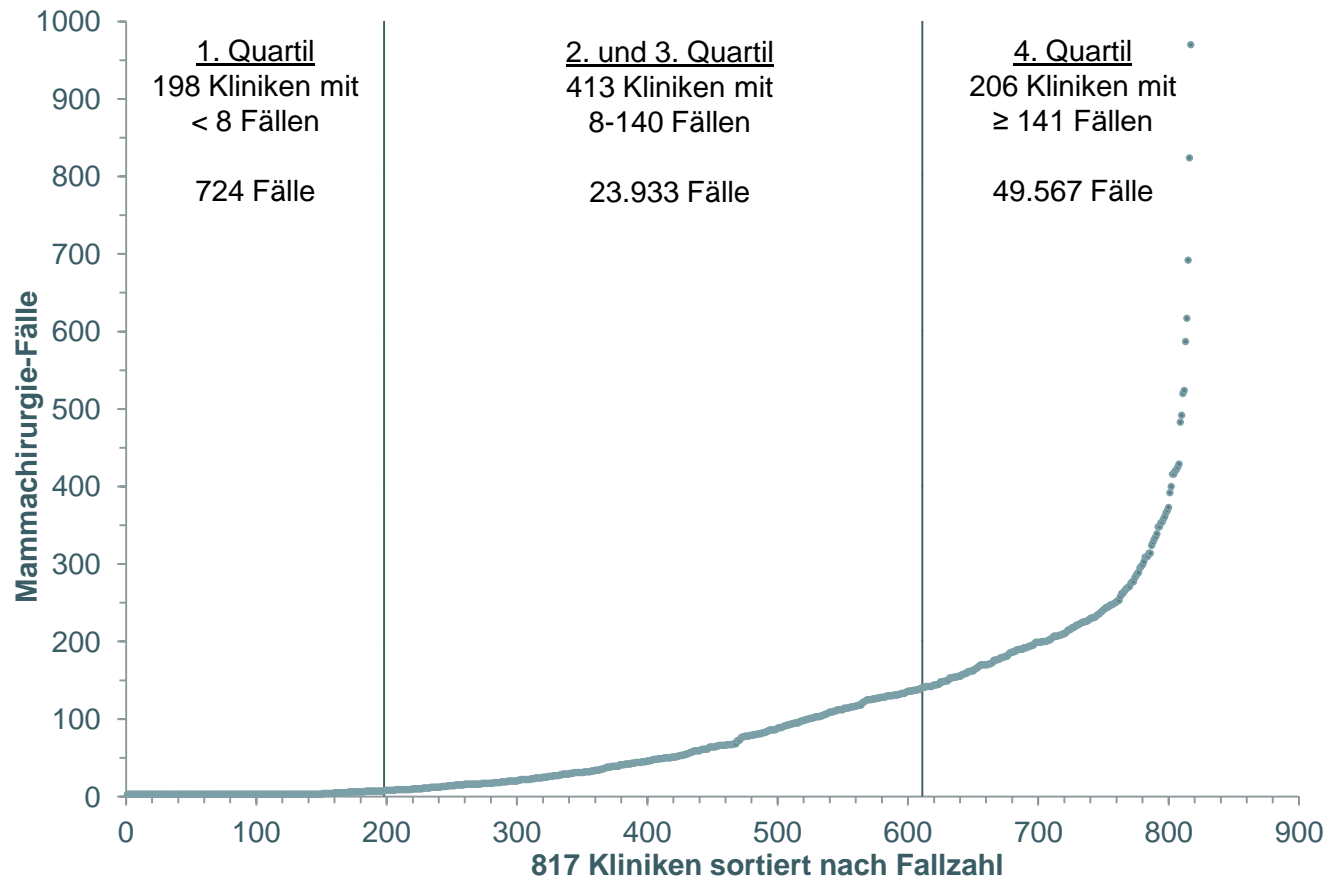
Aktualisierte Analyse auf Basis von Jeschke et al. 2014. Zum Zusammenhang von Behandlungsqualität und -ergebnis in der Hüftendoprothetik. *Krankenhaus-Report 2014*. Stuttgart: Schattauer, S. 227–240. *Fallzahl hochgerechnet*

Fallzahlen und Qualitätsindikatoren für 6 ausgewählte Leistungsbereiche

Indikation	Fallzahl	Kennzahl / Indikator	
	Datenquelle	Name	Datenquelle
Herzinfarkt	Strukturierter Qualitätsbericht	Vorhandensein eines Herzkatheterlabors	Abfrage bei Kliniken
Schlaganfall	Strukturierter Qualitätsbericht	Vorhandensein der Strukturen für neurologische Komplexbehandlung	Strukturierter Qualitätsbericht
Cholezystektomie	Strukturierter Qualitätsbericht	QSR-Gesamtindikator	AOK-Krankenhausnavigator
Operation bei hüftgelenknaher Femurfraktur	Strukturierter Qualitätsbericht	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach KH-Aufnahme (ID 2266)	Strukturierter Qualitätsbericht
		Postoperative Wundinfektion (ID 50889)	Strukturierter Qualitätsbericht
Mammachirurgie	Strukturierter Qualitätsbericht	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (ID 51846)	Strukturierter Qualitätsbericht
Ovarektomie	Strukturierter Qualitätsbericht	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexen ohne pathologischen Befund (ID 10211)	Strukturierter Qualitätsbericht

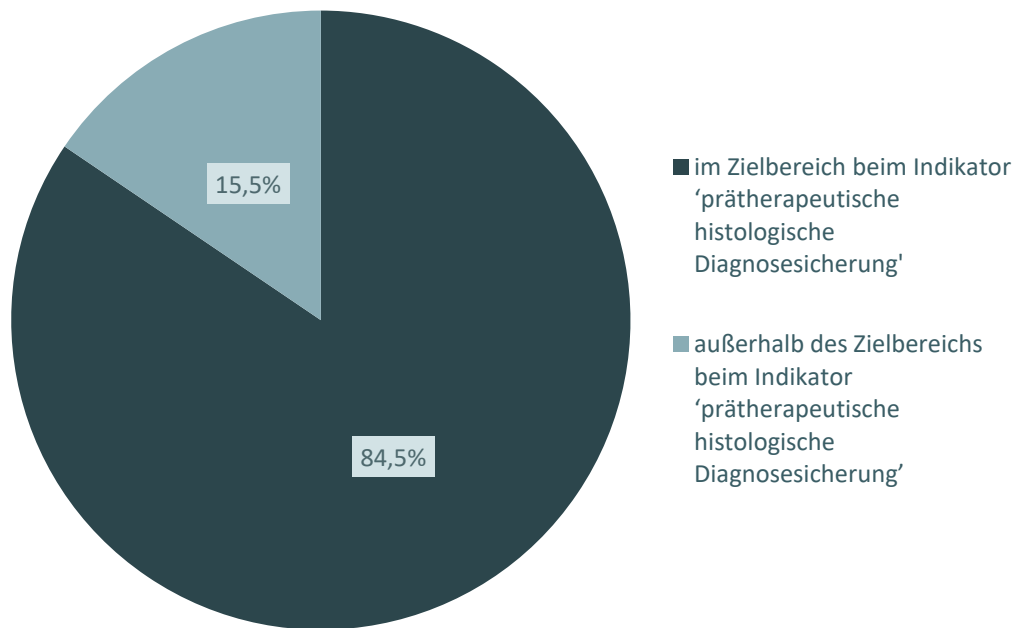
Mammachirurgie – Fallverteilung über behandelnde Kliniken

Ein Viertel aller Kliniken, die im Jahr 2014 mammachirurgische Eingriffe durchführten, behandelten weniger als 8 Fälle.



Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung bei Mammachirurgie

Etwa 16% aller Kliniken, die mammachirurgische Eingriffe durchführten, wiesen auffällige Ergebnisse beim Qualitätsindikator ‚prätherapeutische histologische Diagnosesicherung‘ auf.*



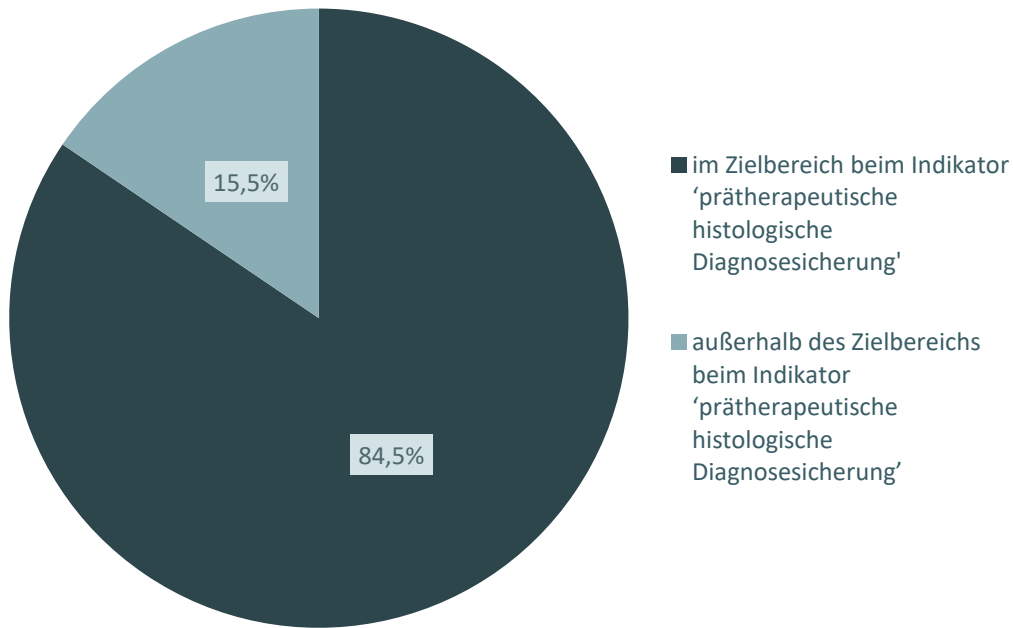
Kliniken in der Gesamtpopulation

- Kliniken mit Behandlungsfällen: 817
- Kliniken mit Indikator-Information: 683

* Eine histol. Diagnosesicherung mittels Stanz- oder Vakuumbiopsie sollte präoperativ bei mindestens 90% aller Eingriffe erfolgen.
Qualitätsindikatoren in der Medizin - Auswirkung auf die medizinische Versorgung
Frankfurt am Main, den 08.05.17

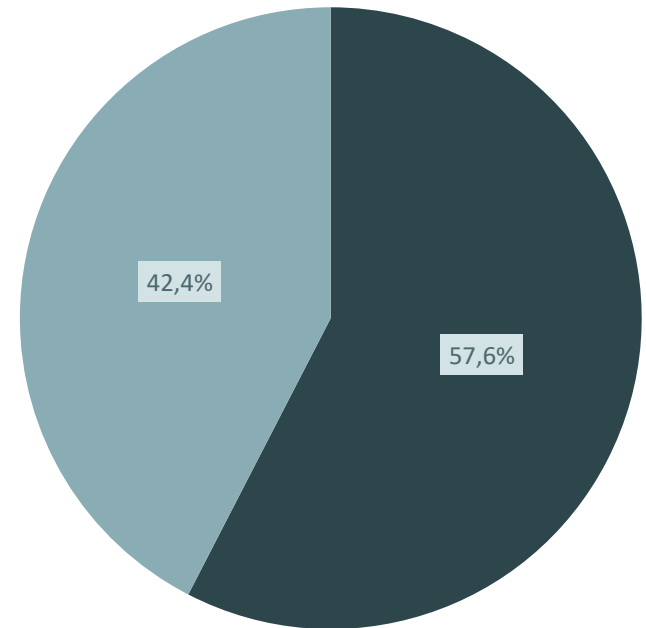
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung bei Mammachirurgie

Das Ziel, bei $\geq 90\%$ aller Brustkrebs-Eingriffe eine prätherap. histologische Diagnosesicherung durchzuführen, wird bei Kliniken mit niedrigen Behandlungszahlen deutlich seltener erreicht als im Bundesdurchschnitt.



Kliniken in der Gesamtpopulation

- Kliniken mit Behandlungsfällen: 817
- Kliniken mit Indikator-Information: 683

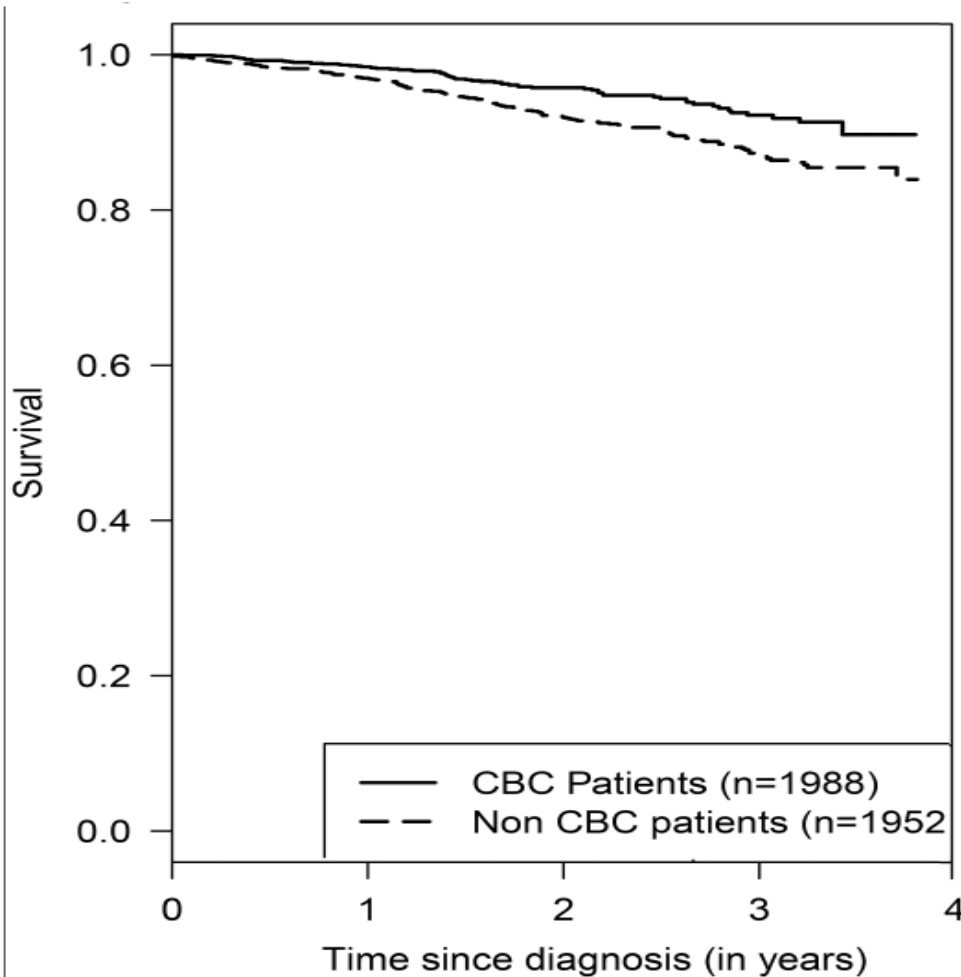


Kliniken mit <8 Fällen

- Anzahl Kliniken: 198
- Kliniken mit Indikator-Information: 66

Qualitätsdiskussion überflüssig II/II?

Unterschiede in der Qualität sind sichtbar....



...aber wir können auch noch weitere fünf Jahre diskutieren, um Verbesserungen vorzunehmen

Quelle: Beckmann MW et al.: Quality Assured Health Care in Certified Breast Centers and Improvement of the Prognosis of Breast Cancer Patients; in *Onkologie* 2011;34:362-367



Inhalte

- **Allgemeine Vorbemerkungen**
- **Gibt es Handlungsdruck?**
- **Was sagt das KHSG?**
- **Fazit und Ausblick**



Ausgangslage nach dem KHSG

■ Ansprüche des KHSG

- Zentralisierung von Spitzenleistungen stärken
- Neuregelung
- Mengenspezifische Vergütung verlagern
- Einführung
- Herausforderung

Wenn Spitzenleistungen in Zentren gebündelt werden, muss auch die Qualität stimmen, fordert der Patientenbeauftragte der Bundesregierung...

(ÄRZTE-ZEITUNG APP Online 01. 12. 2016)

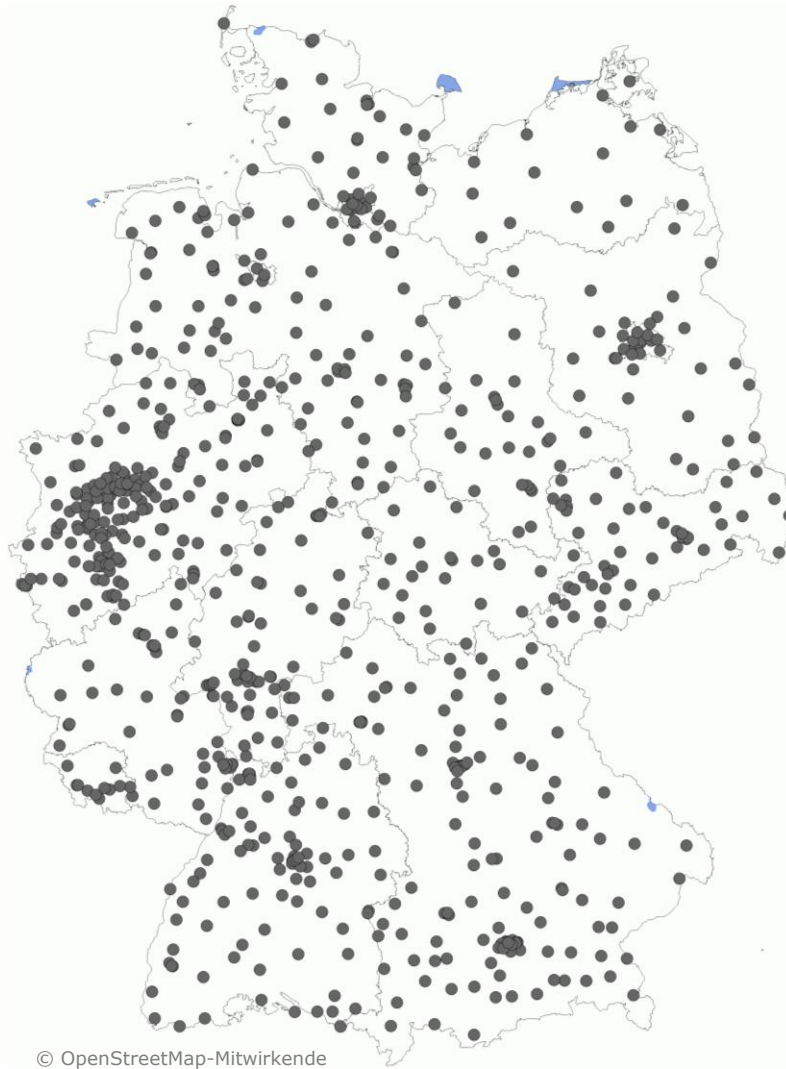
■ Folgen

- Hier entstehen Fixkosten, die in der Vergütung nicht anfallt aber somit nicht berücksichtigt wird
- Daher eine unnötige Doppelfinanzierung entsteht, weil additiv auch noch Zentrumszuschläge fällig werden sollen

Klage der GKV gegen die Zentrumsvereinbarung

- **Die GKV ist nicht gegen Zentrenbildung!**
- **Aber die GKV hat mit der Vereinbarung nach dem Schiedsspruch erhebliche rechtliche Probleme:**
 - Die Inhalte des Paragraphenteils und der Anlage widersprechen sich deutlich (beisw. bei Besondere Einrichtungen)
 - Fehlende Konkretisierung der
 - einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
 - der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder
 - der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen

Erreichbarkeit von Krankenhäusern für die Indikation Brustkrebs



Minimaler Anfahrtsweg je PLZ Gebiet

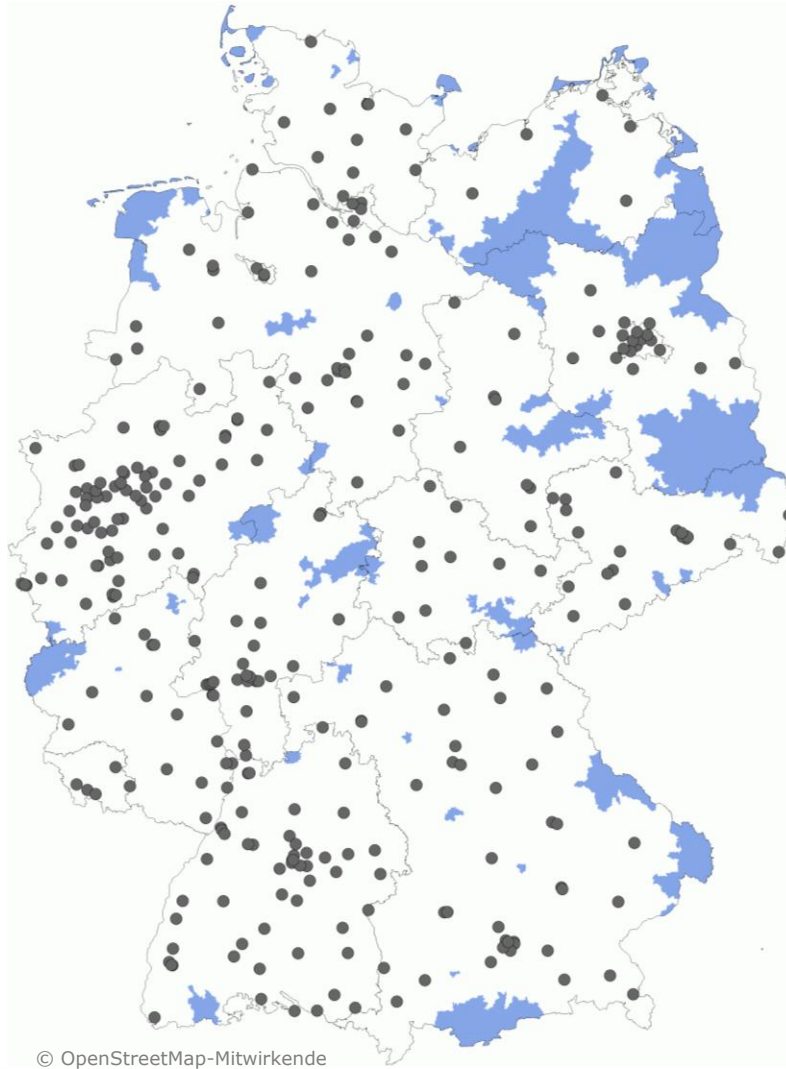
□ bis 50 km
■ über 50 km

● Krankenhäuser

Datenbasis:
25.787 abgerechnete AOK-Fälle mit Brustkrebs-Diagnose und -Operation aus 783 abrechnenden Krankenhäusern (2013). Zu einem abrechnenden Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere Standorte.

© OpenStreetMap-Mitwirkende

Erreichbarkeit von zertifizierten Zentren für die Indikation Brustkrebs



© OpenStreetMap-Mitwirkende

Minimaler Anfahrtsweg je PLZ Gebiet

□ bis 50 km
■ über 50 km

● Zertifizierte Zentren

Datenbasis:

25.787 abgerechnete AOK-Fälle mit Brustkrebs-Diagnose und -Operation aus 783 abrechnenden Krankenhäusern (2013). Zu einem abrechnenden Krankenhaus gehören in wenigen Fällen mehrere Standorte.

Zertifizierte Brustkrebs-Zentren (Deutsche Krebsgesellschaft / Ärztekammer Westfalen-Lippe, Stand: September 2014)

Inhalte

- **Allgemeine Vorbemerkungen**
- **Gibt es Handlungsdruck?**
- **Was sagt das KHSG?**
- **Fazit und Ausblick**



Herausforderungen für die Zukunft

- **Zentrenbildung/Zentralisierung von Leistungen ist aus Qualitätsgründen erforderlich, wenn nicht unausweichlich**
- **Aber: Nichte als Behandlungsalternative, sondern exklusiv!**
- **Umsetzung:**
 - Durch Länder mit qualitätsbasierter Krankenhausplanung?
 - Oder: Durch § 136 Abs. 1 Nr. 2...?
- **Die Zeit für jahrelang Methodendiskussion haben wir insgesamt nicht....**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



BUNDESVERBAND

JÜRGEN MALZAHN
Abteilungsleiter Stationäre Versorgung, Rehabilitation
Geschäftsführungseinheit Versorgung

Juergen.Malzahn@bv.aok.de

TELEFON 030 / 34646 – 24 91
TELEFAX 030 / 34646 – 33 24 91



AOK-BUNDESVERBAND
ROSENTHALER STR. 31
10178 Berlin