

Wo ist Optimierungsbedarf in der Qualitätserhebung?

Qualitätsindikatoren der Zukunft



Qualitätsoffensive des KHSG



- Diese Weichenstellung hat für die Zukunft der Kliniken erhebliche Konsequenzen
- Schwerpunkt verlagert sich weg vom eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung
- Hin zum Steuerungselement der Versorgungslandschaft von Kostenträgern und Politik
- Aber mit den alten Qualitätsindikatoren

IQTIG



- Institut für Qualität u. **Transparenz** im Gesundheitswesen
- Inakzeptable **Fristen** von anfangs 14 Tg. bei **Stellungnahmeverfahren**
- Bei Vor-, Zwischenberichten des IQTIG von z. T. mehreren hunderten Seiten:
 - Plangungsrelevante QI
 - PCI Patientenbefragung
 - P4P (4 Wochen!)

Fehlanreize durch Strafbewehrung



- Dammriss: Indikationsanreiz zur Sektio, was nützen 30% weniger Dammrisse bei 30% mehr Sektios?
- Hochrisiko-Patienten laufen Gefahr nicht mehr adäquat versorgt zu werden:
 - PCI nach Reanimation: Auch bei Selektion von Patienten mit Hinweisen auf MI bleibt die Mortalität hoch!
 - Bei bereits auffälligen Indikatoren droht Absetzen des Eingriff (fortges. BC, Carotis TEA nach Stroke u. Lyse....)

Datenvalidierung durch den MDK



- bei auffälligen Krankenhäusern
- Stichproben
- Ermittlung des Besten nicht des Cleversten
- Aber schlechte Erfahrungen aus der Abrechnungsüberprüfung:
 - jede 2 Rechnung sei falsch (Kassen)
 - richtig 2 von 100!

Abschließende Bewertung



- Der strukturierte Dialog wird für die auffälligen Kliniken ausgesetzt
- Ausführliches Stellungnahmeverfahren für die Kliniken über Ausnahmetatbestände aber nicht über Einzelfälle
- Leistungsbereich–Spezifischen Fachkommission zur fachlichen Klärung der Auffälligkeiten
- Beurteilung abschließend durch das IQTIG

Risikoadjustierung



- Behandlungsergebnis abhängig von der Erkrankungsschwere oder der Qualität der Behandlung
- Risikoadjustierung nicht ausreichend validiert, vor allem bei kleinen (seltenen Ereignissen) trotz Hinweis auf Stochastik
- Risikoadjustiert heißt nicht Keimfrei!

Mortalität des STEMI

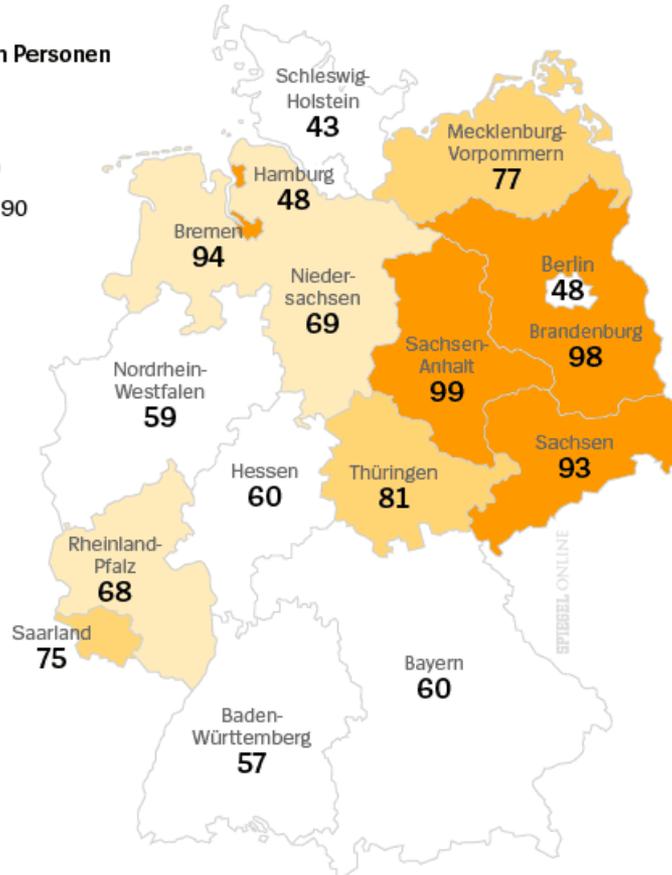
- Bundesländer -

Sterblichkeit am Herzinfarkt

Gestorbene pro 100.000 Einwohner 2013

Anzahl der gestorbenen Personen

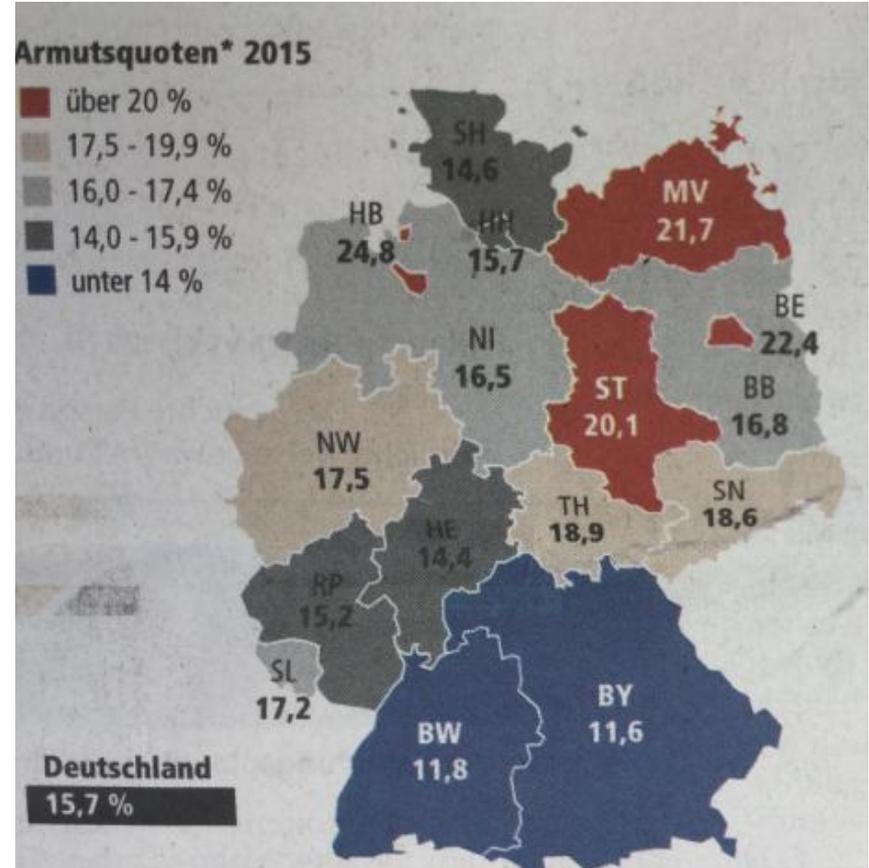
- bis zu 60
- 61 bis 70
- 71 bis 90
- mehr als 90



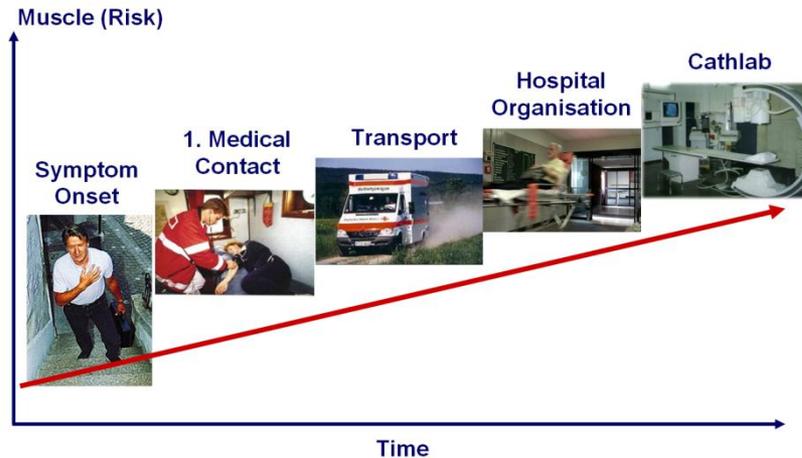
Quelle: Herzstift

Armutsquoten* 2015

- über 20 %
- 17,5 - 19,9 %
- 16,0 - 17,4 %
- 14,0 - 15,9 %
- unter 14 %



Mögliche Interventionen



- Patienten Aufklärung (Prähospitalzeit)
- Gesamt Risikoprofil, Sozial Status
- Rettungsdienst, Rettungswege
- 24h Herzkatheter-Verfügbarkeit (365 Tage)
- Kooperation mit Krankenhäusern ohne HK-Labor
- Umsetzung der Leitlinien auch in Langzeittherapie

OECD-Vergleich Infarktsterblichkeit 2012



→i Periods	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼
→i Country															
Estonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	(d) 11.2	(d) 11.5	..
Finland	12.5	10.1	10.3	9.6	9.0	(B) 9.0	8.6	8.7	8.3	8.4	7.6	7.0	7.1	6.5	..
France	..	..	..	..	..	7.9	..	..	..	6.4	6.2	..	7.1	7.2	..
Germany ⓘ	..	..	..	..	..	11.1	10.8	10.6	10.3	10.3	9.6	(B) 8.9	..	8.7	..
Hungary	..	..	..	..	17.9	17.0	15.8	15.2	14.1	13.9	..	..	..	..	..
Iceland	..	..	..	..	7.3	6.8	6.0	6.2	6.1	6.5	6.1	6.3	6.9	..	..
Ireland	15.9	13.3	12.9	10.9	10.6	10.3	9.3	9.3	9.1	7.5	7.5	6.8	6.8	6.4	..
Israel ⓘ	11.1	10.2	9.0	8.8	8.2	7.7	8.0	7.9	7.1	7.0	7.0	6.2	6.4	6.7	..
Italy	..	9.1	8.2	7.9	7.6	7.4	6.9	6.7	6.4	6.1	5.8	5.8	5.8	5.5	..
Japan	..	..	..	..	..	..	..	..	12.9	..	..	12.2	..	..	..

Leopoldina 2016



- 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten
- Diskussion über Herzinfarkt-Outcome, ohne Kardiologen!
- In Schweden weniger alte Patienten, Mortalität im SWEDEHEART- Register 11%
- Herzinfarkte die auf dem Weg zur Klinik versterben werden nicht erfasst
- Von den Herzinfarkt Pat. in Deutschland bekamen nur 60% der Patienten einen Herzkatheter
- Rohe Mortalitätsdaten sind nicht geeignet

Qualitätsindikatoren



- Externe Qualitätssicherung BQS/AQUA
- Strukturierter Dialog
- Routinedaten, §21, §301, G-IQI
- „Peer Review“, Audits
- QSR-Vido (AOK)
- Follow up Verfahren mit Einbindung von Sozialdaten der Krankenkassen
- Patientenbefragungen

Prüfung der Indikatoren der externen Qualitätssicherung durch AQUA



- Relevanz, Verständlichkeit, Risiko, Beeinflussbarkeit
- B.-Fachgruppen und LQS
- >300 Indikatoren überprüft
- Ergebnisse ernüchternd, 50% beanstandet
- Weder im Vorbericht, Abschlussbericht noch Methodenpapier des IQTIG erwähnt!

Datenanalysen, Ergebnismessung (Krankenhaussterblichkeit u. a.)

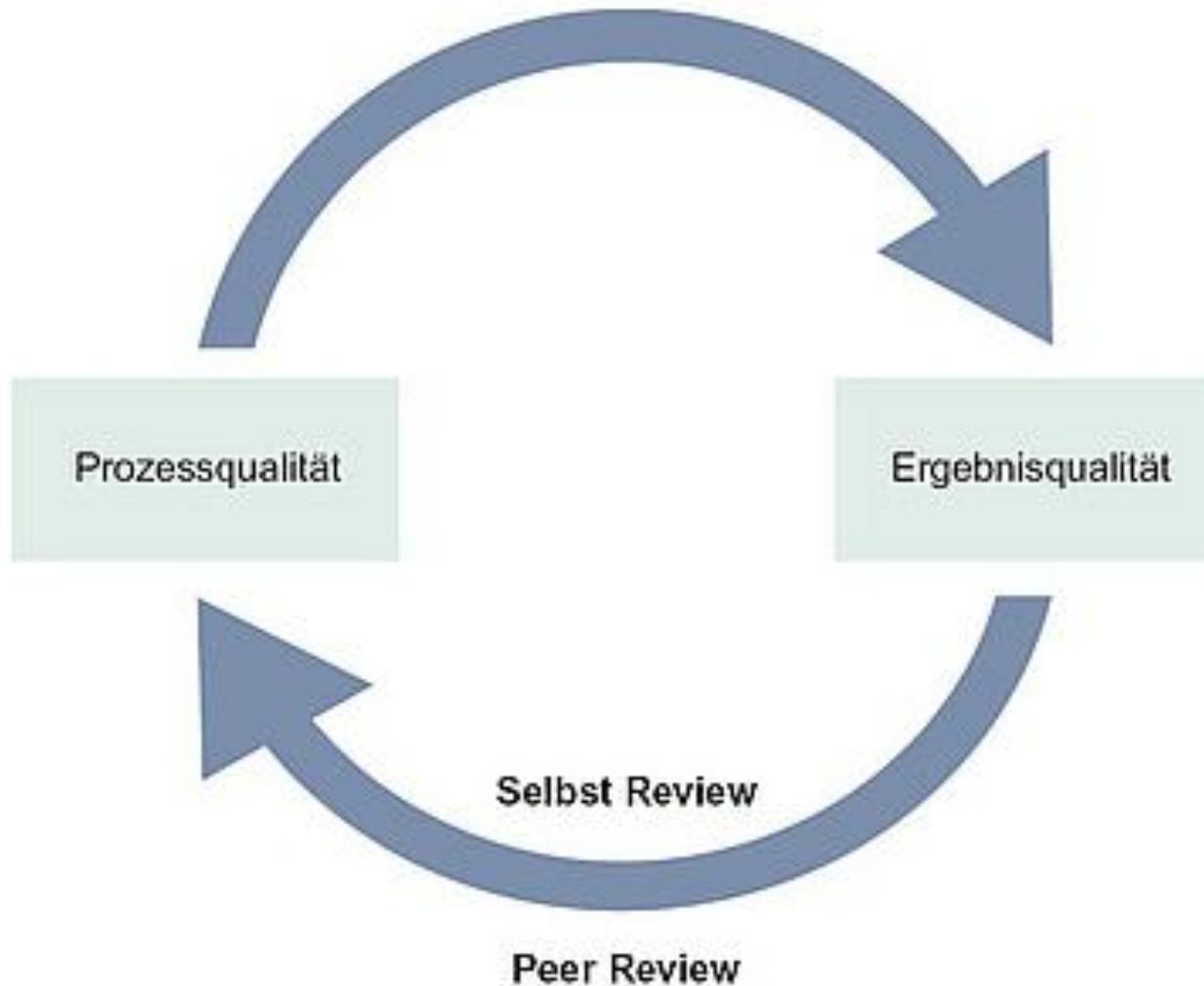
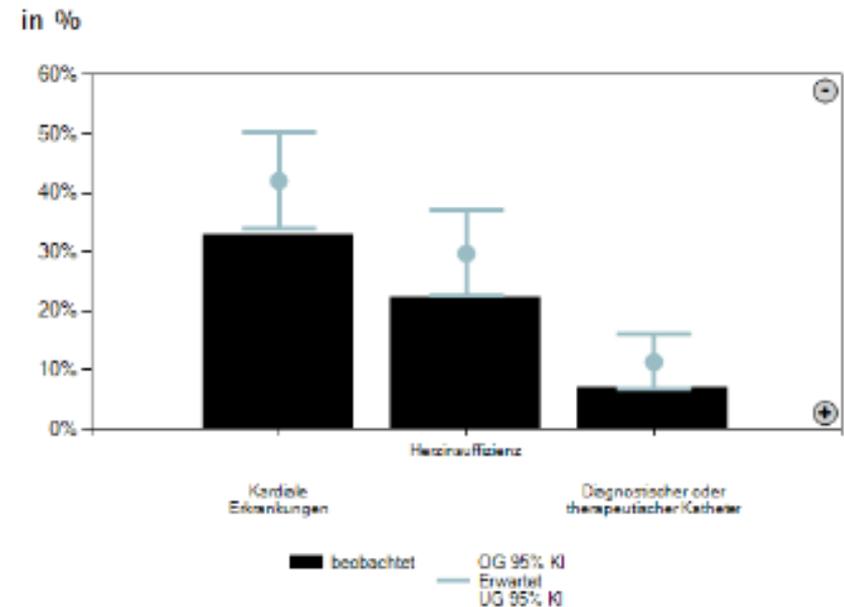


Abbildung 3.2.7: Spezifische Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres bei Herzinsuffizienz Diagnosen und Prozeduren (2012)

Spezifische Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres			
Diagnose / Prozedur im 1. Jahr	Beobachtet		Erwartet* [KI] Ihr Krankenhaus
	Ihr Krankenhaus	Bund	
Kardiale Erkrankung	32,8 % 42 von 128	42,0 % 42.441 von 100.941	[33,9 - 50,2]
Herzinsuffizienz	22,2 % 28 von 126	29,7 % 29.134 von 98.094	[22,5 - 37,0]
Diagnost. oder therap. Katheter	7,0 % 8 von 115	11,4 % 10.139 von 89.079	[6,7 - 16,0]

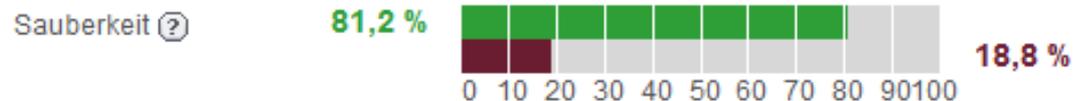
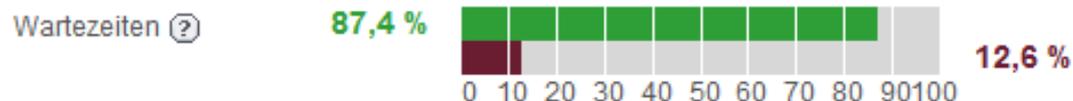
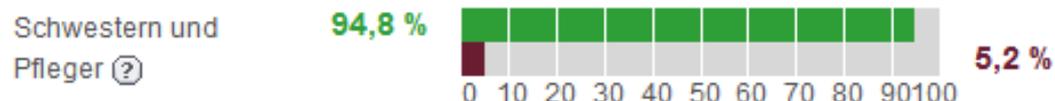
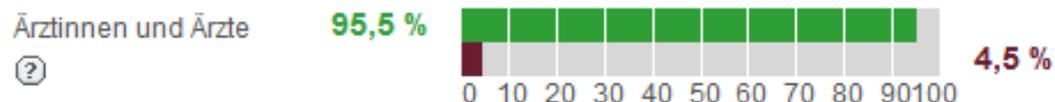
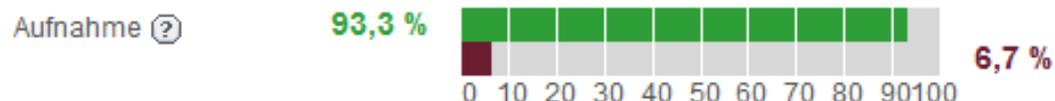
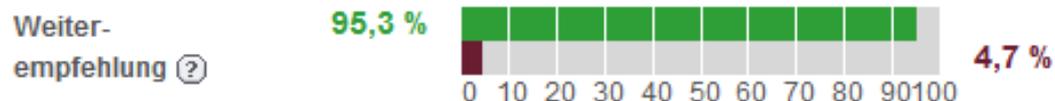
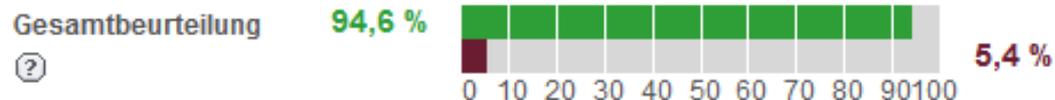
* nicht risikoadjustierte Erwartungswerte für einzelne Krankenhäuser entsprechen dem Bundesdurchschnitt





Anteil positiver
Bewertungen
(in %)

Anteil kritischer
Bewertungen
(in %)



Fazit



- Der Gesetzgeber hat den G-BA angehalten, QI der esQS zeitnah für einen Einstieg in plan. QI zu nutzen. (statistische Auswertung Referenzbereiche oder Sentinel))
- Da sie dafür nicht entwickelt wurden, verwundert es nicht, wenn sie diese Aufgabe nur sehr bedingt erfüllen.
- So ist der Auftrag zumindest fachabteilungsbezogen „eine in *erheblichen Maß* unzureichende Qualität“ festzustellen, damit nicht erfüllbar
- Weitere Entwicklungen sind somit unumgänglich
- Man sollte diese Probleme offen eingestehen und vor allem nicht QI zu plan. QI kühren, die schon in der ursprünglichen Qualitätssicherung ungeeignet waren
- Kombination mit Routinedaten, QSR usw. scheint nötig

Fazit II

- Fehlanreize und Manipulationsanfälligkeit unter diesem Druck werden unterschätzt
- Eine Begleitforschung ist aber auf den Weg gebracht.
- Ein strukturierter Dialog, besser Peer-Review ist unumgänglich, letzterer erfasst auch Indikationsfragen
- Patientenbefragungen (generisch, verfahrensspezifisch) sollten nicht überfrachtet werden
- QI lösen keine Strukturprobleme, die an anderer Stelle entstanden sind, sie können nur Hinweise geben
- Qualitätssicherung muss die Verbesserung der Versorgungsqualität als Hauptziel behalten.

Überregulierung



Die grassierende Regulierungswut erfasst immer mehr Lebensbereiche. Rechtsnormen können nicht alle Probleme lösen, gefragt sind Augenmaß und Selbstverpflichtung.

NZZ



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

pd.dr.m.weber@gmail.com