

Sektorübergreifende Qualitätssicherung aus Sicht der Ärzteschaft

Tagung „Schub für die Vernetzung - von der Gesundheitsreform zur Portalklinik“
Düsseldorf 23.10.2007

Günter Ollenschläger (1)
Regina Klakow-Franck (2), Franziska Diel (3)

- 1) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin äzq**
(Gemeinsame Einrichtung von BÄK und KBV)
- 2) Bundesärztekammer**
- 3) Kassenärztliche Bundesvereinigung**



Sektorübergreifende Qualitätssicherung aus Sicht der Ärzteschaft



Inhalt:

- Was sagt die Ärzteschaft zur sektorübergreifenden QS ?
- Qualität der Gesundheitsversorgung - PROBLEME durch unzureichende SQS?
- Projekte der Ärzteschaft zur Stärkung der SQS: Leitlinien, Indikatoren, QM
- Stärkung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung: Ausblick



Was sagt die Ärzteschaft zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung ?

Gemeinsame Bestandsaufnahme zur Qualitätssicherung BÄK und KBV - 1996



- QS-Programme müssen problemorientiert & koordiniert sein, **die Qualität im ambulanten und im stationären Versorgungsbereich kann nicht unterschiedlich sein.**
- Bei grundsätzlich gleichem Leistungsgeschehen müssen **im ambulanten und stationären Bereich jeweils die gleichen Maßstäbe für die jeweilige Qualitätssicherung** gelten.

Stellungnahme zum Qualitätsmanagement BÄK und KBV - 1998



1. **QS/QM bereichsübergreifend in allen Versorgungsbereichen gestalten**
2. QS/QM problemadäquat weiterentwickeln
3. Prioritäten setzen
4. **Leitlinien / Prinzipien der Evidenz-bas. Medizin berücksichtigen**
5. **Den Patienten einbeziehen**
6. **Angemessene personelle / organisat. Strukturen für QS/QM schaffen**
7. Professionalisierung auf dem Gebiet von QS/QM weiterentwickeln
8. QS/QM in Kooperation aller Beteiligten weiterentwickeln

Gesundheitsministerkonferenz 1999

Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen (unter Beteiligung von BÄK und KBV)

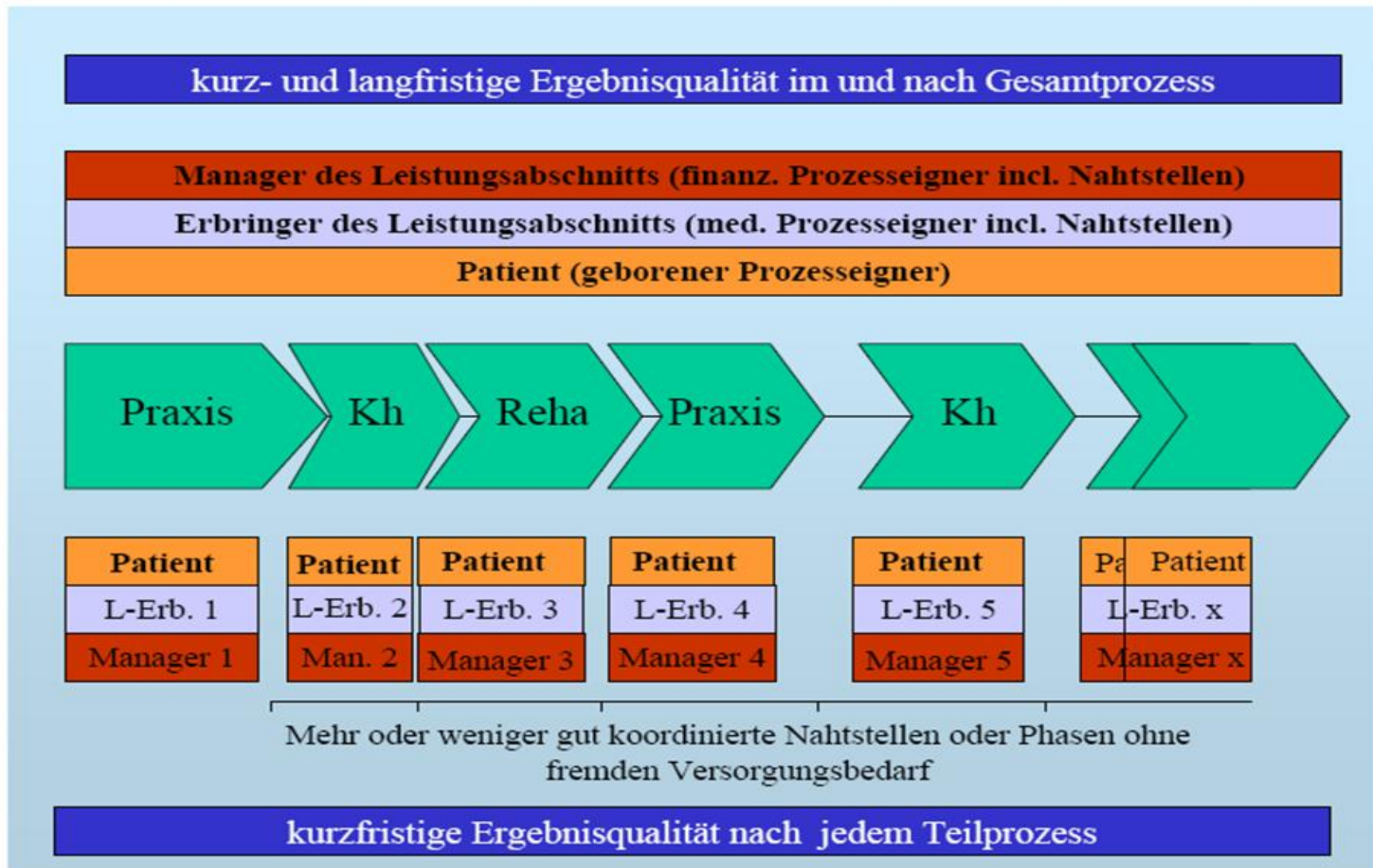
1. Konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen
2. Ärztliche Leitlinien / Pflegestandards nutzen
3. **Q.-Sicherung / Q.-Management sektorenübergreifend gestalten**
4. QM i.d. Einrichtungen des Gesundheitswesens stärken
5. Datenlage zur Q.-Bewertung verbessern
6. Qualität darlegen
7. Q.-orientierte Steuerung weiterentwickeln
8. Weitere Anreize zur kontinuierlichen Q.-Verbesserung setzen
9. Unterstützung / Moderation für Q.-Entwicklung weiterentwickeln
10. Koordination bei Umsetzung d. Q.-Ziele auf Bundes- / Länderebene



Qualität der Gesundheitsversorgung
PROBLEME
durch unzureichende
sektorübergreifende Qualitätssicherung?

DAS Problem im dtsh. Gesundheitswesen:

Behandlung & Qualitätssicherung erfolgt in den verschiedenen Versorgungssektoren getrennt & oft unkoordiniert (>>> Defizite in Qualität / Wirtschaftlichkeit ??)



PROBLEME durch unzureichende sektorübergreifende Qualitätssicherung?

**Verbesserungspotenziale aus Sicht der Patienten:
Informationsmanagement stationär (1)**

	% Antwort ja	
Frage	2002	2005
Wurden Sinn & Zweck der Medikamenten- Einnahme nach Entlassung verständlich erklärt? (Antwort: einigermaßen/völlig)	92,0	92,0
Wurde erklärt, wie Sie sich nach Entlassung verhalten / auf welche Warnsignale Sie achten sollen? (Antw.:einigerm., ausführl.)	84,4	84,7
Übernahm Ihr niedergelassener Arzt sämtliche Therapiemaßnahmen des Krankenhauses (z. B. verordnete Medikamente)	82,3	82,5
Wurde Ihnen im Krankenhaus ausführlich erklärt, wie Sie sich bei Ihrer Genesung selber helfen können? (Antw.:einigerm., ausführl.)	70,0	75,0

Quelle: Einschätzungen zur Qualität der stat. Versorgung in D. GEK-Patientenbefragungen 02/05
<http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Studie-Versorgungsqualitaet-Krankenhaus.pdf>

PROBLEME durch unzureichende sektorübergreifende Qualitätssicherung?

Verbesserungspotenziale aus Sicht der Patienten: Informationsmanagement stationär (2)

- Information durch die vorbehandelnden Ärzte über die bisherige ambulante Behandlung: **25% der Befragten nicht zufrieden**
- Informationen seitens der behandelnden Krankenhausärzte über Selbsthilfemöglichkeiten nach der Entlassung: **30 bzw. 25% (02 / 05) nicht zufrieden**

Quelle: Einschätzungen zur Qualität der stationären Versorgung in Deutschland
GEK-Patientenbefragungen 2002 und 2005

<http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Studie-Versorgungsqualitaet-Krankenhaus.pc>

PROBLEME durch unzureichende sektorübergreifende Qualitätssicherung?

**Verbesserungspotenziale aus Sicht der Patienten:
Informationsmanagement ambulant**

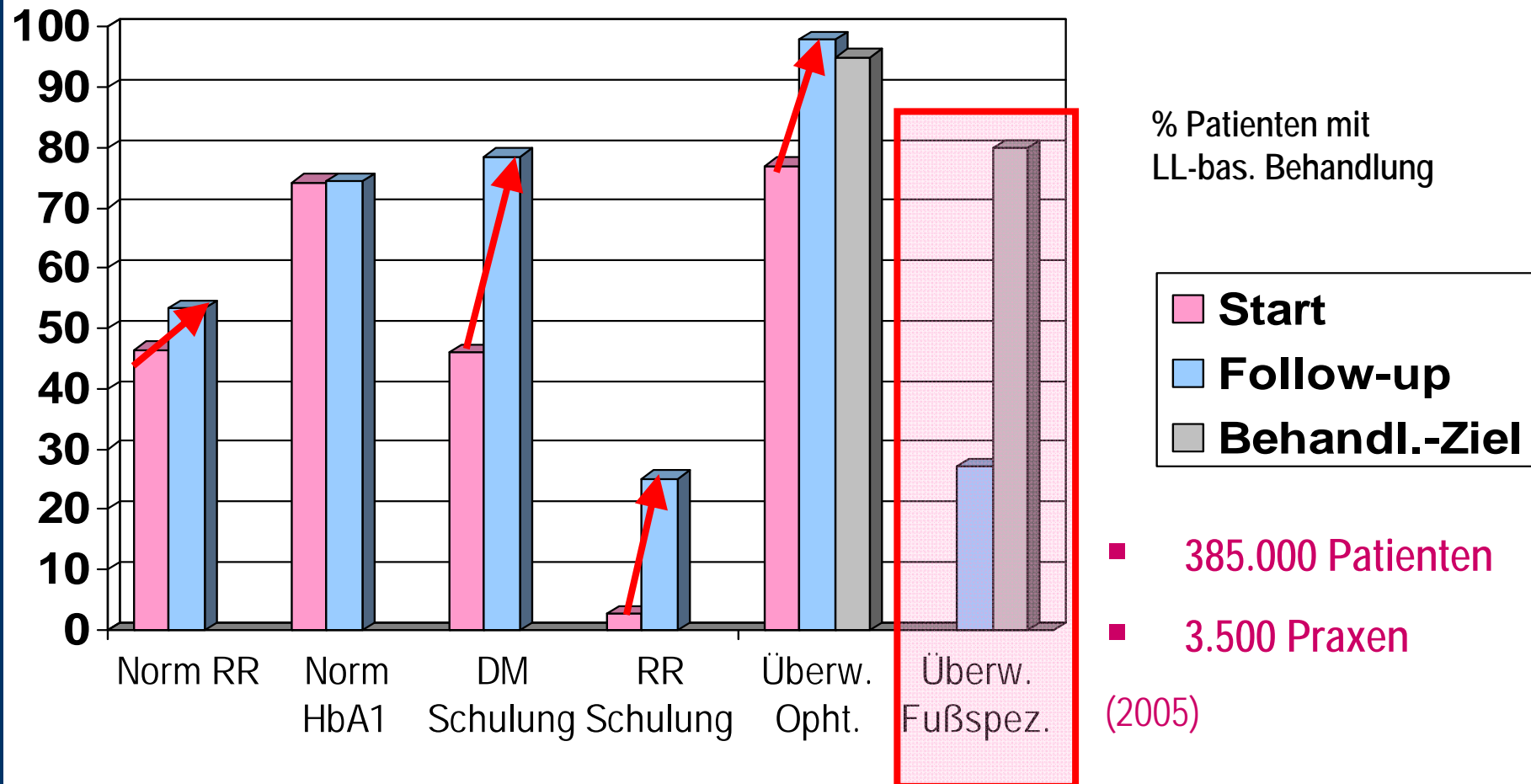
	% Antwort
Frage: War die Qualität der Beratung zu folgenden Themen ausreichend	ja
Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten	85,6
Selbstverantwortung des Patienten	85,2
Nicht medikamentöse (allgemeine) Maßnahmen	84,7
Risiken und Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung	70,6
Therapie-Zielvereinbarungen	63,8
Zusätzliche Hilfsangebote (Selbsthilfe, Patienteninformationen)	57,8

Einschätzungen zur Qualität der Patientenberatung in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung chronisch Kranker
Anonyme Patientenbefragung in Hessen 2002 (20 hausärztliche Praxen, 384 Pat., 71% über 60 Jahre)

PROBLEME durch unzureichende sektorübergreifende Qualitätssicherung?

Verbesserungspotenziale aus Sicht der Ärzteschaft:

Beispiel: Überweisungsverhalten bei Diabetiker-Behandlung



Altenhofen 2007 – www.zi-berlin.de

LL-Implementierung durch DMP (Nord-Rhein)

Behandlungsziele: RR/HbA1 normal; Schulung; Überweisungen



Qualität der Gesundheitsversorgung
PROBLEME
durch unzureichende
sektorübergreifende Qualitätssicherung?

**Fazit: Verbesserungsbedarf
insbesondere in den Bereichen
sektorübergreifende Kommunikation und Überweisung!!!**



Projekte der Ärzteschaft zur Stärkung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung

Projekte der Ärzteschaft zur Stärkung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung



Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Curricula: QM, Strukt. Versorgung • CME-Programm Patientensicherheit, CIRS • QM-/Zertif.-Programme KTQ, QEP, KPQM, qu.no
Strukturierung / Systemat. med. Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Versorgungsleitlinien • Qualitätsindikatoren (BQS, AQUIK, DMP) • Regionale Leitlinien-Implementierung • DMP, IV-Verträge
Patientenorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Patienteninformationen • Patientenleitlinien
Evaluation, Qualitätsdarlegung	<ul style="list-style-type: none"> • BQS, AQUIK • Qualitätsberichte • Versorgungsforschung



Stärkung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch **Leitlinien**

Förderung der sektorenübergreifenden QS: Evidenzbasierte Patientenversorgung / Qualitätssicherung

Forschung
Evidenzproduktion

- Med. Evidenz:
- experimentelle Studien / klinische Studien
 - nicht experimentelle Studien
 - *systematische Übersichtsarbeiten*

Praxis
Evidenznutzung



N-V-L KHK / DMP: Versorgungscoordination:

Überweisung Primärarzt >>> Facharzt

Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen (ambulant): Indikationen

Symptome, die mit der KHK in einem engen Zusammenhang stehen können und hausärztlich nicht befriedigend zu klären sind.

Befriedigende symptomatische Behandlung ist auf der hausärztlichen Versorgungsebene nicht möglich (Verschlimmerung – Therapieziel Lebensqualität gefährdet).

Medikamentöse und sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Prognose sind unzureichend umsetzbar (z. B. Unverträglichkeiten, Interaktionen, Non-Compliance, die durch Facharztbeurteilung optimierbar erscheint – Therapieziel Verbesserung der Prognose gefährdet).

Deutliche Verschlechterung einer bekannten bzw. Verdacht auf neue Herzinsuffizienz, neu aufgetretene, klinisch relevante Rhythmusstörungen (Sicherung der Diagnose und Prognose, ggf. Therapie)

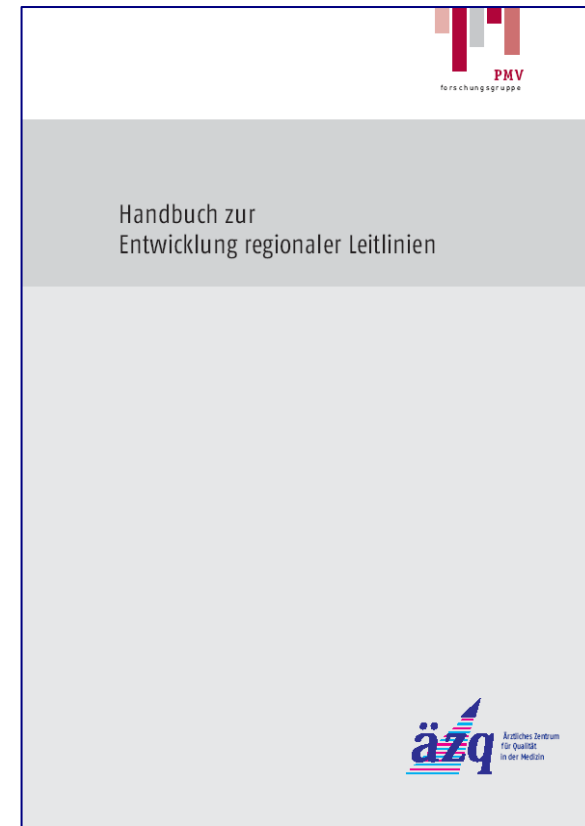
Gemeinsame Betreuung Hausarzt und Facharzt für Kardiologie

- Patienten, bei denen ein akutes Koronarsyndrom oder eine Revaskularisations-Maßnahme weniger als ein Jahr zurück liegen.
- Patienten mit einer ausgeprägten Herzinsuffizienz (mindestens Stadium III/IV NYHA, auch anamnestisch).
- Patienten mit ventrikulären Rhythmusstörungen (VT, VF, ICD).
- Patienten mit Klappenvitien.

Sektorenübergreifende QS durch Leitlinien-Implementierung

Beispiel Kooperation Internisten / Allgemeinärzte

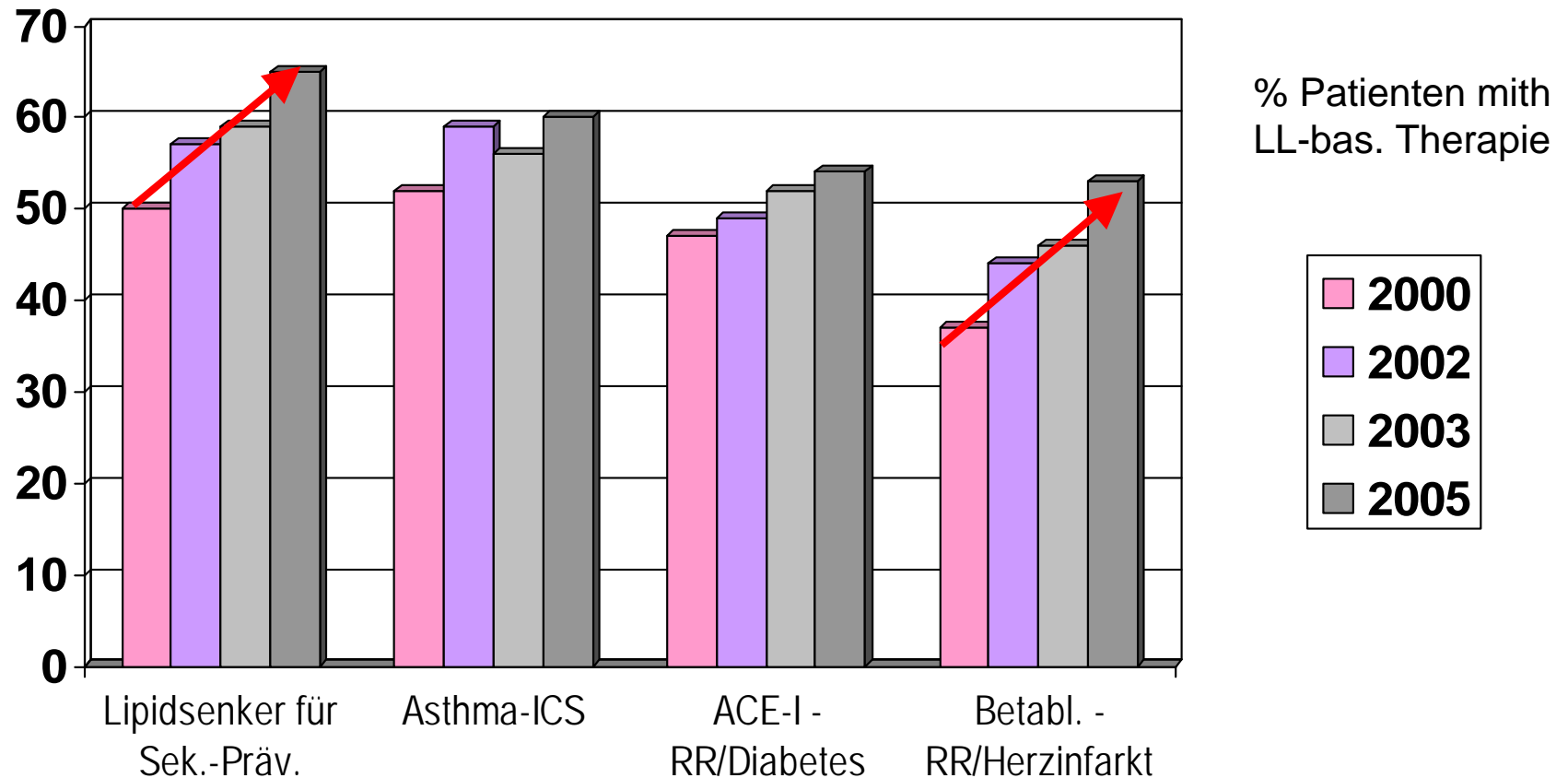
Hessische Pharmakotherapie-Zirkel: Systematische Leitlinien-Adaptation



Leitlinienimplementierung in der amb. Versorgung (KV Hessen)

Kooperation Allgemeinärzte / Internisten

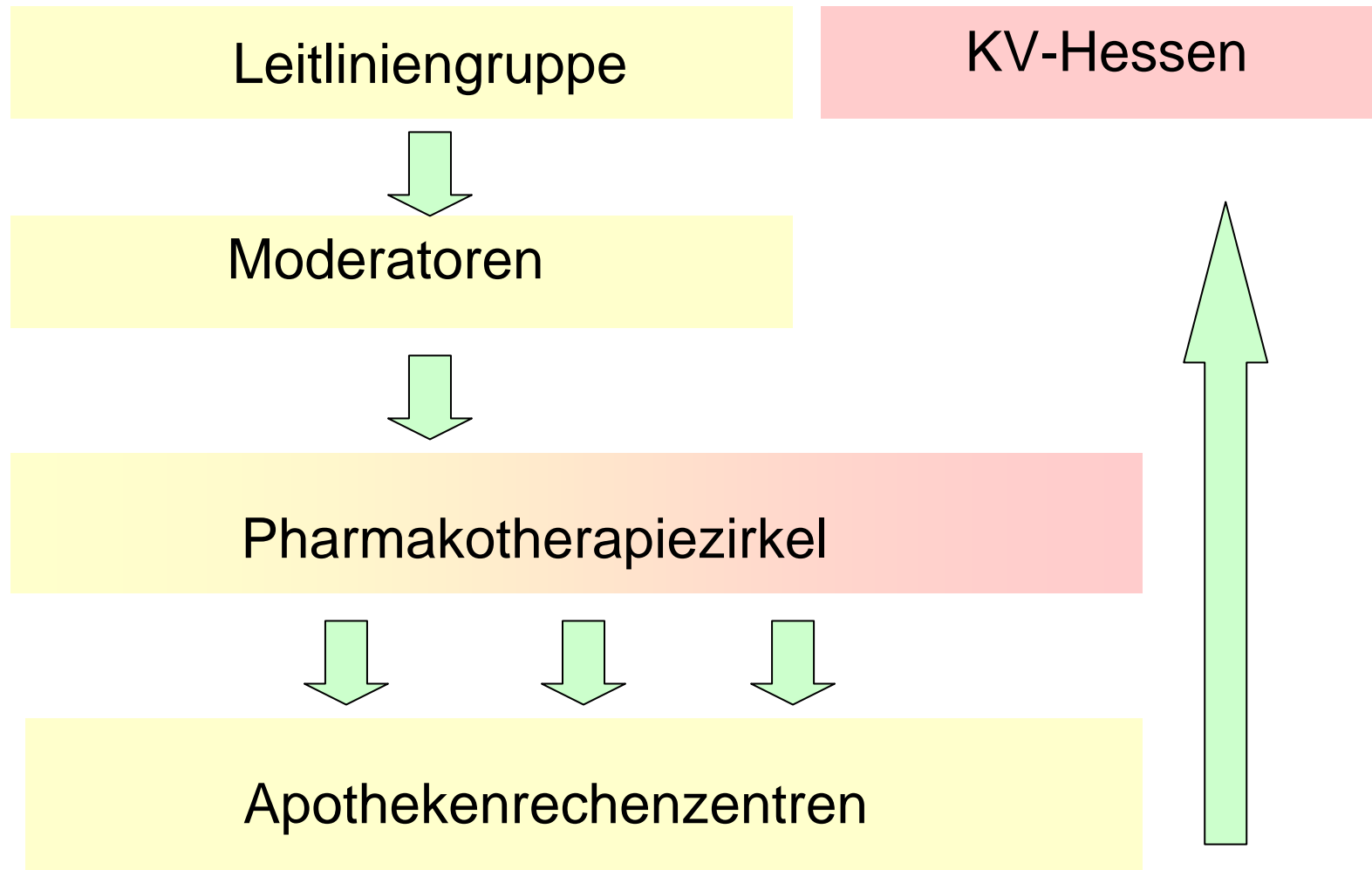
Outcome: Leitlinienbasierte Verordnung



Schubert et al 2003/2007 – www.leitlinien.de

$p < 0.001$ (2000-2005)
 n = 120 MDs (2000-2002)
 n = 187 MDs (2003-2005)

Verbesserung der Ergebnisse - **Wie kommen sie zustande?** **Leitlinienadaptation + Q-Indikatoren + Feedback**





Stärkung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung
durch
Qualitätsindikatoren

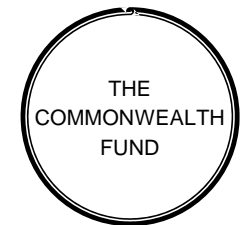
Figure 26. National Quality Benchmarking in Germany

Size of the project:

- 2,000 German Hospitals (> 98%)
- 5,000 medical departments
- 3 Million cases in 2005
- 20% of all hospital cases in Germany
- 300 Quality indicators in 26 areas of care
- 800 experts involved (national and regional)

Ideas and goals:

- define standards (evidence based, public)
- define levels of acceptance
- document processes, risks and results
- present variation
- start structured dialog
- improve and check

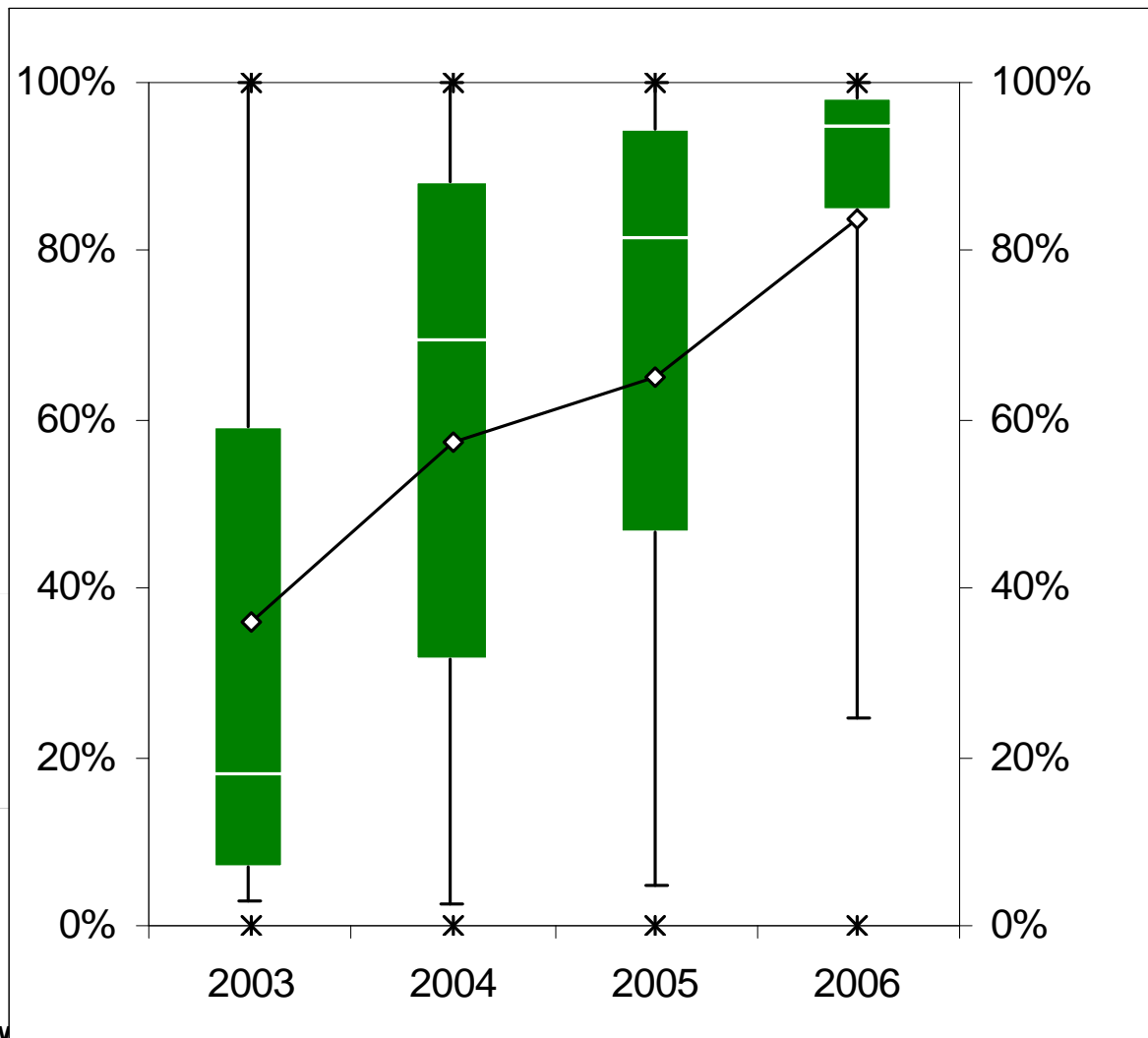


Source: Christof Veit, "The Structured Dialog: National Quality Benchmarking in Germany,"
 v Presentation at AcademyHealth Annual Research Meeting, June 2006.

Instrument: Stat. Qualitätsindikatoren

Beispiel: BQS-Projekt Postoperatives Präparatröntgen Mamma-Ca

Schrader P. Qualitätsindikatoren als Monitoring-Instrument
zur Leitlinienimplementierung. G-I-N Konferenz 2007



Leitlinienkonforme Versorgung

2003	36,02%
2004	57,43%
2005	65,01%
2006	83,92%

<http://www.aeqz.de/english/pdf/schraeder.pdf>

Verbesserung der Ergebnisse

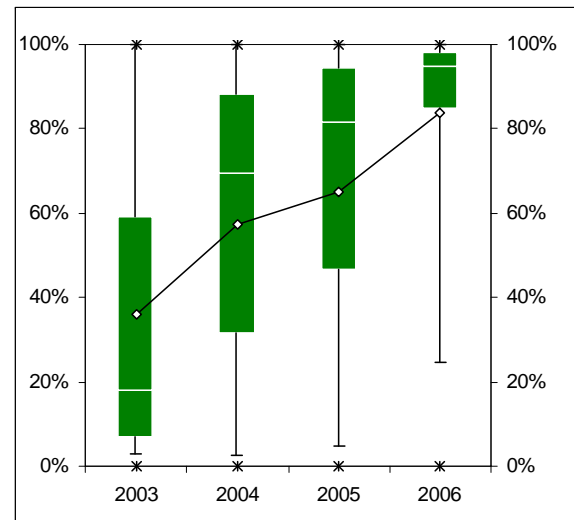
Wie kommen sie zustande?

Schrader P. Qualitätsindikatoren als Monitoring-Instrument zur Leitlinienimplementierung. G-I-N Konferenz 2007



Zertifizierte Brustzentren

S-3-Leitlinien



Strukturierter Dialog

<http://www.aeqz.de/english/pdf/schraeder.pdf>

CME: Thematisierung auf Fachkongressen

Berichtspflichtige BQS-Qualitätsindikatoren in Krankenhausqualitätsberichten



Leistungsbereich	Indikator
Cholezystektomie	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase
	Erhebung eines histologischen Befundes
	Reinterventionsrate
Geburtshilfe	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt
	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
	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Koronarchirurgie, isoliert	Letalität
Mammachirurgie	Postoperatives Präparatröntgen
	Hormonrezeptoranalyse
	Angabe Sicherheitsabstand

**KBV**

Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Informationsveranstaltung

zum Projekt

„Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK)

Berlin, 5. Oktober 2007

www.aquik.de

www.azq.de

Projektziel

- Etablierung eines **validen, transparenten** Satzes von **Qualitätsindikatoren** und **Kennzahlen** für die vertragsärztliche Versorgung
- Schließen der bestehende **Lücke** im Portfolio der **Qualitätsinstrumente** der **KBV** (→ Ergebnisqualität)
- Prüfen der Möglichkeiten der **Vergütungskoppelung**

Stärkung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätsmanagement: Kooperation mit externen Partnern



Q-M-A.de

Das Informations- und Fortbildungsprogramm für
Qualitätsmanagement in der Ambulanten Versorgung

Stand: 2006 :: Sitemap :: Kontakt

[Einführung/Recht](#) [Definitionen/Konzepte](#) [Patientensicht](#) [QM in der Arztpraxis](#) [QM-Methoden/Instrumente](#) [QM-Systeme](#) [Weitere Infos](#)

Sie sind hier: [Q-M-A Homepage](#) > [Eckpunkte des QM in der Arztpraxis](#) > [Kooperation mit externen Partnern](#)

Eckpunkte des QM in der Arztpraxis

Kooperation mit externen Partnern

Qualitätsmanagement beinhaltet nicht nur die Optimierung des internen Geschäftsablaufs, sondern darüber hinaus die systematische Information, Kommunikation und Kooperation mit externen Partnern.

Das Praxisteam ist immer gut beraten, wenn es sich in den Ansprechpartnern und Arbeitsschwerpunkten der kooperierenden Institutionen auskennt und die wechselseitige Information und Kommunikation kontinuierlich pflegt. Zu diesem Zweck führen manche Einrichtungen des Gesundheitswesens systematische Befragungen der Wünsche und Erwartungen ihrer Partner durch [Harr 2002, Lüthy 2000, Spießl et al. 2001].

Beiträge des Praxisteams zur Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene sind eine weitere Möglichkeit der Öffentlichkeits- und Kooperationspflege [Wiesemann et al. 1996].

Externe Partner der Arztpraxis – Auswahl [nach Wölker 2002]

- Ärzte anderer Fachgebiete
- Krankenhäuser
- Fachberufe des Gesundheitswesens (Pflegedienste, Physiotherapeuten, Ernährungsberatung, Ergotherapeuten etc.)

- [? Zum ersten Mal hier?](#)
- [Aktuelles](#)
- [Newsletter](#)
- [Druckversion](#)
- [Feedback](#)
- [Empfehlen Sie diese Seite](#)

Aktuelle Meldungen

[Qualitätsindikatoren – ein Projekt der KBV](#)

[Generationengerechte Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens](#)

[Bericht zur Zukunft der Gesundheitsforschung in Deutschland](#)

[Weitere Beiträge nicht "abgeblot" - Kongresse im Web 2.0 weiter führen](#)

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Für jeden Patienten, auf dessen Wunsch unter Einbeziehung der Angehörigen, erfolgt eine frühzeitige Entlassungsplanung mit einem standardisierten Entlassungsdokumentationsbogens. Vor dem Entlassungstermin wird ein ärztliches, ggf. pflegerisches Entlassungsgespräch bzw. eine Entlassungsvisite durchgeführt. Jeder Patient wird umfassend ggf. unter Hinzuziehung weiterer Berufsgruppen/Fachdisziplinen über die Diagnose, Untersuchungsbefunde, Prognose, die anschließende Weiterbehandlung und Medikation informiert.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Für jeden Patienten wird zum Zeitpunkt des Überganges in einen anderen Versorgungsbereich ein Entlassungs-, Verlegungsbericht sowie ggf. Überleitungsbogen durch die Pflege erstellt und sofort mitgegeben bzw. zeitgerecht an den Haus/Facharzt, Rehaklinik oder Pflegedienst weitergeleitet. Sofern erforderlich erfolgt vorher eine telefonische Rücksprache. In Einzelfällen finden Übergaben mit Pflegediensten statt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

www.ktq.de

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.



QEP: 1.5.3 Externe Kooperation und Kommunikation

Ziel 1

In der Kommunikation mit anderen Einrichtungen bzw. Anbietern des Gesundheits- und Sozialwesens werden alle relevanten Daten und Informationen unter Berücksichtigung der Schweigepflicht sorgfältig und zeitnah übermittelt.

Nachweise/Indikatoren

1. Lesbarkeit und Vollständigkeit
- 2./3. Zeitnahe Übermittlung der (Vor-)Befunde bzw. Ergebnisse/ Informationen
4. Ggf. Kontaktaufnahme bzw. Fallbesprechung



QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen

- *bis September 2007:*
 - 450 lizenzierte QEP-Trainer*
 - 17.000 Teilnehmer*
 - 13.000 bei KVen und 4.000 bei Berufsverbänden*
- *Bis Oktober 07 wurden 43 Zertifizierungen durchgeführt.*
- *Visitoren werden nach Bedarf und Eignung ausgebildet und akkreditiert, ebenso Zertifizierungsstellen:*
 - Bislang 14 akkreditierte Visitoren und 9 akkreditierte Zertifizierungsstellen*

www.kbv.de/qm

- *„Zertifizierungsverfahren für Praxen“*



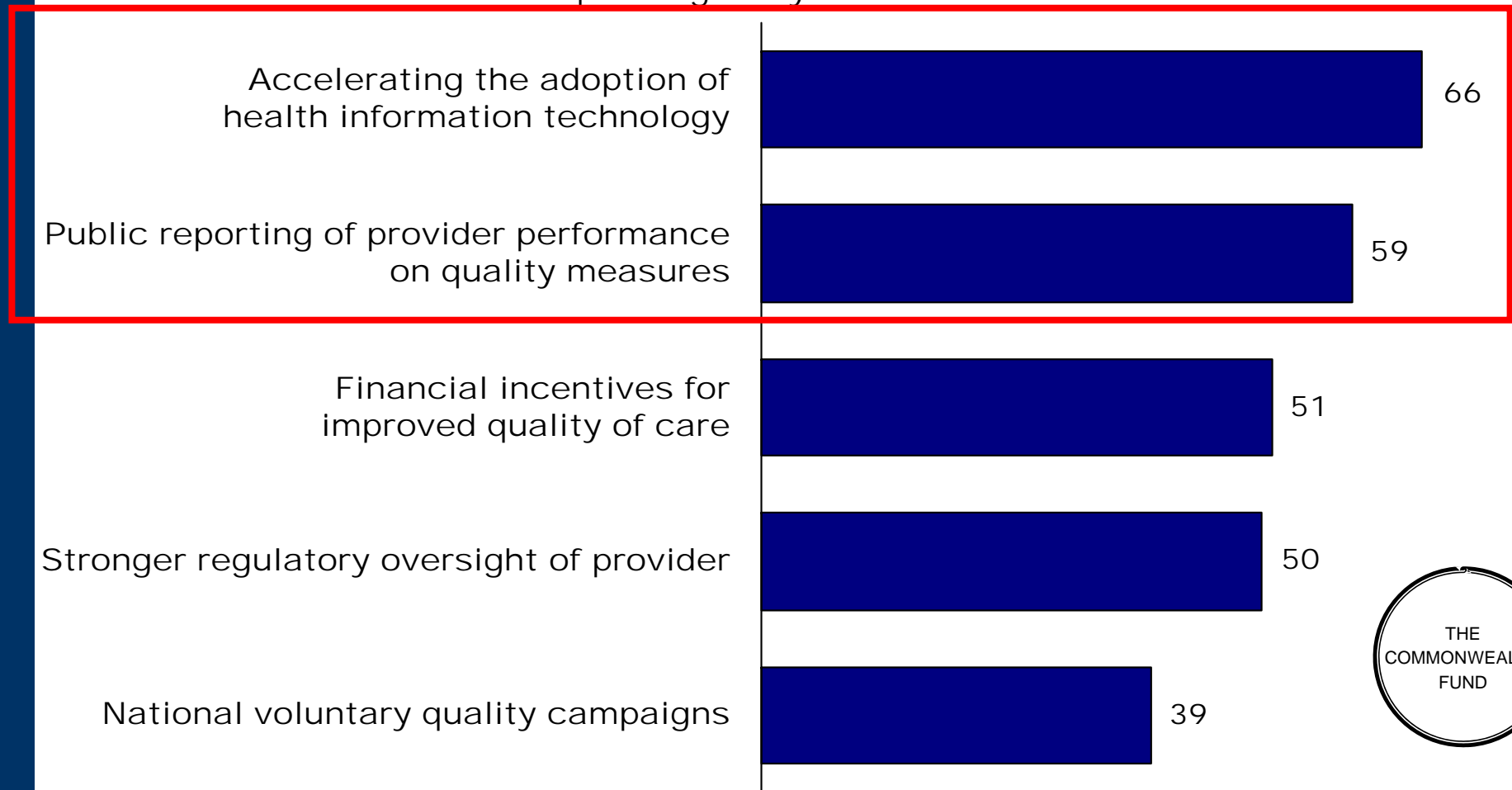
Stärkung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung

Ausblick

Key Strategies for Improving Quality and Safety According to Health Care Opinion Leaders

"Below is a list of key strategies that have been proposed for improving quality and safety of care. **How effective do you think these strategies are?**"

Percent responding "very effective/effective"

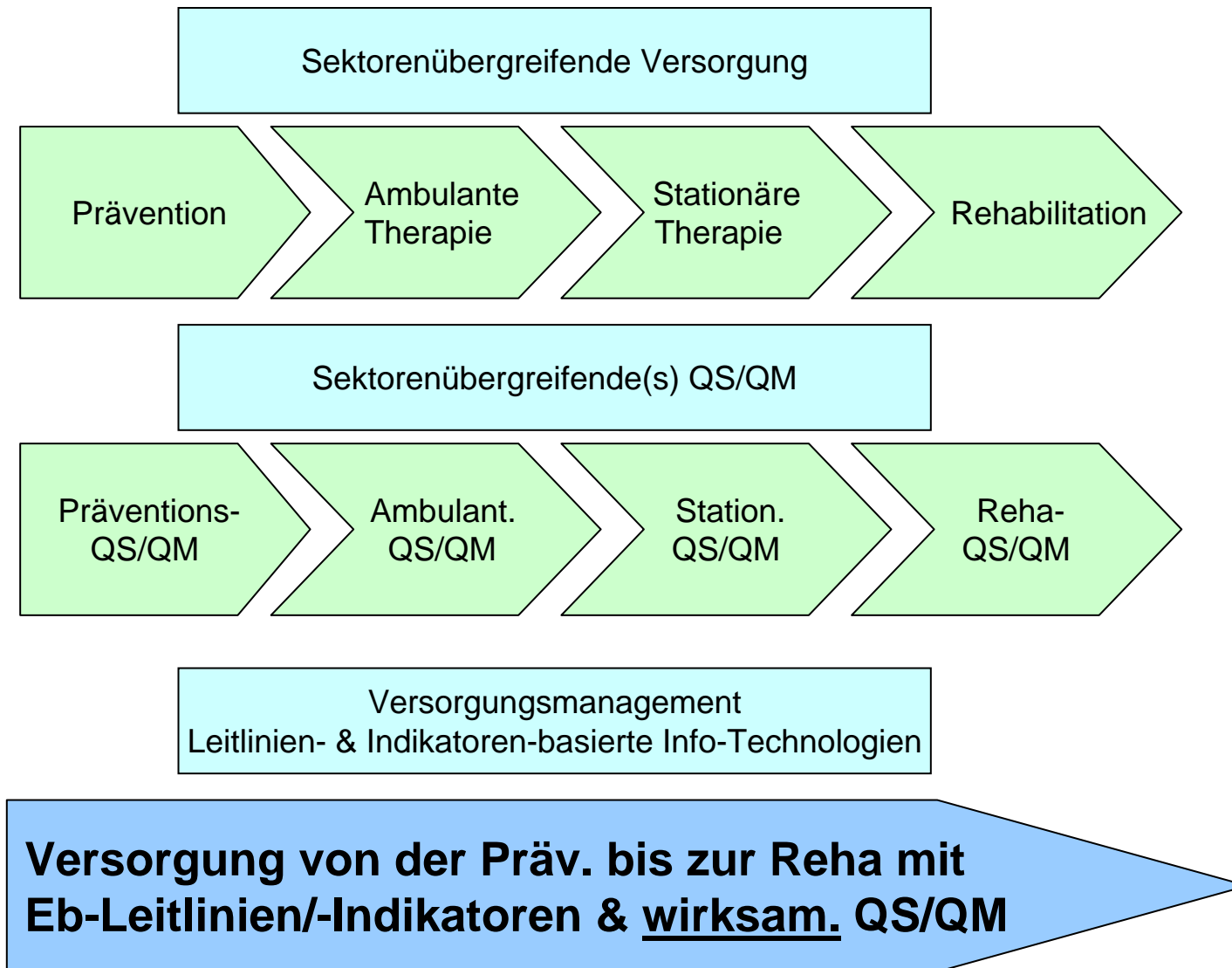


Source: Commonwealth Fund Health Care Opinion Leaders Survey, July 2007.



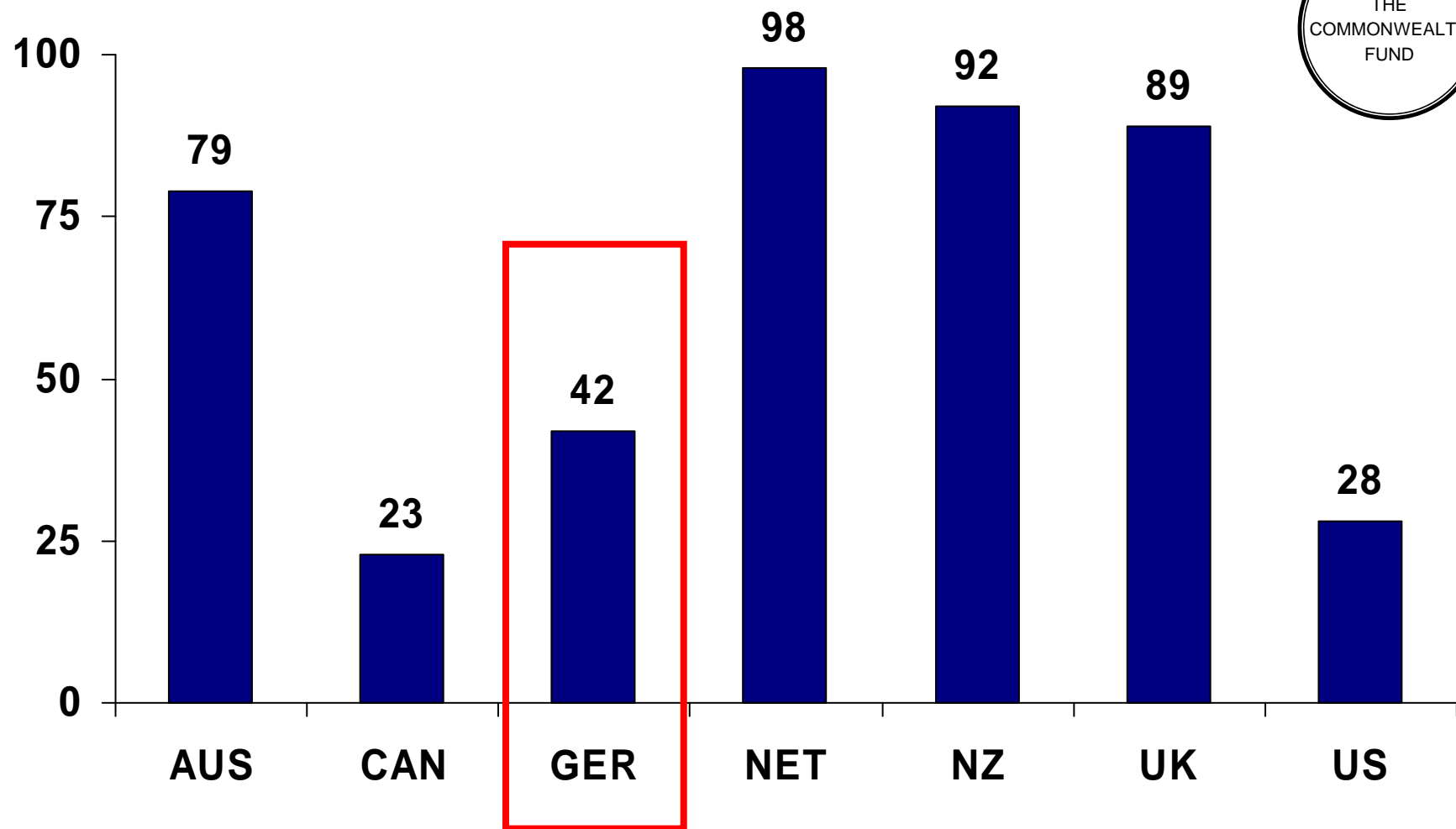
Wichtigste Voraussetzungen für funktionierendes QS/QM (nach Klakow-Franck 2007)

- Einbeziehung des professionellen Knowhow
- Verantwortliche Beteiligung der „Betroffenen“ (TQM-Grundsatz)
- Akzeptanz des Verfahrens
 - Begrenzung des Dokumentationsaufwands/Datensparsamkeit
 - Funktionierende Prozesse
- Interner Nutzen des Verfahrens
 - Rückkopplung der Ergebnisse
 - Verzahnung von externer QS mit einrichtungsinternem QM
- Balance von äußeren und inneren Anreizen:
 - extrinsische– intrinsische Motivation
 - Monetäre – nicht-monetäre Anreize
- **Schaffung der technischen Voraussetzungen für wirksame QS/QM**
 - **praktikable IT-Lösungen**



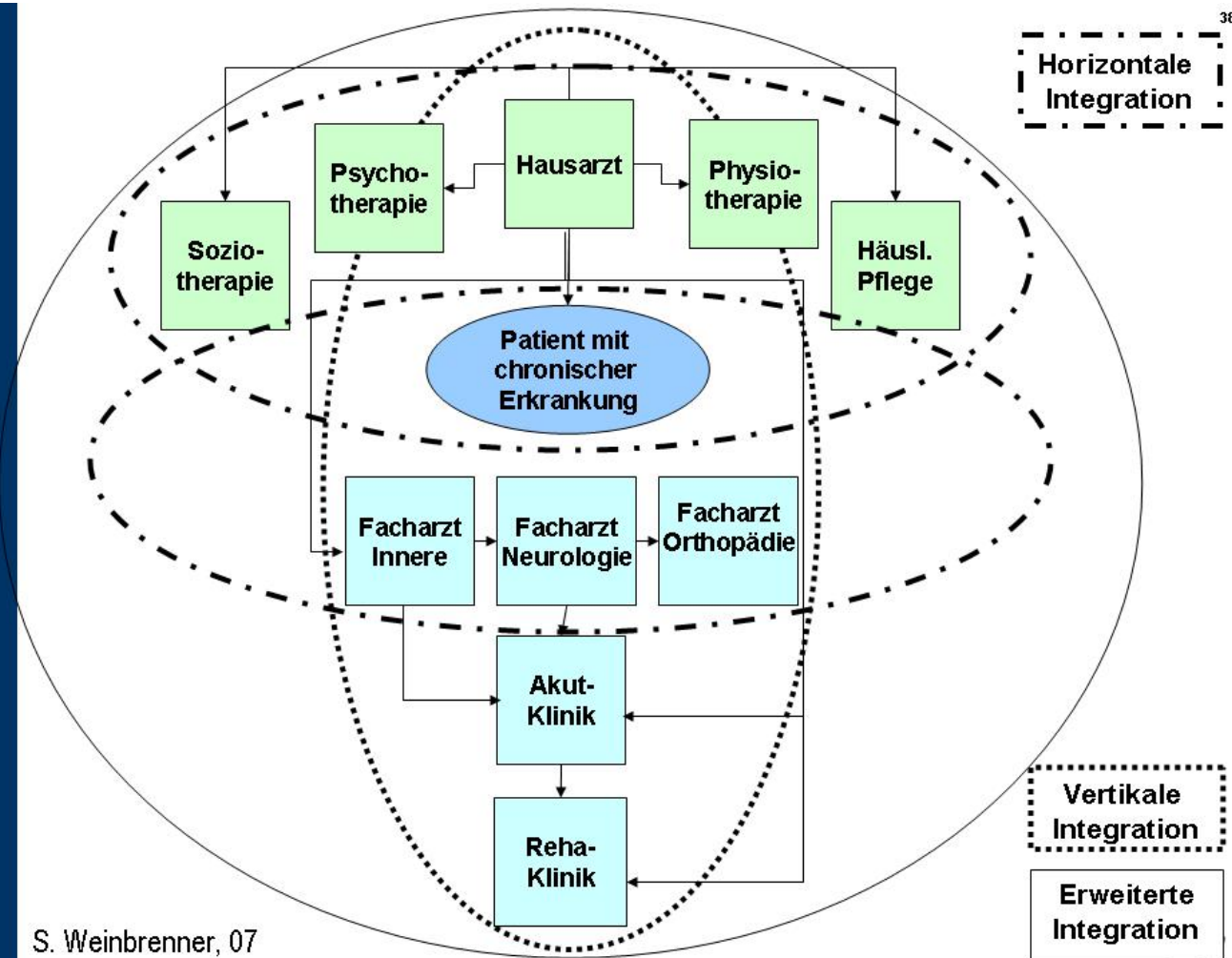
Primary Care Doctors Use of Electronic Patient Medical Records, 2006

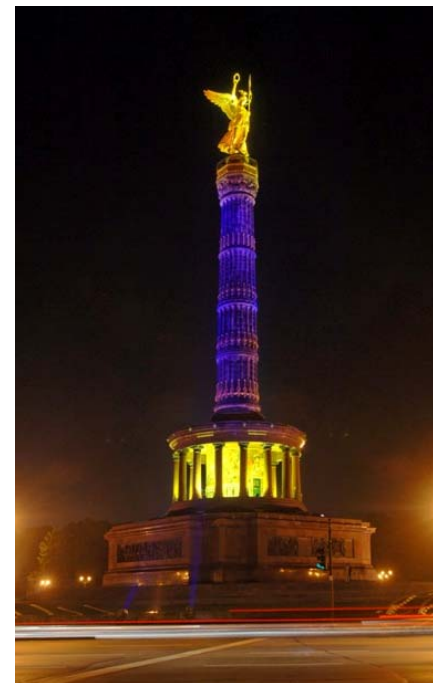
Percent



Source: 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians

Evidenzbas. sektorenübergreifende QS – Voraussetzungen: Leitlinien + Qualitätsindikatoren + IT-Implementierung





Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

go@azq.de

