

Qualität neuer und etablierter Methoden – Was wissen wir wann?

KCQ und SEG / der MDK-Gemeinschaft
Berlin 12. April 2011

Ist Versorgungsqualität messbar?

Prof. Dr. H.K. Selbmann
Universität Tübingen

“Quality lies in the eye of the observer.”

Avedis Donabedian (1966):

Versorgungsqualität ist das Ausmaß, mit dem die erbrachte Qualität in Übereinstimmung mit vorgegebenen Kriterien für gute Qualität ist.

Standpunkt des Beobachters:

I. Ebene:

- **Nationales Gesundheitssystem**
- **Versorgungsregion**
- **Gruppierte Versorgungsfälle (Gesundheitsproblem, Versorgungsort)**
- **Einzelner Versorgungsfall**

II. Position:

- **Klient / Kunde**
- **Leistungserbringer / Versorger**
- **Manager**

Avedis Donabedian (1990)

Die sieben Säulen der Qualität

- **Efficacy** (Wirkung)
- **Effectiveness** (Nutzen)
- **Efficiency** (Wirtschaftlichkeit)
- **Optimality** (Optimalität)
- **Acceptability** (Annehmbarkeit)
- **Legitimacy** (Rechtmäßigkeit)
- **Equity** (Gerechtigkeit)

The Seven Pillars of Quality.

Arch. Path. Lab. Med. 114, 1990, 1115-8

Selbmann 2011

pr EN 15224 vom 17.6.2010: Health Care Services – Quality Management Systems – Requirements based on EN 9001:2008

3.11 Quality Characteristics in Health Care

- **Appropriate correct care** (Angemessene und ausreichende VS*)
- **Availability** (Verfügbarkeit)
- **Continuity of care** (Kontinuität der VS)
- **Effectiveness/efficiency** (Nutzen / Wirtschaftlichkeit)
- **Equity** (Gerechtigkeit)
- **Evidence/knowledge based care** (Evidenz- und wissensbasierte VS)
- **Patient focused care** (Patientenzentrierte VS)
- **Patient involvement** (Patientenbeteiligung)
- **Patient safety** (Patientensicherheit)
- **Timeliness / accessibility** (Rechtzeitigkeit / Zugänglichkeit)

VS Versorgung * Übersetzung hks

Die Tracer Methode

(nach David Kessner)

For measuring the function of a health-care system, the tracers needed are discrete, identifiable health problems – each shedding light on how particular parts of the system work, not in isolation, but in relation to one another.

Assessing Health Quality - the Case for Tracers.

David M. Kessner, M.D., Carolyn E. Kalk, M.S., and James Singer, B.A.

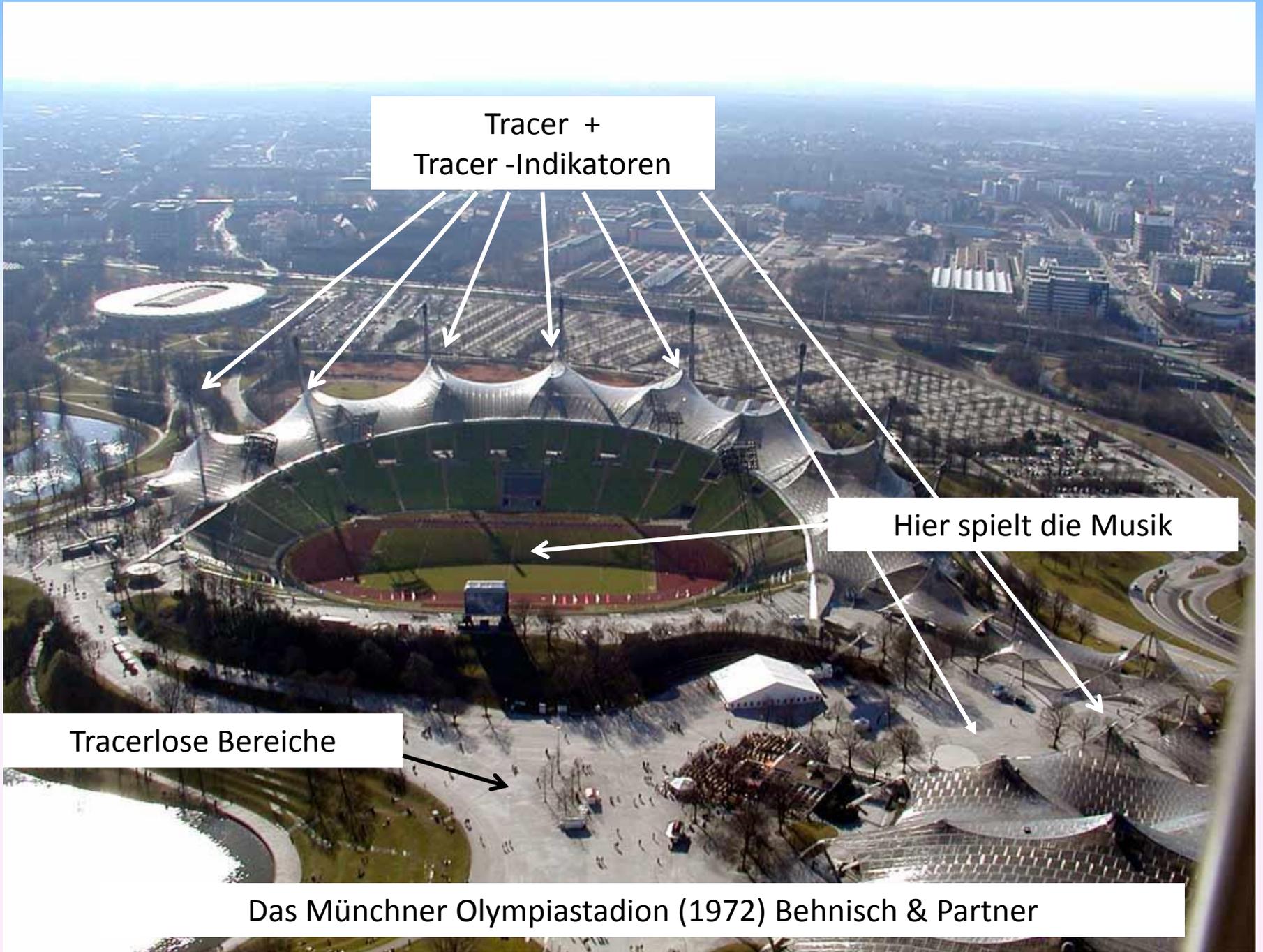
N Engl J Med 1973; 288:189-194

Tracer +
Tracer -Indikatoren

Hier spielt die Musik

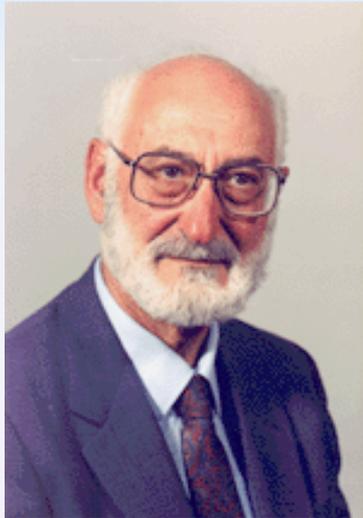
Tracerlose Bereiche

Das Münchner Olympiastadion (1972) Behnisch & Partner



Qualität im Gesundheitswesen

(Triade nach Avedis Donabedian 1966)



(1919 – 2000)

Strukturqualität

die richtigen Voraussetzungen haben

(Ausstattung, Fähigkeiten, Fachkunde)

Prozessqualität

das Richtige richtig tun

(Arbeiten mit anerkannt guten Leitlinien)

Ergebnisqualität

den erreichbaren Zustand erreichen

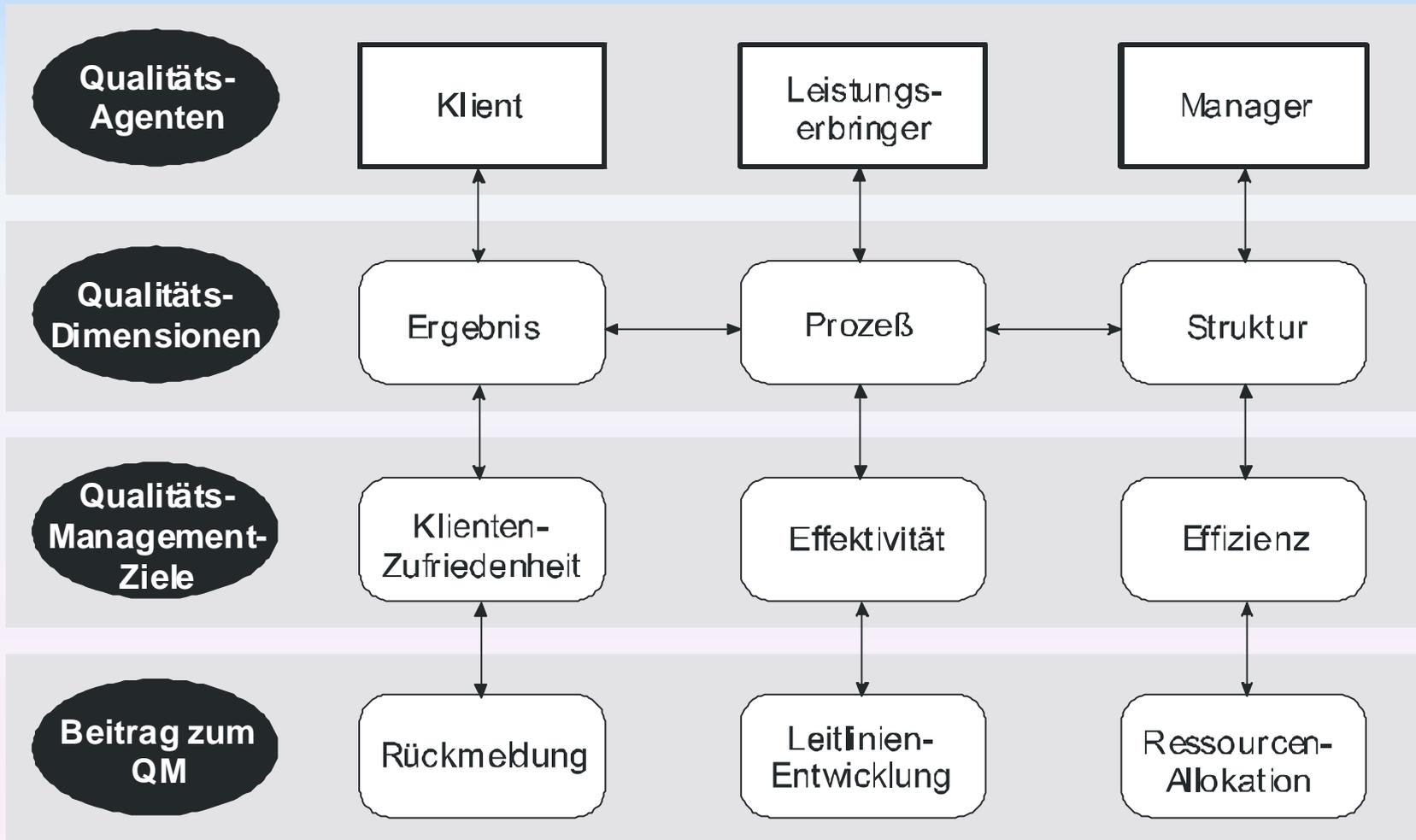
(Gesundheit, Teilhabe, Zufriedenheit,
Ressourcenverbrauch)

Partner in der sektorübergreifenden Versorgung

- **Klient:**
 - **Versicherter, Patient, Angehörige***
- **Leistungserbringer:**
 - **Sektorenübergreifende Leistungen:
Fallverantwortlicher Leistungserbringer***
 - Einrichtungen: Krankenhaus, Reha-Klinik, Pflegeheim, Praxis, Pflegedienst
 - Personen: Berufsgruppen, Fachgebiete
- **Manager:**
 - **Sektorenübergreifende Leistungen:
Fallverantwortlicher Manager***
 - Kaufmännische Geschäftsführer der Einrichtungen (s.o.)
 - Gesetzliche und Private Kranken- und Pflegeversicherer

* Virtueller oder realer Fallverantwortlicher

Die Partner im Gesundheitswesen und ihre Interessensschwerpunkte



Geraedts u. Selbmann 1997

Unterschiedliche Wertevorstellungen bei der Ergebnisqualität sowohl innerhalb als auch zwischen den Positionen

Abwägung zwischen verschiedenen Versorgungsergebnissen und ihren Belegen mit unterschiedlichen Evidenzgraden

- Mortalität (Sterblichkeit)
- Morbidität (Komplikationen)
- Unerwünschte Ereignisse
- Lebensqualität
- Zufriedenheit
- Ressourcenverbrauch (Kosten)

Tabelle 1: QUALIFY: Gütekriterien und Kategorien

	Methodisches Gütekriterium
Relevanz	Bedeutung des das Versorgung Nutzen
	Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz
	Klarheit der
	Reliabilität
	Statistische Un
	Risikoadjustierung
	Sensitivität
	Spezifität
	Validität
Praktikabilität	Verständlichkeit und fentlichkeit
	Verständlichkeit f
	Beeinflussbarkeit
	Datenverfügbarkeit
	Erhebungsaufwand
	Implementationsbarrieren berücksichtigt
	Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
	Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden
	Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden

Relevanz / Nutzen

Wissenschaftlichkeit:
Evidenz, Validität,
Vergleichbarkeit etc.

Praktikabilität:
Datenverfügbarkeit,
Erhebungsaufwand, etc.

**„Qualify“
der BQS**

20 Kriterien in 3
Kategorien

Prozess- und/oder Ergebnisqualität?

<i>Krankengeschichten</i> McAuliffe 1979	Zufriedenstellendes Ergebnis	Unbefriedigendes Ergebnis	n r=0.3
Adäquate Behandlungsprozesse	90 %	10 %	69
Inadäquate Behandlungsprozesse	55 %	45 %	227

<i>Ergebnis erfragt</i> Mushlin 1984	Zufriedenstellendes Ergebnis	Unbefriedigendes Ergebnis	n
Adäquate Behandlungsprozesse	92 %	8 %	53
Inadäquate Behandlungsprozesse	12,5 %	87,5 %	40

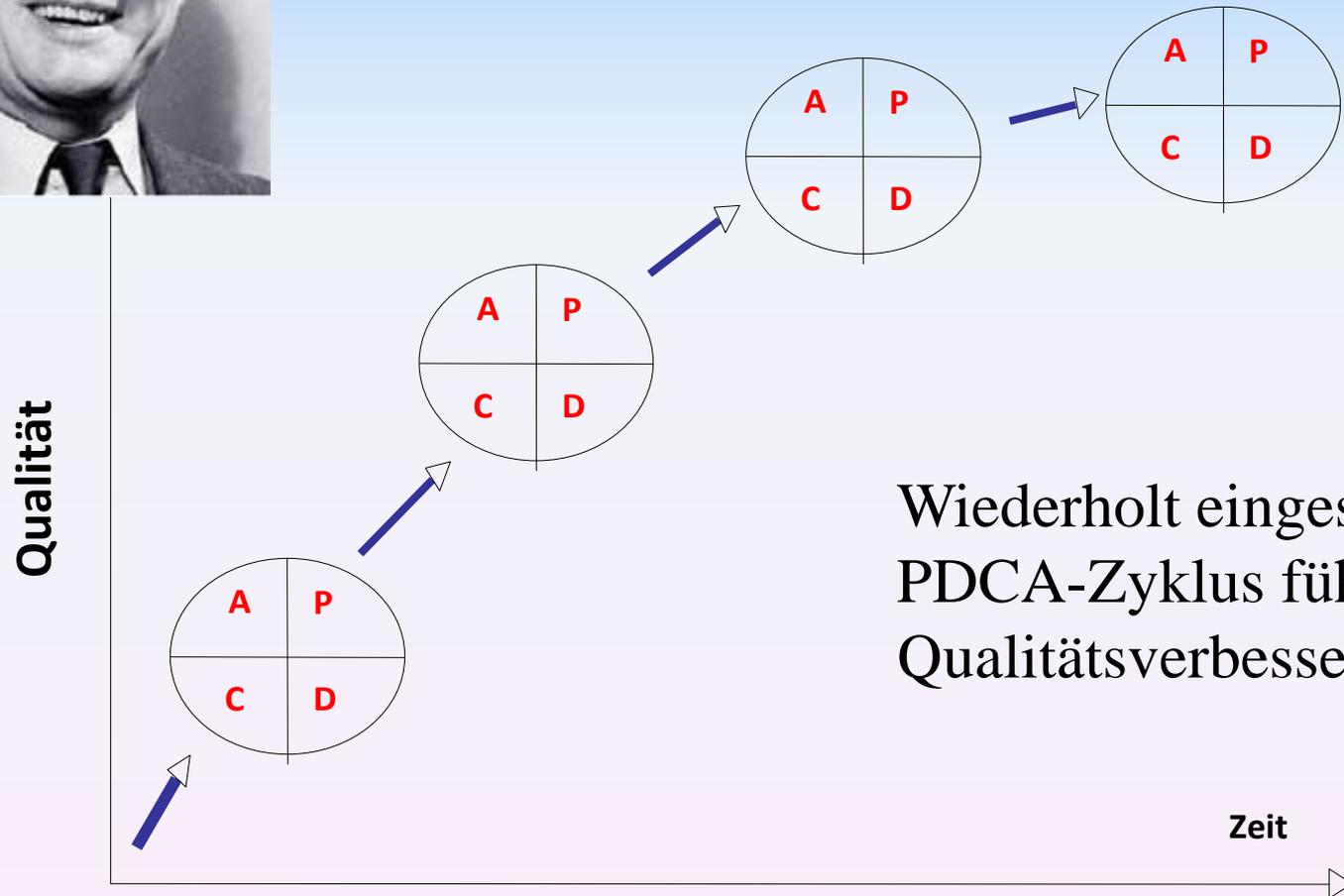
Mögliche Probleme beim Gebrauch von Qualitätsindikatoren

- Qualitätsindikatoren können u.a.
- Nur leicht messbare Aspekte der Versorgung bewerten (was nicht gemessen wird, ist nicht).
 - Die fragmentierte Betrachtung der Qualität begünstigen.
 - Schwer interpretierbar sein. (wg. Zufalls- und unkorrigierte Case-Mix-Variationen).
 - Kostspielig und aufwendig in der Erstellung sein (zur Reduktion der Zahl der QI).
 - Auf zweifelhaften Qualitätsdaten und Informationen beruhen.
 - Bei der Suche nach Negativabweichlern zu viele falsch-positive Ergebnisse produzieren.

Qualitätsförderung ohne
exakte Qualitätsmessung?



W. Edwards Deming
(1900 – 1993)



Wiederholt eingesetzter
PDCA-Zyklus führt zur
Qualitätsverbesserung

Kontinuierlicher Verbesserungszyklus

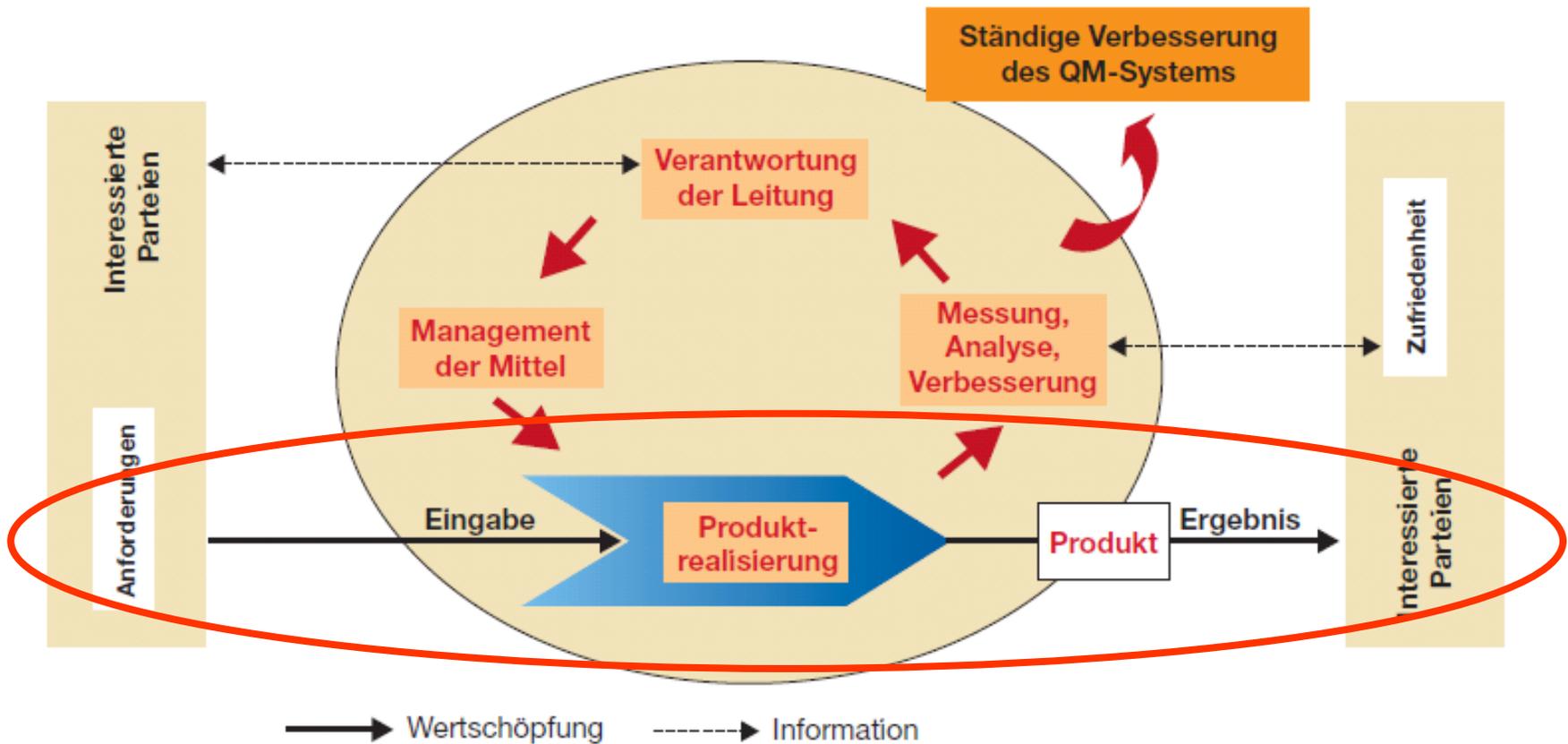


Bild 3.4: Prozessmodell der ISO 9001:2008 zum Qualitätsmanagementsystem

Verpflichtung

(2) ... sind nach
verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden
Maßnahmen der Qualitätssicherung zu

- **Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL 2010**
- **Richtlinie gemäß 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. 137 Abs. 1 Satz 1 über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung - Qesü-Richtlinie 2010**

- **Vereinbarung gemäß 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 2004**
- **Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche / vertragszahnärztliche Versorgung 2005/2006**

undere zum Ziel haben, die
bessern und

Qualitätsmanagement
entwickeln.

Gesetzliche Qualitätsberichte von Krankenhäusern, im Internet verfügbar, mit vorgegebener Struktur (Richtlinie des G-BA)

- A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
- B Struktur- und Leistungsdaten der organisatorischen Einheiten
- C Qualitätssicherung

C-1.2 Ausgewählte Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung

- D Qualitätsmanagement
 - D-1 Qualitätspolitik
 - D-2 Qualitätsziele
 - D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM-Berater, QM-Kommission etc.)
 - D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements (Beschwerde-, Risikomanagement, Patientensicherheit etc.)
 - D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
 - D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements (Zertifikate, Benchmarking-Beteiligung etc.)

wenig systematisiert
erhoben
und
fast nicht regional
ausgewertet

Ansätze zur Messung und Verbesserung der Qualität der Qualitätsförderung (QF)

- Tracer, Qualitätsindikatoren für die QF
- Auswertbare Berichterstattung über die QF (siehe z.B. NHS)
- Benchmarking (Kennen der und Lernen von den Guten; ZEFQ 2011 Sonderheft 3)
- Zertifizierung (allerdings: Zertifikate müssen QM-Anforderungen erfüllen)
- Peer Review (siehe z.B. Curriculum der BÄK)
- p4p (QF-orientierte Zusatzvergütung)



Herzlichen Dank

hans-konrad.selbmann@uni-tuebingen.de