

Sektorübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Klinik-Praxis-Forum München

Pharmapolitischer Arbeitskreis Bayern und
Baden-Württemberg

München, 05.07.2010



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Die Herausforderungen
- ➔ Sektorale Optimierung und transsektorale Verantwortung
- ➔ Instrumente des Qualitätswettbewerbs
- ➔ Weitere Entwicklung



Viel konnte erreicht werden:

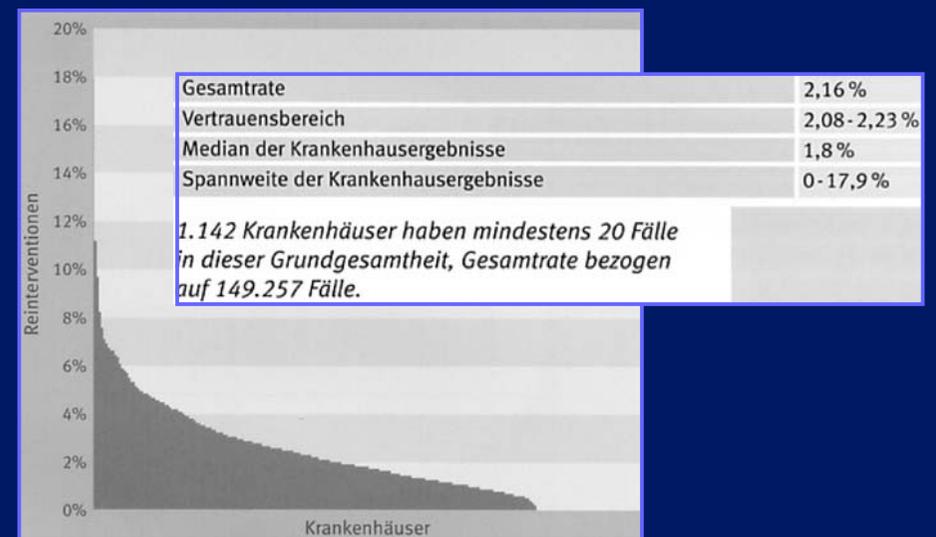
Qualität

- ➔ QM alle Leistungserbringer
- ➔ in Ansätzen public reporting und P4P
- ➔ Institutionenvergleich

BQS-Bericht 2002: Qualität sichern

00qm\ext\BQS\BQS02_CE.cdr

QS der Cholezystektomie



Viel konnte erreicht werden:

Qualität

- ➔ QM alle Leistungserbringer
- ➔ in Ansätzen public reporting und P4P
- ➔ Institutionenvergleich

Sicherheit

- ➔ Aktionsbündnis Patientensicherheit
- ➔ Praxis + Management + Wissenschaft

Aktionsbündnis Patientensicherheit

- ➔ Empfehlungen Eingriffsverwechslung
- ➔ Empfehlung CIRS, CIRS Netz Deutschland
- ➔ Aktion Saubere Hände
- ➔ Roadmap AMTS
- ➔ Empfehlung Patienten-Verwechslung
- ➔ Belassene Gegenstände
- ➔ Medizinprodukte-Sicherheit
- ➔ Verhalten nach Zwischenfällen
- ➔ Epidemiologie
- ➔ Datensatz Schiedsstellen, Versich., Kassen
- ➔ Informieren, beraten, entscheiden
- ➔ Ausbildung und Lehre
- ➔ Internationale Vernetzung



Aktion Saubere Hände



- ➔ Träger APS, NRZ d. RKI, GQMG
- ➔ Verstärkung Händedesinfektion
- ➔ Rückkopplung des Desinfektionsmittelvolumens / Pat.-Tag
- ➔ Integration in KISS
- ➔ Nationale Aktionstage
- ➔ Regionale Aktionen, alle Medien
- ➔ Start 11.12.07 mit Pressekonf. BMG

Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

- Epidemiologie und Messmethodik
- Evaluation
- Implementierung
- Patientensicherheits-Indikatoren
- Umsetzung in Deutschland
- Sicherheitskultur



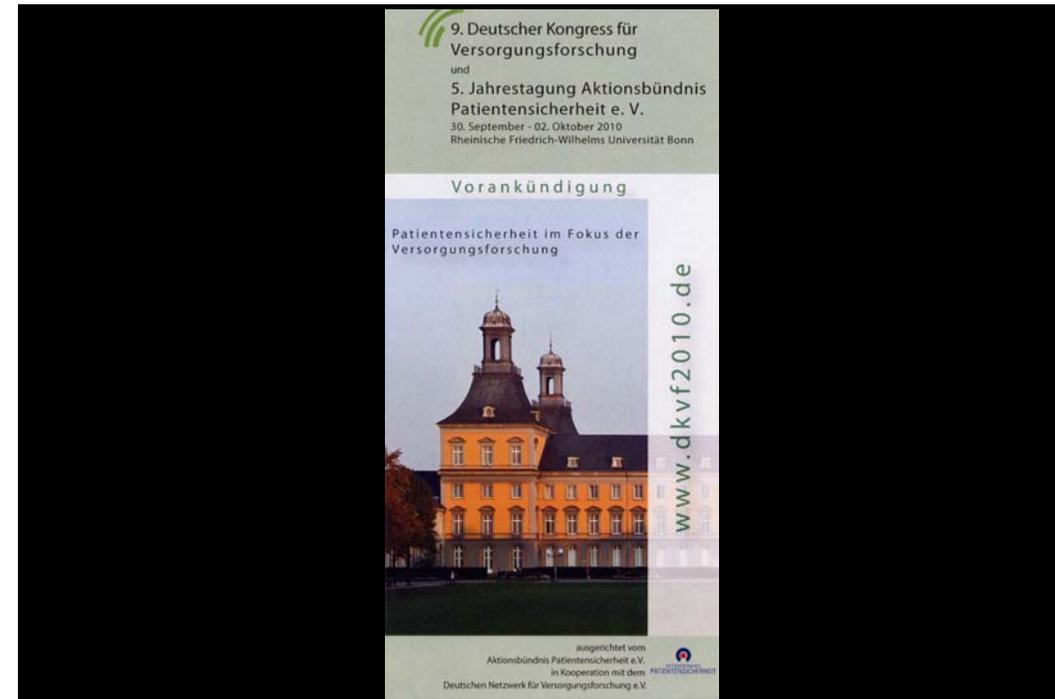
Versorgungsforschung

Mehr Forschung in der Versorgung

Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.

Koalitionsvertrag CDU, CSU, FDP 2009

Prof. Dr. M. Schrappe



Viel konnte erreicht werden:

Qualität

- ➔ QM alle Leistungserbringer
- ➔ in Ansätzen public reporting und P4P
- ➔ Institutionenvergleich

Sicherheit

- ➔ Aktionsbündnis Patientensicherheit
- ➔ Praxis + Management + Wissenschaft

Wissen

- ➔ Evidenz-basierte Medizin akzeptiert
- ➔ Leitlinien

Prof. Dr. M. Schrappe

EBM und EBHC

3 Ebenen:

- Praxis
- Methode: Generierung Wissensbasis
- Wissenschaft

Prof. Dr. M. Schrappe

Viel konnte erreicht werden:

Qualität

- ➔ QM alle Leistungserbringer
- ➔ in Ansätzen public reporting und P4P
- ➔ Institutionenvergleich

Sicherheit

- ➔ Aktionsbündnis Patientensicherheit
- ➔ Praxis + Management + Wissenschaft

Wissen

- ➔ Evidenz-basierte Medizin akzeptiert
- ➔ Leitlinien

Management

- ➔ Aktives Management bezieht Qualitäts-Kennzahlen mit ein
- ➔ Clinical Leadership und Corporate Governance nehmen an Akzeptanz zu

Prof. Dr. M. Schrappe

Clinical Governance

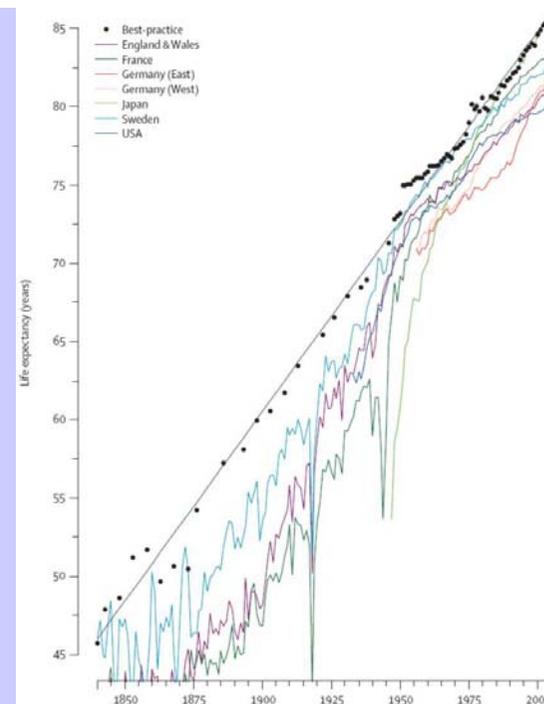
- ➔ Continuous Quality Improvement
- ➔ Evidence - Based Medicine
- ➔ Guidelines and Critical Pathways
- ➔ Patient Safety
- ➔ Patient - Centered Care
- ➔ Cost-Benefit Assessments

modif. n. Lega et al. Health Policy 74, 2005, 261

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ **Die Herausforderungen**
- ➔ Sektorale Optimierung und transsektorale Verantwortung
- ➔ Instrumente des Qualitätswettbewerbs
- ➔ Weitere Entwicklung



Lebenserwartung

Christensen et al. Lancet 374, 2009, 1196

Auftrag vom 21.11.2007:

Sondergutachten des SVR 2009

"Generationenspezifische Gesundheitsversorgung
in einer Gesellschaft des längeren Lebens"

Demographische Entwicklung

- ➔ Das "Demographie-Risiko" ist ein Koordinations-Risiko

Koordination der Versorgung

- ➔ Koordination der Versorgung durch Leitlinien
 - ➔ Koordination der Sektoren
 - ➔ Koordination der Berufsgruppen
-
- ➔ Regionale Koordination der Versorgung
 - ➔ Generationsbezogene Koordination

Demographische Entwicklung

- ➔ Das "Demographie-Risiko" ist ein Koordinations-Risiko
- ➔ Die regionale Ausprägung steht im Vordergrund

Alterquotient 65: Bundesländer

	2005	2015	2025	2040
→ Stadtstaaten				
• Berlin	26,30	32,45	39,41	54,27
→ Flächenstaaten				
• Baden-W.	30,09	33,41	41,33	60,15
• Schleswig-H.	33,26	38,33	44,97	65,06
• Sachsen	36,41	43,73	56,57	68,95
→ Deutschland				
• Gesamt	31,69	35,47	43,91	61,35

SVR Sonder-GA 2009, Nr. 32ff

Prof. Dr. M. Schrappe

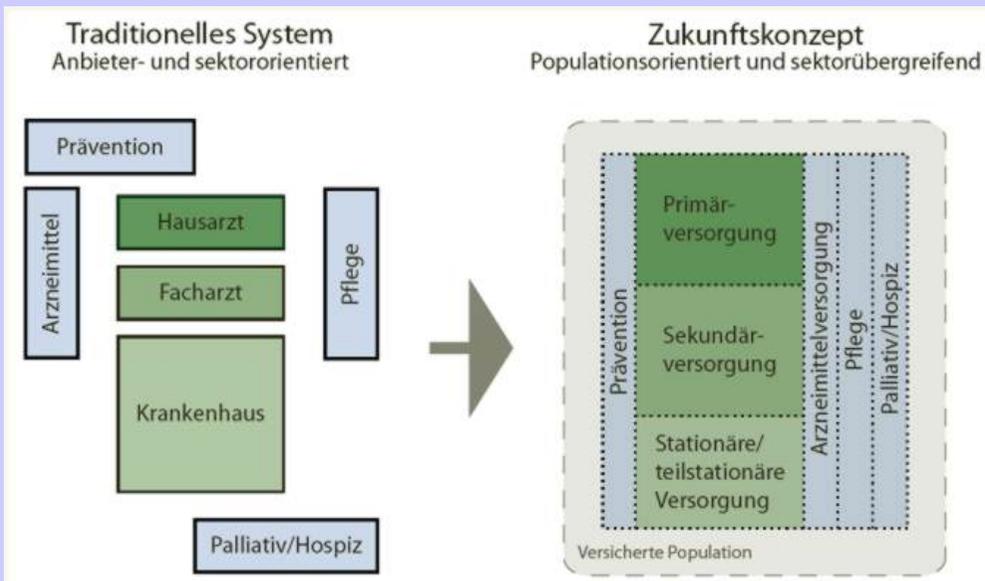
AQ65: Anzahl >64J. / 100 Pers. 20-64J.

Demographische Entwicklung

- ➔ Das “Demographie-Risiko” ist ein Koordinations-Risiko
- ➔ Die regionale Ausprägung steht im Vordergrund
- ➔ Zu diskutieren sind: Strukturen des Leistungsangebotes

Prof. Dr. M. Schrappe

„Zukunftskonzept“ des SVR



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 1179

Demographische Entwicklung

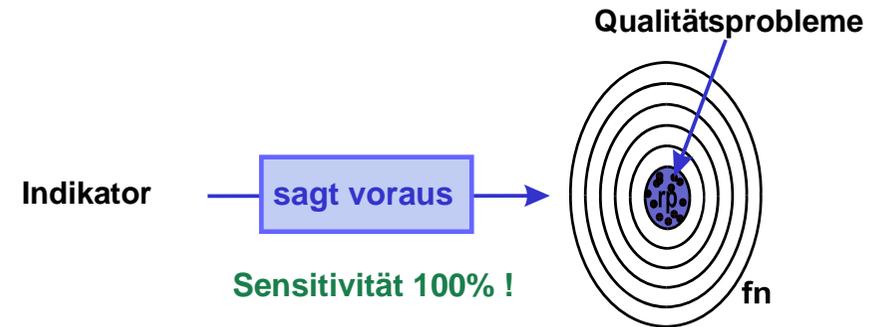
- ➔ Das “Demographie-Risiko” ist ein Koordinations-Risiko
- ➔ Die regionale Ausprägung steht im Vordergrund
- ➔ Zu diskutieren sind: Strukturen des Leistungsangebotes
- ➔ ... und der Inanspruchnahme: Zugang zur Versorgung

Prof. Dr. M. Schrappe

Demographische Entwicklung

- ➔ Das “Demographie-Risiko” ist ein Koordinations-Risiko
- ➔ Die regionale Ausprägung steht im Vordergrund
- ➔ Zu diskutieren sind: Strukturen des Leistungsangebotes
- ➔ ... und der Inanspruchnahme: Zugang zur Versorgung
- ➔ Konkurrenz der Konzepte zur Verbesserung der Koordination: Gatekeeping, Capitation, Medical Home ...

Begriff des Indikators



Indikatoren für ...



Optimismus ist notwendig:

- ➔ Konkurrierende Zuständigkeit Bund-Länder
- ➔ Konkurrenz innerhalb der Selbstverwaltung
- ➔ Fachlicher Entwicklungsrückstand
- ➔ Datenquellen
- ➔ ...

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Die Herausforderungen
- ➔ **Sektorale Optimierung und transektorale Verantwortung**
- ➔ Instrumente des Qualitätswettbewerbs
- ➔ Weitere Entwicklung



Auswirkungen DRGs

➔ Institutionell

- ➔ Verkürzung Verweildauer
- ➔ Starker Mengenanreiz
- ➔ Qualitätsverschlechterung nicht nachweisbar



Hüftgelenkoperation: „Lust bei der Beantwortung werden wir Ärzte sehen, ob wir gut gearbeitet haben“

Mit Kunst Hüfte zum Marathon

Der Einbau von Hüftprothesen ist dank eines neuen Abrechnungssystems für die Kliniken lukrativer geworden. Seither wird die Operation in Deutschland aggressiv beworben – und immer häufiger durchgeführt. Die Zufriedenheit der Patienten aber nimmt ab.

Auswirkungen DRGs

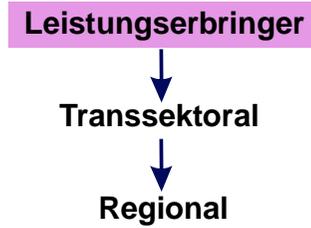
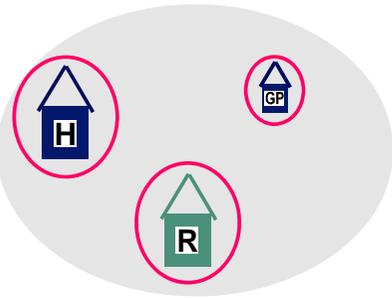
➔ Institutionell

- ➔ Verkürzung Verweildauer
- ➔ Starker Mengenanreiz
- ➔ Qualitätsverschlechterung nicht nachweisbar

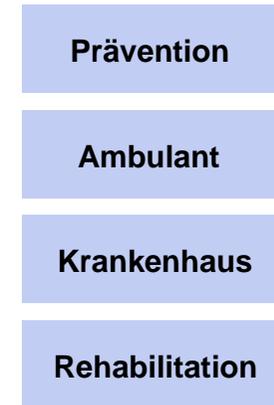
➔ Institutionell

- ➔ Erhöhte Transparenz, intern und extern
- ➔ Veränderte Arbeitsteilung mit anderen Sektoren
- ➔ Übergang zur populationsbezogenen Vergütung

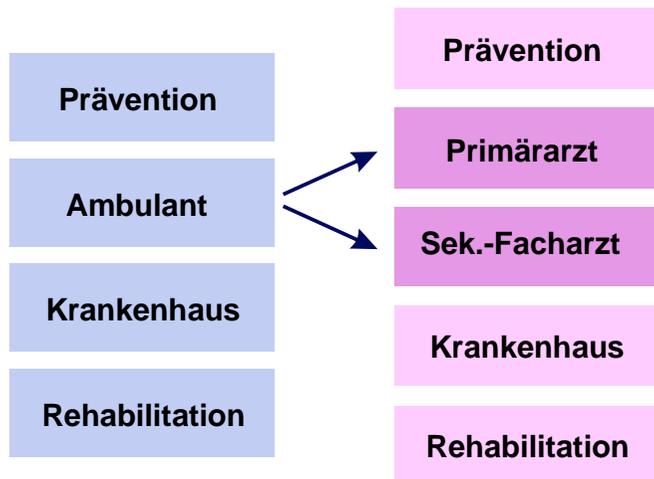
Qualität: die Sektorproblematik



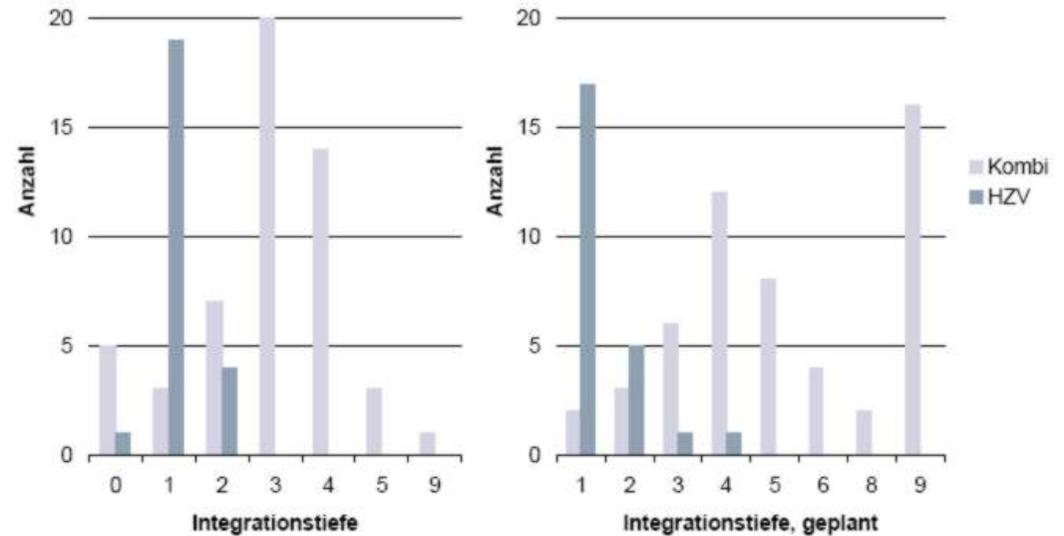
Sektorale Optimierung



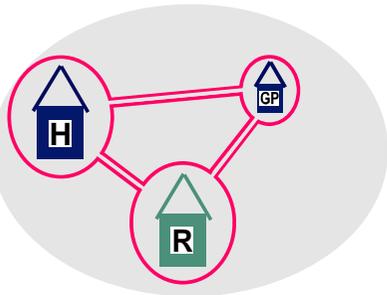
Sektorale Optimierung



Bes. Versorgungsformen: Integrationstiefe



Die transsektoralen Tunnel



Leistungserbringer

Transsektoral

Regional

AQUA: Transsektorale Qualitätssicherung

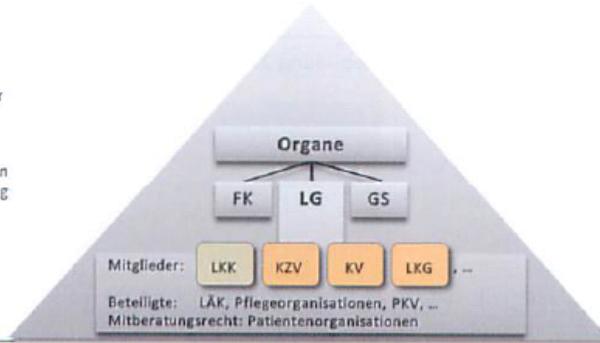
- Konisation
- Katarakt
- PTCA
- Kolorektales Ca.

Abbildung 3: Strukturen der Landesebene

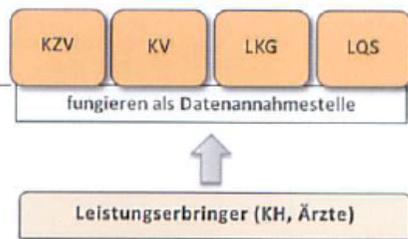
Legende:

- FK: Fachkommissionen
- LG: Lenkungsremium
- GS: Geschäftsstelle
- LÄK: Landesärztekammer
- LKK: Landesverband der Krankenkassen
- PKV: Verband der privaten Krankenversicherung

Neu:
LAG



vorhandene Strukturen der Landesebene



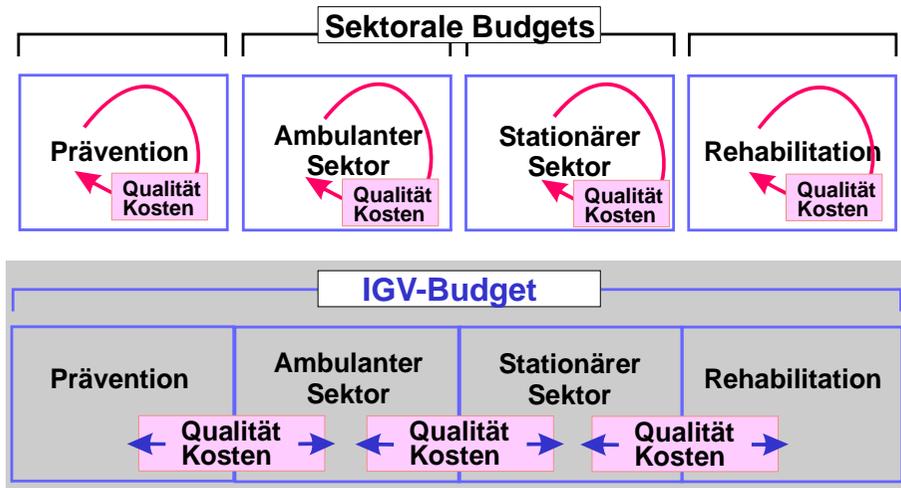
Transsektorale Versorgung

"A 'hemoglobin A1 c equivalent' does not

currently exist for transitional care ..."

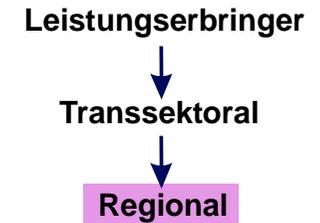
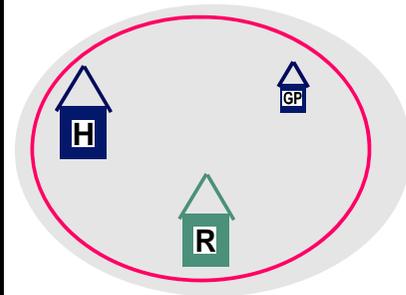
E.A. Coleman: Transitional Care Performance Measurement
in: IOM Performance Measurement, 2006, p. 250-286

IGV: Überwindung der sektoralen Budgets



Prof. Dr. M. Schrappe

QS auf Populationsebene



Beispiele:

- Readmissions
- Stat. Aufnahme wg. Exsikkose
- Entlassung ohne Klärung amb. Pflege
- Stat. Behandlung ohne Klärung Reha

Prof. Dr. M. Schrappe

Country profile

Germany

Selbmann, H.K., Flöhl, R., Volk, H.-D., Rothmund, M., Reinauer, H., Konze-Thomas, B., Troidl, H., Lorenz, W.: Country profile: Germany. Lancet 348, 1996, 1631-1639

"East is East and West is West"—or so the peoples of Germany might have thought until that great day seven years ago when the Wall crumbled. How is medicine faring in reunified Germany? Health care consumes 10% of the immense gross national product, and the quality of clinical services attracts little public criticism. How odd then that this prosperous nation, with its great scientific tradition and its strong commitment to research and development, is said to occupy a humble place in the international league for clinical research. Is the criticism fair? Clinical research is a big theme in this Country Profile, for which *The Lancet's* able guide was Prof Wilfried Lorenz of Marburg.

Health care

H K Selbmann

In terms of supply and accessibility of medical services (eg, one physician per 313 inhabitants), health insurance coverage (0-13% uninsured), outcomes (perinatal mortality 0.58%), and total expenditure on health care as a percentage of gross national product (10.0%), the health care system of the Federal Republic of Germany is not at all bad (panel 1). However, because of progress in medical technology, demographic change, the demands of the insured for higher quality, the growing number of physicians, and the consequences of Reunification in 1990 the system suffers from continuously increasing costs. The last health care reforms in 1989 and 1993 yielded only short-term reductions of health care expenditure, with increases in the subsequent years.



Perspektive: MRSA und Sektoren

Ambulante Versorgung

Stationäre Versorgung



MRSA 12%

Prof. Dr. M. Schrappe

Perspektive: MRSA und Sektoren

Populationsbezogene Versorgung

MRSA 0,5%
der stat. Patienten

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Die Herausforderungen
- ➔ Sektorale Optimierung und transsektorale Verantwortung
- ➔ **Instrumente des Qualitätswettbewerbs**
- ➔ Weitere Entwicklung



Koordination

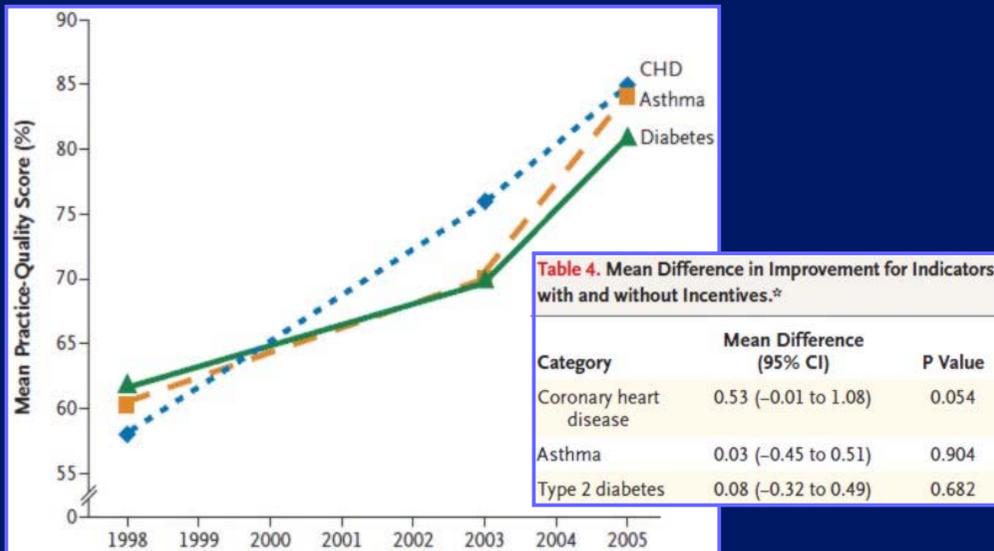
- ➔ Leitlinien und andere professionell orientierte Programme
- ➔ Normativ-regulatorische Steuerung
- ➔ Organisationen, die regional und sektorübergreifend die Versorgung verantworten, unter Aufhebung des Provider-Payer Splits

“Qualitätswettbewerb”

- ➔ Konzept
- ➔ Public Disclosure
- ➔ **Pay for Performance**

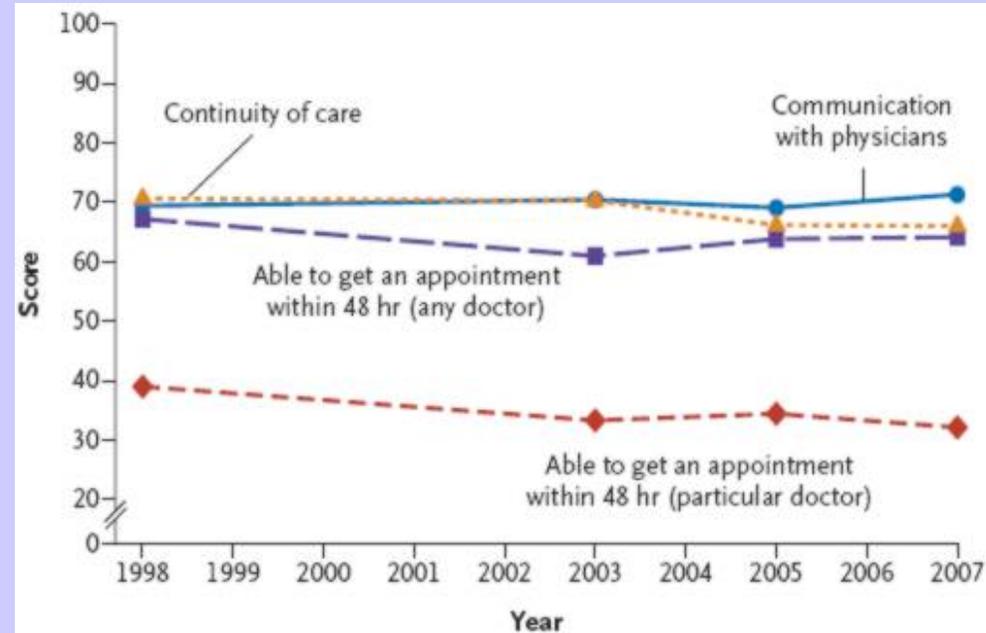
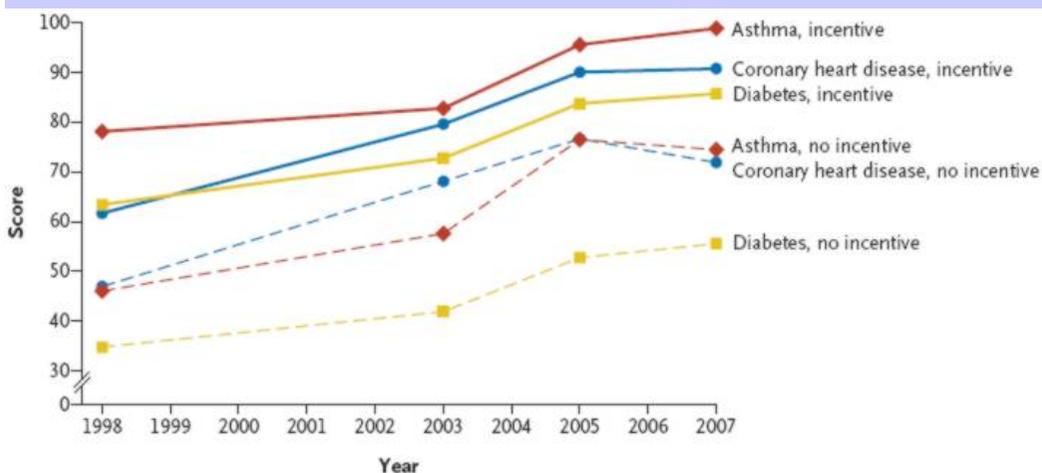
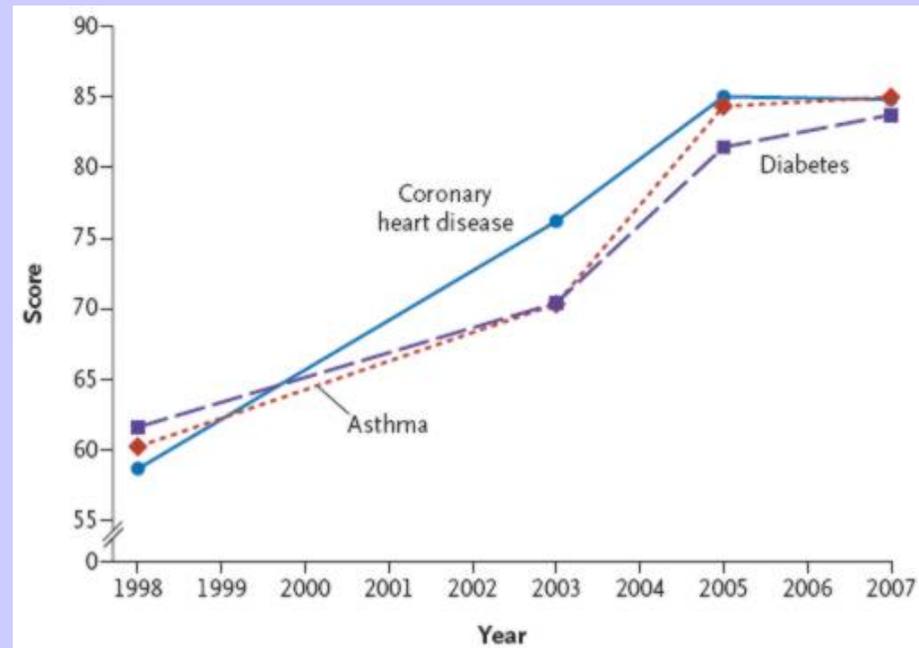
P4P: Primary Care in England

00qmp4plcmapbell07.cdr



Campbell et al. NEJM 357, 2007, 351

Prof. Dr. M. Schrappe



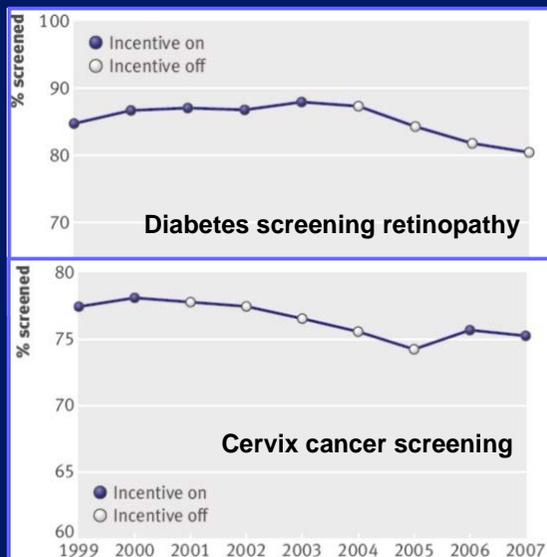
P4P: removal of quality indicators

00qmp4plester10.cdr

Kaiser Permanente
35 care facilities
2523 269 adult patients

2 quality indicators were
excluded from financial
incentives

Lester et al. BMJ 340, 2010, c1898



Prof. Dr. M. Schrappe

Derzeitige Voraussetzungen

gesoeko/mc/voraus.cdr

➤ Nachfrage und Bedarf

- Weiterentwicklung der Strukturen notwendig, die bislang v.a. auf Akuterkrankungen ausgerichtet sind

➤ Effektivität und Effizienz

- Moderne Konzepte in der Primärversorgung und bessere Koordination der fachärztlichen Sekundärversorgung

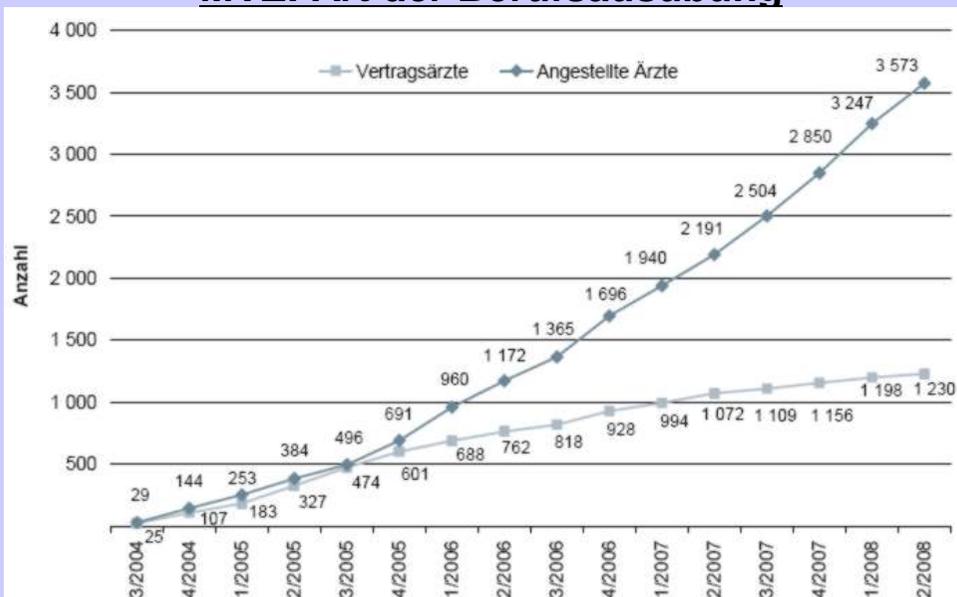
➤ Lebensstil

- Im Gesundheitswesen, insbes. im ärztlichen Bereich, werden derzeit traditionelle Berufsbilder in Frage gestellt

SVR Sonder-GA 2009, N. 1139

Prof. Dr. M. Schrappe

MVZ: Art der Berufsausübung



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 751

Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung

gesoeko/svr/2009/kap7.cdr

- EU-Konzept zur Primärversorgung
- Patient-Centered Medical Home
- Bellagio-Modell
- Roadmap des RCGP
- Chronic Care Modell
- Multiprofessionelle Kooperationsmodelle
- Managed Care

SVR Sonder-GA 2009, Kap. 7

Prof. Dr. M. Schrappe

Managed Care: Qualität

Auswirkungen

Positive

- Prävention
- Koordination
- Kostenkontrolle
- Spezifische Gruppen

Negative

- Vorenthaltung
- Access
- Arztwahl
- Risikoselektion

Managed Care: Indikatoren

- ➔ *area-* statt *provider*-Indikatoren
- ➔ Indikatoren zum Zugang zur Versorgung (*access*)
- ➔ Indikatoren zur Versorgung von Patienten mit chronischen und multiplen Erkrankungen

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Die Herausforderungen
- ➔ Sektorale Optimierung und transsektorale Verantwortung
- ➔ Instrumente des Qualitätswettbewerbs
- ➔ Weitere Entwicklung



Managed Care in Deutschland

- ➔ Arzt- und KV-Netze
- ➔ Krankenhäuser
- ➔ Krankenkassen

Neue Legislaturperiode

➔ Rahmenbedingungen

- Auf Demographie durch Strukturinnovation reagieren
- Wettbewerb: regionale Versorgungsstrukturen und Populationsbezug fördern
- Qualitätsindikatoren mit regionalem und Populationsbezug entwickeln

➔ Themen

- Professionelles Engagement (Patientensicherheit!) fördern und ermutigen

➔ Evaluation und Fortentwicklung

- Versorgungsforschung
- Nationale HTA-Agentur ausbauen

Zusammenfassung

- ➔ Quality and Safety: viel ist erreicht worden
- ➔ Übergreifende Initiativen zusammen mit Infektiologie, Klinischer Pharmakologie ... sind entscheidend
- ➔ Evaluation auf Basis der Versorgungsforschung
- ➔ Demographie (Alter, Chronizität, Multimorbidität) verlangen Abkehr von sektoraler Optimierung und neue Strukturen
- ➔ Qualitäts- und Patientensicherheitsindikatoren mit regionalem und Populationsbezug sind notwendig
- ➔ Eile tut not, regionale Strukturen entwickeln sich, Monopole
- ➔ Strukturelle Lösungen wie Patient-centered Medical Home werden an Bedeutung gewinnen, Versicherten-bezogene Konzepte der Finanzierung in den Vordergrund treten

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !