

Qualitätsmanagement und Medizinische Leistungserbringung

EVKD-Seminar

Association Europeenne des Directeurs D'Hôpitaux
Medica, Düsseldorf, 16.11.2012

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
www.schrappe.com

cv.cdr

CV Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

➤ Berufliche Tätigkeiten

- 1981-2002 Klinische Tätigkeit Innere Medizin, QM Uni Köln
- 2002-2005 Ärztlicher Direktor / VS-Vorsitzender UK Marburg
- 2005-2007 Dekan Med. Fakultät Universität Witten/Herdecke
- 2007-9 Generalbevollmächtigter des AR der UK Frankfurt
- 2009-6/2011 Dir. des Inst. f. Patientensicherheit Uni Bonn, W3

➤ Weitere Funktionen

- 2005-7 Mitglied, 2007-11 Stv. Vors. des Sachverständigenrates
- 2009-11 Vorsitzender des Wiss. HTA-Beirates des DIMDI
- 2005-09 Vorsitzender des Aktionsbündnis Patientensicherheit
- 2001 bis 2007 Vorsitzender der GQMG
- 2005-11 Vorstandsmitglied des DNVF
- 2002-05 Vorstandsmitglied des DNEbM

Prof. Dr. M. Schrappe

Worum geht's ?

- Welche Daten zu Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen sind verfügbar?
- Geben diese Daten Antworten auf die richtigen Fragen?
- Sind die Daten valide: sind die Antworten tragfähig?
- Können mit den verfügbaren Qualitäts- und Sicherheitsdaten Institutionen gesteuert werden?
- Hat die Kenntnis dieser Daten einen positiven Einfluss auf die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens?

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
www.schrappe.com

Gliederung

➤ Einführung

- Datenverfügbarkeit
- Public Disclosure
- Kontext
- Zusammenfassung

Chirurgen im Operationssaal: Kreuzchen nach jedem Eingriff, aber nur ein paar Eingeweichte

MEDIZIN

„Die Zeit ist reif für die Wahrheit“

Spiegel 16.1.06

Alle Kliniken müssen einer Zentralstelle melden, ob eine Operation gelang oder nicht. Funktionäre verhindern die Veröffentlichung des Datenschatzes – wo geschludert wird, soll geheim bleiben.

Die Diagnose war eindeutig: Im Herz von Burckhard Jockel, 62, arbeitete die Aortenklappe nicht mehr richtig, nur eine Operation konnte die Insuffizienz beseitigen. Der Familienvater



Prof. Dr. M. Schrappe

Deficit Reduction Act 8.2.2006

Seit dem 1.10.2008

durch CMS* keine Finanzierung nosokomialer

- ➔ Kath.-assoziierter Harnwegsinfektionen
- ➔ iv-Kath.-assoziierter Sepsis
- ➔ Wundinfektionen bei def. elektiven Eingriffen

Graves et al. JAMA 300, 2008, 1577
Pronovost et al. 299, 2008, 2197

*Centers of Medicare and Medicaid Services

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualitätswettbewerb: implizite Annahmen

➔ Patienten:

- Patienten maximieren ihren Nutzen
- Qualitätsinformationen entsprechen Informationsnachfrage
- Informationen sind verständlich und entscheidungsrelevant

➔ Professionals:

- Interne Motivation und externer Anreiz vereinbar

➔ Institutionen:

- Institutionen sehen Qualität als marktrelevant
- Qualität als Organisationskultur (z.B. Verzicht auf gaming)

➔ Rahmenbedingungen:

- Fördern Qualitäts- und Sicherheitsanreize
- "Qualitätssicherung der Qualitätssicherung"
- Setzen - bei regionaler Umsetzung - Mindeststandards

Prof. Dr. M. Schrappe

Perspektive: Qualität und Sicherheit

The End of the Quality Improvement Movement Long Live Improving Value

Robert H. Brook, MD, ScD

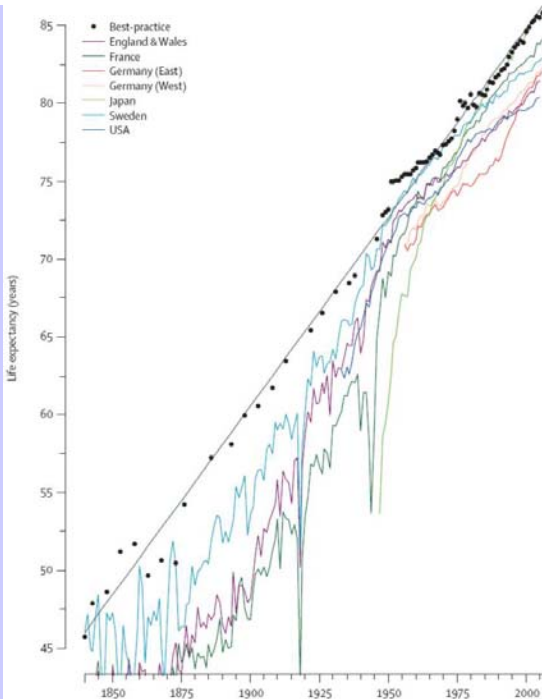
THE MODERN ACADEMIC QUALITY IMPROVEMENT movement began more than 40 years ago with a series of articles that highlighted substantial deficiencies in the way care was provided.¹ In response, multiple efforts to improve quality were launched. Medical processes that affected patients' health were identified. Methods of measuring how well the processes were performed in day-to-day practice were developed, and many suggestions were made regarding how the processes could be performed better and care improved.

"quality of health care" had caught the attention of the US public and whether sufficient resources were being invested in the quality movement to actually improve care. As a result, there was a major effort to relabel and morph the quality improvement movement into the patient safety movement.⁶

The difference between quality and safety is not clear. If a surgeon removes the wrong limb, is that a quality problem or a safety problem? Are errors of commission (ie, placing a feeding tube in the lungs as opposed to the stomach) and errors of omission (ie, failing to give a surgical patient anticoagulation) problems of quality or safety? In any event, refocusing quality to safety seemed to have reenergized the

Brook RH: JAMA 304, 2010, 1831

Prof. Dr. M. Schrappe



Lebenserwartung

Christensen et al. Lancet 374, 2009, 1196

Gliederung

- Einführung
- Datenverfügbarkeit
- Public Disclosure
- Kontext
- Zusammenfassung



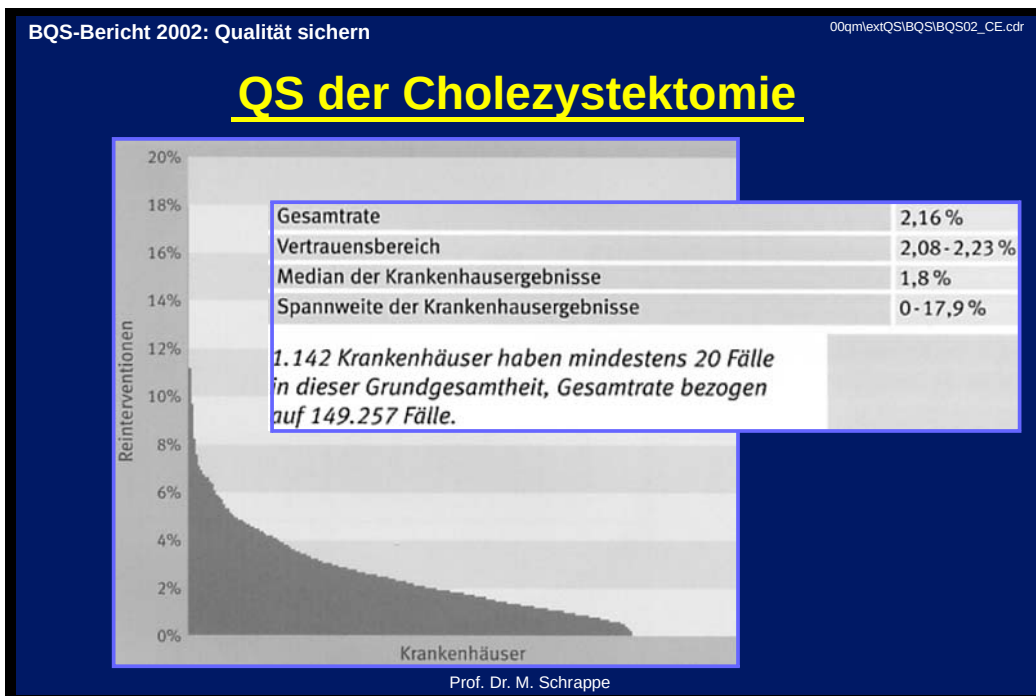
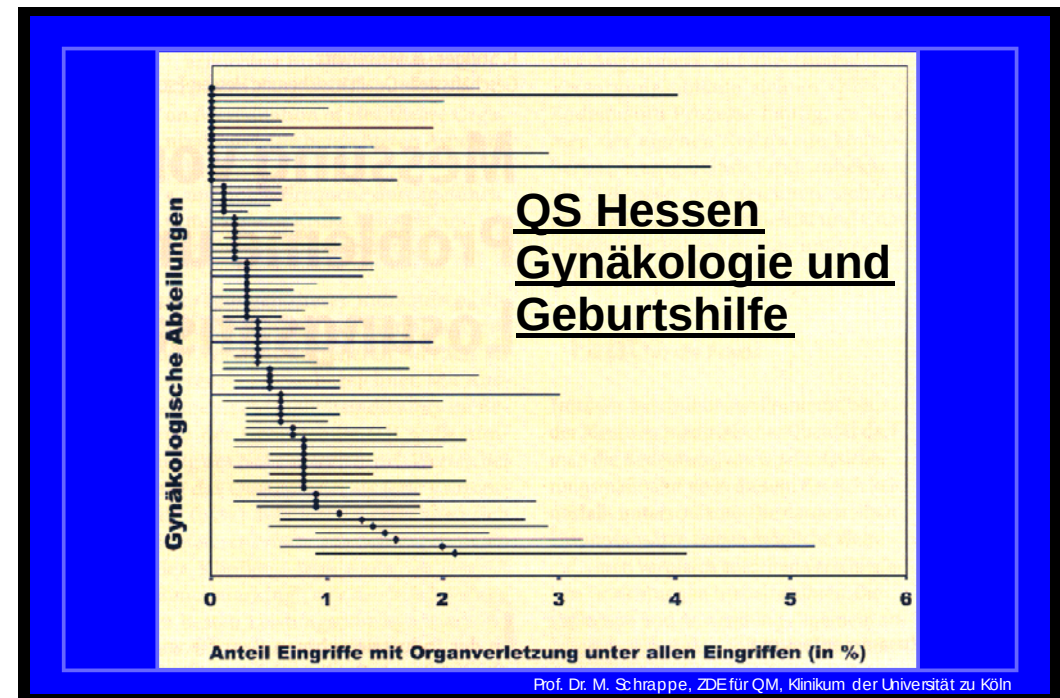
00qmjbereritagssp.cdr

Der Krankenhaus-Vergleich: Brustkrebs-Chirurgie				BQS-Qualitätsdaten				Empfehlung der Ärzte	
Krankenhaus (1)	Patientinnen pro Jahr (2)	Anteil der Hochrisiko-patientinnen (3)	Alter der Patientinnen (4)	Richtiges Identifizieren des Krebsverdachts nach der OP (5)	Horizontale Analyse für die Auswahl der besten Therapie (6)	Entfernung einer Mindestanzahl von Achsel-Lymphknoten bei Brustkrebs (7)	Wiederholungs-OP aufgrund von Komplikationen (8)	Dokumentationsquote der BQS-Fälle (9)	Zertifikat (10)
Charité Benjamin Franklin*	194	8,3%	61	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	100,0%	1,0%
Charité Mitte*	328	11,6%	57	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	47,3%	8,4%
Charité Virchow-Klinikum*	346	21,4%	63	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	100,0%	5,4%
DRK Kliniken Wittenberg*	348	12,9%	54	52,1%	96,3%	78,5%	0,9%	100,0%	3,7%
Ev. Martin-Luther-Krankenhaus	52	13,4%	59	57,1%	90,3%	81,2%	1,9%	100,0%	0,5%
Ev. Waldkrankenhaus Spandau*	316	14,3%	61	12,0%	98,9%	81,8%	0,3%	71,17%	11,0%
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	65	6,2%	53	80,0%	100,0%	40,0%	0,0%	90,3%	1,7%
Hellios Klinikum Berlin-Buch*	461	25,6%	59	85,4%	96,0%	95,6%	3,0%	90,4%	5,1%
Klinik für MIC (Minimal Inv. Chirurgie)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	88,6%	0,0%
Krankenhaus Waldfriede*	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	81,96%	4,1%
Park-Klinik Wittenberg	87	11,5%	60	50,0%	96,2%	63,6%	2,3%	100,0%	1,4%
Park-Sanatorium Dahlheim	29	10,3%	55	14,3%	93,3%	100,0%	0,0%	90,63%	0,0%
Sana Klinikum Lichtenberg*	381	14,4%	59	96,2%	97,8%	81,0%	1,8%	95,0%	7,6%
St. Gertrauden-Krankenhaus*	339	5,9%	58	58,1%	99,1%	78,2%	0,9%	98,8%	21,3%
St. Joseph-Krankenhaus	120	19,2%	63	25,7%	97,8%	75,0%	3,3%	93,98%	2,7%
Vivantes Auguste-Victoria-Klinikum	25	12,0%	64	33,3%	100,0%	92,50%	0,0%	92,50%	0,7%
Vivantes Humboldt-Klinikum	84	11,9%	62	66,7%	97,9%	59,1%	1,2%	101,2%	1,2%
Vivantes Klinikum Am Urban*	703	11,2%	54	84,2%	97,9%	80,6%	2,3%	96,97%	12,2%
Vivantes Klinikum Hellersdorf	38	10,5%	36,5	entfällt	100,0%	entfällt	0,0%	92,68%	1,0%
Vivantes Klinikum Neukölln	226	15,9%	59,5	60,0%	99,7%	78,6%	3,6%	104,63%	3,0%
Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg	12	8,3%	44	entfällt	50,0%	entfällt	0,0%	100,0%	0,0%

k.A. = Klinik hat die Daten nicht zur Veröffentlichung freigegeben. Entfällt = Keine Patientinnen, auf die der Indikator zutrifft. K = Dieser Wert wird von der Klinik kommentiert. ✓ = Wert liegt innerhalb des Referenzbereiches für gute Qualität. Quelle: Iqas, Top/Berlin

(1) = Alle Berliner Krankenhäuser, in denen diese Behandlung vorgenommen wird (mind. 10 Fälle im Jahr 2004). (2) = Anzahl aller Eingriffe an der weiblichen Brust inklusive Krebsoperationen laut BQS-Jahresauswertung 2004. (3) = Anteil von Patientinnen der höchsten Risikoklassen (ASA 3 bis 5). (4) = Median des Alters aller Patientinnen. Die Indikatoren: (5) = Postoperatives Präparatortest, Anteil dieser Tests an allen Eingriffen, bei denen zuvor das Krebsverdächtige Anal markiert wurde. Bei noch nicht vollständig entfernten Tumoren wird vor der Entfernung des Krebsverdächtige Gewebe der Brustdrüse mit einem Dreifach markiert. Die Gewebe soll unmittelbar nach der Entfernung gefärbt werden, um sicher zu sein, dass der Operateur den verdächtigen Bezirk vollständig entfernen konnte. (6) = Anteil an allen Patientinnen mit Brustkrebs, bei denen eine Hormonrezeptoranalyse erfolgte. Mittels der Analyse im Krebsgewebe kann der Arzt die richtige Therapie wählen. So ist die medikamentöse Blockierung der Hormonrezeptoren bei Brustkrebs möglichst immer an Nebenwirkungen und trotzdem wirksamer als eine Chemotherapie. (7) = Anteil aller Patientinnen mit Brustkrebs und Entfernung der Lymphknoten unter den Achseln, bei denen mind. zehn Lymphknoten entfernt wurden. Die Entfernung der Achsel-Lymphknoten erhöht bei Patientinnen mit fortgeschrittenen Brustkrebs die 5-Jahres-Überlebensrate um vier Prozentpunkte. Sollte sich der Arzt zu diesem Schritt entscheiden, dann sollten für eine gute Qualität mindestens 10 Lymphknoten entfernt werden. Denn nur dann kann der Arzt einen Krebsbefall sicher bestätigen. Davon kann z. B. die Entscheidung für eine Chemotherapie abhängen. Dieser Indikator ist unter Fachleuten umstritten (siehe nebenstehenden Kommentar). (8) = Revisions-Operationen aufgrund intra-/postoperativer Komplikationen (die also während bzw. nach dem Ersteingriff auftreten). (9) = Anzahl der Behandlungsfälle an allen BQS-pflichtigen Leistungen, deren Qualitätsdaten korrekt gemeldet wurden. (10) = Art der erfolgreich abgeschlossenen Zertifizierungsverfahren für innerbetriebliche Prozesse, die eine gleichbleibend hohe Qualität der Behandlung sichern sollen. Empfehlungen (11) = Anzahl der Nennungen als empfohlenes Krankenhaus (nur Berlin) für diese Behandlung, umgerechnet in Prozent. Die ausführliche Lesanleitung zur Tabelle mit Erläuterungen zu allen Angaben finden Sie im Internet unter: www.tagesspiegel.de/kliniktest

Prof. Dr. M. Schrappe



	Ergebnis	Fälle (Zähler Nenner)	
Indikation	1,4 %	2.474	172.556
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	97,6 %	11.842	12.135
Erhebung eines histologischen Befundes	99,3 %	171.257	172.556
Eingriffsspezifische Komplikationen ...			
a: Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC (Ductus hepaticus communis)	0,1 %	235	172.556
b: Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	2,4 %	3.776	159.356
Allgemeine postoperative Komplikationen ...			
a: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	3,0 %	5.109	172.556
b: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	2,1 %	3.262	159.356
c: Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation nach offen-chirurgischer Operation	14,0 %	1.791	12.810
Reinterventionsrate	1,0 %	936	98.134
Letalität	0,5 %	785	169.081

Prof. Dr. M. Schrappe

Referenzdatenbank Qualitätsberichte - Mozilla Firefox

Datei Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Ergänzungen Hilfe

www.g-ba-qualitaetsberichte.de

Referenzdatenbank Qualitätsberichte

Gemeinsamer Bundesausschuss

Referenzdatenbank zu den maschinenverwertbaren Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätsberichterstattung übermitteln die Krankenhäuser ihren Bericht nicht nur im PDF-Format, sondern auch in Form von maschinenverwertbaren XML-Daten. Diese XML-Daten haben wir für alle Krankenhäuser in gleicher Weise als "Referenzbericht" in einem PDF-Dokument aufbereitet und stellen Ihnen dieses hier zum Download zur Verfügung.

[mehr...](#)

Referenzbericht suchen

Berichtsjahr: © 2008 © 2010

Suche: Köln

Es kann in beliebiger Kombination nach folgenden Parametern gesucht werden:
PLZ, Ort, Klinikname, IK-Nummer, Standort

Ergebnis der Suche

Zu Ihrer Suchanfrage wurden 22 Referenzberichte gefunden.

PLZ	Ort	Klinikname	IK-Nummer	Standort	Referenzbericht
50631	Köln	Malteser Krankenhaus St. Hildegards	200531898		
50735	Köln	Kliniken der Stadt Köln gGmbH Kinderkrankenhaus	200531741		
51109	Köln	Kliniken der Stadt Köln gGmbH - Krankenhaus Merheim	200531730		
50735	Köln	Tagesklinik Pionierstraße	200531592		
50678	Köln	Tagesklinik Alteburger Straße gGmbH	200531569		
41149	Köln	Berliner Krankenhaus Köln	200530527		

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Wie finden Sie unsere Referenzdatenbank?

☒ gut ☐ schlecht

Kommentar:

Bitte Sicherheitscode eingeben:

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Bedeutung nosokomiale Infektionen

➔ NI sind ...

- das einzige Qualitätsproblem, das übertragbar ist
- das einzige safety-Problem mit genuinem Populationsbezug

Prof. Dr. M. Schrappe

Nosokomiale Infektionen: Sterblichkeit

- **Statist. Jahrbuch:** 16,8 Mill. Krhs.-Pat. im Jahr 2006
- **NIDEP 1996:** Prävalenz 3,5% (Inzidenz 2,2%) => 370.000 NI/J
- **KISS:**
 - 155.000 nosok. Harnwegsinfektionen /J.
 - 20.000 prim. Sepsis-Fälle /J.
 - 50.000 nosok. Pneumonien /J.*
 - 225.000 postop. nosok. Wundinfektionen /J.**
- **NIDEP2 2001:** *attributable mortality (!)* 10.000 bis 15.000 Pat. /J.
- **MRSA-KISS:** *nosokomiale* MRSA-Fälle 14.000/Jahr (exclusive Kolonisationen)

*darunter 20.000 VAP bei 6,8 Mill. ICU-Tagen, Beatmungsrage 41%, 2,8 Mill. Beatmungstage, VAP 7/1000 Beatmungstage. ** 12,6 Mill. Operationen, Rate 1,8%, davon 65.000 nach d. Entlassung

Gastmeier et al. DMW 133, 2008, 1111

Prof. Dr. M. Schrappe

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



CIRS - Systematik

➤ Institutionelle CIRS

- Gesamtinstitution
- Fachabteilungs-bezogene CIRS

➤ Übergreifende CIRS

Prof. Dr. M. Schrappe

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Gegründet 1872 - Sitz Berlin

DGAV DGNC DGT
DGG DGOOC DGTHG
DGKCH DGPRÄC DGU

DGCH | Mitgliedsgesellschaften | Regionalvereinigungen | Veranstaltungen | Preise & Stipendien | Wissen | Service | Industrie | CIRS |

21.12.2008 | 13:39 | [CIRS]

SUCHE

Computerbasiertes Anonymes Critical Incident Reporting: Ein Beitrag zur Patientensicherheit

CIRSmedical@unibas.ch

Zur Eingabe von Fällen klicken Sie bitte folgenden Button:

[Zur Fallfassung des CIRS der DGCH >>](#)

Zusammenfassung

In der Vergangenheit wurde der Patientensicherheit als wesentliches Qualitätsmerkmal eines Behandlungsprozesses nicht die notwendige Beachtung geschenkt. Ein kritisches Element zur Erhöhung der Sicherheit ist die Schaffung einer Sicherheitskultur mit dem Effekt, dass Fehler identifiziert, Ursachen abgeklärt und darauf basierend Massnahmen zur künftigen Verhinderung dieser Fehler ergriffen werden. Erfahrungen aus verschiedenen Gebieten haben gezeigt, dass das systematische Erfassen von kritischen Ereignissen (Critical Incident Reporting) ein wichtiges Element einer solchen Sicherheits- und Lernkultur darstellt. Anonyme, freiwillige Meldesysteme haben im Gegensatz zu obligatorischen Meldesystemen das Potential, auf einer breiten Basis Systemschwächen und Fehler aufzuzeigen bevor daraus gravierende Komplikationen entstehen.

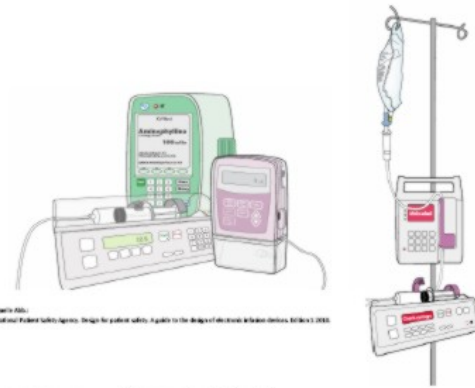
Der folgende Artikel stellt ein System vor, das breit abgestützt (Ärzte, Pflege, FMH, Apotheker) auf der Basis der im Bereich Anästhesie seit vielen Jahren betriebenen Critical Incident Reporting Systeme

LOGIN für DGCH-Mitglieder

Langenbeck-Virchow-Haus

Präsident
Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Volker Schumpelick

Dosierungsfehler trotz Infusionspumpen und Infusionsspritzenpumpen



In CIRNET gemeldete Beispiel-Fälle:

CIRNET-Meldung 1: „Die Verordnung war 20mmol KCL Ampulle in 1000ml NaCl 0.9 % aufgelöst der Patientin in 24h zu verabreichen. Habe die Infusion korrekt parat gestellt, aber da wir zwei Digifusageräte haben (welche die auf Milliliter/h und welche auf Tropfenzahl/min laufen), habe ich bei einer Tropfen-

Empfehlungen:

- Infusionspumpen und Infusionsspritzenpumpen bedürfen der engmaschigen Überwachung. Diese muss grundsätzlich personell erfolgen.
- Technische Kopplung des Alarms der Infusionspumpe/Infusionsspritzenpumpe mit der Patientenklingel ist möglich. Dadurch wird der Alarm auch ausserhalb des Patientenzimmers gehört und es kann schneller reagiert werden.
- Angezeigte Werte an der Infusionspumpe oder an der Infusionsspritzenpumpe immer mit verordnetem Wert vergleichen. Infusion nur dann starten, wenn die Werte übereinstimmen.
- Die angezeigten Daten müssen vom Anwender immer auf Plausibilität überprüft werden. Dazu gehört die überschlagsmässige Berechnung, um sicher zu stellen, dass die Werte übereinstimmen.

Messen und Zählen

Analyse, Prävention

- CIRS
- Obduktion
- Malpractice Claims

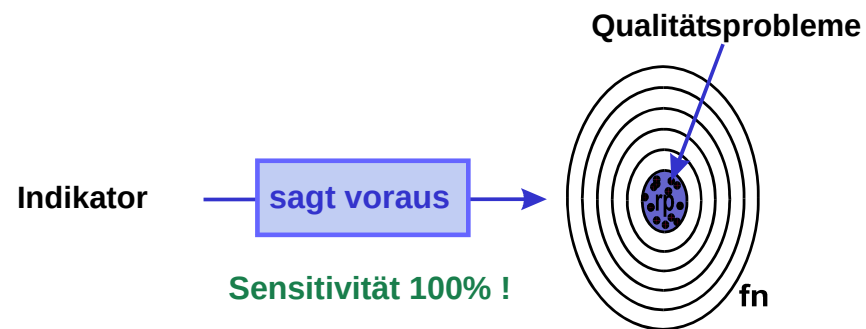
Quantitative Erfassung

Fehler
Unerwünschte
Ereignisse
Schäden

Vorhersage,
Risikobewertung

Prof. Dr. M. Schrappe

Begriff des Indikators



Prof. Dr. M. Schrappe

Systematik

- Epidemiologie
- Inhalt
- Qualitäts-Systematik
- Erhebungsmethodik
- Perspektive

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität: Systematik

- ➔ Über-, Unter- und Fehlversorgung
- ➔ Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- ➔ sachlich, interaktiv, gesellschaftlich

Indikatoren: Erhebungsmethodik

- ➔ Direkte Beobachtung
- ➔ Chart Review (intern/extern)
- ➔ Abrechnungsdaten
- ➔ Klinische Daten
- ➔ EDV
- ➔ Meldesysteme

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Datenverfügbarkeit
- ➔ Public Disclosure
- ➔ Kontext
- ➔ Zusammenfassung

Qualitäts-bezogene Anreizsysteme

- ➔ Veröffentlichung von Qualitätsdaten
"public disclosure"
 - Qualitäts-bezogenes Patienten- und Einweiser-
verhalten, Reputation als Anreiz
- ➔ Qualitäts-bezogene Vergütung
"pay for performance"
 - Finanzielles Anreizsystem

Conceptual Framework - AQUA

HEALTHCARE SYSTEM PERFORMANCE					
How does the healthcare system perform? What is the level of care across the range of patient care needs? What does this performance cost?					
Dimensions of Healthcare Performance					
Healthcare Needs	Quality			Access	Cost / Expenditure
	Effectiveness	Safety	Responsiveness / Patient-centeredness	Accessibility	
Staying healthy					
Getting better					
Living with illness or disability					
Coping with end-of-life					

Arah et al. Int. J. Q. Health Care 18, 2006, 5 Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Datenverfügbarkeit
- ➔ Public Disclosure
- ➔ **Kontext**
- ➔ Zusammenfassung



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

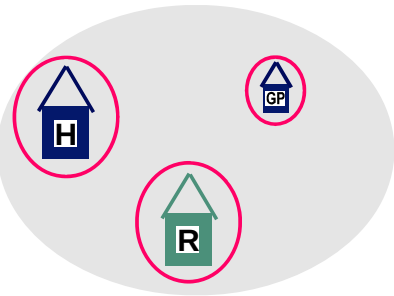
Mit Kunst Hüfte zum Marathon

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

Qualität: die Sektorproblematik



Leistungserbringer

↓
Transsektoral

↓
Regional

Prof. Dr. M. Schrappe

Sektorale Optimierung

Prävention

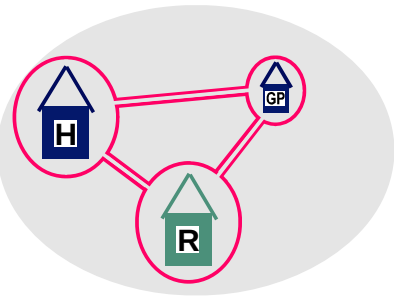
Ambulant

Krankenhaus

Rehabilitation

Prof. Dr. M. Schrappe

Die transsektoralen Tunnel



Leistungserbringer

↓
Transsektoral

↓
Regional

Prof. Dr. M. Schrappe

Sektorale Optimierung

Prävention

Ambulant

Krankenhaus

Rehabilitation

Prävention

Primärarzt

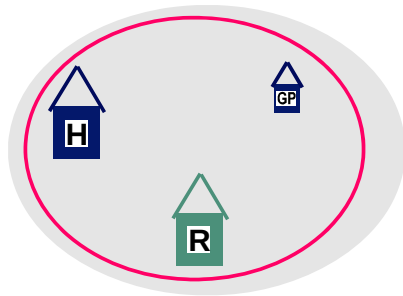
Sek.-Facharzt

Krankenhaus

Rehabilitation

Prof. Dr. M. Schrappe

QS auf Populationsebene



Leistungserbringer



Transsektoral



Regional

Beispiele:

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

Prof. Dr. M. Schrappe

Auswirkungen DRGs

➤ Institutionell

- Verkürzung Verweildauer
- Starker Mengenreiz
- Qualitätsverschlechterung nicht nachweisbar

➤ System

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

Prof. Dr. M. Schrappe

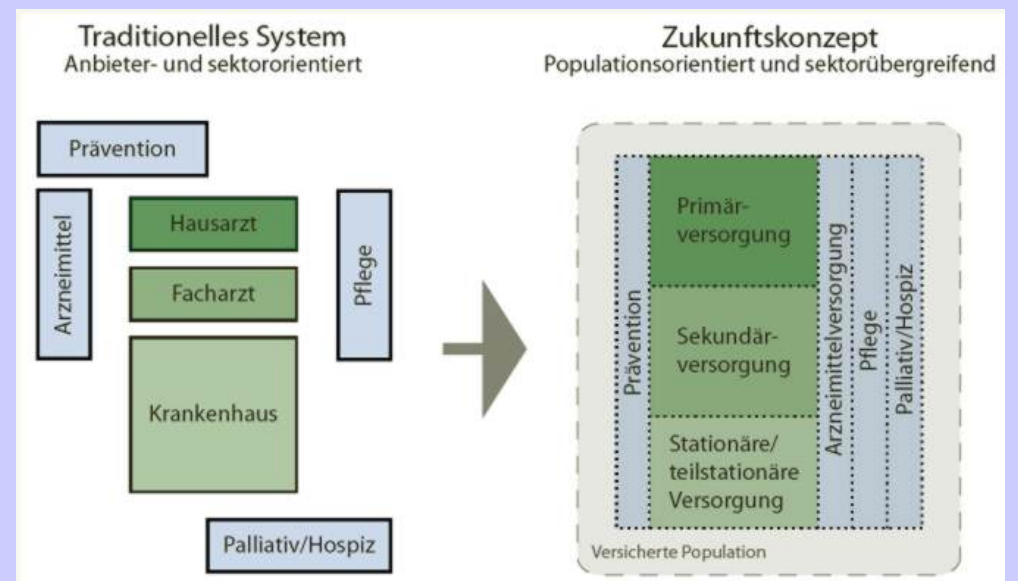
Auftrag vom 21.11.2007:

Sondergutachten des SVR 2009

"Generationenspezifische Gesundheitsversorgung
in einer Gesellschaft des längeren Lebens"

Prof. Dr. M. Schrappe

„Zukunftskonzept“ des SVR



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 1179

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Datenverfügbarkeit
- ➔ Public Disclosure
- ➔ Kontext
- ➔ Zusammenfassung

Prävention Seitenverwechslung



Bild: aus Presseservice Gesundheit AOK 28.4.05

Prof. Dr. M. Schrappe

SAFE SURGERY SAVES LIVES



WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

WHO-KAMPAGNE

Schrift: - +

Checkliste soll Operationen sicherer machen

Von Heike Le Ker

Was helfen soll, kann auch schaden: Jährlich gibt es 234 Millionen Operationen weltweit, häufig mit Komplikationen. Die Weltgesundheitsbehörde will jetzt einen globalen Sicherheitsstandard etablieren - mit Hilfe einer einfachen Checkliste.



Jedes Jahr gibt es nach Angaben der WHO 234,2 Millionen medizinische Operationen weltweit. In Industrieländern sterben unterschiedlichen Studien zufolge 0,4 bis 0,8 Prozent der Operierten. In Entwicklungsländern liegt die Zahl der Todesfälle mit 10 bis 15 Prozent viel höher. In Afrika südlich der Sahara stirbt einer von 150 Patienten durch die Narkose, aber auch Infektionen bereiten große

Prof. Dr. M. Schrappe

Haynes et al. NEJM 360, 2009, 491

Prävention

- ➔ Technische Lösungen
- ➔ Kommunikation
- ➔ Stärkung des Teams
- ➔ Präzise Spezifikation
- ➔ Standardisierung
- ➔ Multiple Interventionen
- ➔ Aktive Einbindung der Patienten

Schrappe 2009

Prof. Dr. M. Schrappe

Risikomanagement: Führung

- ➔ Authentizität
- ➔ Erfolgsorientierung
- ➔ Öffentlichkeit
- ➔ Mitarbeiterorientierung
- ➔ Verantwortung
- ➔ Handlungslegitimation
- ➔ Sicherheitskultur

Schrappe 2009

Prof. Dr. M. Schrappe

Koordination der Versorgung

- ➔ Koordination der Versorgung durch Leitlinien
 - ➔ Koordination der Sektoren
 - ➔ Koordination der Berufsgruppen
-
- ➔ Regionale Koordination der Versorgung
 - ➔ Generationsbezogene Koordination
-
- ➔ Individualisierte Medizin: Koordination der Befunde

Prof. Dr. M. Schrappe

Worum geht's ?

- ➔ Welche Daten zu Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen sind verfügbar?
- ➔ Geben diese Daten Antworten auf die richtigen Fragen?
- ➔ Sind die Daten valide: sind die Antworten tragfähig?
- ➔ Können mit den verfügbaren Qualitäts- und Sicherheitsdaten Institutionen gesteuert werden?
- ➔ Hat die Kenntnis dieser Daten einen positiven Einfluss auf die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens?

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
www.schrappe.com

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. M. Schrappe