

Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen

Was sind Qualitätsindikatoren?

(lat. indicare = anzeigen)

Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägungen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen.

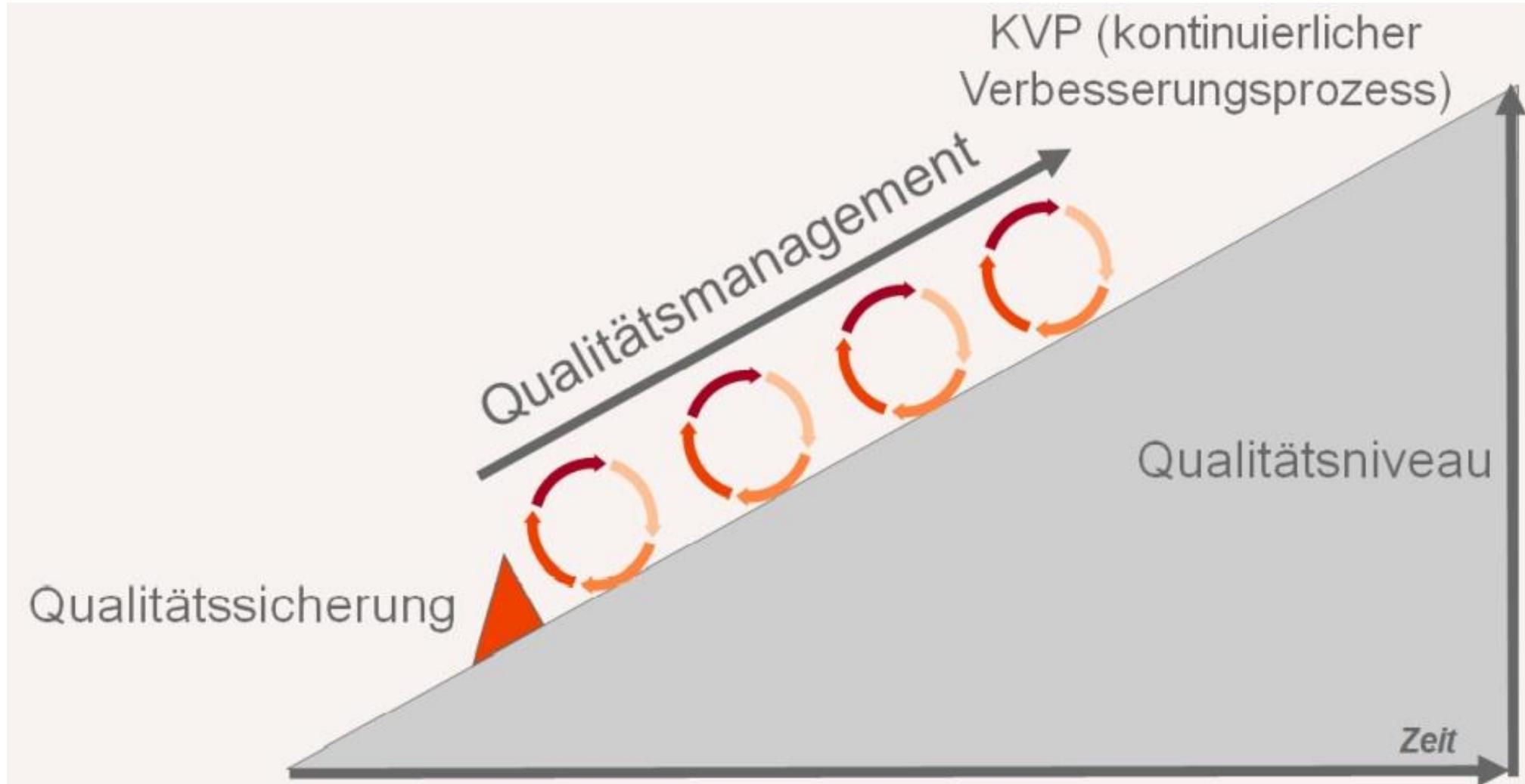
Sie messen die Qualität nicht direkt, sondern sind Hilfsgrößen, welche die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden.

Ein eng verknüpfter Begriff ist der des „**Referenzbereichs**“:

- Gibt an, innerhalb welcher Grenzen die Ausprägung eines Qualitätsindikators noch als „gut“ oder „unauffällig“ definiert wird
- In einem optimal gewählten Referenzbereich sollten:
 - Möglichst alle Qualitätsprobleme erkannt werden (*hohe Sensitivität*)
 - Ohne dass dabei zu viele „falsche Alarme“ produziert werden (*hohe Spezifität*)

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Quelle: *Qualität und Entwicklung in Praxen, KBV*



- Maßnahmen der QS beruhen meist auf dem PDCA-Zyklus
- Eine Qualitätskultur mit einem Feedback über das eigene Handeln muss etabliert werden, um Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung umzusetzen

Die Basis für die Formulierung von Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche liegt in der bestverfügbaren Evidenz, die aus **Leitlinien** bzw. aus der **wissenschaftlichen Literatur** abgeleitet oder – falls keine empirische Evidenz vorliegt – im **Expertenkonsens** gebildet werden kann.



alamy

Gesetzgebung



SGBV

- Regelt die Grundanforderungen zur Qualitätssicherung, gesetzliche Verpflichtung zur:
 - Einführung eines internen Qualitätsmanagements
 - Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung (§ 135a SGB V)

GBA

- Festlegung von verbindlichen konkretisierenden Regelungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich
- Kompetenz zu entscheiden, für welche Bereiche Qualitätsanforderungen bestimmt werden und wie detailliert und aufwendig diese Regelungen sind
 - Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
- Bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung wird der G-BA durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut unterstützt (nach § 137a SGB V)
 - bis Ende 2015 war dies das AQUA-Institut, nun ist das IQTIG hiermit beauftragt

- Je Bundesland gibt es eine Stelle für externe Qualitätssicherung
- Je Leistungsbereich (*einige Bereiche werden auch zusammenfasst*) gibt es ein Expertenteam
 - Auf Bundesebene die Bundesfachgruppe
 - Auf Landesebene die Landesfachgruppen
 - In Berlin-Brandenburg gibt es 7 Arbeitsgruppen



Leistungsbereiche im Jahr 2018

- Ambulant erworbene Pneumonie
- Geburtshilfe
- Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
- Herzschrittmacherversorgung
- Hüftendoprothesenversorgung
- Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel
- Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
- Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation
- Karotis- Revaskularisation
- Knieendoprothesenversorgung
- » Mammachirurgie
- » Neonatologie
- » Pflege: Dekubitusprophylaxe
- » Aortenklappenchirurgie
- » Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme
- » Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
- » Koronarchirurgie
- » Leberlebendspende
- » Lebertransplantation
- » Lungen- und Herz-Lungentransplantation
- » Nierenlebendspende
- » Nierentransplantation
- » Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Ziele der Qualitätssicherung

- Interne Verwendung: Qualitätsverbesserung, kontinuierlicher Vergleich der eigenen Leistung:
 - Kontrolle
 - Ausgangspunkt zur Prozessanalyse
 - Fehlermanagement
- Externe Verwendung: Überwachungs- und Kontrollfunktion, Rechenschaftsfunktion, Information der Öffentlichkeit?, Benchmarking, „Bestrafung“, Zertifizierung, Qualitätspreise
- Leistungsorientierte Vergütung (*immer wieder im Gespräch*)

Was ist ein valider QI im Gesundheitswesen?

Die bisher umfassendste Bewertung von QI hat die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung durch die Schaffung eines operationalisierten Bewertungsinstruments (QUALIFY) entwickelt:

	Methodische Gütekriterien
Praktikabilität	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit
	Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende
	Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung
	Datenverfügbarkeit
	Erhebungsaufwand
	Implementationsbarrieren
	Überprüfbarkeit der Richtigkeit der Daten
	Überprüfbarkeit der Vollständigkeit der Daten
	Überprüfbarkeit der Vollzähligkeit der Daten

	Methodische Gütekriterien
Relevanz	Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
	Nutzen
	Berücksichtigung potenzieller Risiken/Nebenwirkungen
	Methodische Gütekriterien
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz
	Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)
	Reliabilität
	Statistische Unterscheidungsfähigkeit
	Risikoadjustierung
	Sensitivität
	Spezifität
	Validität

Externe stationäre Qualitätssicherung im Krankenhaus

Für das Jahr 2015:

- **3 Millionen Datensätze** wurden eingesendet und ausgewertet
- **1.538 Krankenhäuser** haben Daten eingesendet
- **351 Qualitätsindikatoren** wurden ausgewertet und bewertet

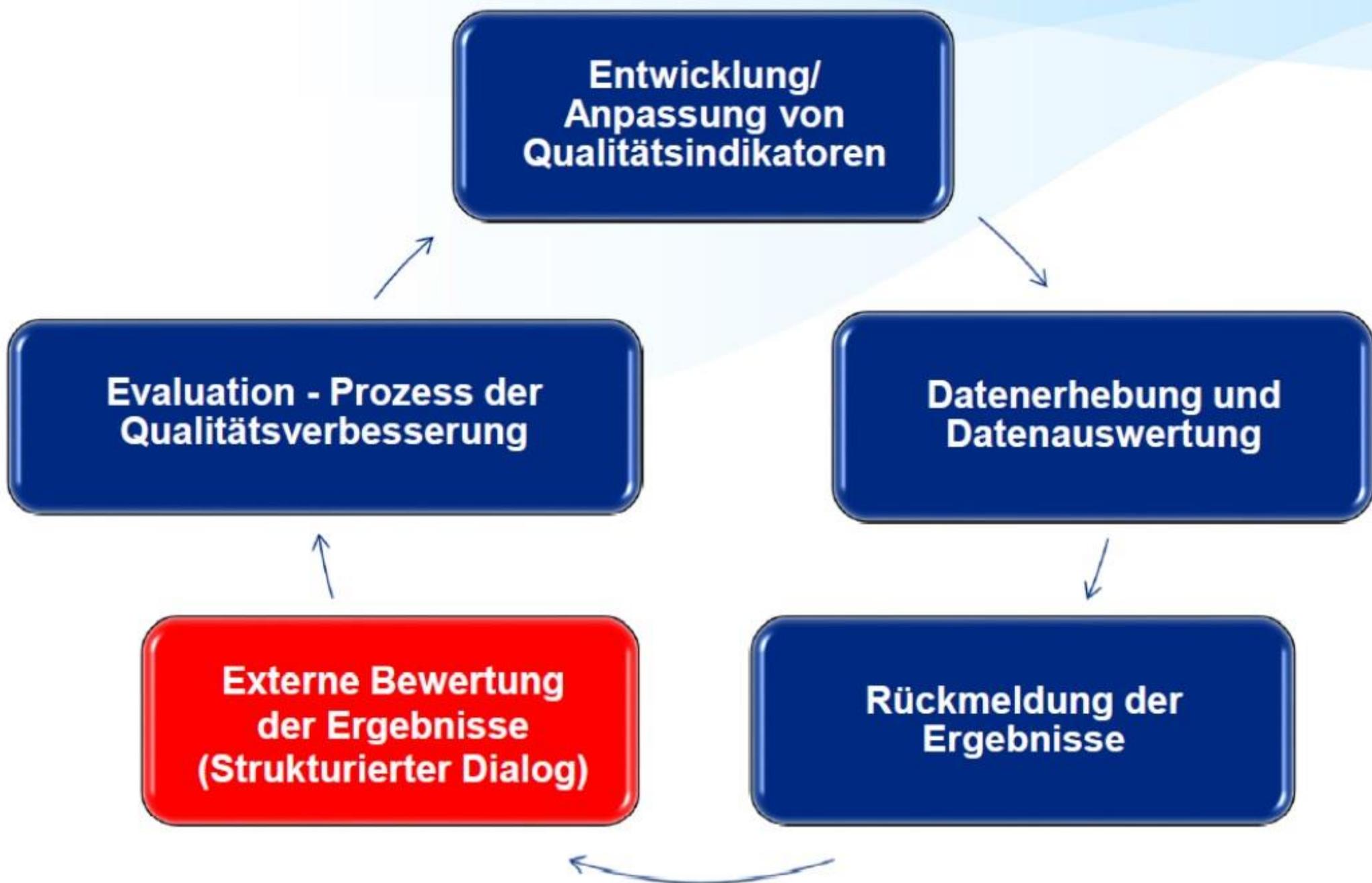
Vergleich zum Jahr 2011:

- 4 Millionen Datensätze, 1.666 Krankenhäuser, 430 Qualitätsindikatoren

Externe stationäre Qualitätssicherung im Krankenhaus – Beispiel Berlin

Für das Jahr 2015:

- **158.394 Datensätze** wurden eingesendet und ausgewertet
- **80 Krankenhäuser** haben Daten eingesendet
- **227 Qualitätsindikatoren** wurden ausgewertet (*145 davon mit Referenzbereich*)
- **883 Strukturierte Dialoge** wurden eingeleitet
- **7-8 Gespräche in Arbeitsgruppen** fanden statt



Qualitätsreport 2015

Beispiel: Pflege (Dekubitusprophylaxe)



Gesamtergebnis auf Basis der Fälle (Patienten)

		2014	2015				
		Ergebnis	Ergebnis	Fälle (Patienten)		Tendenz	
QI-ID	Bezeichnung des Indikators			Zähler (O / E)*	Nenner		
	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)						
52008	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	0,40 %	0,40 %	70.660	17.774.849	→	
52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1,00	0,99	70.660 0,40 %	71.698 0,40 %	17.774.849	→
52326	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	0,32 %	0,32 %	51.620	17.774.849	→	
52327	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet	0,07 %	0,06 %	11.471	17.774.849	→	
52010	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	0,01 %	0,01 %	1.605	17.774.900	→	

Gesamtergebnis auf Basis der Krankenhäuser

			2015			
			Krankenhausstandorte		Bewertung	
QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Gesamt	Auffällig (rechnerisch)	Kategorie	Handlungsbedarf
Indikatorengruppe	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)					
	52008 Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	n. d.**	1.910	-	X	X
	52009 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 2,11 (T; 95. Perzentil)	1.910	91	2	A
	52326 Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	n. d.**	1.910	-	X	X
	52327 Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet	n. d.**	1.910	-	X	X
	52010 Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel-Event	1.919	625	X	B

* bei regressionsbasierten Qualitätsindikatoren; ** nicht definiert;  veröffentlichungspflichtig im Qualitätsbericht der Krankenhäuser; T = Toleranzbereich

Bewertungssystematik

- 1:** Indikator ist unauffällig, liegt im Referenzbereich und der Anteil der signifikant vom Referenzbereich oder vom Bundesdurchschnitt abweichenden Krankenhausergebnisse ist kleiner als 5 %.
- 2:** Gesamtergebnis ist unauffällig, liegt im Referenzbereich, aber der Anteil der signifikant vom Referenzbereich oder vom Bundesdurchschnitt abweichenden Krankenhausergebnisse liegt zwischen 5 % und 25 %.
- 3:** Gesamtergebnis ist auffällig, liegt außerhalb des Referenzbereichs und/oder der Anteil der signifikant vom Referenzbereich oder vom Bundesdurchschnitt abweichenden Krankenhausergebnisse ist größer als 25 %.
- X:** Der Qualitätsindikator ist ein Sentinel-Event-Indikator oder es ist kein Referenzbereich definiert.

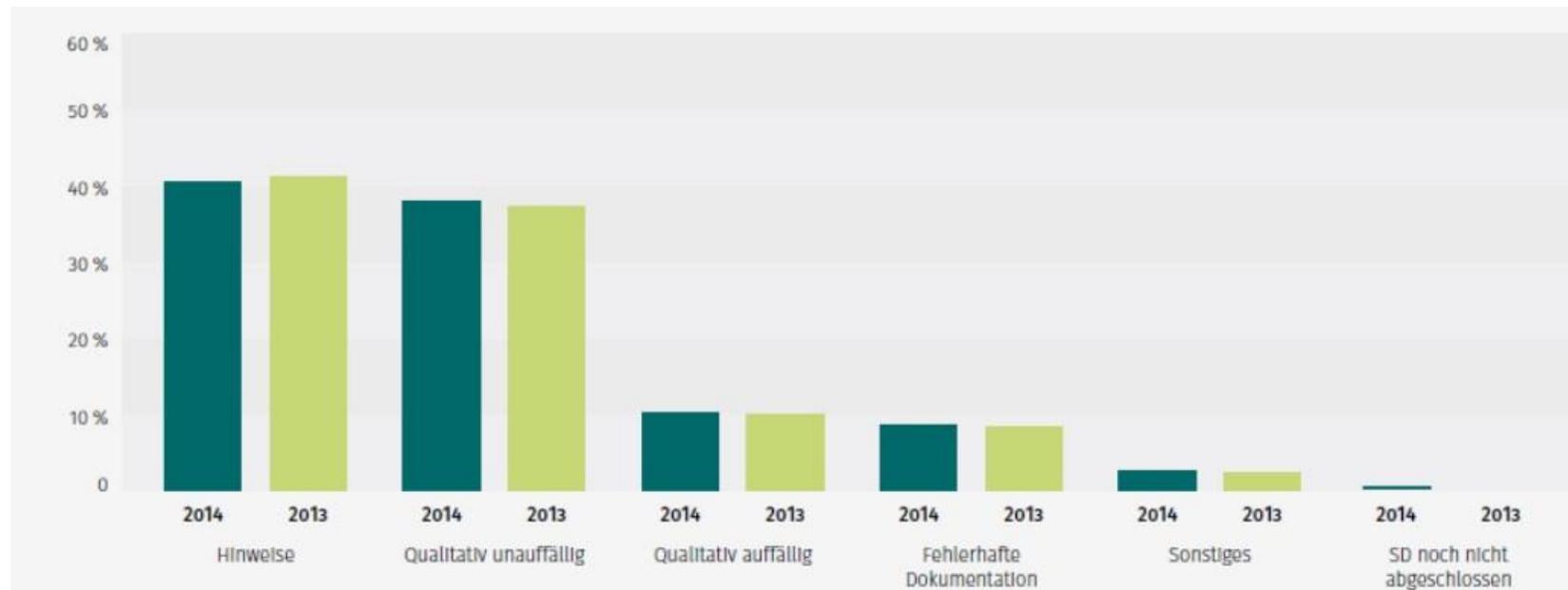
Definition Sentinel-Event-Indikator: jeder in diesem Indikator auffällig gewordene Fälle führt zum strukturierten Dialog.

Handlungsbedarf

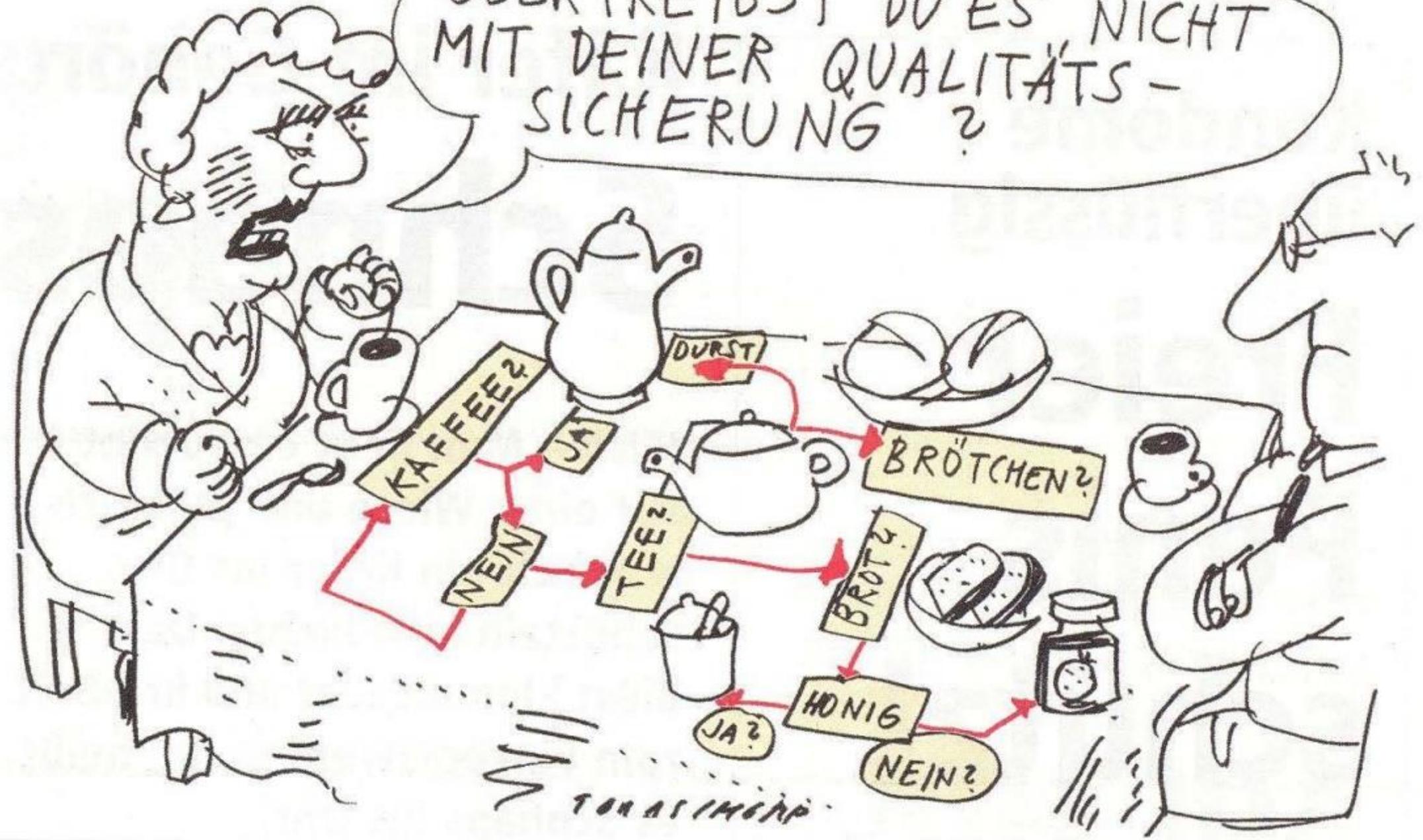
- **A Gewöhnlicher Handlungsbedarf:**
 - Klärung der rechnerischen Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog.
- **B Erweiterter Handlungsbedarf:**
 - Wie A
 - Thematisierung der auffälligen Ergebnisse auf Fachkongressen und in wissenschaftlichen Publikationen
 - Information der Fachgesellschaften und Berufsverbände über den Handlungsbedarf
- **C Besonderer Handlungsbedarf:**
 - Wie B
 - zusätzlich Bedarf für die gezielte Unterstützung bei der Umsetzung vorhandener Leitlinien bzw. für deren Aktualisierung oder für die Entwicklung neuer Leitlinien
- **X Keine Aussage zum Handlungsbedarf:**
 - Derzeit kein Referenzbereich definiert oder Hinweise auf eine eingeschränkte Datenvalidität liegen vor

Strukturierter Dialog

- Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten in Bezug auf das Referenzwert eines QI
- Soll den Leistungserbringern die Möglichkeit geben, im Vorjahr entstandene rechnerischen Auffälligkeiten zu erklären oder zu bewerten
- Sind Qualitätsdefizite festgestellt worden, so ist die Aufgabe der Verfahrensbeteiligten außerdem die betroffenen Krankenhäuser bei geeigneten Optimierungsmaßnahmen zu unterstützen



ÜBERTREIBST DU ES NICHT
MIT DEINER QUALITÄTS-
SICHERUNG ?



TOMASIMORP