



Ist Versorgungssteuerung mit Qualitätsdaten möglich?

Max Geraedts

Lehrstuhl für Gesundheitssystemforschung
der Universität Witten/Herdecke

KCQ-Konferenz „Externe Qualitätssicherung: Zielfindung und
Instrumentenwahl“, 7.03.2014, Berlin

Agenda

- Steuerungsziele, -akteure und -formen
- Aktuelle Versorgungssteuerung mit Qualitätsdaten
- Wirkung qualitätsorientierter Versorgungssteuerung
- Fazit

Steuerungsziele, -akteure und -formen

- Ziele: a) Qualitätsverbesserung & Stärkung der Patientenautonomie, b) Strukturbereinigung, Kosteneinsparung, ...
- Akteure: Leistungserbringer (intern & extern), Kostenträger/Politik, Bürger/Patienten
- Formen: indirekt: Transparenz/Qualitätsberichterstattung; direkt: Bonus / Malus, Versorgungsein-/auschluss (selektives Kontrahieren)

Einsatz von Qualitätsdaten zur Versorgungssteuerung I

- Strukturqualitätsdaten als Voraussetzungen für die Leistungserbringung:
 - Zulassung im stationären / ambulanten Bereich
 - Mindestmengen (ambulant/stationär)
 - Versorgungsstufen I-IV für Früh- und Neugeborene
 - DKG: Krebszentren; NRW: Brustzentren
- Strukturqualität in Qualitätsberichten:
qualitätsorientierte Wahlentscheidungen

Einsatz von Qualitätsdaten zur Versorgungssteuerung II

- Prozessqualitätsdaten
 - Intern: Auslöser von QV-Maßnahmen; Nutzung zu Benchmarking; Verwendung bei Peer Review / Zertifizierung
 - Extern: Fokus der EQS; evtl. Auslösung strukturierter Dialog bis Schließung von Abteilungen
 - Teil von Qualitätsberichten: qualitätsorientierte Wahlentscheidungen

Einsatz von Qualitätsdaten zur Versorgungssteuerung III

- Ergebnisqualitätsdaten
 - Intern: im Rahmen von Zielvereinbarungen
 - Extern:
 - V. a. international als Teil von P4P-Initiativen oft als Bonus / Malus / Gewährleistung;
 - in Deutschland bei IV-Verträgen
 - Teil von Qualitätsberichten

Wirkung von Qualitätsdaten zur Versorgungssteuerung

Quality Improvement Saves Lives!

MEASURE	LIVES SAVED*	SINCE
Beta Blocker Treatment	24,000 – 30,000	1996
Cholesterol Management	23,000 – 39,000	2000
Blood Pressure Control	76,000 – 132,000	2000
Diabetes – HbA1c Control	2,000 – 3,500	1999
TOTAL	125,000 – 205,000	

* Gross estimate of lives saved; does not take comorbidities or expected mortality over time into account.

Wirkung von Qualitätsdaten bei Bürgern / Patienten

➤ Voraussetzung:

- Bekanntheit- / Verstehen der Informationen / Bewertung als nützlich / Nutzung
(Faber 2009 nach Hibbard 2002 und Rogers 1995)

- Realität: Bürger / Patienten / Ärzte kennen die gesetzlichen Qualitätsberichte kaum, finden diese wenig hilfreich (viele präferierte Kriterien fehlen), nutzen sie kaum
(Hermeling & Geraedts 2013; de Cruppé & Geraedts 2011)

- Public Reporting führt zu Aktivitäten der Leistungserbringer und Prozessverbesserungen, kaum zu qualitätsorientierter Wahl und Ergebnisverbesserung (Fung et al. 2008)

Evidenz zu Effekten strukturierter Leistungsrückmeldung

Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review)

Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD



Editorial group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group.
Publication status and date: Edited (no change to conclusions), published in Issue 7, 2010.
Review content assessed as up-to-date: 21 February 2006.

- Audit and feedback can be effective in improving professional practice.
- When it is effective, the effects are generally small to moderate.
- The relative effectiveness of audit and feedback is likely to be greater when baseline adherence to recommended practice is low and when feedback is delivered more intensively.
- The results of this review do not support mandatory or unevaluated use of audit and feedback as an intervention to change.

Wirkung von EQS?

Münchener Perinatal-Studie 1978/79

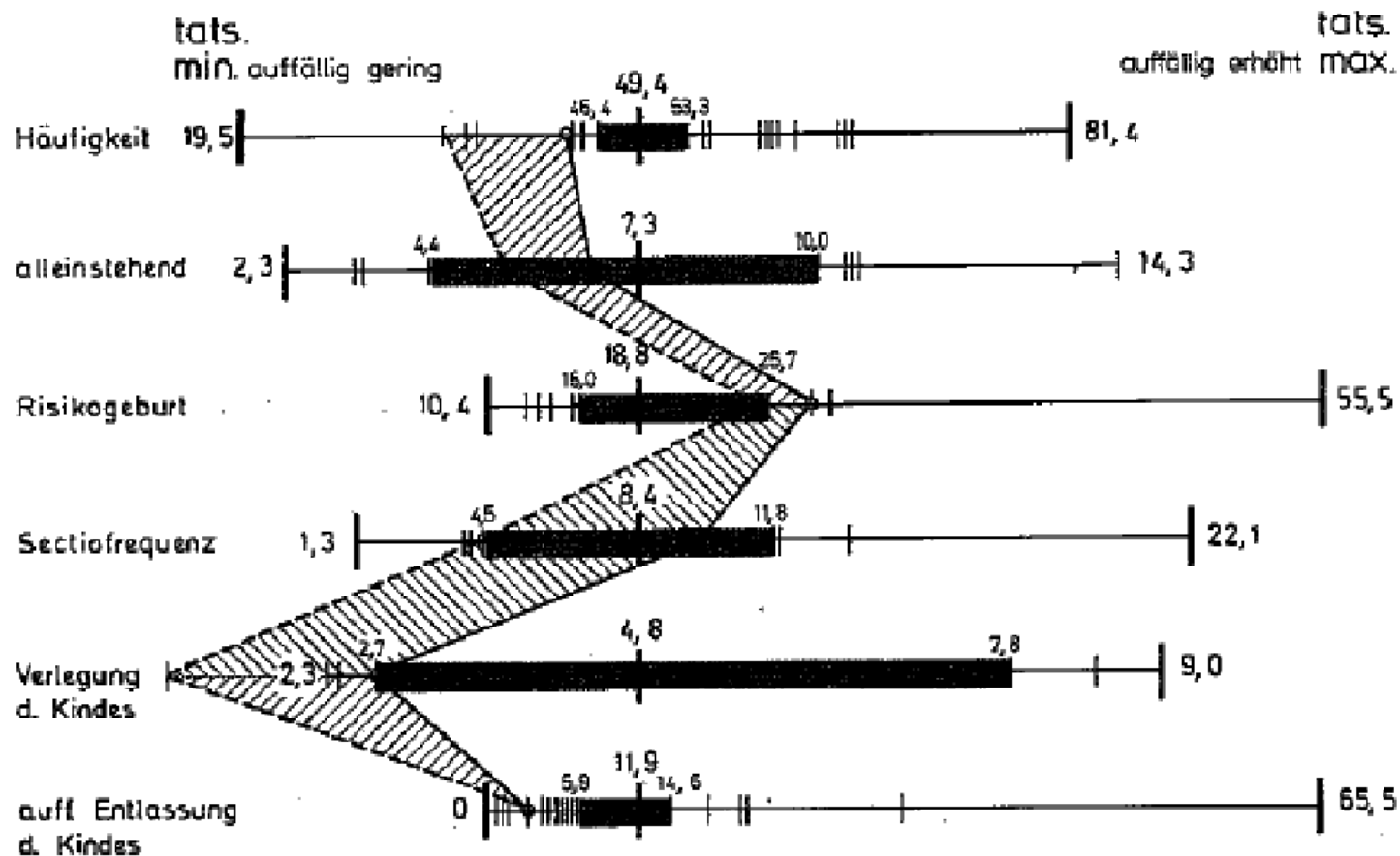


Abb. 9: Profil für risikofreie Schwangere (MPS 1978). Dargestellt ist eine Klinik 1978 (durchgezogen) und 1979 (gestrichelt).

[Selbmann, 1982]

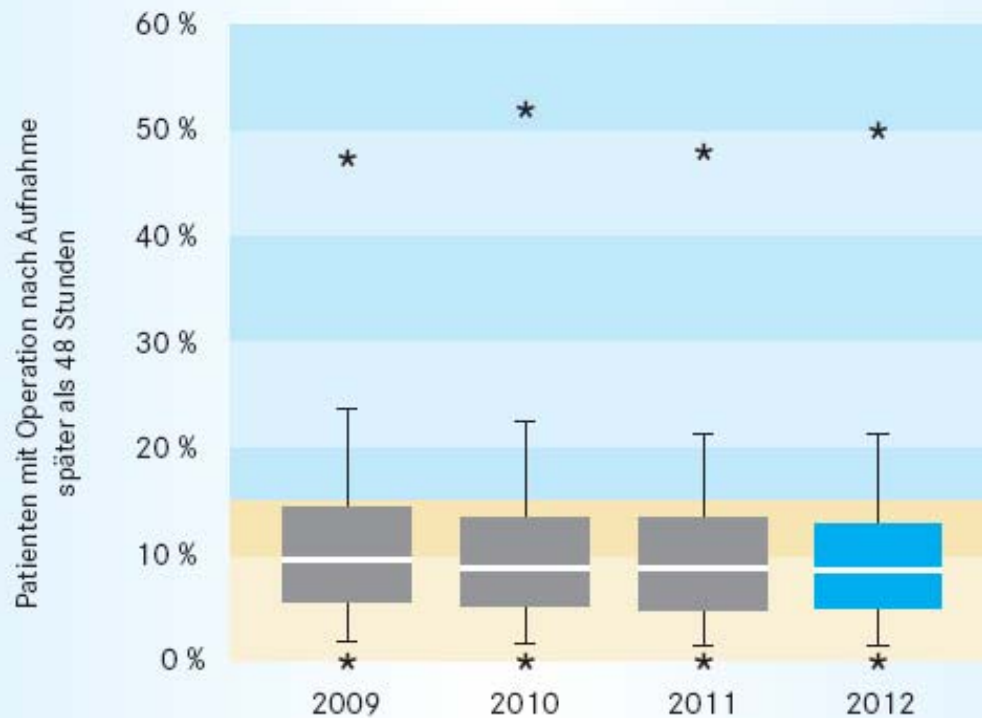
Wirkung von EQS?

Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Grundgesamtheit aller Krankenhäuser 1.104

Anzahl der Krankenhäuser mit 0 Fällen 0

991 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Median	8,5 %	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	165 von 991
Spannweite	0,0 - 50,0 %		

Leistungsbereich:
**Hüftgelenknahe
Femurfraktur**

Qualitätsindikator:
**„Präoperative
Verweildauer über 48
Stunden nach Aufnahme
oder sturzbedingter
Fraktur im Krankenhaus“**

(AQUA Qualitätsreport
2012)

Public Reporting-bedingte Veränderung von Indikator-Ausprägungen ? (Geraedts et al. 2010)

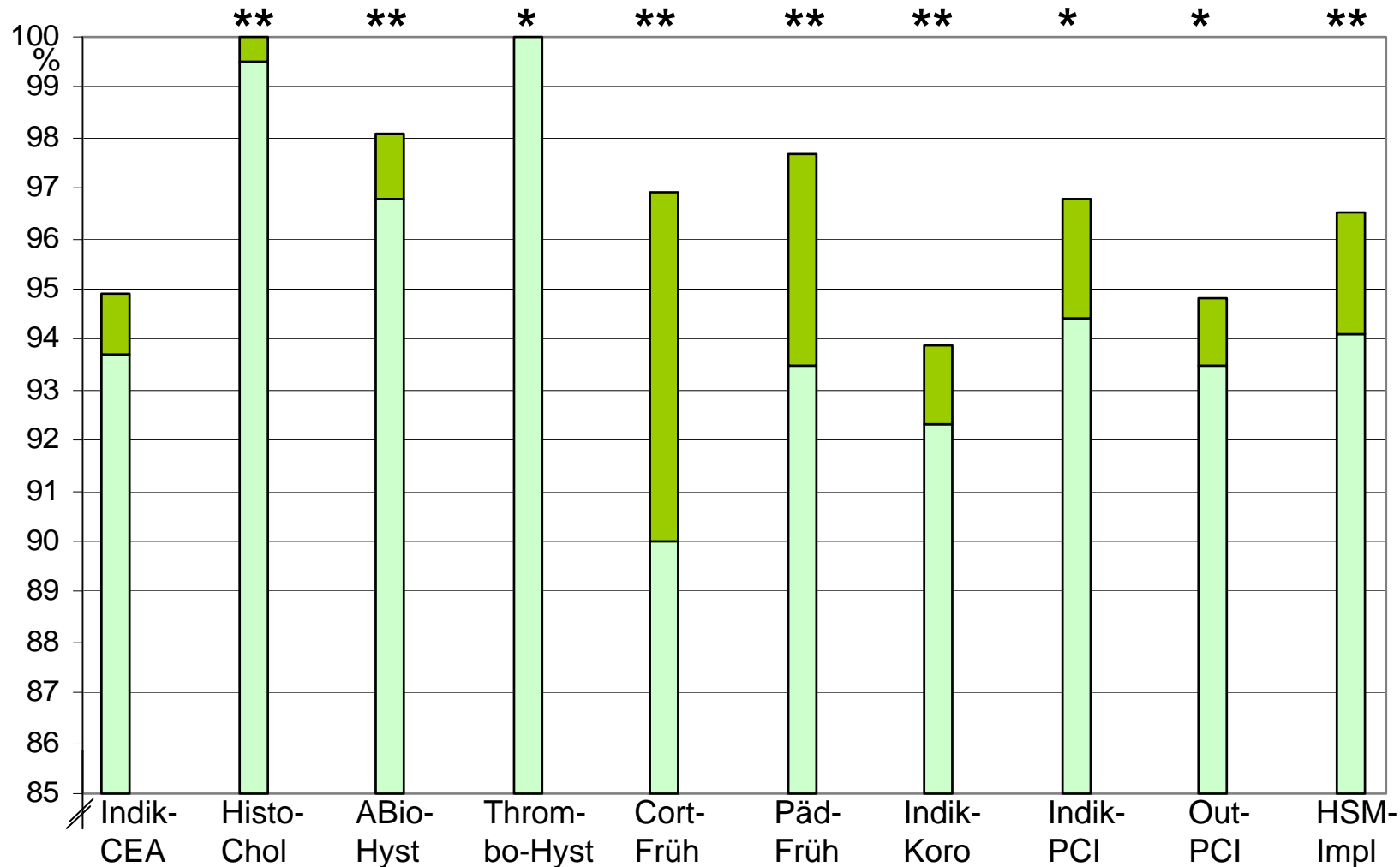
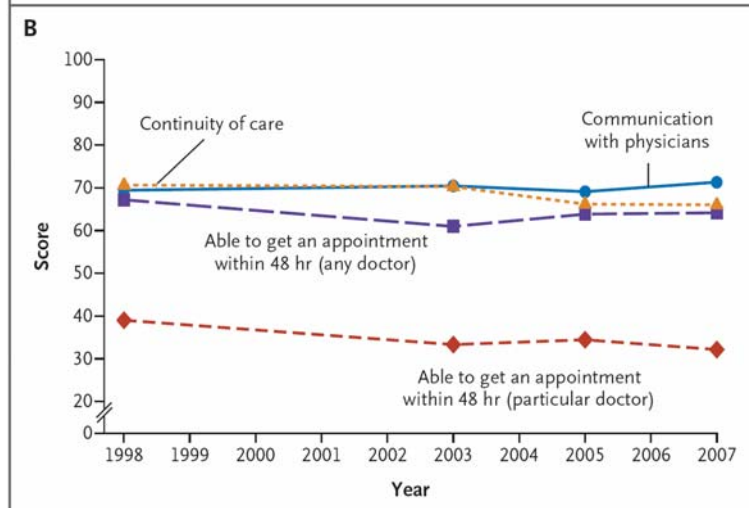
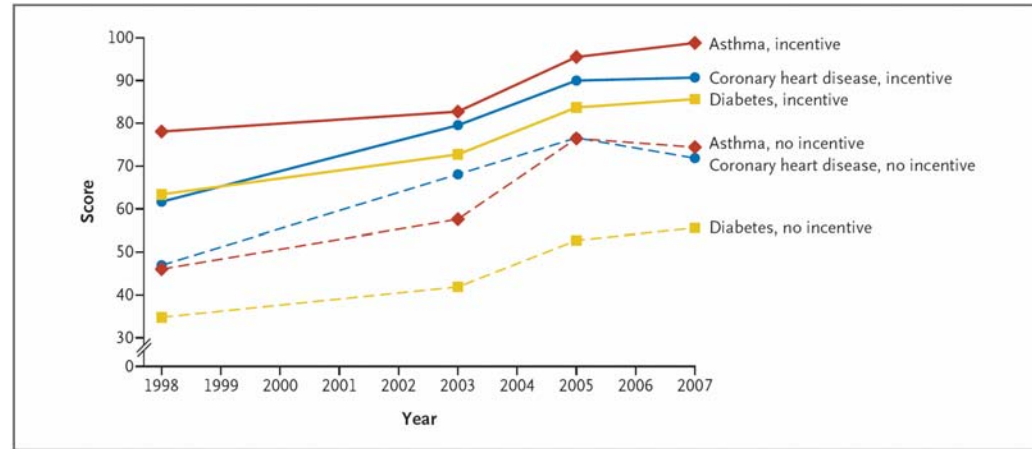
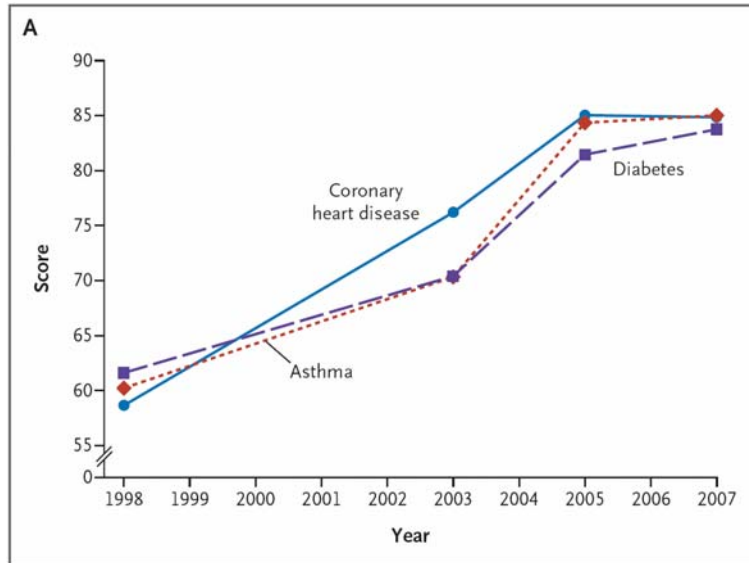


Abb.: Veränderung der Indikatorausprägungen 2006 / 2008 (nur Krankenhäuser mit Daten aus beiden Jahren) (2006 ■ 2008 ■) (*= unadjustiert signifikant; **= signifikant nach Korrektur für multiples Testen)

Wirkung von Public Reporting + P4P im NHS

[Campbell et al. NEJM 2009]



- Verbesserung klinischer QI bis Plateau
- P4P beschleunigt z. T. den Trend ohne P4P
- QI ohne P4P fallen schlechter aus
- Kontinuität verschlechtert

Wirkung von PR & P4P auf D2B-Zeit und MI-Sterblichkeit (Menees et al. NEJM 2013)

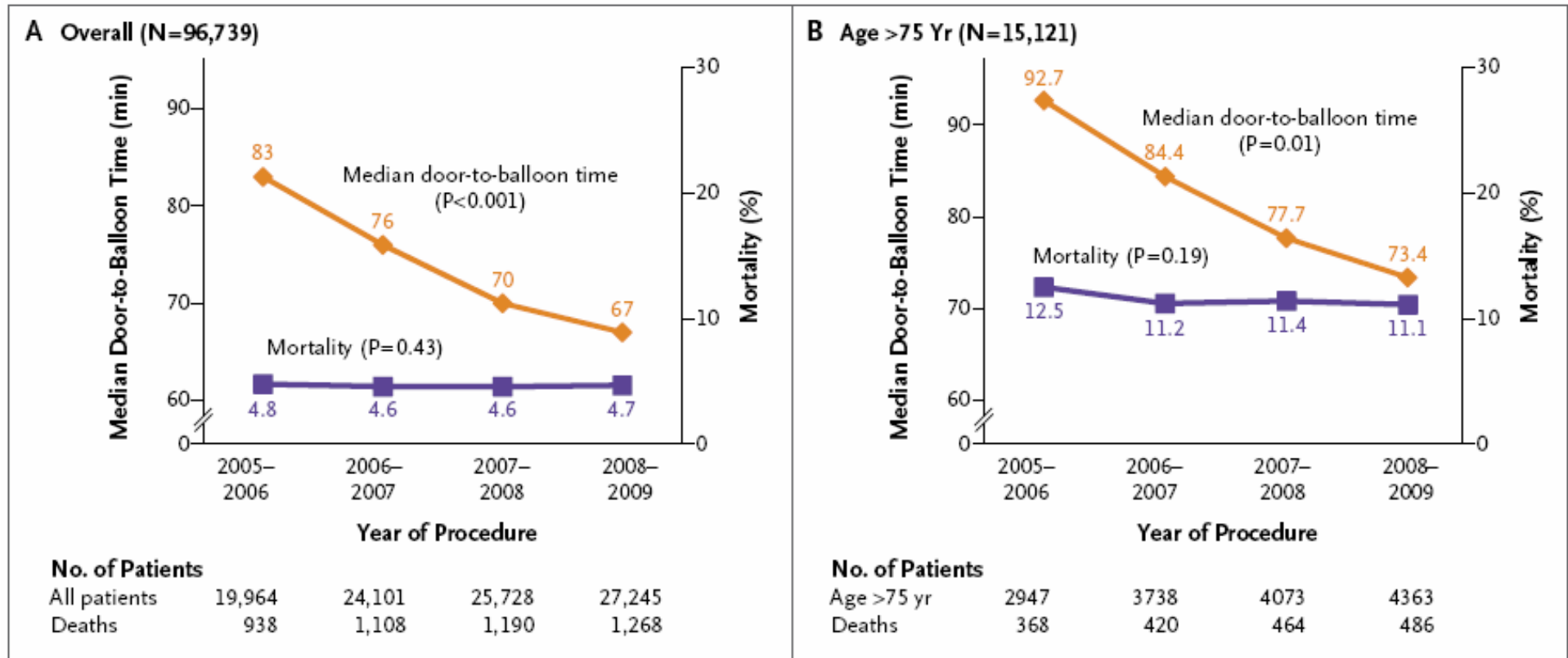
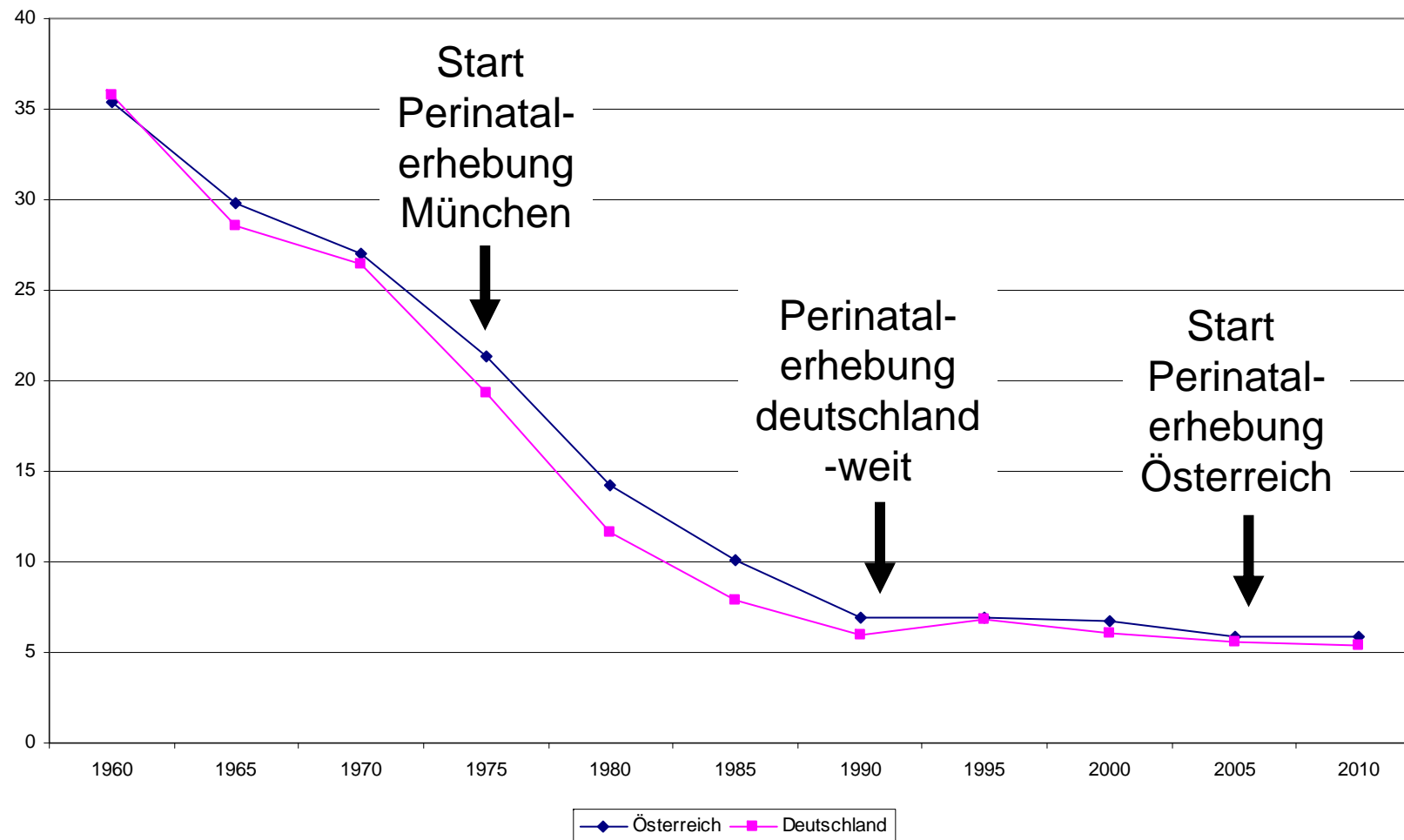


Figure 1. Door-to-Balloon Times and Mortality in the Overall Population and High-Risk Subgroups, 2005 to 2009.

Shown are the median door-to-balloon times and unadjusted in-hospital mortality among patients with ST-segment elevation myocardial infarction who underwent primary PCI between July 2005 and June 2009. Results are shown in the overall population (Panel A) and in selected high-risk subgroups: patients older than 75 years of age (Panel B), those with anterior myocardial infarction (Panel C), and those in cardiogenic shock (Panel D). The P values are for the comparison between findings in 2005–2006 and those in 2008–2009.

Entwicklung der perinatalen Sterblichkeit in Österreich und Deutschland 1960-2010



Wirkung qualitätsorientierten Kontrahierens

- Beobachtungsstudien/Hochrechnungen im Rahmen von Managed Care in den USA bzw. der Schweiz (z. B. Massarweh et al. 2011; Birkmeyer & Dimick 2004; Reich et al. 2012)
 - Durch Vermengung mit anderen Maßnahmen der Qualitätsförderung kaum Aussagen möglich
 - Autoren berichten gute Qualität bei geringeren Kosten in den „qualitätsoptimierten“ Einrichtungen
 - Kaum Ergebnisverbesserung in der Gesamtpopulation
 - Nebenwirkungen (Qualitätsentwicklung bei höherer Auslastung, Zugang usw.) werden nicht analysiert

Fazit zur Versorgungssteuerung mit Qualitätsdaten

- Versorgungssteuerung mit Qualitätsdaten findet bereits vielfach statt
- Evidenz für Wirkung gängiger Verfahren – vor allem Qualitätstransparenz/EQS & P4P - bisher schwach
- Evidenz zur qualitätsorientierten Auswahl von Leistungserbringern ebenfalls schwach
- Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung erscheint zwar augenscheinlich valide, bedarf aber der Bestätigung durch Forschung / Evaluation