

# **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.

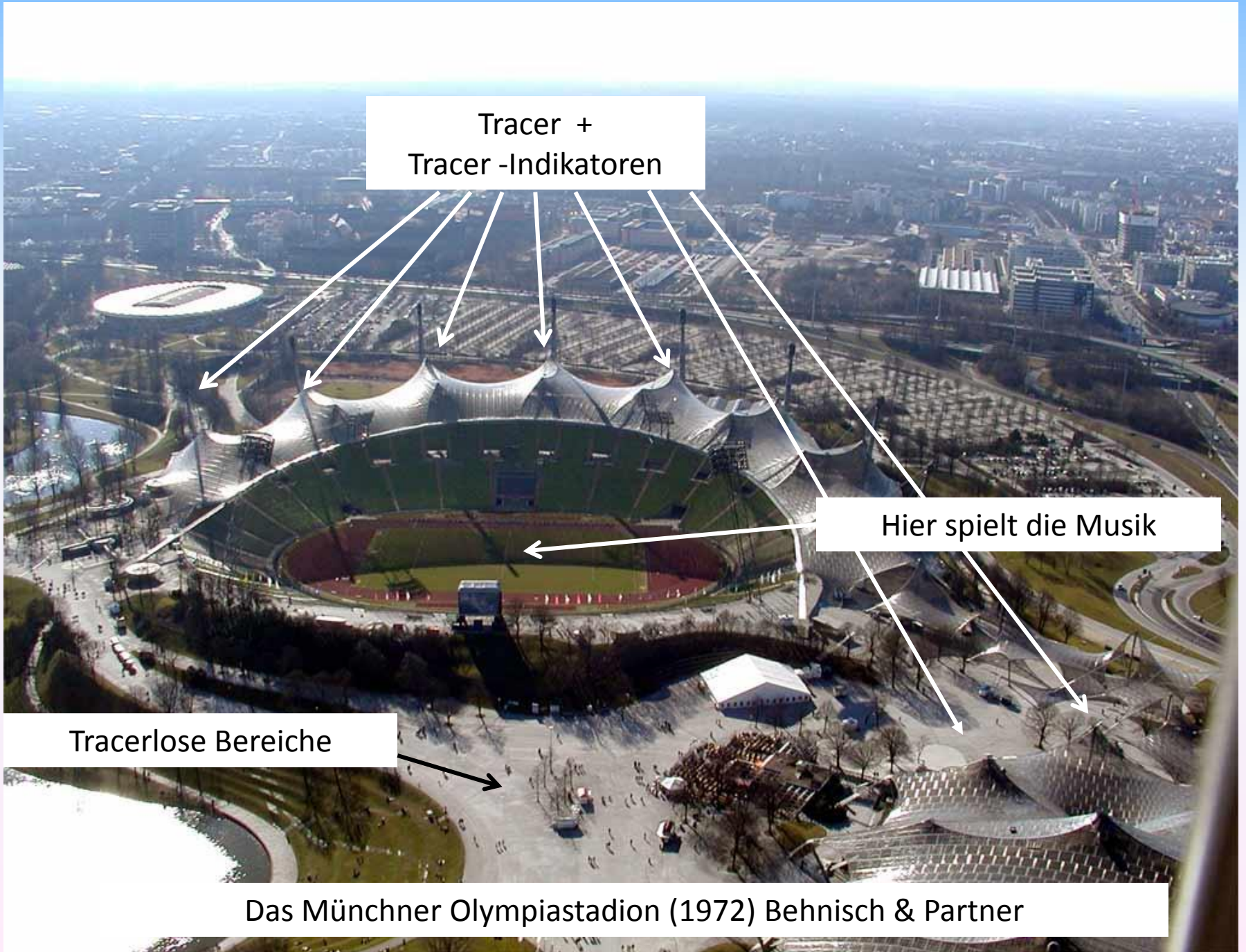
N Engl J Med 1973; 288:189-194

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*)



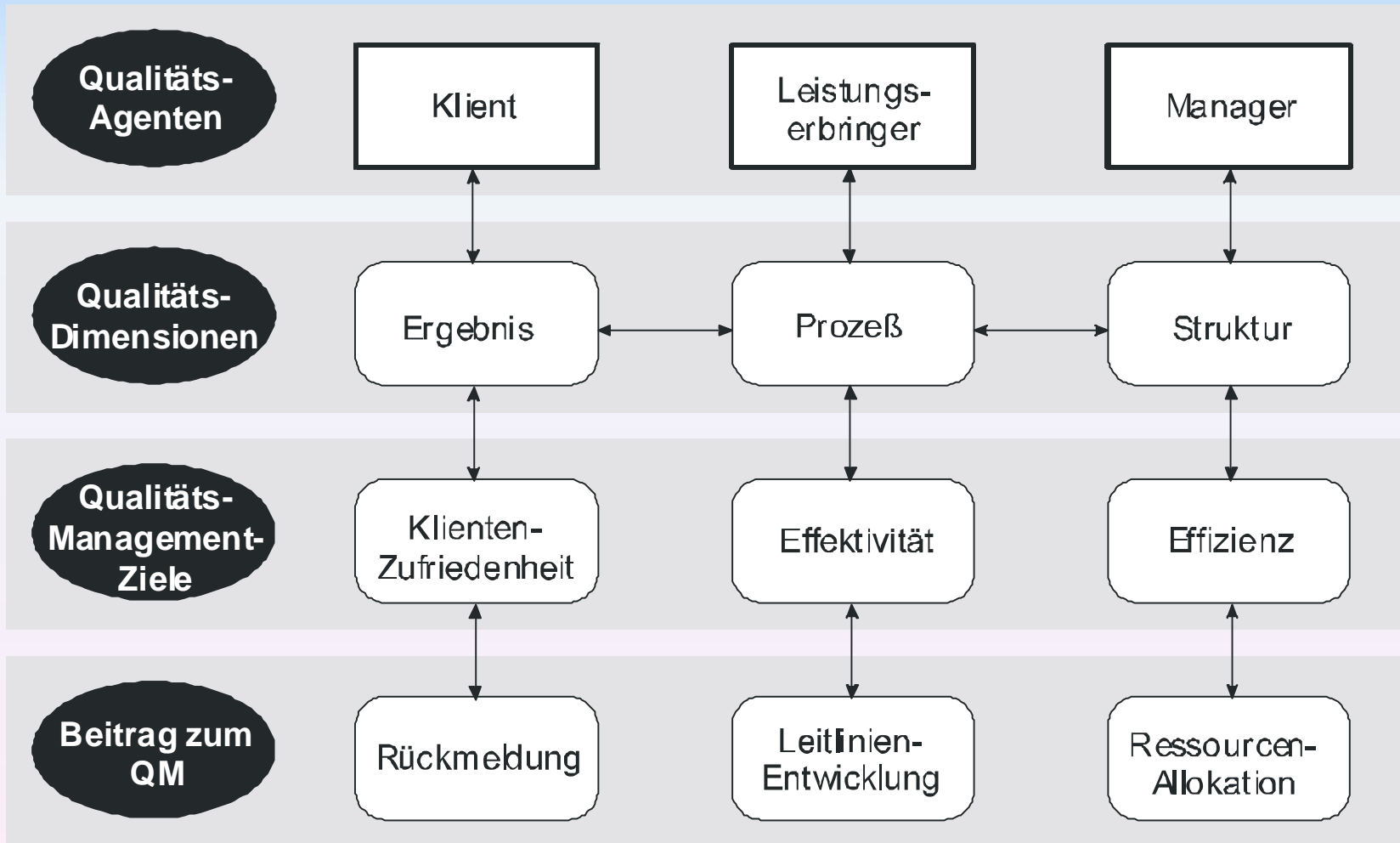
# Partner in der sektorübergreifenden Versorgung

- **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
	Relevanz / Nutzen
Wissenschaftlichkeit	Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
	Indikatorevidenz
	Klarheit der
	Reliabilität
	Statistische Un
	Risikoadjustierung
	Sensitivität
	Spezifität
Praktikabilität	Validität
	Verständlichkeit und fentlichkeit
	Praktikabilität: Datenverfügbarkeit, Erhebungsaufwand, etc.
	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	

**„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	<b>55 %</b>	45 %	227

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

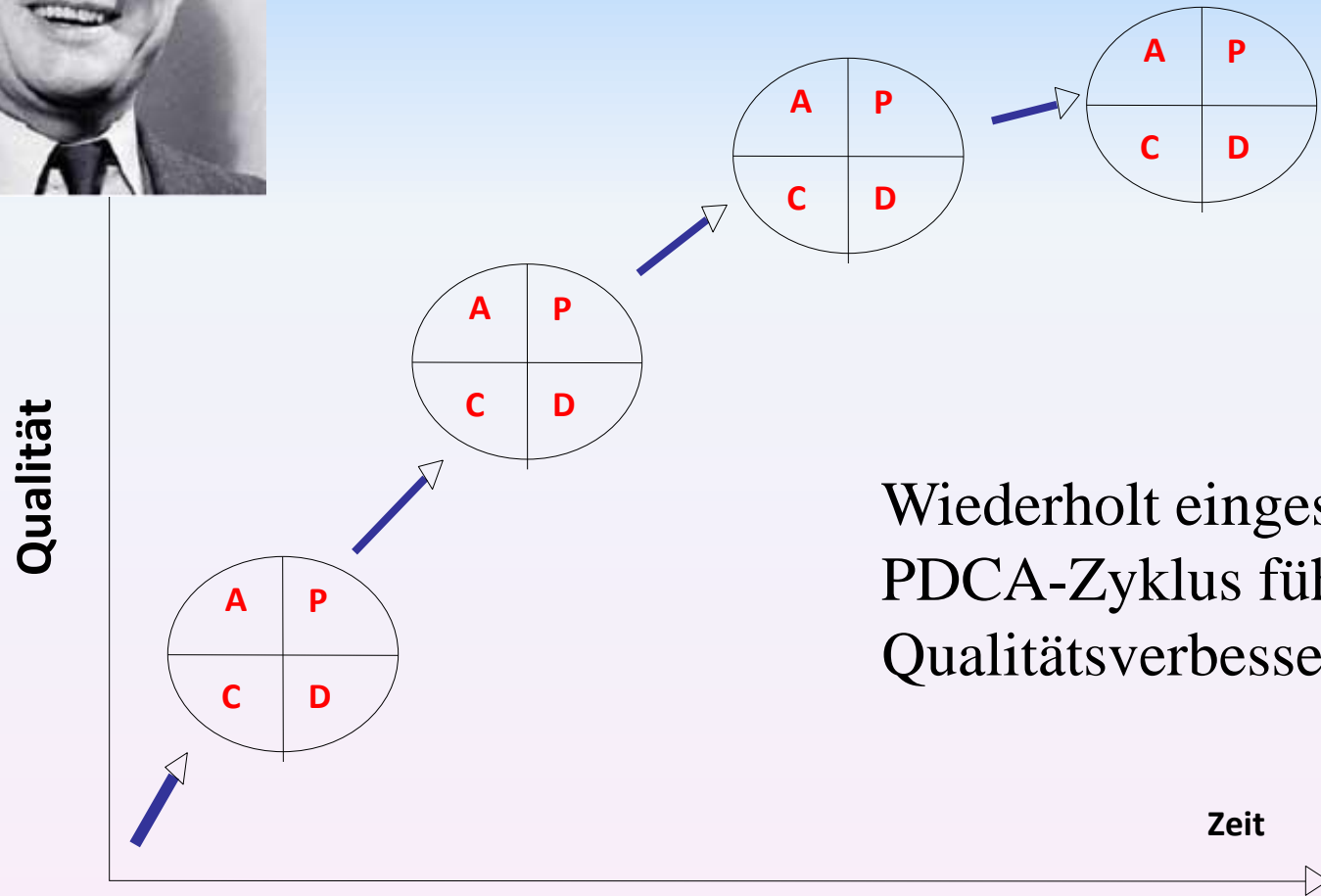
# Mögliche Probleme beim Gebrauch von Qualitätsindikatoren

- 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



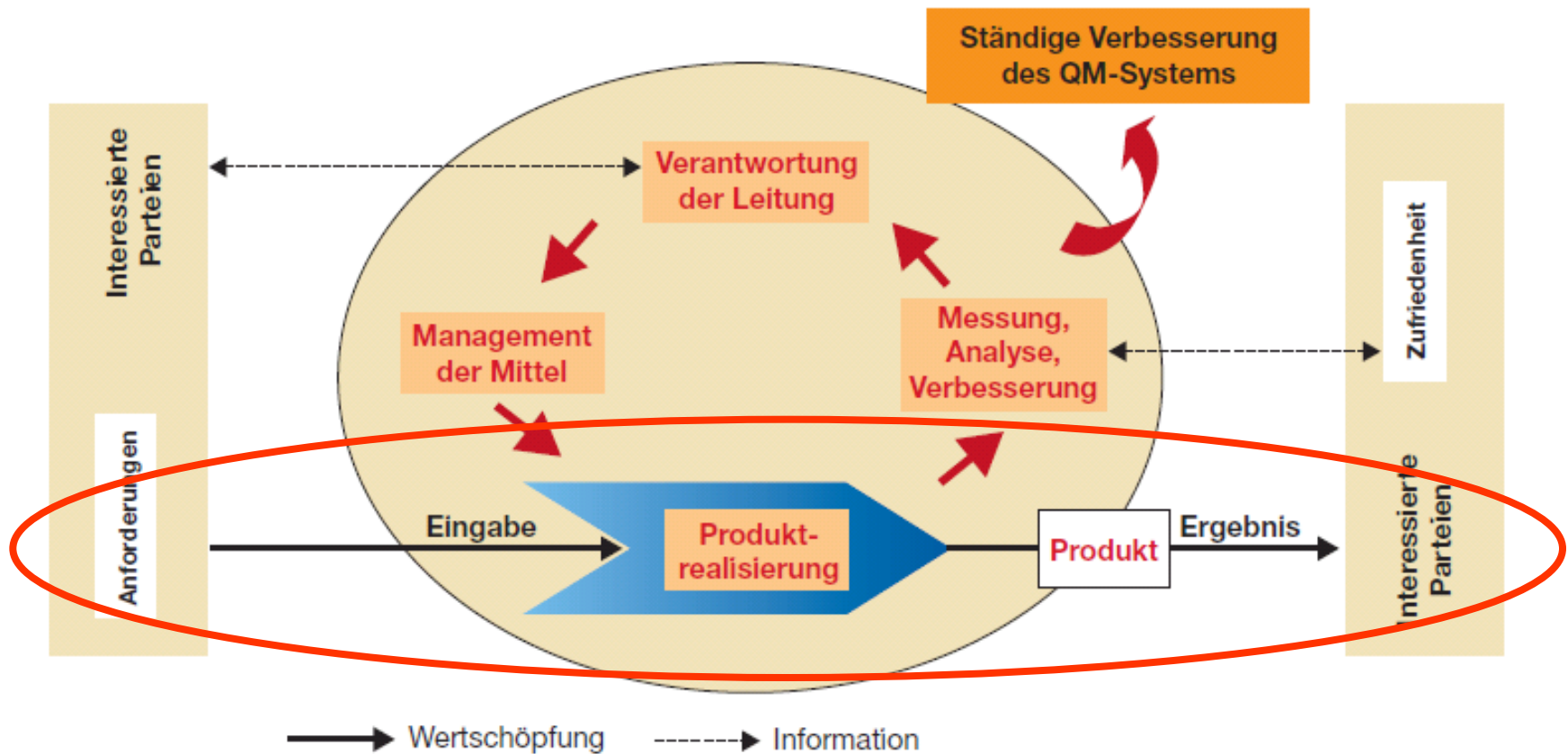


Bild 3.4: Prozessmodell der ISO 9001:2008 zum Qualitätsmanagementsystem

# Verpflichtung

(2) ... sind nach  
verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden  
Maßnahmen der Qualitätssicherung zu

- 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

- 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

andere zum Ziel haben, die  
verbessern 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](mailto:hans-konrad.selbmann@uni-tuebingen.de)**