



UniversitätsCentrum
Evidenzbasierte
Gesundheitsversorgung

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Versorgungspfaden und Versorgungszielen

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt

Berlin, 16.05.18

Übergeordnete Ziele der Gesundheitsversorgung

§ 70 SGB V Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

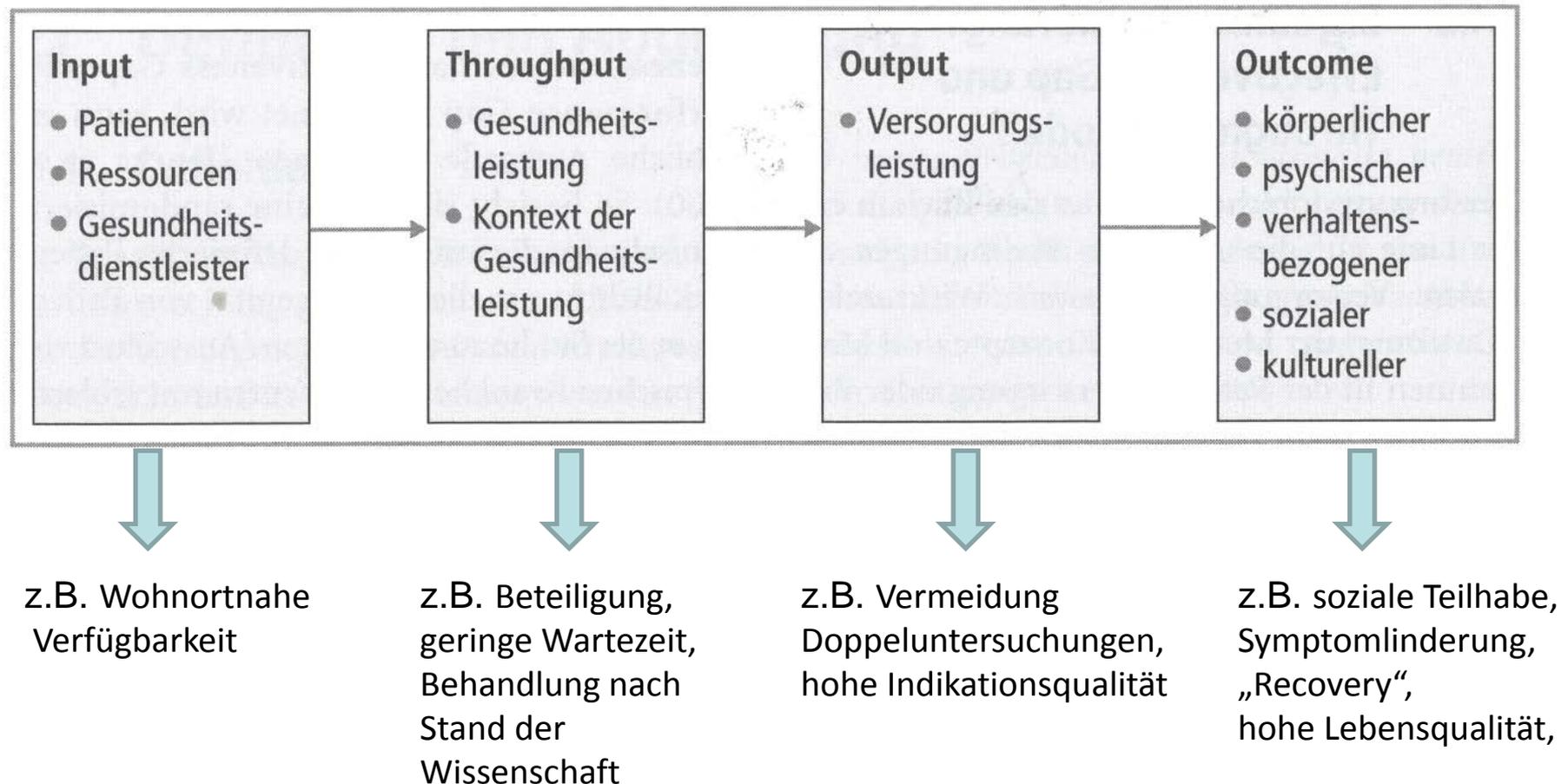
- I (1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.
- I (2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

Lehrbuch Versorgungsforschung

- I Drei zentrale Ziele der Versorgung: Patientenorientierung, Qualität, Wirtschaftlichkeit

Was bedeutet Bedarfsgerechtigkeit, Qualität, Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeit im konkreten Versorgungskontext?

I **Throughput-Modell** bildet Rahmenkonzept für wissenschaftliche Systematisierung der medizinischen Versorgung und die Ableitung konkreter Versorgungsziele



Was bedeutet Bedarfsgerechtigkeit, Qualität, Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeit im konkreten Versorgungskontext?

- I **Care Pathways:** *„komplexe Intervention mit gemeinsamer Entscheidungsfindung und Organisation der medizinischen Versorgung für eine spezifische Patientengruppe“*
- *Formulierung expliziter Versorgungsziele und von Kernelementen der Versorgung basierend auf „best evidence“ und Patientenerwartungen*
 - *Ermöglichung der Kommunikation und des Datenaustauschs zwischen Versorgern untereinander und mit Patienten*
 - *Dokumentation, Monitoring und Evaluation der Outcomes und der Variation der Versorgungsauscomes*

Was bedeutet Bedarfsgerechtigkeit, Qualität, Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeit im konkreten Versorgungskontext?

- | *“Die Leitlinien“ der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen.“*

- | *S3-Leitlinien - Beste Ressource für medizinische Entscheidungsfindung:*
 - *Repräsentative Entwicklergruppe*
 - *Systematische Evidenzrecherche und kritische Bewertung*
 - *Strukturierte Konsentierung von Empfehlungen*

- | *Z.T. empfehlen S3-Leitlinien Qualitätsindikatoren (QI)*
- | *Entwicklung / Empfehlung von QI aber derzeit uneinheitlich*

AWMF-Regelwerk: Leitlinien als Instrument des Qualitätsmanagements

- Die Orientierung an klar formulierten Zielen soll auch die Evaluation des Leitlinieneinflusses auf die Versorgung und Nutzung der Leitlinie als Instrument des Qualitätsmanagements unterstützen. In diesem Sinne ist es sinnvoll, möglichst spezifische Ziele zu formulieren, deren Erreichung überprüft werden kann.
- Die Umsetzung und die Auswirkungen der Leitlinie auf die Versorgung können mit Hilfe von klinischen Messgrößen und Qualitätsindikatoren überprüft werden, die aus den Leitlinienempfehlungen, die spezifische Ziele adressieren, abgeleitet werden.



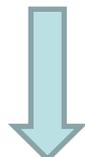
Übergeordnete Ziele der Gesundheitsversorgung:
Patientenorientierung, Qualität, Wirtschaftlichkeit



Spezifische Versorgungsziele



Evidenzbasierte LL- Empfehlungen zur Erreichung der VZ



Übertragung in Versorgungspfad



Qualitätsindikatoren zur Überprüfung des Grades der
Erreichung der VZ und der Unterschiede



PDCA
Daten!

Projekt: „Erarbeitung eines evidenz- und konsensbasierten Standards für die Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren“

I Ausgangssituation

I Insgesamt 109 gültige LL zum Stichtag 31.7.2016 via AWMF Datenbank

- Medizinische Fachgesellschaften (n = 85; 78%)
- Nationale VersorgungsLeitlinien (n = 8; 7%)
- Leitlinienprogramm Onkologie (n = 16; 15%)

Anteil der Leitlinien mit klinischen Messgrößen

	2016	2013 ¹
Gesamt	35/109 (32%)	34/87 (39%)
Medizinische Fachgesellschaften	16/85 (19%)	18/71 (25%)
Nationale VersorgungsLeitlinien	4/8 (50%)	7/7 (100%)
Leitlinienprogramm Onkologie	15/16 (94%)	9/9 (100%)

Projekt: „Erarbeitung eines evidenz- und konsensbasierten Standards für die Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren“

| *Förderung durch DFG*

| *Leitung:*

- *Prof. Schmitt*
- *Dr. Nothacker*
- *Prof. Neugebauer/ Dr. Pieper*

| *Koordination: Stefanie Deckert*

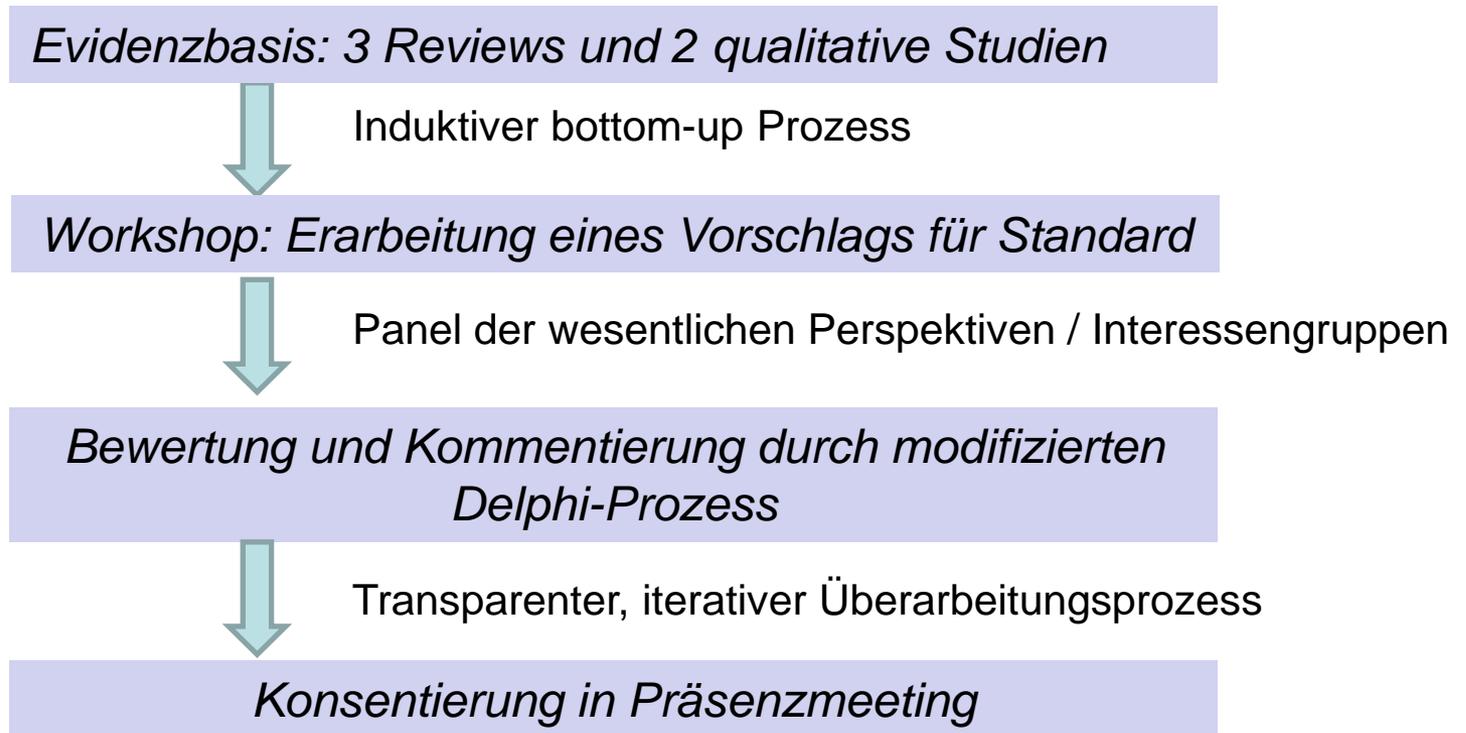
| *Internes QM: Prof. Geraedts*

| *Interessengruppenvertreter: Patientenvertreter, Ärzte, Pflege, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Institute, Politik, Leitlinienprogramme*

Andreas Büscher	Deutscher Pflegerat
Claudia Meiling	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
Corinna Schaefer	Bundesärztekammer
Cornelia Assion	Bundesministerium für Gesundheit
Dagmar Lühmann	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
Erika Sirsch	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
Franziska Diel	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Gerald Willms	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
Hans-Joachim Meyer	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Ina B. Kopp	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Karen Voigt	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Klaus Döbler	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement des MDK
Lutz Altenhofen	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Margarete Ostholt-Corsten	Deutsche Rentenversicherung Bund
Mark Coburn	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Markus Follmann	Leitlinienprogramm Onkologie
Monika Klinkhammer-Schalke	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
Norbert Birkner	Institut für Qualität & Patientensicherheit
Peter Falkai	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Reina Tholen	Deutscher Verband für Physiotherapie
Simone Wesselmann	Deutsche Krebsgesellschaft
Susanne Schorr	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Thomas Petzold	Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitsmanagement
Tim Niehues	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Timo Harfst	Bundespsychotherapeutenkammer
Burkhard Lebert	Patientenvertretung G-BA
Eva Buchholz	
Jürgen Matzat*	
Günther Carl	
Diana Drössel*	
Wolfgang Wodarg	Institutionsloser Vertreter
Christof Veit	

Projekt: „Erarbeitung eines evidenz- und konsensbasierten Standards für die Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren“

I Vorgehen:





Review 1: nationale S3-Leitlinien

- | In 10 von 11 S3-LL wurden keine expliziten Versorgungsziele formuliert.
- | In einer S3-LL des Leitlinienprogramms Onkologie (*Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Hodgkin Lymphoms bei erwachsenen Patienten*) wurden sieben Versorgungsziele aufgeführt. Diese lauteten u.a.: das „Staging soll so frühzeitig wie möglich abgeschlossen werden“ oder „Bei Verdacht auf ein Rezidiv ist eine erneute Diagnosesicherung mittels Lymphknotenbiopsie erforderlich“.



Review 2: internationale Leitlinien

- | 7 von 25 LL (1 SIGN (Schottland), 6 ICSI (USA)) nennen spezifische LL-Ziele.
- | Die QI korrespondieren größtenteils mit diesen Zielen.
- | In den Darlegungen zur Methodik der QI-Entwicklung gibt es jedoch keine Aussage zur Formulierung von LL-/Versorgungszielen

Ergebnis: Konsentierung von 30 Aussagen

Zu Beginn
d. LL
Erstellung

S3-LL-Erstellung

Block B:

Vorbereitende Arbeitsschritte für die leitlinienbasierte Empfehlung von QI

- QI-Methodiker integriert in LL-Gruppe
- Festlegung Geltungsbereich(e) d. LL
- Festlegung Versorgungsziel(e) d. LL

Im Prozess
d. LL
Erstellung

QI-Entwicklung

Block C:

QI-Entwicklergruppe und Zusammenarbeit mit LL-Gruppe

- Einberufung, Zusammensetzung der QI-Entwicklergruppe & Stimmberechtigung für QI-Empfehlungen
- Schulung der QI-Entwicklergruppe
- Zusammenarbeit LL-Gruppe und QI-Entwicklergruppe
- Interessenkonflikte bzgl. QI

Block D:

Potentielle QI

- LL-Empfehlung(en) als Basis für potentielle QI
- Reflexion der LL-Empfehlungen anhand potentieller QI
- ggf. Übernahme von publizierten QI
- Kategorisierung potentieller QI
- Darstellung potentieller QI
- Priorisierung potentieller QI
- Zweckbestimmung potentieller QI

Block E:

Bewertung d. *potentiellen* QI

- Auswahl Bewertungskriterien

Block F:

Verabschiedung & Publikation d. *vorläufigen* QI

- Verabschiedung der vorläufigen QI durch gesamte LL-Gruppe
- Publikation der vorläufigen QI

Nach d. LL
Erstellung

Block G:

Pilotierung / Testung d. *vorläufigen* QI



Ergebnis: 2 Aussagen adressieren Versorgungsziele

B-3) Final konsentiert Aussage

Wir empfehlen, in Vorbereitung auf die Erarbeitung von leitlinienbasierten QI zu Beginn der S3-Leitlinienerstellung Versorgungsziele mit Bezug auf den Geltungsbereich der LL zu formulieren.

Abstimmungsergebnis

Anzahl der stimmberechtigten Personen: 21; Anzahl der abstimmenden Personen: **21**

Zustimmung: 21

Ablehnung: 0

Enthaltung: 0



Ergebnis: 2 Aussagen adressieren Versorgungsziele

D-4) Final konsentierete Aussage

Wir empfehlen, potentielle QI auf Versorgungsziele auszurichten. Hierbei ist eine Kategorisierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hilfreich.

Abstimmungsergebnis

Anzahl der stimmberechtigten Personen: 21; Anzahl der abstimmenden Personen: **21**

Zustimmung: 15

Ablehnung: 0

Enthaltung: 6

Zusammenfassung und Fazit

- | Die übergeordneten Versorgungsziele sind eigentlich klar
- | Herausforderung ist die Formulierung spezifischer Versorgungsziele für spezifischen Kontext
- | Explizite, spezifische Versorgungsziele sind zentral für Leitlinienarbeit, klinische Pfade, Netzwerke, „innovative“ Versorgungskonzepte (Ankerfunktion)
- | Mindestens beteiligte Leistungserbringer und Patienten sind zu beteiligen (transparenter Prozess)
- | Qualitätsindikatoren dienen der Überprüfung der Erreichung der Versorgungsziele und der Varianz / Determinanten der Zielerreichung

Zusammenfassung und Fazit

Zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sind unbedingt notwendig:

1. Spezifische, anerkannte Versorgungsziele, auf die alle hinarbeiten
(gemeinsame Verantwortung!)
2. Darauf abgestimmte, gute Qualitätsindikatoren
(Relevanz, Wissenschaftlichkeit, Praktikabilität!)
3. Eine IT-Infrastruktur, Datenzugang und Datennutzung für Monitoring und Evaluation der Versorgung
(lernendes System!)

...vielen Dank an das Projektteam

- | AWMF-IMWi - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; Institut für Medizinisches Wissensmanagement (Fachbereich Medizin) c/o Philipps-Universität Marburg
 - ***Dr. Monika Nothacker, MPH (Projektleiterin), Marie Bolster, M.Sc.***
- | ZEGV - Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden
 - ***Stefanie Deckert, MPH (Projektkoordinatorin), Dipl.-Soz. Katrin Arnold, Marie Brombach, M.Sc.***
- | IFOM - Institut für Forschung in der Operativen Medizin; Fakultät für Gesundheit (Department für Medizin) an der Universität Witten/Herdecke und MHB - Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
 - ***Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund Neugebauer (Projektleiter)***
- | IFOM - Institut für Forschung in der Operativen Medizin; Fakultät für Gesundheit (Department für Medizin) an der Universität Witten/Herdecke
 - ***Dr. Dawid Pieper, MPH, M.Sc. (stellv. Projektleiter), Dipl.-Ges.oec. Monika Becker, Jessica Breuing, M.Sc.***
- | Interne Qualitätssicherung: Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie an der Philipps-Universität Marburg
 - ***Prof. Dr. Max Geraedts, M.San.***

...sowie vielen Dank an das Delphi-Panel

Andreas Büscher	Deutscher Pflegerat
Claudia Meiling	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
Corinna Schaefer	Bundesärztekammer
Cornelia Assion	Bundesministerium für Gesundheit
Dagmar Lühmann	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
Erika Sirsch	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
Franziska Diel	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Gerald Willms	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
Hans-Joachim Meyer	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Ina B. Kopp	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Karen Voigt	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Klaus Döbler	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement des MDK
Lutz Altenhofen	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Margarete Ostholt-Corsten	Deutsche Rentenversicherung Bund
Mark Coburn	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Markus Follmann	Leitlinienprogramm Onkologie
Monika Klinkhammer-Schalke	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
Norbert Birkner	Institut für Qualität & Patientensicherheit
Peter Falkai	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Reina Tholen	Deutscher Verband für Physiotherapie
Simone Wesselmann	Deutsche Krebsgesellschaft
Susanne Schorr	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Thomas Petzold	Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitsmanagement
Tim Niehues	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Timo Harfst	Bundespsychotherapeutenkammer
Burkhard Lebert	Patientenvertretung G-BA
Eva Buchholz	
Jürgen Matzat*	
Günther Carl	
Diana Drössel*	
Wolfgang Wodarg	Institutionsloser Vertreter
Christof Veit	



UniversitätsCentrum
Evidenzbasierte
Gesundheitsversorgung

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Versorgungspfaden und Versorgungszielen

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt

Berlin, 16.05.18



Wesentliche Ergebnisse aus Qualitativer Studie 1

I Gründe für Nicht-Formulierung von QI:

- bei FG-Leitlinienautoren: Leitlinienprogramm oder methodische Begleitung ließ keinen entsprechenden Arbeitsauftrag erkennen; mangelnde finanzielle Ressourcen; fehlende Pilotierungsergebnisse bezüglich QI
- NVL-Autoren: QI-Erstellung hatte im Leitlinienprozess vergleichsweise geringe Priorität
- OL-Autor: schwache Evidenzbasis der Leitlinien-Empfehlungen; mangelnde Datenverfügbarkeit

I Gründe für Formulierung von QI:

- FG-Leitlinienautoren: vorrangig Überzeugung, dass QI für Qualitätsmessung und -sicherung wichtig
- NVL-Autor: Vorgabe des LL-Programms, dass QI erarbeitet werden sollen
- OL-Autoren: Vorgabe des LL-Programms, dass QI erarbeitet werden sollen; ausreichende Finanzmittel; Überzeugung, dass QI wichtig

I Förderlich im Prozess der QI-Formulierung:

- programmübergreifend: bereitgestellte methodische Unterstützung seitens des Leitlinienprogramms; Vorkenntnisse bezüglich QI
- speziell im OL-Programm: ausreichende Finanzmittel; in OL und NVL-Programm: manualisierter QI-Entwickl.prozess

I Hemmend im Prozess der QI-Formulierung:

- programmübergreifend: QI-Erarbeitung erst spät im Leitlinienprozess auf Agenda; Zeitaufwand der QI-Erarbeitung; schwierige Umsetzbarkeit potenziellen QI aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit

Fazit aus Qualitativer Studie 1

- | Ressourcenprobleme - besonders im S3-LL-Programm der Fachgesellschaften - müssen behoben werden, wenn regelhafte QI-Erarbeitung angestrebt wird
- | Relevanz der Formulierung von QI („Arbeitsauftrag“) sollte seitens der methodischen Begleitung frühzeitig an LL-Gruppen herangetragen und Umsetzung dann konsequent unterstützt werden; wichtig ist auch Verdeutlichung von Sinn und Zweck von QI
- | praktische Relevanz/gelebte praktische Umsetzung der QI im Versorgungssystem ist - angesichts des Zusatzaufwandes der QI-Erarbeitung - wichtiger Motivator für LL-Gruppen, der jedoch außerhalb des onkologischen LL-Programms noch zu wenig greift
- | Manuale allein garantieren QI-Entwicklung nicht