



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



**Bundesministerium
für Gesundheit**

Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen:
Ergebnisse und Perspektiven, Berlin 2. und 3. Mai 2007

Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung

Dr. Berndt Birkner FEBG, FASGE, AGAF
Vorsitzender QM Kommission Kassenärztliche Vereinigung Bayern
München

*Qualitätsmanagement in der
Ambulanten Versorgung*

Status quo ante

§ 135 SGB V 1993

- Nutzen
- Qualifikation
- Dokumentation
- Richtlinien der KBV zu Verfahren der Qualitätssicherung

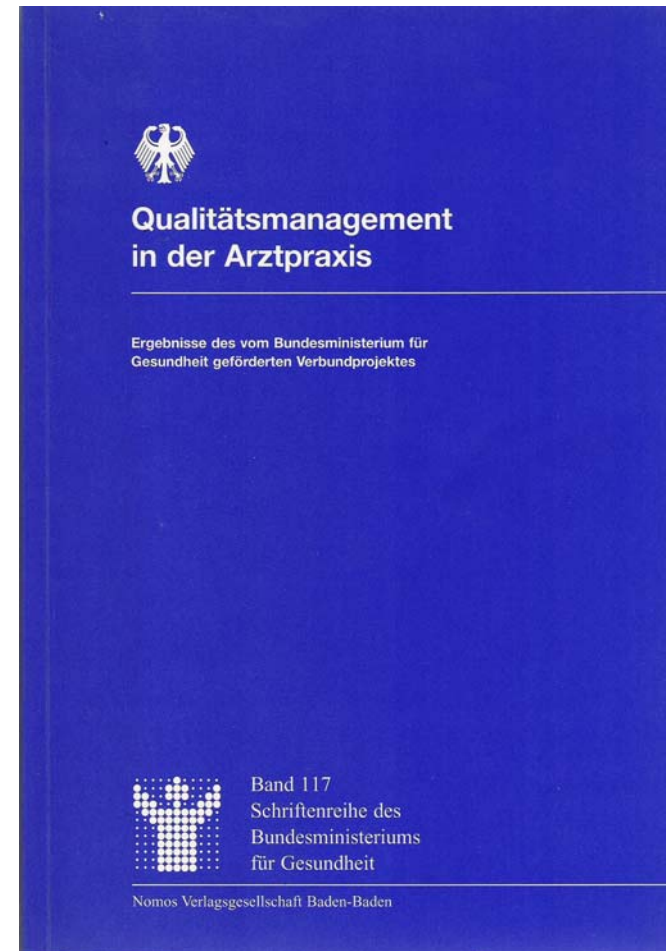
Richtlinie der KBV zu Verfahren der Qualitätssicherung nach § 135 SGB V

- Ärztliche Qualitätszirkel
- Kolloquien
- Stichproben

Die Wege zum QM in der ambulanten Versorgung



April 1994, Windhagen



April 1999

Defizite im QM in der ambulanten Versorgung (1)

- Erarbeitung konsensfähiger Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung
- Entwicklung konsensfähiger Leitlinien
- Medizinische und ökonomische Evaluation von Richt- und Leitlinien und anderen Verfahren des QM
- Erarbeitung von Vorstellungen über eine qualitätsgesicherte Praxis

Defizite in der ambulanten Versorgung (2)

- Einrichtung einer tragfähigen Infrastruktur zur Unterstützung und Akkreditierung von Qualitätszirkeln
- Verbesserung der Rückmeldung von Ergebnissen incl. der „Kunden“-Zufriedenheit und der Kommunikation in der Versorgungskette
- Anreizforschung zum Qualitätsmanagement

QM Teilprojekte in der Arztpraxis

- Ablauf- und Schwachstellenanalysen
- Qualitätssicherung nach DIN EN ISO 9000ff
- Patientenerwartungen und Zufriedenheit als Prozessqualitätsindikatoren
- Laufende (EDV-gestützt) Selbstbewertung von Prozess- und Ergebnisqualität
- Entwicklung qualitätsgerechter Dokumentationsverfahren in der hausärztlichen Praxis
- Aufbau und Begleitung von Beratungsstellen für QM bei KVen

Qualitätsmanagement in der Ambulanten Versorgung

Status quo

Verbreitung QM Systeme in Europa

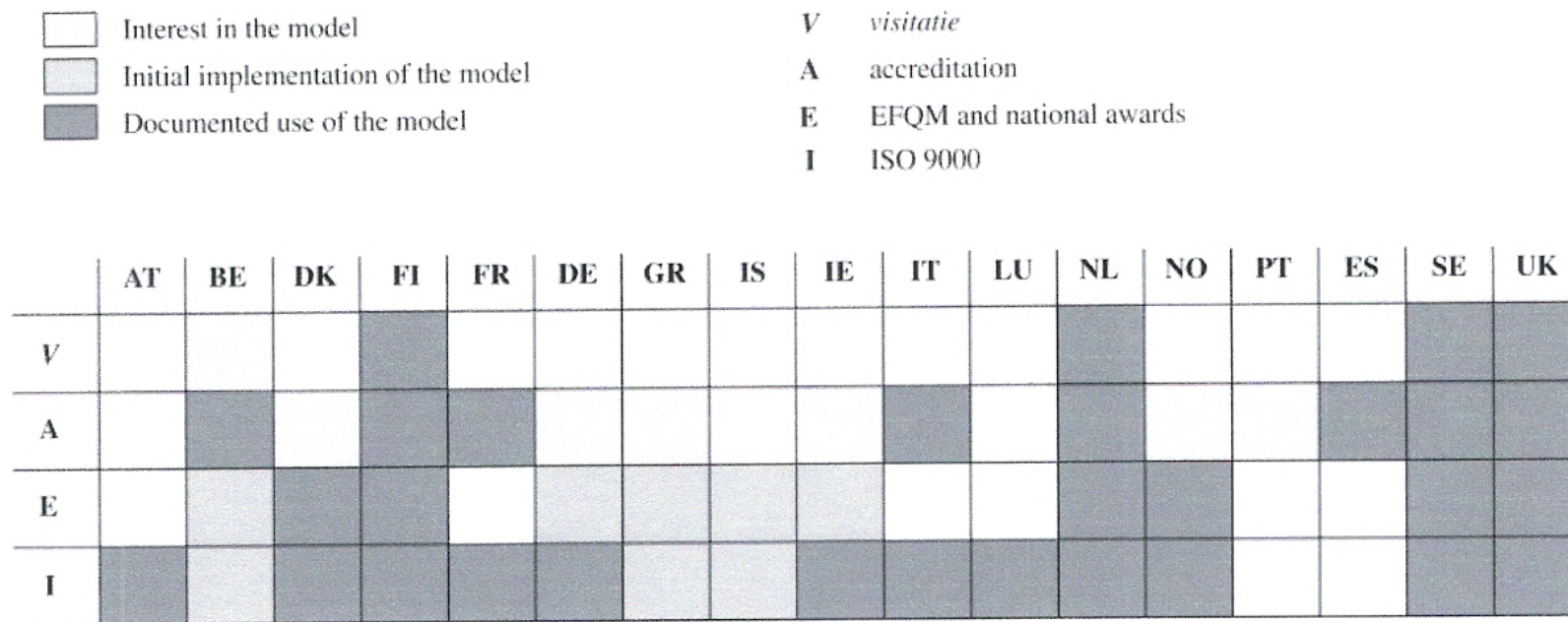


Figure 1 Use of the four models in Europe as identified by research partners.

QM Systeme in Europa

Accreditation Program Growth Based on
Year of First Survey, 1990–2004

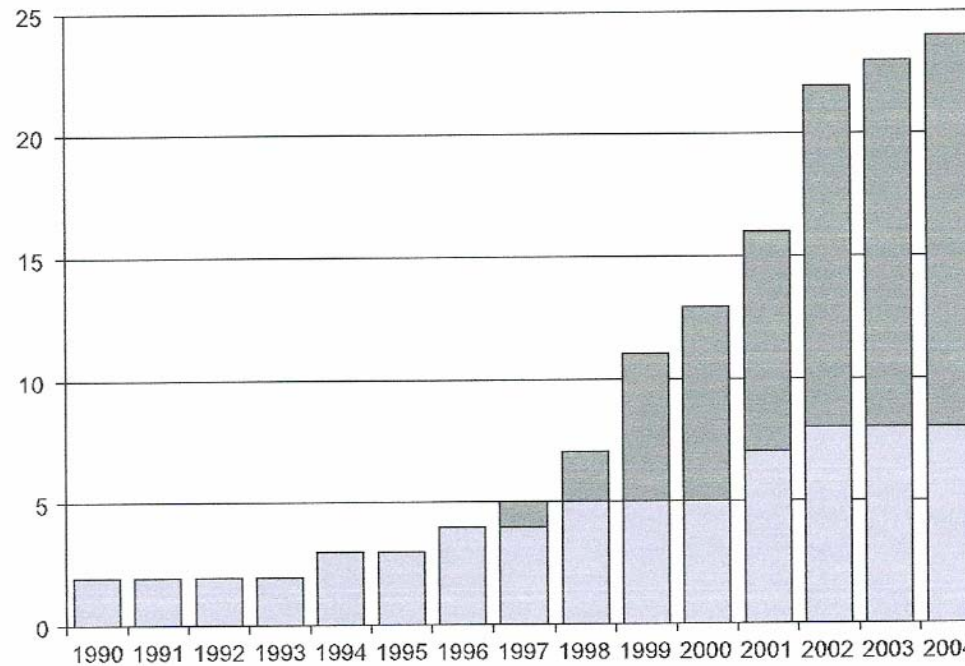


Figure 1. *The purple portions of the bars represent accreditation programs that are independent of the government; the gray portions represent programs that are partially or entirely run by the government.*

SGB V - WSG 2007

- § 135a Abs 2 , 2: Verpflichtung zur Einführung QM
- § 135 a Abs 2, 3: Datenmeldung an das Institut nach § 137 a (ab 1.Juli 2008)
- § 136 : KVen und Qualitätsbeurteilung (Stichproben und ggfs Vollerhebung)
- § 136 a Maßnahmen QS und Anforderungen QM (Kommentar: sektorenübergreifend und einheitlich)
- § 137 G-BA als Richtliniengeber für Maßnahmen, Anforderungen, Indikationsprüfung, Mindestanforderungen an Struktur-,Prozess und Ergebnisqualität, Honorarabschlüsse

SGB V – WSG 2007

- § 137 a Umsetzung der QS und Darstellung der Qualität: Beauftragung einer fachlich unabhängigen Institution
 - Indikatoren und Instrumente zur Messung und Darstellung
 - Q-Dokumentation
 - Durchführung von QS
 - Darstellung der Ergebnisse der Q-Messung

Kommentar: ..stärker wissenschaftlich ausgerichteten Institution...Normen, Werkzeuge der Qualitätsmessung zu entwickeln undQualitätssicherung gestalten, durchzuführen und auszuwerten.....

Richtlinie des G-BA zu den Mindestanforderung an QM (2006)

- Qualitätselemente
- Qualitätsinstrumente
- Personelle Strukturmaßnahmen
- QM-Kommission
- Stichprobenerhebungen zur Umsetzung
- Evaluation

Weiterentwicklung des QM in der ambulanten Versorgung-Beteiligte

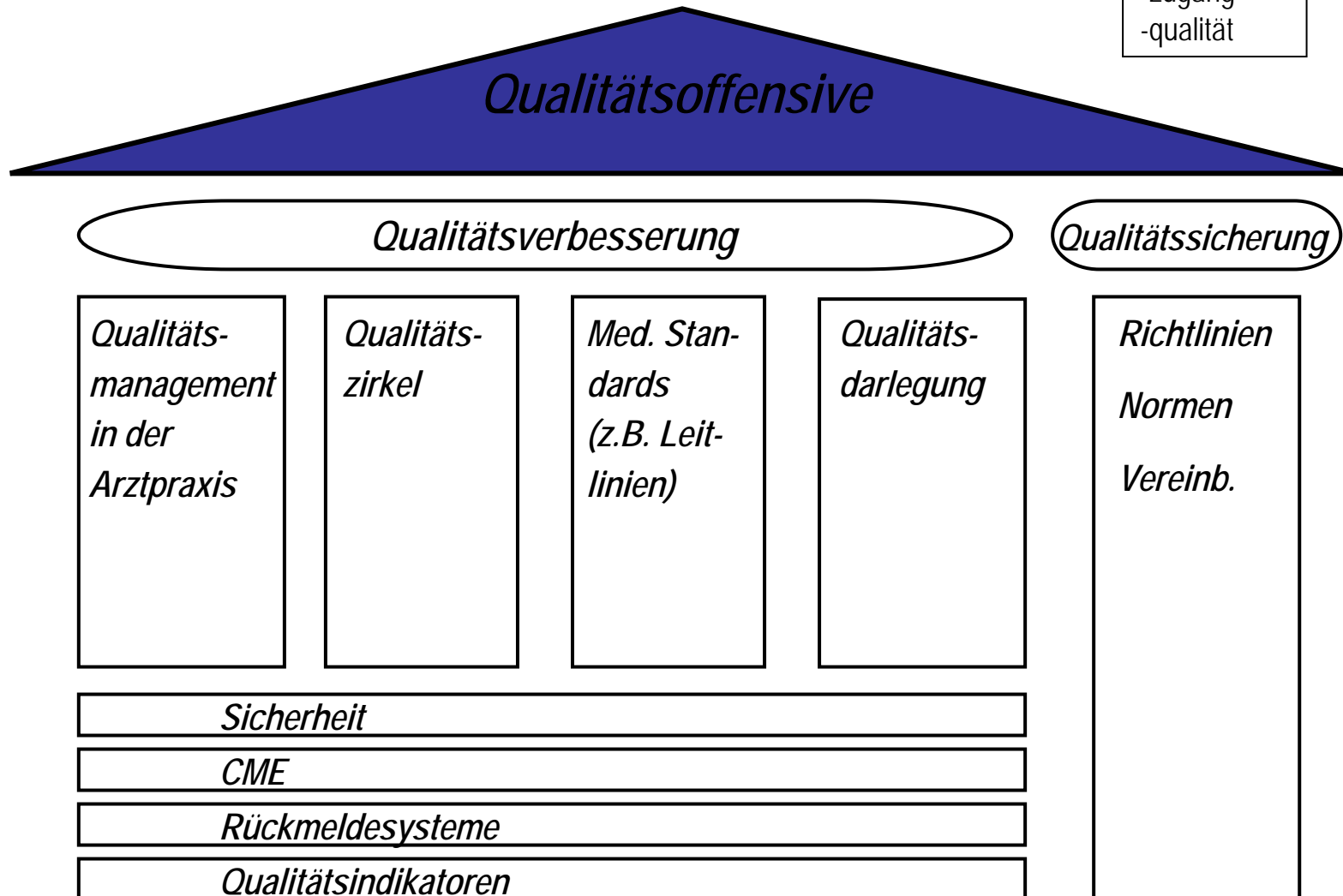
- *Makroebene*
 - Gesetzgeber (SGB V)
 - Gesundheitspolitik
 - Gesellschaft
- *Metaebene*
 - Ärztliche Selbstverwaltung
 - Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinienkommission)
 - Berufsverbände (Fachgebietsspezifische QM)
- *Mikroebene*
 - Patientenhilfsorganisationen
 - Leistungserbringer (und Verbände)
 - Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Instrumente der Weiterentwicklung

- ***Makroebene***
 - Gesetzliche Grundlage der Versorgungsqualität und Sicherheit
 - Rahmengesetzgebung ärztliche Honorare mit Qualität verbinden
 - Nachfrage nach Qualität in der Bevölkerung fördern
- ***Metaebene***
 - Qualitätsziel- und indikatorenentwicklung
 - Umsetzung Pay for Performance
 - Bedarfs- und evidenzbasierte Leitlinien
 - Leitlinienimplementierung unter Einsatz von einrichtungsinternem QM
 - Versorgungsforschung der Effekte von Qualitätsmanagement an Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren
- ***Mikroebene***
 - Umsetzung G-BA Richtlinie zu Mindestanforderungen
 - Schaffen des Qualitätsbewußtseins
 - Fortbildung und Qualifikation für Qualitätsmanagement

Qualität der Leistungen:

Versorgungs
-umfang
-zugang
-qualität





Process quality in a series of 230,756 outpatient colonoscopies



Alexander Crispin⁽¹⁾, Berndt Birkner⁽²⁾, FASGE, AGAF, Ulrich Mansmann⁽¹⁾, Axel Munte⁽³⁾

Introduction

The importance of colonoscopy for secondary prevention of colorectal carcinoma is rising. Maximum effectiveness and safety require adherence to recognized international standards such as the 2006 ASGE quality indicators (Rex, 2006).

Our **aim** was to assess the process quality of colonoscopies and identify factors associated with substandard quality in a large outpatient series to provide a reliable benchmark for international comparisons.

Patients and methods

KVB colonoscopy database

Since January 2006, outpatient colonoscopies performed by members of the Association of Colonoscopy and Endoscopy (CHI) Physicians in Bavaria (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, KVB) are documented in a central database. Data are entered via web portal, secured by login and SSL encryption.

The KVB database covers demographic characteristics, colonoscopy indications, indicators of process quality, macroscopic and histological findings, diagnosis, acute complications, and further diagnostic and therapeutic recommendations. In case of a cancer diagnosis with subsequent hospitalization and operation, information on tumor stages is merged as soon as the results of the histological workup are available.

Patients

During 2006, 230,756 patients older than 18 years had at least one colonoscopy (176,265 curative or tumor aftercare, 54,491 screening).

Statistical methods

Data on socio-demographic characteristics and process quality indicators are described using adequate measures of location and dispersion. Risk factors for incomplete colonoscopies were explored using multiple logistic regression with forward selection on an alpha level of 0.05.

Results

n	230,756
Age (m ± s)	58.6 ± 13.9
Age (% younger than 65 years)	32.61
Sex (% women)	56.76
Indication (% screening clients)	23.68

Indicators of process quality

Complete colonoscopies (%)	97.43
Photo documentation present (%)	98.87
Colon preparation	
Clear bowel (%)	97.43
Liquid residues (%)	21.98
Dirty bowel (%)	1.47
Sedation/analgesia (%)	92.93

Reasons for incomplete colonoscopies (n = 5922)

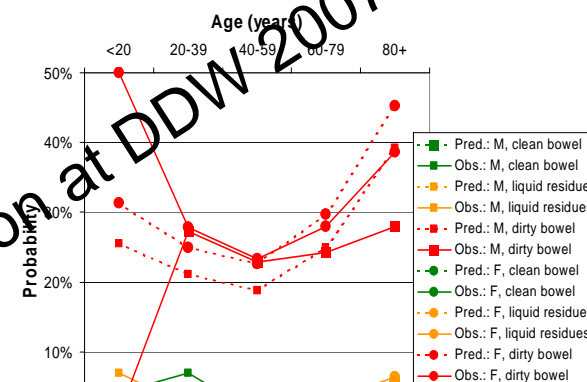
Adhesions (%)	16.72
Impassable stenosis (%)	16.33
Colon too long (%)	8.85
Complication (%)	1.47
No reason given (%)	60.28

Patient characteristics associated with a higher risk for incomplete colonoscopies

Characteristic	Odds Ratio	95% CI
Age	0.936 per year	0.926–0.946
Age ²	1.001 per year	1.001–1.001†
Female sex	1.335	1.264–1.410
Curative colonoscopy	1.463	1.364–1.569
Noncolonoscopy	2.049	1.890–2.222
Sedation/analgesia		
Colon preparation		
clear	1.165	1.093–1.243
Dirty vs. clear bowel	15.984	13.764–16.311

† Rounding artifact, SE = 0.000669

Model fit: predicted and observed probabilities of incomplete colonoscopies



Conclusions

Our findings for a large panel of process quality indicators for outpatient colonoscopies may serve as a benchmark for comparisons with other programs.

Sedation and thorough bowel cleansing are modifiable factors conducive to the completeness of colonoscopies.

Reference

Rex, D. K. (2006). Maximizing Detection of Adenomas and Cancers During Colonoscopy. *Am J Gastroenterol*, 101, 2866–2877.

Contact

Alexander Crispin, MD, MPH
E-Mail: cri@ibe.med.uni-muenchen.de

⁽¹⁾ Department of Medical Informatics, Biometry, and Epidemiology (IBE), LMU – University of Munich, Germany

⁽²⁾ Gastroenterological Practice, Munich, Germany

⁽³⁾ Association of CHI Physicians in Bavaria (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, KVB), Munich, Germany

QM in der ambulanten Versorgung-BRD

Abbildung 4a: „In welcher Phase des Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?“ (n=601)

Einführung von QM in der eigenen Praxis

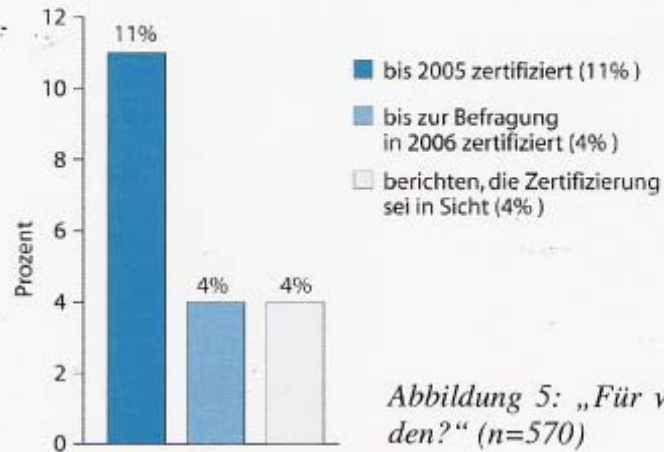


Abbildung 5: „Für welches System haben Sie sich entschieden / werden Sie sich entscheiden?“ (n=570)



QM in der ambulanten Versorgung-BRD

Abbildung 6: „Warum haben Sie sich gerade für dieses QM-System entschieden“ (n=346)

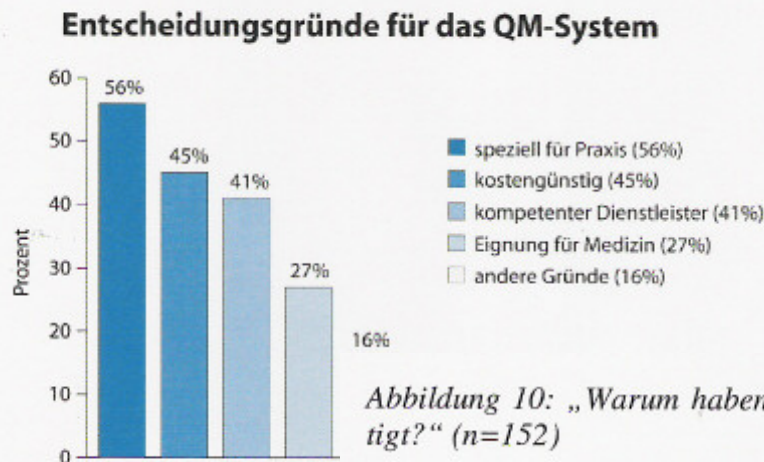
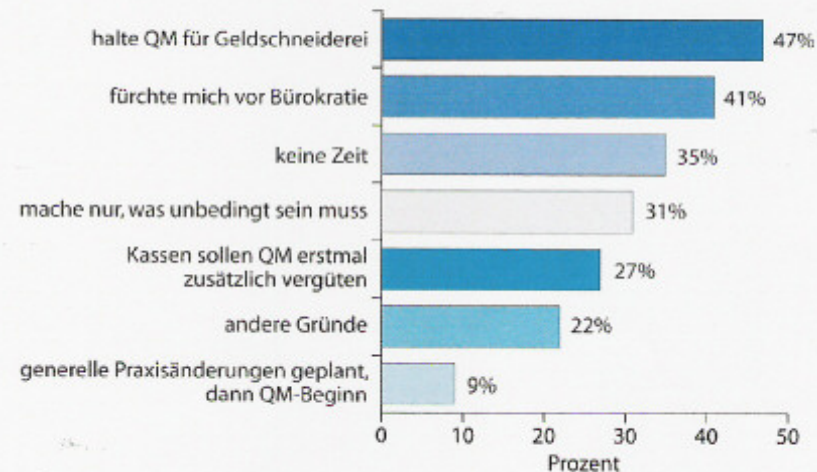


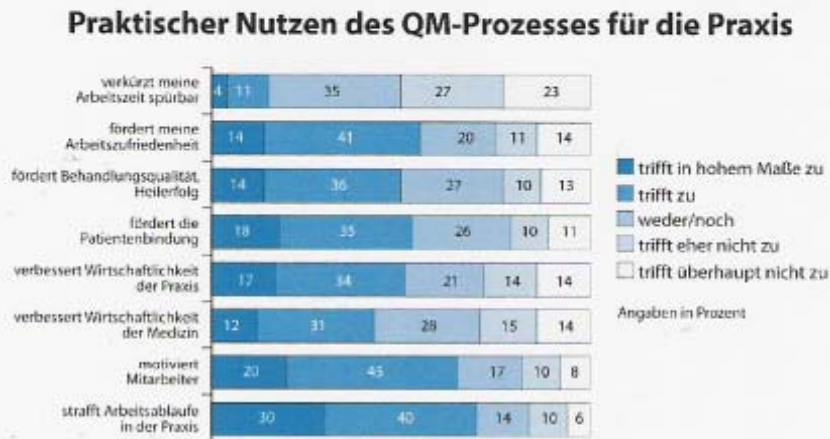
Abbildung 10: „Warum haben Sie sich bislang noch nicht mit QM für ihre Praxis beschäftigt?“ (n=152)

Gründe, warum die Ärzte sich noch nicht mit QM beschäftigt haben



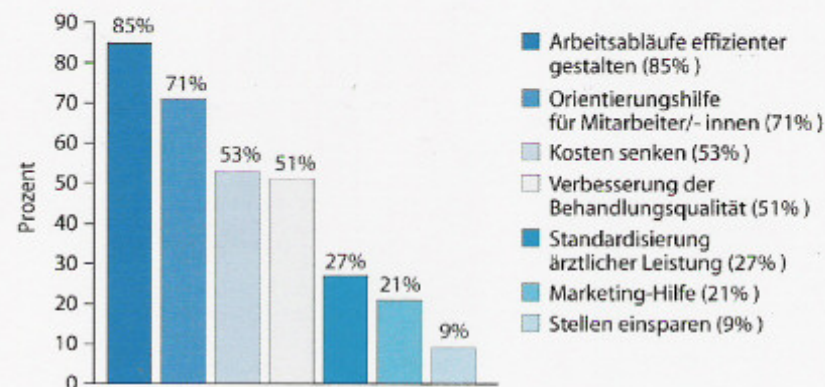
QM in der ambulanten Versorgung-BRD

Abbildung 12: „Welchen praktischen Nutzen hat(te) der QM-Prozess ganz konkret für Ihre Praxis?“ (n=222; von links: trifft in hohem Maße zu – trifft zu – weder/noch – trifft eher nicht zu – trifft überhaupt nicht zu; Angaben in Prozent)



11: „Was sollten für Sie die Hauptfunktionen von QM in der ärztlichen Praxis (763)

Die Hauptfunktionen von QM in der ärztlichen Praxis



Aufwand und Bedeutung von Qualitätszielen (QEP)

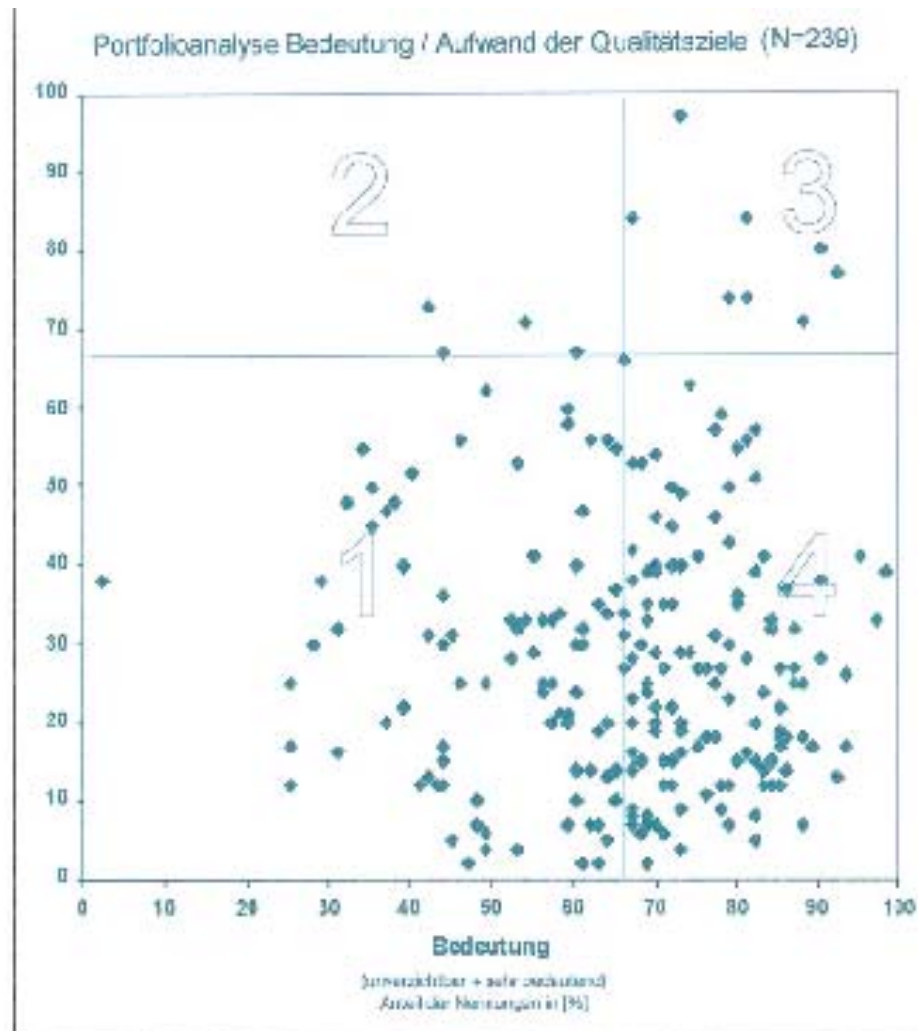
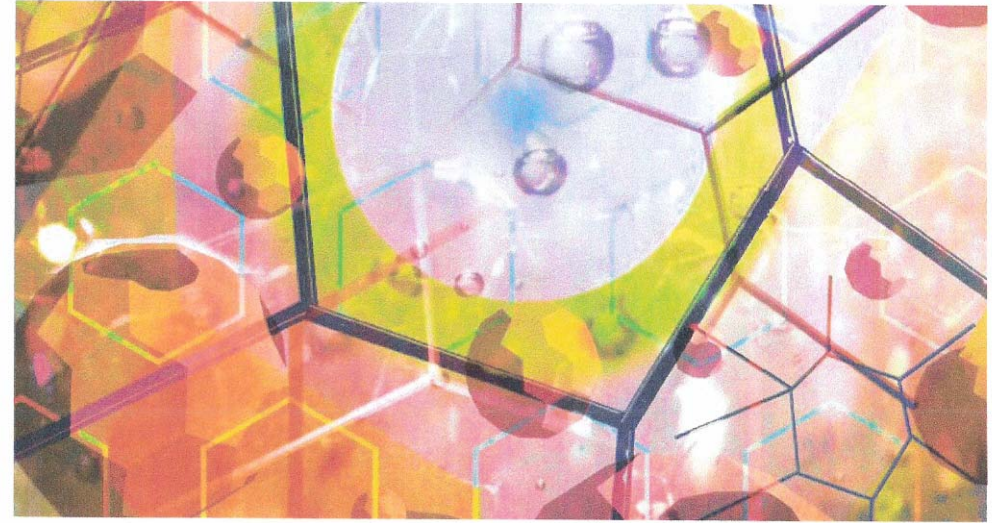


Abb. 1. Portfolio-Diagramm für die Bedeutung der Qualitätsziele und den Realisierungsaufwand.



*Ein Beispiel:
QEP basiert
Leitlinienorientiert
Indikatorengeleitet
Fachspezifisch*



ICSI's Leading a Culture of Quality Action Group to develop cultures that embrace quality as a powerful strategy (see story page 10). We are inspired by the work they are doing, and we think you will be, too.

The work on culture is only one of five initiatives identified by the ICSI board of directors to accelerate the pace of health care improvement. Other initiatives ICSI plans to pursue during the next several years include:

- Achievement of substantial improvements ("quantum leaps") in a few goal areas — not incremental change, but instead large improvements to be achieved across the entire population served by ICSI member organizations.

care and reduce avoidable deaths. This is being done by developing order sets and protocols for common conditions and procedures as well as collaboratives that focus on the implementation of methods and systems that have been shown to be effective in preventing avoidable

"It has become more and more clear that process improvement in an organization needs the right beliefs and values — the right culture — to be successful."

deaths and complications.

ICSI's increasing role in promoting health care quality is evident at many levels in the state. ICSI has been asked to provide expert testimony to the

QM in der ambulanten Versorgung – Quo vadis ?

- Qualitätsbewußtsein als Zeichen des ärztlichen Professionalismus
- Arztspezifisches Qualitätsmanagement (z.B. QMI)
- Evidenzbasierte, leitlinienorientierte Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren (QEP®)
- Leitlinienimplementierung durch einrichtungsinternes Qualitätsmanagement
- „Pay for Performance“ als Qualitätssteuerung

*Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !*