



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

Arbeitskreis “Ärzte und Juristen” der AWMF

Klinik- und Ärzteranking

R. Heyder, Generalsekretär VUD

Würzburg, 17. April 2015

Gliederung:

I. Typologien

II. Methodische Herausforderungen

III. Politische Herausforderungen

I. Typologien

Ziel von Qualitätsvergleichen

Interne Verwendung:

- Tool zur Unterstützung des Qualitätsmanagement in den Klinika

Externe Verwendung:

- Entscheidungsunterstützung für Patienten und Einweiser
- Treffen einer Zulassungsentscheidung (Angebotsplanung)
- Pay for Performance (Zu-/Abschläge)

Zielsetzung bestimmt Anforderungen an den Vergleich (Indikatoren, Präzision, Datenquellen etc.)

Wer wird verglichen?

- Betrachtungsebene
 - Einzelner Arzt
 - Fachabteilung → Interdisziplinarität?
 - Institution Krankenhaus, dann aber differenziert nach Indikationen
- Krankenhausrankings derzeit auf Institution ausgelegt, nicht auf einzelnen Arzt
- Muss auch so sein, denn es handelt sich um institutionelle Leistungserbringung, nicht persönliche
- Anders bei Vertragsärzten
- Patienten und Einweiser orientieren sich aber auch bei Krankenhäusern oft am individuellen Arzt (Koryphäen, Ruf des Klinikchefs etc.)

Welche Qualität wird verglichen?

- Vergleichsdimensionen für Qualität
 - Nicht-medizinisch (z.B. Freundlichkeit, Qualität der Verpflegung)
 - Medizinisch
 - Struktur- und Prozessqualität
 - Ergebnisqualität
 - Patientensicherheit
- Je nach Fragestellung unterschiedliche Indikatorensets
- Problem der Aggregation von Qualitätsdimensionen: Welcher Indikator ist höher, welcher niedriger zu gewichten?
- Wer entscheidet über die Gewichtung?

Welche Datenquellen werden verwendet?

- Datenquellen
 - Routinedaten (meist Abrechnungsdaten)
 - Gezielt für Qualitätssicherungszwecke erhobene Daten (Selbstauskunft)
 - Register
 - Patientenbefragungen (z.B. Picker)
 - Einweiserbefragung (z.B. Focus-Ranking)
- Je nach Datenherkunft unterschiedliche Stärken und Schwächen der Datenbasis
- Erfassungslücken (z.B. ICD, OPS, Nebendiagnosen Sterblichkeit) → Nur stationär? Oder auch ambulant?
- Zielkonflikte aufgrund unterschiedlicher Verwendungszwecke (z.B. Abrechnung vs QS)
- Strategieanfälligkeit

II. Methodische Herausforderungen

Risiko-Adjustierung

- Unabdingbar für fairen Vgl. → Grund: Patientenselektion
- Bisher in D nicht gelöst → Alter, Geschlecht reicht nicht
- Es geht um Risikofaktoren, die außerhalb der Kontrolle des einzelnen Krankenhauses liegen, z.B.
 - Vor- bzw. Begleiterkrankungen
 - Körperliche oder geistige Behinderung
 - Progression der Erkrankung bei Aufnahme (z.B. Krebs, Schlaganfall)
- Problem: Viele Faktoren in Routinedaten nicht differenziert
- Keine Methode kann alle Einflussfaktoren berücksichtigen → immer Unschärfen
- Methodentransparenz unabdingbar
- Statistisch auffälliger Indikator ≠ Qualitätsproblem → Patientenakten

Weitere statistisch-methodische Fragen

- Fallzahlen → Konfidenzintervall, statist. Signifikanz
- Tools für Leistungsbereiche mit kleinen Fallzahlen überhaupt verwendbar (Seltene Erkrankungen etc.)?
- Identifikation von Ziel-/Toleranzbereichen → Mindestqualität
- Validierungsaufwand → Aktualität der Indikatoren?

Relevantes nicht immer messbar, Messbares nicht immer relevant

- Es hängt vom Ziel der Messung ab, was relevant ist
- Beispiel Sterblichkeit
- Struktur- und Prozessqualität vs Ergebnisqualität (Bsp. Mindestmenge) → Relevanz von Surrogat-Parametern
- Diskussion um Bereinigung der AQUA-Indikatoren
- Zuordenbarkeit von Verantwortlichkeit: Welcher Leistungserbringer trägt die medizinische Verantwortung für das gemessene Qualitätsergebnis?

Ranking vs Rating

- Ranking: krankheitsbildbezogen oder abteilungsbezogen, klare Rangfolge einzelner Leistungserbringer
- Rating: abteilungsbezogen (nicht einzelne Krankheitsbilder), keine Rangfolge einzelner Leistungserbringer, nur Gruppen

III. Politische Herausforderungen

Ausgangslage

- Wildwuchs von mehr oder weniger brauchbaren Qualitätsrankings (AOK-Krankenhausnavigator, Weisse Liste, Focus-Ranking, IQM, qualitaetskliniken.de, Hamburger Krankenhausspiegel ...)
- Teils völlig unterschiedliche Ziele, Methoden, Datengrundlagen
- Teils wenig Methodentransparenz
- Heterogene Interessenlage bei Anbietern von Rankings
- Ringen um Deutungshoheit
- Vielfalt stiftet eher Verwirrung als Orientierung
- Enormer methodischer Entwicklungsbedarf bei Qualitätsmessung → siehe Veit et al. „P4P im Gesundheitswesen“ (2012)
- Gründung IQTiG (GKV-FQWG 2014: § 137 a SGB V) → soll Standards entwickeln

Ziel von Qualitätsvergleichen

Interne Verwendung:

➤ Tool zur Unterstützung des Qualitätsmanagement

Externe Verwendung (Fehlanreize, Strategiefanfälligkeit):

- Entscheidungsunterstützung für Patienten und Einweiser
 - Brauchbar? Zielgruppengerecht? Oder irreführend?
- Treffen einer Zulassungsentscheidung (Angebotsplanung)
 - Herausnahme von „Schlechtleistern“ → aber: In welchem Umfang?
- Pay for Performance (Zu-/Abschläge)
 - (Mengen-)Anreize (Fall- oder Strukturbezug?)
 - Auch für Schlechtleistung?
- Gretchenfrage Justiziabilität

Prognosen (1)

- Sektoren übergreifende Zusammenführung von Daten, vor allem ambulant und stationär
- Mehr Routinedaten, weniger „Selbstauskünfte“
- Steigende Bedeutung von Qualitätsregistern
- Ausprobieren von P4P und Zulassungsentzug für wenige Indikationen mit lösbaeren Daten- und Methodenproblemen
- Eher Rating als Ranking
- Auf Patienten zielende Informationsangebote werden heterogen bleiben (Wettbewerb und Markt) → These: Sobald ein Angebot relevante Steuerungswirkung entfaltet, wird es gerichtlich überprüft

Prognosen (2)

- Diskussion über Zertifizierung vs Qualitätsmessung → eher Struktur- und Prozessqualität, nicht Ergebnisqualität
- Diskussion über interne vs externe Verwendung von Quali-Indikatoren → „Man kann Qualität nicht von außen in ein Krankenhaus hinein prüfen“

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.

Ralf Heyder, Generalsekretär

Tel. 030/3940517-0

heyder@uniklinika.de