



Alexianer

Qualitätsindikatoren als Instrument der Unternehmensentwicklung

Annegret Douven Ärztliche Leitung Unternehmensentwicklung Somatik

Helena Weiß Referentin Unternehmensentwicklung Somatik





SOMATIK



PSYCHIATRIE



SENIOREN



EINGLIEDERUNG

Krankenhäuser:

19 mit 4.224 Betten/Plätzen
davon *Psychiatrie*: 1.982
davon *Somatik*: 2.125
davon *Reha*: 117

Pflegeeinrichtungen:

27 mit 1.486 Plätzen

Eingliederungshilfe:

Arbeit: 4.063 Plätze
Wohnen: 1.974 Plätze

Kinder- und Jugendhilfe:

158 Plätze

Krankenpflegeschulen:

522 Auszubildende

MVZ:

9 mit 48 Praxen

Dienstleistungsgesellschaften:

7

Integrationsbetriebe:

9

Mitarbeiter/innen:

15.426

Pflege-/Berechnungstage 2018:

3.453.710

Bilanzsumme (2017):

1.177 Mio.€

Gesamtumsatz (2017):

1.009 Mio.€

Mitarbeitende:

15.500

Ohne Beteiligungen



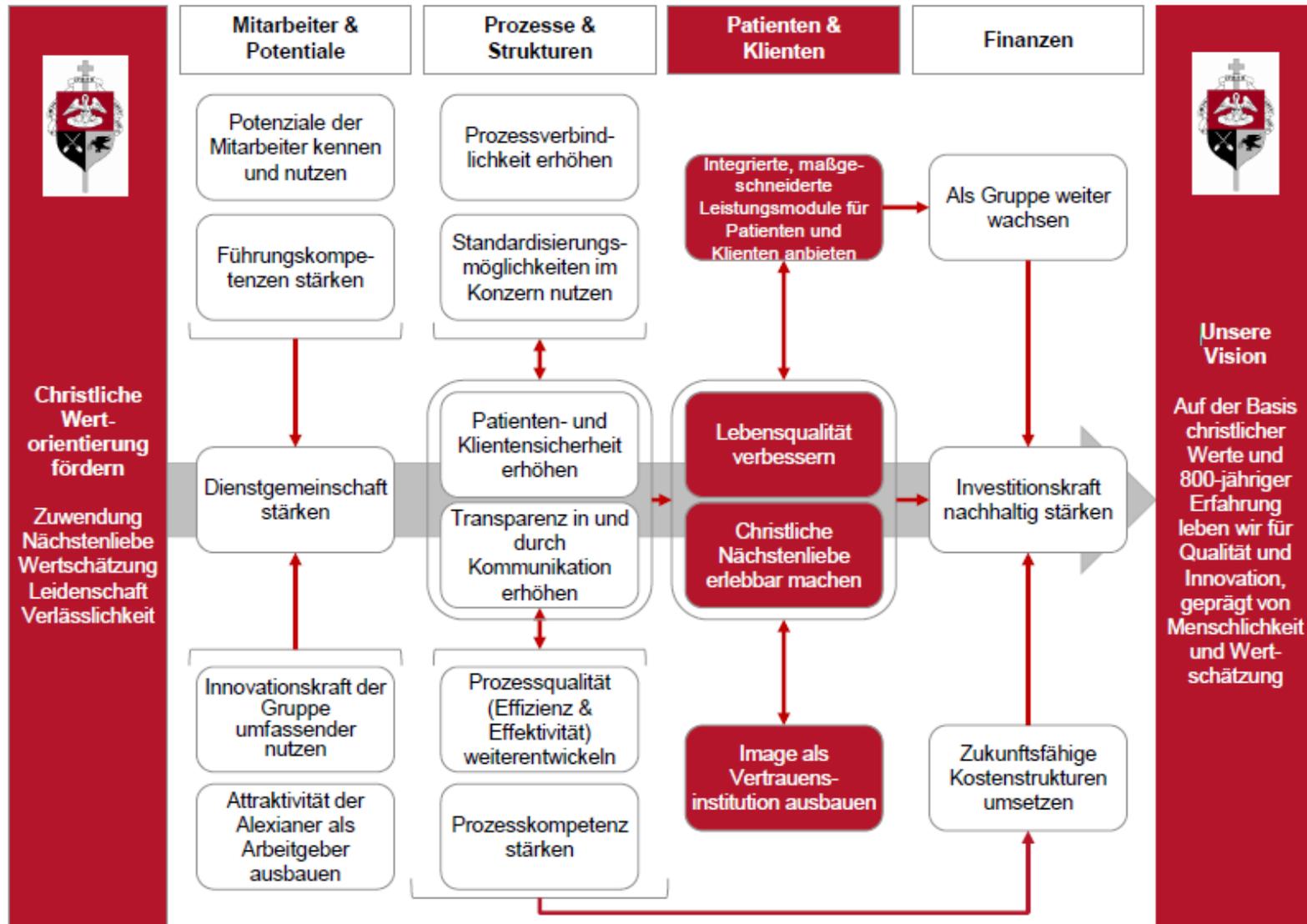
Holding-Philosophie:

„Im Notwendigen die Einheit. Im Zweifel die Freiheit.
In allem die Liebe.“

*Dem heiligen Augustinus von Hippo (354–430)
zugeschrieben, vermutlich von Markantun de Dominis
(1560–1624)*

Das Eigene bewahren, das Gemeinsame stärken:
Wir verstehen uns dabei als stabiler und
verlässlicher Partner.

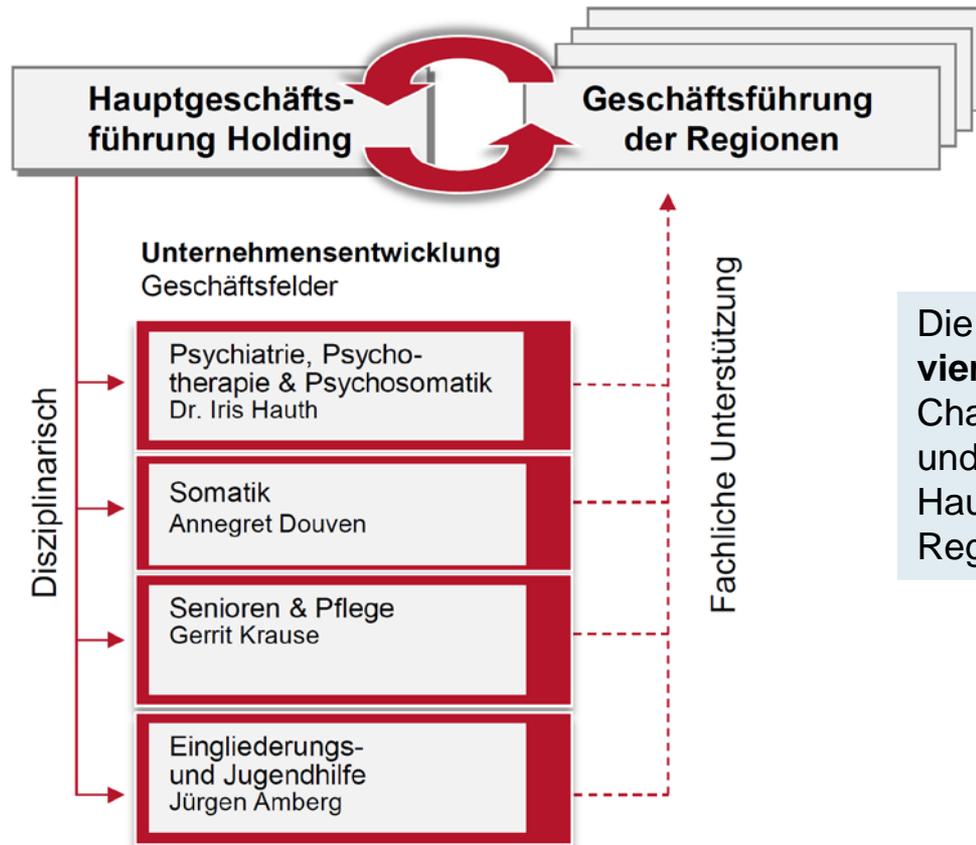
Unsere Einrichtungen sind fest in der Region
verankert und reagieren flexibel und spezifisch auf
die Versorgungsbedarfe vor Ort. Überregionale
Vernetzungen, Standardisierungen und Synergien
werden von der Holding erschlossen und
koordiniert.



ORGANISATION - UNTERNEHMENSENTWICKLUNG



Alexianer



Die **Unternehmensentwicklung der vier Geschäftsfelder** haben den Charakter von Stabsstellen – sie beraten und unterstützen mit ihrer Expertise die Hauptgeschäftsführung und Regionalgeschäftsführer.



▶ Ziel

- Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums
- Förderung der Erbringung qualitativ hochwertiger medizinischer Leistungen

▶ Schwerpunkte

- die strukturierte und kontinuierliche Analyse erbrachter Leistungen im Sinne eines Leistungs- und Qualitätscontrollings
- kontinuierliche Marktbeobachtung- und –analyse zur Identifizierung medizinischer Entwicklungspotentiale
- Unterstützung bei der Umsetzung gesundheitspolitischer Anforderungen inkl. G-BA Beschlüssen und Richtlinien



Erste Erfahrung mit der ext. QS (anno 200x):

- ▶ Hoher Erfassungsaufwand
- ▶ Häufig Dokumentation ohne zeitlichen Bezug zur Behandlung
- ▶ z.T. bewusster Verzicht auf Dokumentation möglich (keine 100%-Verpflichtung)
- ▶ Kaum (externe) Kontrolle; keine (echten) Sanktionen, keine (spürbaren) Konsequenzen
- ▶ „Lästiger Selbstzweck“



für internes Qualitätsmanagement nicht nutzbar da Daten nicht bzw. fraglich valide



Heute:

▶ Druck von außen höher:

- Datenvalidierungsverfahren
- Veröffentlichung der Daten (QB; planQI Bericht)
- Sanktionierung durch Qualitätssicherungsabschläge für Unterdokumentation – Ziel 100%
- Drohende Abschläge bei schlechten Ergebnissen; drohender Einfluss auf die Krankenhausplanung; ggf. Imageverlust



- ▶ der Aufwand vor Ort ist viel zu hoch als „Selbstzweck“
- ▶ die Daten sind da (müssen erfasst und veröffentlicht werden)
- ▶ valide Daten können sinnvoll im Sinne einer Identifikation von Verbesserungspotential genutzt werden



Die Daten der externen QI sind **geeignete** Instrumente für den internen Prozess des Qualitätsmanagements und der Unternehmensentwicklung im Sinne der Förderung qualitativ hochwertiger medizinischer Leistungen.

Vorgehensweise Alexianer UE Somatik (hausintern):

- ▶ QS Daten werden in allen Kliniken **frühzeitig erfasst** – Idealziel: unmittelbar aufenthaltsbegleitend bzw. bei Entlassung des Patienten
- ▶ Abgleich der QS Bögen zu Sollwerten (§ 21 Datensatz) erfolgt fortlaufend
- ▶ Daten werden zentral und dezentral an den eigenen, den der Verbundkliniken und den **Referenzwerten** des Vorjahres **gemessen**
- ▶ auffällige Daten werden zunächst anhand der **Dokumentation plausibilisiert**



Vorgehensweise Alexianer UE Somatik (hausintern):

- ▶ Rückkoppelung mit dem QS-beauftragten Arzt
- ▶ Klärung, ob es sich um einen *Einzelfall* handelt oder ggf. **strukturelle Probleme** vorliegen
- ▶ Eine ggf. nötige **Prozessanalyse** wird zunächst durch das QS-Team vor Ort - bei Bedarf auch durch die Holding unterstützt
- ▶ Fallvorstellung in **M+M Konferenzen**



Vorgehensweise Alexianer UE Somatik (konzernweit):

- ▶ Nutzung der ärztlichen Fachgruppen
 - Vorstellung der Ergebnisse
 - Vergleich der Daten
 - Best practice Ansatz
 - Peer Review

- ▶ Unterstützung/Beratung bei allen Prozessschritten durch Unternehmensentwicklung Somatik



ABER:

Nur ein Teil der QI der ext. Qualitätssicherung sind direkt für das interne QM/UE im Sinne einer *Verbesserung der Lebensqualität* für den Patienten nutzbar.

Dies sind v.a. die QI zur **Ergebnisqualität** = wie geht es dem Patienten, wie gut konnte ihm geholfen werden, wie gut sind unsere Prozesse (z.B. *Beweglichkeit bei Entlassung; Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung*)

und weniger die QI zur Überprüfung von **Prozess-Compliance** = wie gut werden evidenz-basierte Leitlinien umgesetzt (z.B. *Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien vor Entlassung; Patienten mit erfasstem Sturzrisiko*).

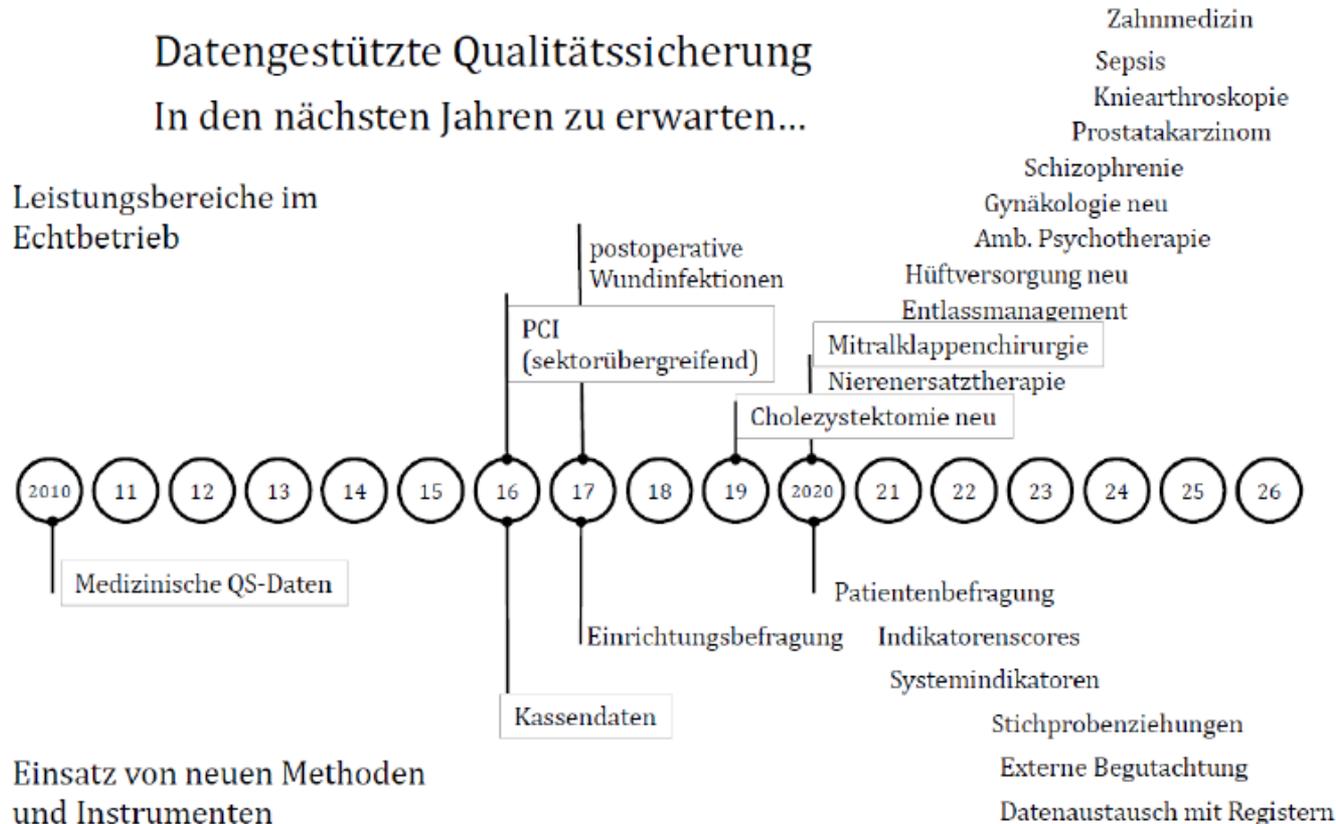
Wie geht es weiter? Quo vadis QS?



Alexianer

Datengestützte Qualitätssicherung In den nächsten Jahren zu erwarten...

Leistungsbereiche im
Echtbetrieb



Einsatz von neuen Methoden
und Instrumenten

Quelle: Vortrag Dr. Oliver Boy 1. Infoveranstaltung QS-NRW 2018



Wohin geht die Entwicklung der externen QS?

- ▶ Zunehmende Betonung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung (z.B. neues Modul QS NET)
- ▶ Testung von Patientenbefragungen
- ▶ Einrichtungsbefragung
- ▶ Nutzung von Sozialdaten der Krankenkasse
- ▶ Neue Module mit Schwerpunkt poststationärer Komplikation als Indikatoren – Ergebnisqualität (z.B. NWIF, CHE)
- ▶ Ausweitung der Module und Datenmengen

und immer wieder die Rede von...



$$\text{Patient value} = \frac{\text{patient-relevant outcomes}}{\text{costs per patient to achieve these outcomes}}$$

Kern der Theorie ist der sog. Patient value –der Wert für den Patienten- als Quotient aus dem Patientenrelevanten Behandlungserfolg und den Kosten, die für diesen Behandlungserfolg aufgewendet wurden.

- ▶ Primärer Fokus ist die Nutzenmehrung und nicht die Kostensenkung.
- ▶ Der individuelle Patienten mit seinem individuellen Nutzen steht im Mittelpunkt.
- ▶ Jede einzelne Behandlung soll individuell am Patienten ausgerichtet werden und damit sein Nutzen – z.B. im Vergleich zu einer mehr oder weniger starren Leitlinie - individuell am höchsten.



$$\text{Patient value} = \frac{\text{patient-relevant outcomes}}{\text{costs per patient to achieve these outcomes}}$$

Porter fordert mit dem Ansatz des Value Based Healthcare:

- ▶ eine „Revolution“ des Gesundheitswesens und die Organisation der Prozesse im Gesundheitswesen nicht um den Arzt oder die Medizintechnik sondern um den Patienten bzw. seine Erkrankung.
- ▶ Er erwartet damit eine Beschleunigung von Prozessen; Abbau von Wartezeiten und Fehlzeiten (=Arbeitsunfähigkeit des Patienten) und damit ggf. auch psychischer Belastung des Patienten und damit insgesamt eine Erhöhung des patient value.

= **ist das das Gleiche wie eine im Krankenhaus gewünschten Patientenzentrierten Qualitätspolitik?**



JEIN – denn

$$\text{Patient value} = \frac{\text{patient-relevant outcomes}}{\text{costs per patient to achieve these outcomes}}$$

Das Konzept von M. Porter ist ein Volkswirtschaftliches Konzept und kein Mikroökonomisches

- ▶ d.h. Porter ist glühender Verfechter von spezialisierten Zentren, die möglichst sektorübergreifend agieren, um den Patienten schneller wieder fit und auch arbeitsfähig zu machen
- ▶ d.h. Porter ist bereit dafür auf einen Teil der lokalen Versorgung von Patienten zu verzichten
- ▶ d.h. nicht der Patient (allein) bestimmt über den Nutzen und der Nutzen entsteht nicht aus einzelnen Behandlungsschritte oder der einzelnen Operation, sondern laut Porter erst aus der kompletten Behandlung einer Erkrankung vom Hausarzt über den Facharzt, das Krankenhaus, die Reha und Nachsorge („cycle of care“)



Was heißt die Entwicklung für die Krankenhäuser?

Auf der einen Seite

- ▶ Betonung der Ergebnisqualität
- ▶ dem Krankenhaus stehen langfristige Daten zur Verfügung, die es vorher nicht hatte

Auf der anderen Seite wird die

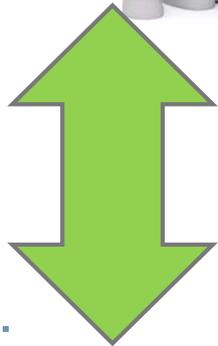
- ▶ Ergebnismrückspiegelung und damit die mögliche Reaktionsgeschwindigkeit langsamer (Bsp. NWIF)
- ▶ Ursächlichkeit schwerer (wenn überhaupt) zu beurteilen, weil vielfache Einflussfaktoren auf das Ergebnis wirken
- ▶ Rückschluss auf die Leistungserbringung des Krankenhauses und seine Prozesse beschränkt

und damit die Nutzungsmöglichkeit der QI für das QM und die Unternehmensentwicklung schlechter.

Value based way of care



Alexianer



Chron.
Erkrankungen

Sektor
übergreifend

Patienten
befragung

Stichproben

Register



G-BA

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!





Falls Sie das Thema mehr interessiert, hier Quellen mit Originalvorträgen/Vortragsfolien von Michael E. Porter

<https://www.vbhc.nl/what-is-value-based-healthcare>

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Item-3b-Improving-Health-Care-Value-Porter.pdf>



▶ *Ärztliche Leitung UE Somatik*

Annegret Douven

- *FÄ Anästhesie und Intensivmedizin*
- *Gesundheitsökonomin*
- *Ärztl. Leitung Rettungsdienst (ÄLRD)*
- *QMB (BÄK)*
- *Medizincontrolling*

▶ *Referentin UE Somatik:*

Helena Weiß

- *Dipl. Volkswirtin*
- *QMB (BÄK)*
- *KTQ® Visitor*
- *Mitglied QM-Kommission KGNW; Qesü AG DKG*