



28. FRÜHJAHRSKOLLOQUIUM 2012

Qualität und Ökonomie – kein Widerspruch

Prof. Dr. med. Andreas Becker
Geschäftsführer
CLINOTEL Krankenhausverbund gemeinnützige GmbH
Ebertplatz 1 | 50668 Köln
0221 - 16798 - 0
becker@clinotel.de
www.clinotel.de



Qualität und Ökonomie – kein Widerspruch

Qualität und Ökonomie – ein Widerspruch

Das „Normale“ in der Kommunikation ist das Missverständnis.

Qualität und Ökonomie – ein Widerspruch

↑Qualität und ↑ Ökonomie: „*Geht nicht*“

↓Qualität und ↓ Ökonomie: „*Mmh, dann geht das auch nicht*“

Ökonomie

Qualität

Gesundheits-Ökonomie

Die **Wirtschaft** oder **Ökonomie** ist die Gesamtheit aller Einrichtungen und Handlungen, die der planvollen Deckung des menschlichen Bedarfs dienen.

Zu den wirtschaftlichen Einrichtungen gehören Unternehmen, private und öffentliche Haushalte, zu den Handlungen des Wirtschaftens Herstellung, Verbrauch, Umlauf und Verteilung von Gütern.

Solche Zusammenhänge bestehen zum Beispiel auf welt-, volks-, stadt- und betriebswirtschaftlicher Ebene.

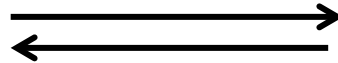
Gesundheitsökonomie ist eine fachübergreifende Wissenschaft, die sich mit der Produktion, der Verteilung und dem Konsum von knappen Gesundheitsgütern in der Gesundheitsversorgung beschäftigt und somit Elemente der Gesundheitswissenschaften und der Volkswirtschaftslehre vereinigt.

Der Spannungsbogen zwischen medizinischer Wirksamkeit („Gesundheits...“) und Wirtschaftlichkeit („...ökonomie“) wird erweitert durch die Qualität von Gesundheitsversorgung und die gerechte Verwendung von Gesundheitsgütern.

Die optimale Verwendung begrenzter Gesundheitsbudgets steht im Vordergrund.

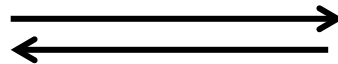
Die häufigste praktische Anwendung gesundheitsökonomischer Methoden ist die **Entscheidungsanalyse, in welche Gesundheitsleistungen bevorzugt investiert werden soll.**

Ökonomie



Qualität

Effizienz



Effektivität

Das medizinisch Richtige
wirtschaftlich tun
(Kosten & Erlöse)

Das medizinisch Richtige tun
Das medizinisch Richtige richtig tun
Das medizinisch Richtige richtig tun mit
angemessenem Ergebnis

Ziel-Grad-Erreichung / Kosten

Ziel-Grad-Erreichung

Hieraus folgt: Erst Effektivität, dann Effizienz

Tabelle 1: Wer denkt in der Klinik was über wen?

	Arzt (Cure)	Pflegende (Care)	Manager (Control)
Arzt (Cure)		„Arbeitet am liebsten im arztfreien Krankenhaus. Will Prozesse bestimmen, trägt aber letztendlich nicht die Verantwortung, wenn etwas schief geht.“	„Korsett Verwaltung: Gibt mir nicht die notwendigen Ressourcen, um mich zu entfalten und zu wachsen. Ich könnte sonst noch viel mehr machen!“
Pflegende (Care)	„Entzieht sich permanent und lässt mich bei unangenehmen Situationen alleine. Hält sich nicht an gemeinsame Absprachen und Abläufe. Nimmt mich nicht ernst.“		„Lässt mir nicht genug Spielraum zur Entfaltung meiner Kernkompetenzen (zum Beispiel Patientenschulung); zu wenig Unterstützung gegenüber den Ärzten, spart nur auf unsere Kosten.“
Manager (Control)	„Ressourcen-Verschleuderer ohne Kostenbewusstsein! Chaotische und von Zufällen geprägte Arbeitsweise und Organisation.“	„Möchte mitreden, ohne die medizinische Kernleistung beurteilen zu können; Legitimation in der Leitungsspitze einer Klinik fraglich.“	

Herderbücherei

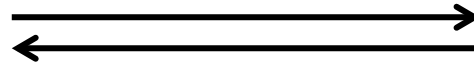
Hans Killian

Hinter uns steht nur der Herrgott

Aufzeichnungen eines Chirurgen

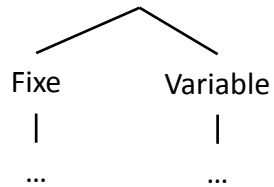


Effizienz

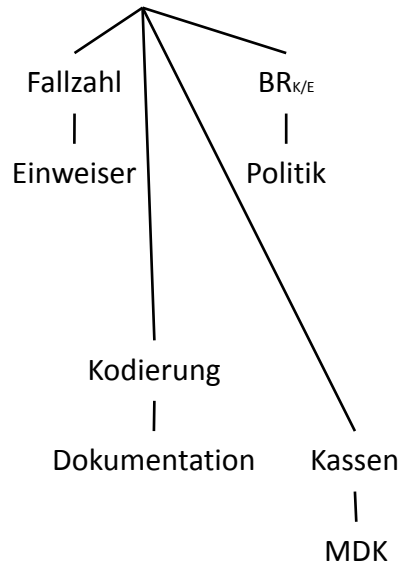


Effektivität

Kosten



Erlöse



Patientenbezogene Faktoren

- Schweregrad der Erkrankung
- Komorbidität



Behandlungsprozess

- Indikationsstellung (ein richtiger Plan)
- Richtigen Plan richtig ausführen (Fähigkeit zur Vermeidung von UE)
- Die Fähigkeit zum Umgang mit UE



Ergebnisqualität



„Random effects“ (Davenport 2005)

A.3.3 Qualitätsmerkmale (Auszug)

E DIN EN 15224:2011-01
prEN 15224:2011 (D)

— Entwurf —

Bei den Qualitätsmerkmalen in der Gesundheitsversorgung handelt es sich um Unterscheidungsmerkmale, bei denen verschiedene Aspekte betrachtet werden. Im Folgenden werden diese Merkmale erläutert.

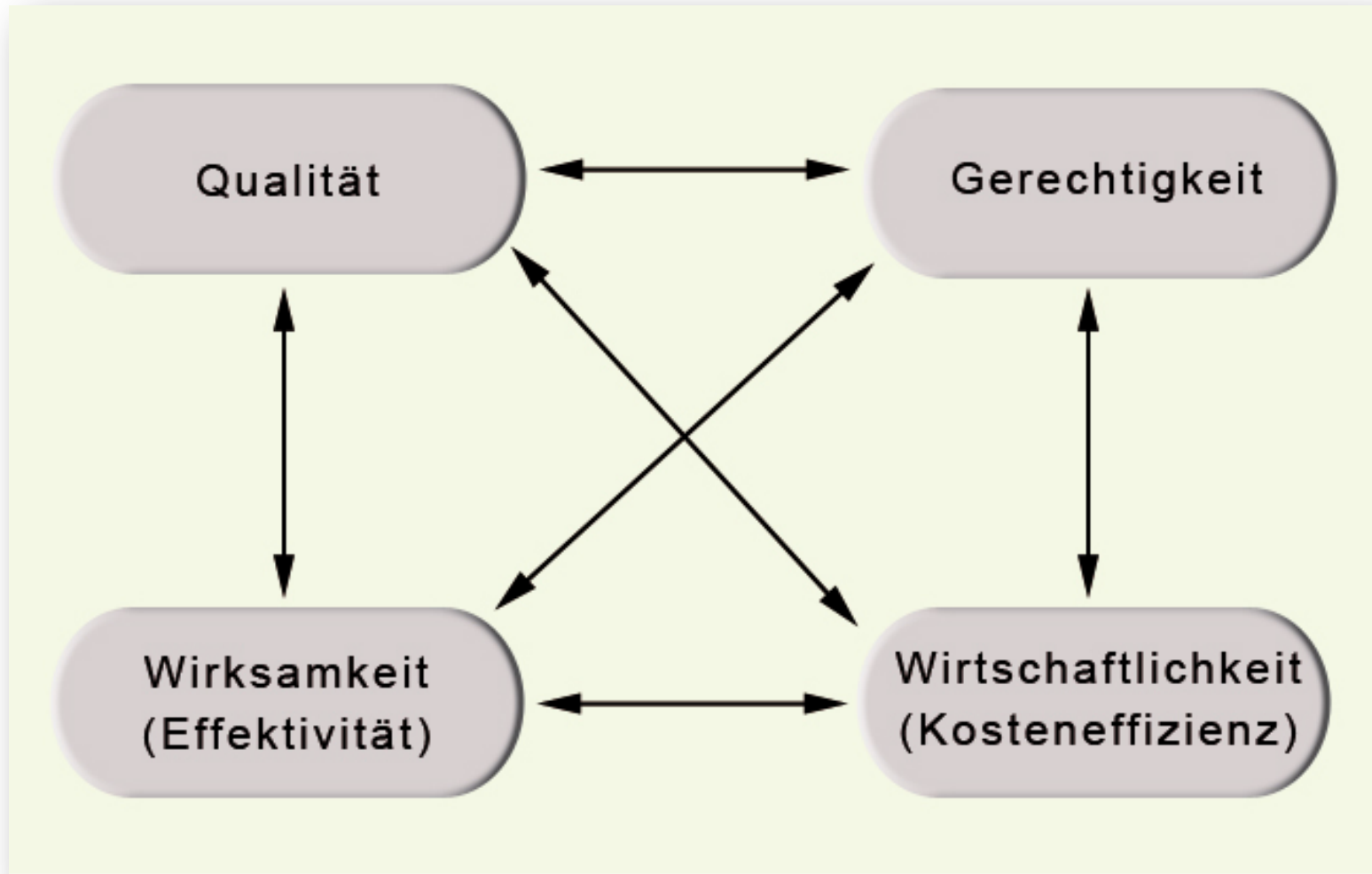
- a) angemessene, richtige Versorgung
 - der Patient wird untersucht und nach der Einschätzung eines Therapeuten bezüglich des gesundheitlichen Zustands mit keinen/geringfügigen Komplikationen oder Nebenwirkungen entsprechend behandelt
- b) Verfügbarkeit
 - Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung sind für den Patienten, der diese erhält, erreichbar und möglich
- c) Kontinuität der Versorgung
 - es besteht eine nahtlose Kette von Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung für den Patienten von der Überweisung zur Versorgung, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge
- d) Wirksamkeit
 - Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung sorgen in relativ kurzer Zeit zu einem erwarteten positiven Ergebnis für den Patienten
- e) Effizienz
 - das für den Patienten erwartete Ergebnis wird unter Einsatz eines Minimums an Ressourcen erzielt

A.1 Allgemeines

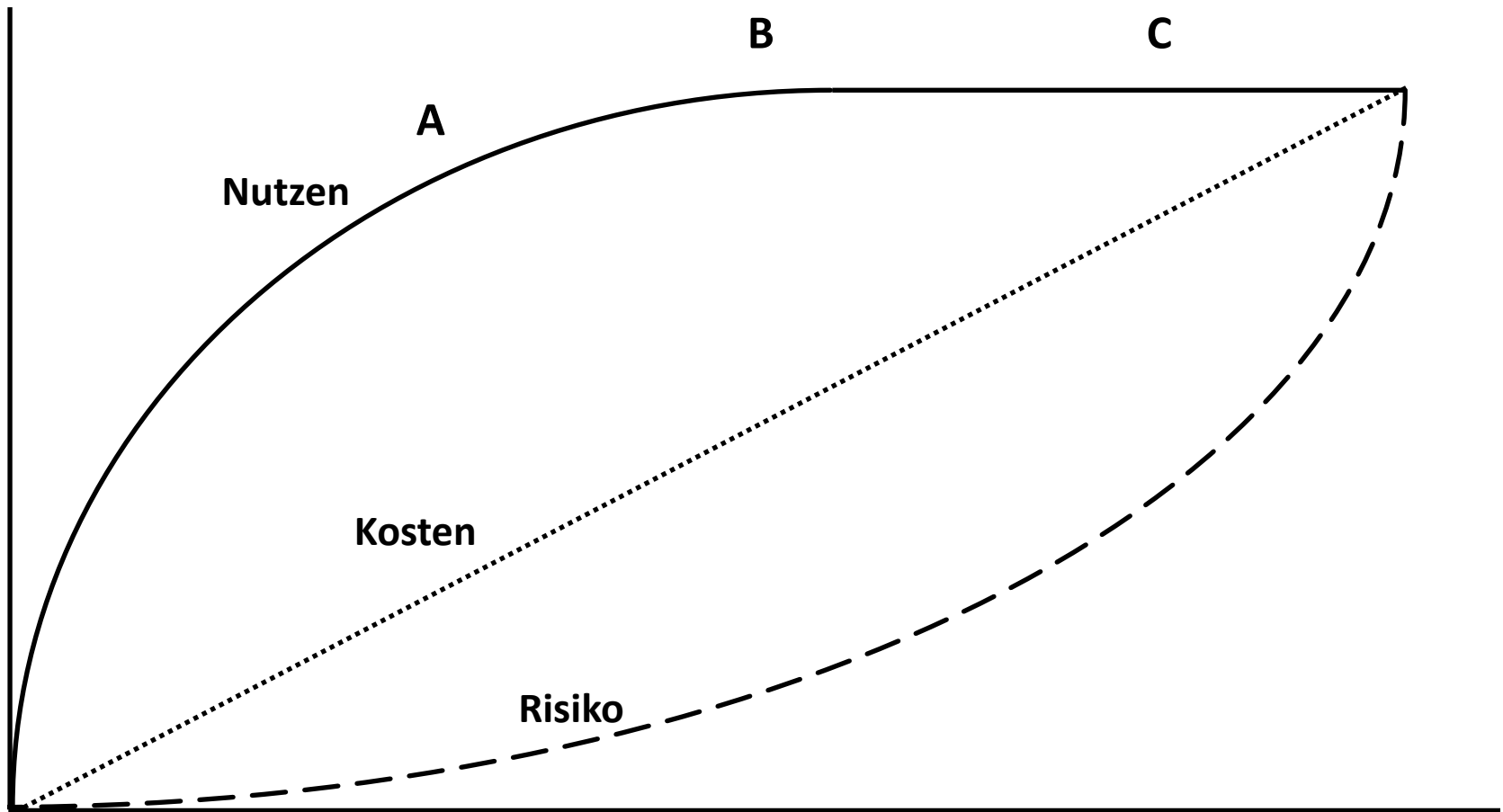
Die Zielsetzung zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) sollte deutlich berücksichtigt werden und die Zielsetzungen können sein:

- die Erbringung von Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung für die Patienten und anderen Kunden zu verbessern,
- eine rechtskräftige Leitung schaffen, um die Konformität mit den Anforderungen sicherzustellen,
- die Kompetenz und Arbeitsbedingungen des Personals zu verbessern,
- Managementsysteme aufeinander abzustimmen und
- die Wirtschaftlichkeit zu verbessern, indem Ausgaben aufgrund schlechter Qualität gesenkt werden.

Magisches Viereck der Gesundheitsökonomie



Analyse: Kosten - Nutzen - Risiko



Medizinische Qualität

Angemessen

Unangemessen

Prozesskosten

Angemessen

Kein Problem

Qualitätsproblem

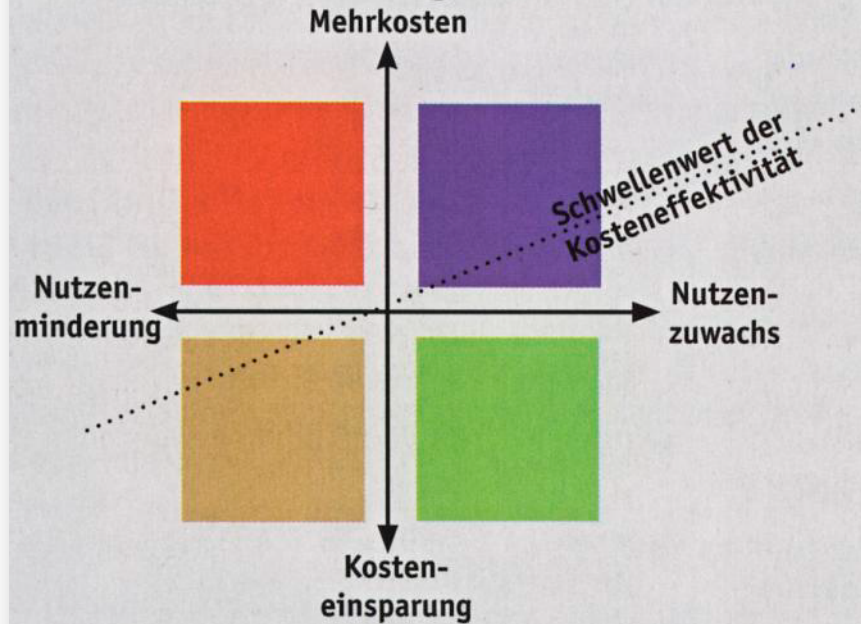
Unangemessen

Kostenproblem

Qualitätsproblem
Kostenproblem

Abgewandelt nach: M. Weiss (Gesundheitsmanagement, Chapman & Hall, Weinheim, 1997)

Berechnung der ICER



Incremental Cost-Effectiveness-Ratio (ICER) =

$$\frac{\text{Kosten neu} - \text{Kosten Standard}}{\text{Nutzen neu} - \text{Nutzen Standard}} = \frac{\Delta K}{\Delta N}$$

Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) in der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Quality of Care and Mortality Among Patients With Stroke *A Nationwide Follow-up Study*

Annette Ingeman, MHSc, Lars Pedersen, MSc,† Heidi H. Hundborg, PhD,† Palle Petersen, DMSc,‡
Susanne Zielke,§ Jan Mainz, PhD,¶ Paul Bartels, MD,* and Søren P. Johnsen, PhD†*

Medical Care • Volume 46, Number 1, January 2008

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Anhand der verpflichtenden Qualitätssicherung der Schlaganfallbehandlung in Hessen wurden regionale Unterschiede in der Thrombolyserate akuter Hirninfarkte festgestellt. Darauf basierend werden Verbesserungsvorschläge formuliert.

Methoden: Es wurden alle Patienten mit akutem Hirninfarkt und einer Aufnahmelatenz von bis zu 3 Stunden aus den Jahren 2007 bis 2008 ($n = 7\,707$) identifiziert. Auf Landkreisebene wurde die relative Thrombolysehäufigkeit analysiert. Diese Subgruppe lysierter Patienten wurde nochmals auf Patienten mit Krankenhausaufnahme ≤ 2 Stunden nach Symptombeginn und den wesentlichen Kernkriterien eingeeengt ($n = 1\,108$), um auszuschließen, dass Unterschiede hauptsächlich auf Thrombolyse außerhalb der Zulassung beruhen. Die Lysehäufigkeit wurde außerdem in Bezug auf die Patienten mit primärer Zuweisung in eine Stroke Unit analysiert.

Ergebnisse: Die durchschnittliche Lyserate bei Krankenhausaufnahme bis 3 Stunden nach dem Hirninfarkt lag bei 19 %, allerdings bei einer regionalen Spannweite von 6 bis 35 %. Bei der Gruppe, die auf Patienten mit einer Aufnahmelatenz bis 2 Stunden eingeeengt worden war, schwankte die regionale Lyserate zwischen 13 und 85 %. Selbst bei primär Stroke Units zugewiesenen Patienten lag die regionale Spannweite der Lyserate in der 3-Stunden-Kohorte bei 8–44 %, in der 2-Stunden-Kohorte bei 16–62 %.

Schlussfolgerungen: Die regionale Thrombolyserate schwankt in Hessen in einem nicht erwarteten Umfang und bedarf einer Verbesserung, insbesondere muss die innerklinische Versorgung von Schlaganfallpatienten differenziert analysiert und verbessert werden.

► Zitierweise

Stolz E, Hamann GF, Kaps M, Misselwitz B: Local differences in acute stroke admission and thrombolysis rates in the German federal state of Hesse. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(36): 607–11. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0607

ORIGINALARBEIT

Regionale Unterschiede in den Zuweisungs- und Thrombolyseraten bei akutem Hirninfarkt in Hessen

Erwin Stolz, Gerhard F. Hamann, Manfred Kaps, Björn Misselwitz

- 3550 Hirninfarkt (HD) - Pneumonie, im Krankenhaus erworben
- 3552 Hirninfarkt (HD) - Aspirationspneumonie, im Krankenhaus erworben
- 3570 Hirninfarkt (HD) - Komplikationen nach Infusion, Transfusion, Injektion
- 3571 Hirninfarkt (HD) - Blutung/Hämatom als Kompl. eines Eingriffs
- 3574 Hirninfarkt (HD) - Bakterielle Erreger mit Resistenz bzw. Multiresistenz

Dr. Andreas Becker/Udo Beck/Bianca Pfeuffer/PD Dr. René Mantke

Qualitätssicherung mit Routinedaten – Ergebnisqualität und Kosten

		Chefarzt kann folgende Einflussfaktoren	
		beeinflussen	nicht beeinflussen
Andere können folgende Einflussfaktoren	nicht beeinflussen		
	beeinflussen		



S. Adams E-mail: SCOTTADAMS@AOL.COM



11/13 © 1995 United Feature Syndicate, Inc. (NYC)



Campbell`s Law

„Je stärker ein einzelner quantitativer ~~sozialer~~ Faktor dazu benutzt wird, ~~soziale~~ Entscheidungen zu beeinflussen, desto stärker ist er verzerrenden Einflüssen ausgesetzt und desto mehr führt er selbst dazu, die ~~sozialen~~ Prozesse zu verzerren und zu verfälschen, die eigentlich untersucht und verbessert werden sollen.“

(Campbell, 1976)

Jetzt gibt es vielfältige Daten, Kennzahlen, Indikatoren
zur „medizinischen Qualität“

Daten = Information = Veröffentlichung = Sicherheit ist ein Mythos!

Jetzt gibt es vielfältige Daten, Kennzahlen, Indikatoren
zur „medizinischen Qualität“

Daten = Information = Veröffentlichung = Sicherheit ist ein Mythos!

„Information ist ein Unterschied, der einen Unterschied macht.“

Bateson G. Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1985

Jetzt gibt es vielfältige Daten, Kennzahlen, Indikatoren
zur „medizinischen Qualität“

Daten = Information = Veröffentlichung = Sicherheit ist ein Mythos!

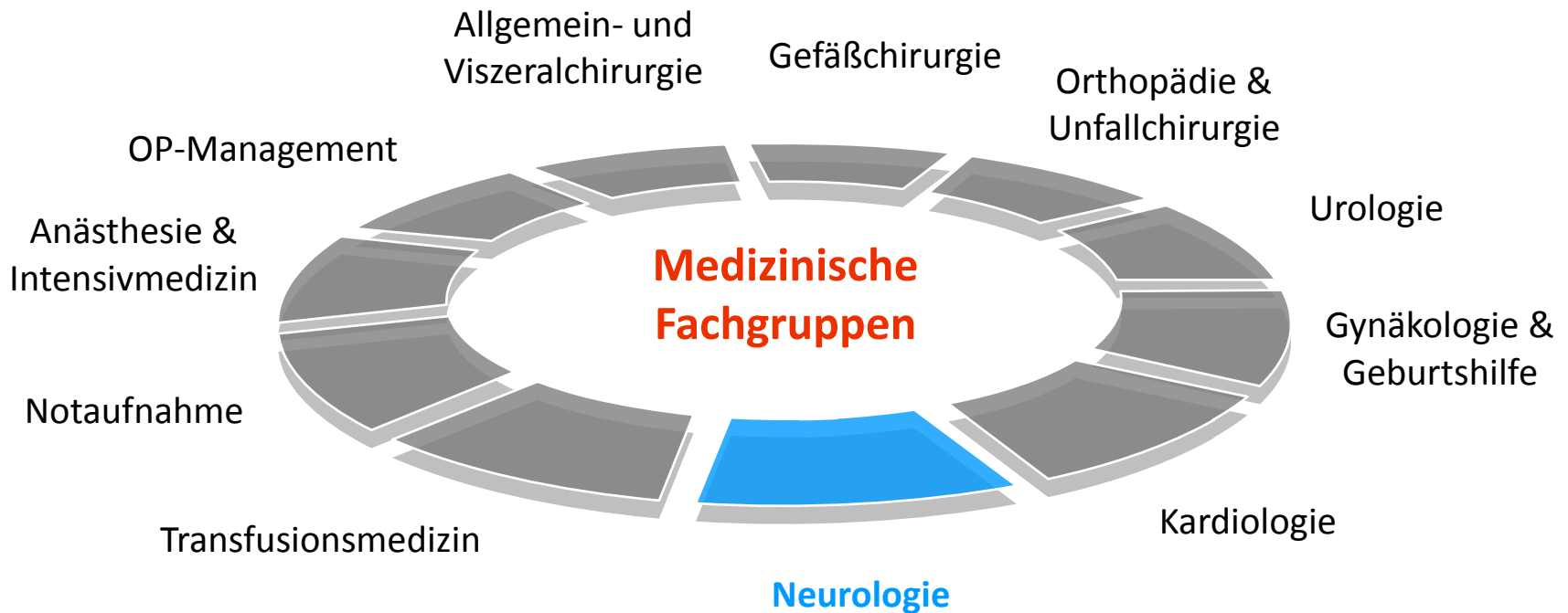
Wie werden aus Daten -> Informationen -> Leitungsinterventionen -> Sicherheit?

Mit Leitung ist nicht nur die klinische Leitung gemeint!

Die Leitungsaufgabe besteht in der Sicherstellung einer
angemessenen

Vorherbestimmbarkeit

von Prozessen und ihren Ergebnissen.



Programm 11.11.2010

- Entwicklung eines abgestimmten Konzepts zur Realisierung der im letzten Treffen konsentierten Ziele zur Verbesserung der Schlaganfall-Versorgung im CLINOTEL-Krankenhausverbund:
 - Leitlinienkonforme Steigerung des Anteils der Patienten mit ischämischem Schlaganfall, bei denen eine Lysetherapie durchgeführt wird.
 - Reduktion des Anteils von Patienten mit ischämischem Schlaganfall mit (Aspirations-) Pneumonie.
 - Reduktion der In-Hospital-Letalität bei Patienten mit ischämischem Schlaganfall.

**Systemische Fallanalyse bei
Patienten mit im Krankenhaus
erworbener Aspirations-
pneumonie**

Ein Beitrag zum klinischen Risikomanagement
im CLINOTEL-Krankenhausverbund

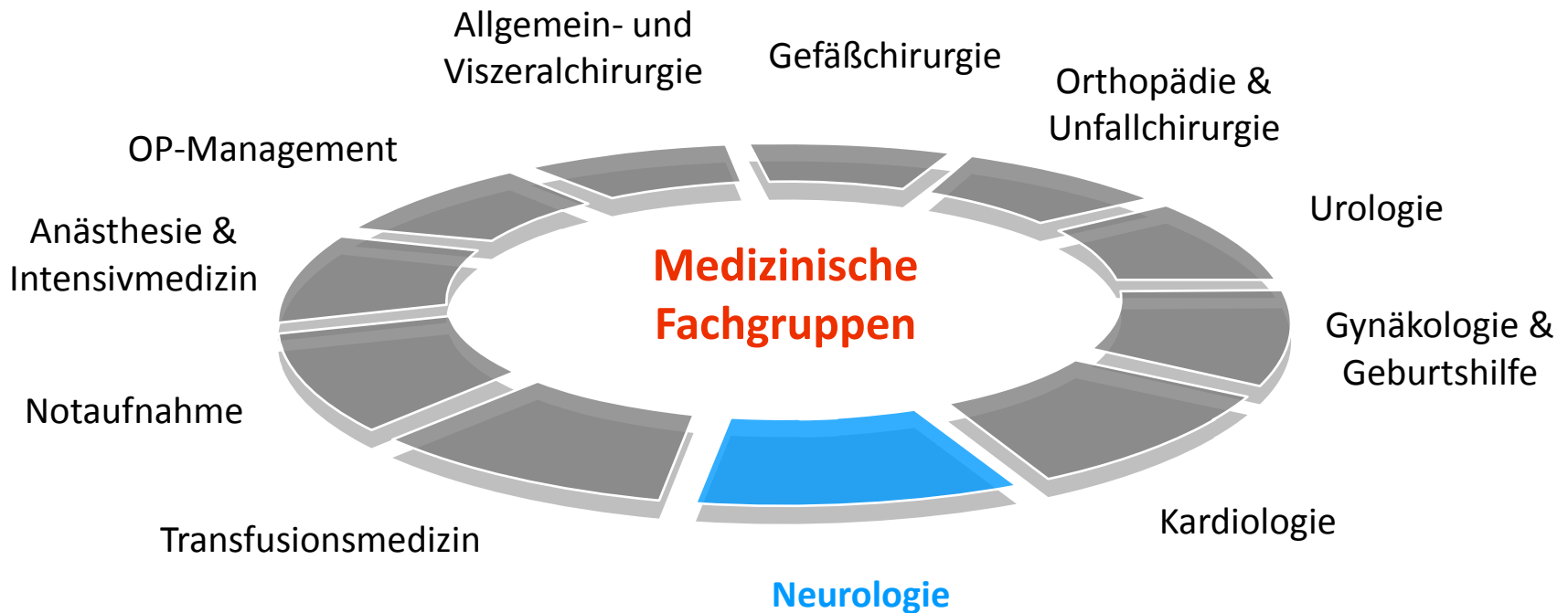
Severin Federhen, Stefan Lenz, Prof. Dr. med. Andreas Becker, Udo Beck

PFLEGEWISSENSCHAFT 7-8/10



Peer Review Aspiration
Handbuch

PR-Aspiration-Handbuch-Stand-2008-06-27.doc / pdf



Auditbericht

Marienhospital Steinfurt GmbH

Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie – Akuter ischämischer Schlaganfall

A-10-Auditbericht-ST-2011-04-14-Stand-2011-07-25.docx / pdf

Freitag 16.03.2012

CLINOTEL-Prozessaudit Akuter ischämischer Schlaganfall: Wo liegt der Mehrwert für ein Krankenhaus ohne neurologische Hauptabteilung?

Dr. Petra Vieth, Chefarztin der Abteilung für Angiologie, Marienhospital Steinfurt GmbH

Teleneurologie im Kontext der Überwindung von Sektorengrenzen: Fluch oder Segen?

Prof. Dr. Andreas Bitsch, Chefarzt der Neurologischen Klinik, Ruppiner Kliniken GmbH

Moderierte Diskussion: Überwindung von Sektorengrenzen bei neurologischen Erkrankungen - Wo stehen die Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbundes?

Dr. Frank Thölen M.A., Referent Qualitätssicherung, CLINOTEL-Krankenhausverbund gGmbH, Köln

Aktuelle Entwicklungen und ausgewählte Ergebnisse der Qualitätssicherung mit Routinedaten in der Neurologie

Dr. Frank Thölen M.A., Referent Qualitätssicherung, CLINOTEL-Krankenhausverbund gGmbH, Köln