

Harmonisierung der Dokumentationsverfahren zur externen Qualitätssicherung in NRW

Workshop der gmds/KGNW

„Qualität medizinischer Daten in Forschung und Versorgung“

Essen, 17.02.2006

Profil der Krankenhäuser in NRW



Krankenhäuser	453
Betten	ca. 130.500
Beschäftigte	ca. 233.700
Auszubildende	über 26.000
Fälle	ca. 3,95 Mio
Belegungstage	ca. 35,6 Mio
Verweildauer	8,27 Tage
Jahresumsatz	über 12 Mrd. €

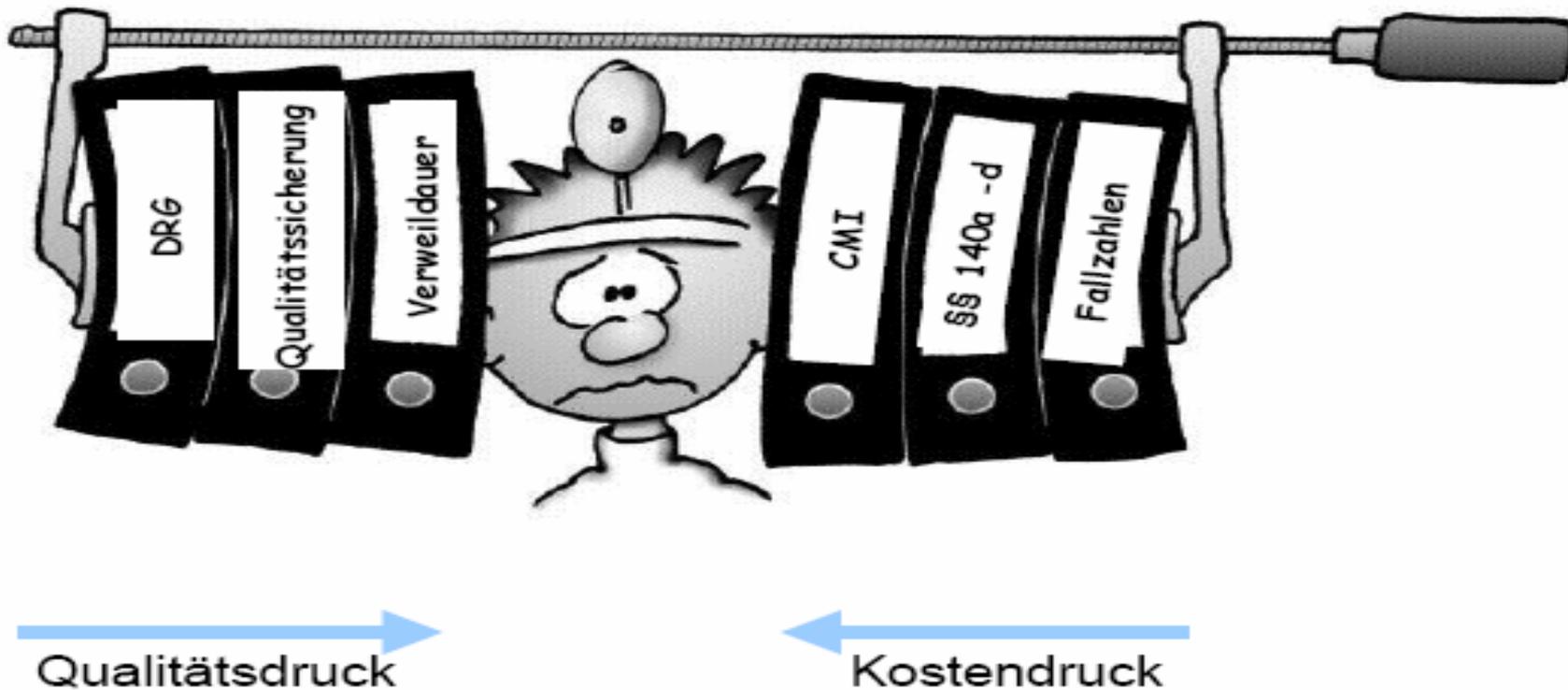
Quelle: LDS NRW /KGNW

Rahmenbedingungen

- ◆ Immer mehr Patienten werden von immer weniger Personal in immer kürzerer Zeit in immer weniger Krankenhäusern behandelt.
- ◆ Zunehmender Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern
- ◆ Viele Krankenhäuser stehen nach über 10-jähriger Deckelung der Krankenhausbudgets finanziell mit dem Rücken an der Wand.
- ◆ Investitionsstau von mind. 13 Mrd. € in Krankenhäusern in NRW
- ◆ Überbordende Bürokratisierung im Krankenhaus/Gesundheitswesen
- ◆ Vielzahl von Qualitätssicherungs- und Zertifizierungsverfahren



Aktuelle Situation



Aktuelle Verfahren zur externen Qualitätssicherung in NRW

- ◆ Externe einrichtungsübergreifende vergleichende QS gem. § 137 SGB V
- ◆ DMP
- ◆ Epidemiologische Krebsregister
- ◆ Onkologische Qualitätssicherung
- ◆ Ambulante Operationen
- ◆ WBC/WDC usw.

Weitere Verfahren im Namen der Qualitätssicherung

- ◆ Zertifizierungsverfahren für Brustzentren in NRW
- ◆ OnkoCert (DKG/DGS)
- ◆ KTQ/pCC
- ◆ DIN ISO
- ◆ EFQM
- ◆ Verfahren der medizinischen Fachgesellschaften
- ◆ „Masterplan“ der Krebsgesellschaft NRW

Probleme

- ◆ Parallele Erfassung für mehrere QS-Verfahren
- ◆ Hoher Erfassungsaufwand
- ◆ Validität der Daten
- ◆ Aussagegehalt der Ergebnisse
- ◆ Verwendung/Umsetzung der Ergebnisse
- ◆ Aufwand/Ertrag ???

Aktuelle Thematik in NRW: Onkologische QS in NRW

- ◆ Verknüpfung mit Einführung eines (flächendeckenden) epidemiologischen Krebsregisters in NRW
- ◆ Unterschiedliche Verfahren in Landesteilen:

Westfalen-Lippe:

bestehende Onkologische Schwerpunkte (OSP)

Dokumentationsverfahren: ONDIS

Nordrhein:

OSP in 1999 aufgelöst

Dokumentationsverfahren: z.Z. offen

Onkologische QS Westfalen-Lippe

- ◆ Basisdatensatz Onkologische Qualitätssicherung
- ◆ Qualitätsindikatoren/Datensatzbeschreibung Mamma-Ca
- ◆ Qualitätsindikatoren/Datensatzbeschreibung Prostata-Ca
- ◆ Qualitätsindkatoren/Datensatzbeschreibung Colo-rectales Ca
- ◆ Qualitätsindikatoren/Datensatzbeschreibung Bronchial-Ca
- ◆ Qualitätsindikatoren/Datensatzbeschreibung weitere häufige Ca ?

„Masterplan“ - Initiative der Krebsgesellschaft NRW
in Kooperation mit Fachgesellschaften und WBC/WDC usw.

- ◆ Anforderungs-/Kriterienkatalog für „Darmkrebszentren“
- ◆ Anforderungs-/Kriterienkatalog für „Prostatazentren“
- ◆ Anforderungs-/Kriterienkatalog für „Lungenkrebszentren“
- ◆ Anforderungs-/Kriterienkatalog für „Hautkrebszentren“

Inhalte/Auswirkungen der Anforderungs-/Kriterienkataloge

- ◆ Inhalte: Anforderungen zur Prozess- und Strukturqualität inkl. Mindestmengen
- ◆ Erstellung unabhängig vom GBA
- ◆ Folge: Forcierung der Zentrenbildung
- ◆ Auswirkungen auf die „Versorgungslandschaft“
- ◆ Vorlage für weitere Zentrenbildung in NRW
- ◆ Position der neuen Landesregierung unklar

Basisdatensatz Onkologische QS Westfalen-Lippe (1)

Diagnose (Erstbericht)

- Aufnahmedatum
 - Diagnosedatum
 - Anlass der Diagnose (= Erfassungsgrund)
 - Leistungszustand z.Zt. der Diagnosestellung
 - Tumorlokalisation, Seitenlokalisation
 - Histologie, Grading
 - Diagnosesicherung, wodurch
 - Tumorstadium (Primärstadium)
- TNM + certainty factor, Affix falls M1
- andere Klassifikationen (z.B. Ann Arbor)
- Neu: aktueller Tumor (Ersttumor, Zweittumor, Dritt- u. weitere Tumore, f)*

Behandlung (allgemein)

- Neu: prätherapeutisches interdisziplinäres Behandlungskonzept vorhanden*
 - Leistungszustand
 - Datum Abschluss Primärtherapie
 - Tumorlokalisation, Seitenlokalisation
 - Histologie, Grading
 - Diagnosesicherung, wodurch (bei Rezidiv)
 - Tumorstadium (bei Rezidiv, Progress)
 - Therapie-Ziel (kurativ, palliativ)
 - R-Klassifikation
 - Remissionsgrad
 - Neu: bei palliativem Therapiekonzept – Registerkarte „Schmerzkonzept“*
- Schmerzdiagnose ja/nein/kein Schmerz vorhanden*
- Erfassung Schmerzdimension durch ...(Combobox)*
- Schmerztherapeutisches Behandlungskonzept ja/nein/f*



Basisdatensatz Onkologische QS Westfalen-Lippe (2)

Chirurgie

- OP-Datum
- OP-Technik (OPS)
- OP-Bereich (Primärtumor, Lymphknoten, Metastase)
- Neu: OP-Erfolg: kurativ (R0) / palliativ (R2) / X*
- Komplikation
- Neu: Revisions-OP ja/nein (wenn Komplikation ja)*

Medikamentöse Tumortherapie (Chemo-, Hormon-, Immuntherapie)

- Datum der Therapie (Beginn)
- Chemotherapie-Protokoll
- Einzelsubstanzen (Chemo-, Hormon-, Immuntherapie)
- Dosisintensität (Dosis pro Körpereinheit)
- Toxizität der Therapie (Nebenwirkungen)
- Neu: Grund der Abweichung als Combobox*

Strahlentherapie (in Überarbeitung)

- Beginn und Ende der Bestrahlung
- Gesamtdosis
- Neu: Toxizität (Nebenwirkungen nach EORTC-Schlüssel)*

Nachsorge

- Datum der Nachsorge
- Nachsorgeprogramm
- Leistungszustand
- Remissionsgrad
- Neu: Spättoxizität nach Therapie ja/nein*
- Neu: Schmerzkonzept (siehe Behandlung)*

Abschluss

- Datum letzter Patientenkontakt
- Abschlussgrund
- Sterbedatum
- An Tumorerkrankung verstorben
- Autopsie ja/nein

Qualitätsindikatoren Mamma-Ca W-L

Qualitätsindikatoren

- ◆ Gesicherte Diagnose einer Tumorerkrankung
- ◆ Gesamtdosis bei Bestrahlung
- ◆ Diagnostische Maßnahmen außerhalb der Nachsorgeleitlinien
- ◆ Therapie-assoziierte Mortalität
- ◆ Überlebende nach 3 (5,10) Jahren
- ◆ Krankheitsfreies Überleben

Qualitätsziele

- ◆ Die histopathologische/ zytologische Befundung ist immer vollständig
- ◆ Immer Verabreichung der tumoriziden Gesamtdosis nach BET
- ◆ Möglichst wenig Nachsorgeuntersuchungen außerhalb der Leitlinien
- ◆ Möglichst niedrige therapie-assoziierte Mortalität
- ◆ Möglichst lange Überlebenszeiten
- ◆ Möglichst langes, krankheitsfreies Überleben (no evidence of disease)

Qualitätsindikatoren der BQS für Mamma-Ca

- ◆ Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien
- ◆ Postoperatives Präpararöntgen
- ◆ Hormonrezeptoranalyse
- ◆ Angabe pT, pM und M
- ◆ Tumorfreier Präparateschnittrand
- ◆ Angabe Sicherheitsabstand
- ◆ Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom
- ◆ Axilladisektion bei invasivem Mammakarzinom
- ◆ Anzahl Lymphknoten
- ◆ Indikation zur brusterhaltenden Therapie
- ◆ Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie
- ◆ RevisionsOperationen
- ◆ Wundinfektionen
- ◆ Adjuvante medikamentöse Therapie
- ◆ Adjuvante endokrine Therapie
- ◆ Adjuvante Chemotherapie
- ◆ Meldung an Krebsregister
- ◆ Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

Qualitätsindikatoren Mamma-Ca - WBC

- ◆ Präoperative Diagnosesicherung
- ◆ Adäquate Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie
- ◆ Adäquate Brustwandbestrahlung nach Mastektomie bei invasivem Karzinom
- ◆ Bestimmung der Hormonrezeptorstatus
- ◆ Adäquate antihormonelle Therapie bei positiven Hormonrezeptoren
- ◆ Adäquate adjuvante und neoadjuvante Systemtherapie bei invasivem Karzinom
- ◆ Vollständige Angabe des Tumorstadiums + HER2/neu
- ◆ Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie
- ◆ Adäquate Axilladisektion bei invasivem Tumor



DMP Brustkrebs

Anlage 9

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

QS-Ziele	Auslösealgorithmen	QS-Maßnahmen	QS-Indikatoren*
Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien			
Steigerung Anteil der brusterhaltenden Operationen	<ul style="list-style-type: none"> Wenn Feld 18 = „BET“ bei weniger als 55% aller chirurgischen Therapien 	<ul style="list-style-type: none"> Information des LE¹ über aktuellen Stand der chirurgischen Therapie des Brustkrebs durch die gemeinsame Einrichtung (die genauen Inhalte und die zugrundeliegenden Prozesse werden nach Gründung der Gemeinsamen Einrichtung von dieser festgelegt) Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels individualisierter Berichte (Feedback) durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich 	<ul style="list-style-type: none"> Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 50 - 60% der operierten Versicherten eine BET durchgeführt werden

¹ LE = Leistungserbringer ambulant bzw. stationär;

² ED = Erstdokumentation, FD = Folgedokumentation; ³ V = Versicherte

* Die Referenzbereiche orientieren sich, mangels evidenzbasierter Grundlagen, an den derzeit verfügbaren Daten. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, die Referenzbereiche aufgrund der Auswertung zur Qualitätssicherung zu überprüfen und für das jeweils folgende Jahr festzulegen.

DMP: 13. RSA-ÄndV

228

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil I Nr. 5, ausgegeben zu Bonn am 30. Januar 2006

**Dreizehnte Verordnung
zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(13. RSA-ÄndV)**

Vom 23. Januar 2006

DMP Brustkrebs u.a. – Aktuelle Änderungen

230

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil I Nr. 5, ausgegeben zu Bonn am 30. Januar 2006

6. Die Anlage 3 wird wie folgt gefasst:

„Anlage 3

(zu §§ 28b bis 28g)

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs

1 **Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

1.1 **Definition des Brustkrebses**

Beim Brustkrebs handelt es sich um eine von der Brustdrüse ausgehende bösartige Neubildung. Dies umfasst auch das ductale in situ Karzinom (DCIS), das noch nicht infiltrierend in das umgebende Gewebe wächst.

1.2 **Diagnostik**

Die Diagnose gilt als gestellt nach histologischer Sicherung (siehe Ziffer 3.2).

1.3 **Maßnahmen im Rahmen der Primärtherapie**

Neben der histologischen Sicherung einschließlich der speziellen pathologischen Diagnostik müssen vor Einleitung der Primärtherapie folgende Untersuchungen abgeschlossen sein:

Onkologische QS Nordrhein - Forderungen der KGNW (1)

- ◆ Möglichst „schlanke“ Dokumentation
- ◆ Möglichst geringer zusätzlicher Dokumentationsaufwand
- ◆ Vermeidung von Doppel-/Mehrfachdokumentationen
- ◆ Kompatibilität und Harmonisierung mit anderen QS-Verfahren
- ◆ Nutzung schon vorhandener Datenquellen
- ◆ Elektronische Dokumentation und Übermittlung
- ◆ Kostengünstiges Meldeverfahren

Onkologische QS Nordrhein - Forderungen der KGNW (2)

- ◆ Anwendung auch für Krankenhäuser mit geringer Zahl onkologischer Fälle
- ◆ Erstellung einer Datensatzbeschreibung und Schnittstellen-
definition zum KIS
- ◆ Entwicklung einer Erfassungssoftware
- ◆ Keine verbindliche Vorgabe eines Verfahrens
- ◆ Harmonisierung der QS-Gremien

„Nutzwertanalyse“ der KGNW

- ◆ **Ranking zur Erfassbarkeit bzw. Verfügbarkeit von zusätzlichen Daten im Rahmen der onkologischen QS**
- ◆ **Kriterien:**
 - > Verfügbarkeit in mehreren Dokumentations-Verfahren
 - > Verfügbarkeit in Routinedokumentation
 - > Internationaler Standard der Tumordokumentation (EUSOMA)
- ◆ **Einbezogene Verfahren:**
 - > BQS Modul 18/1
 - > DMP Brustkrebs
 - > § 301 SGB V
 - > Onkologische QS Westfalen-Lippe



„Nutzwertanalyse“ der KGNW

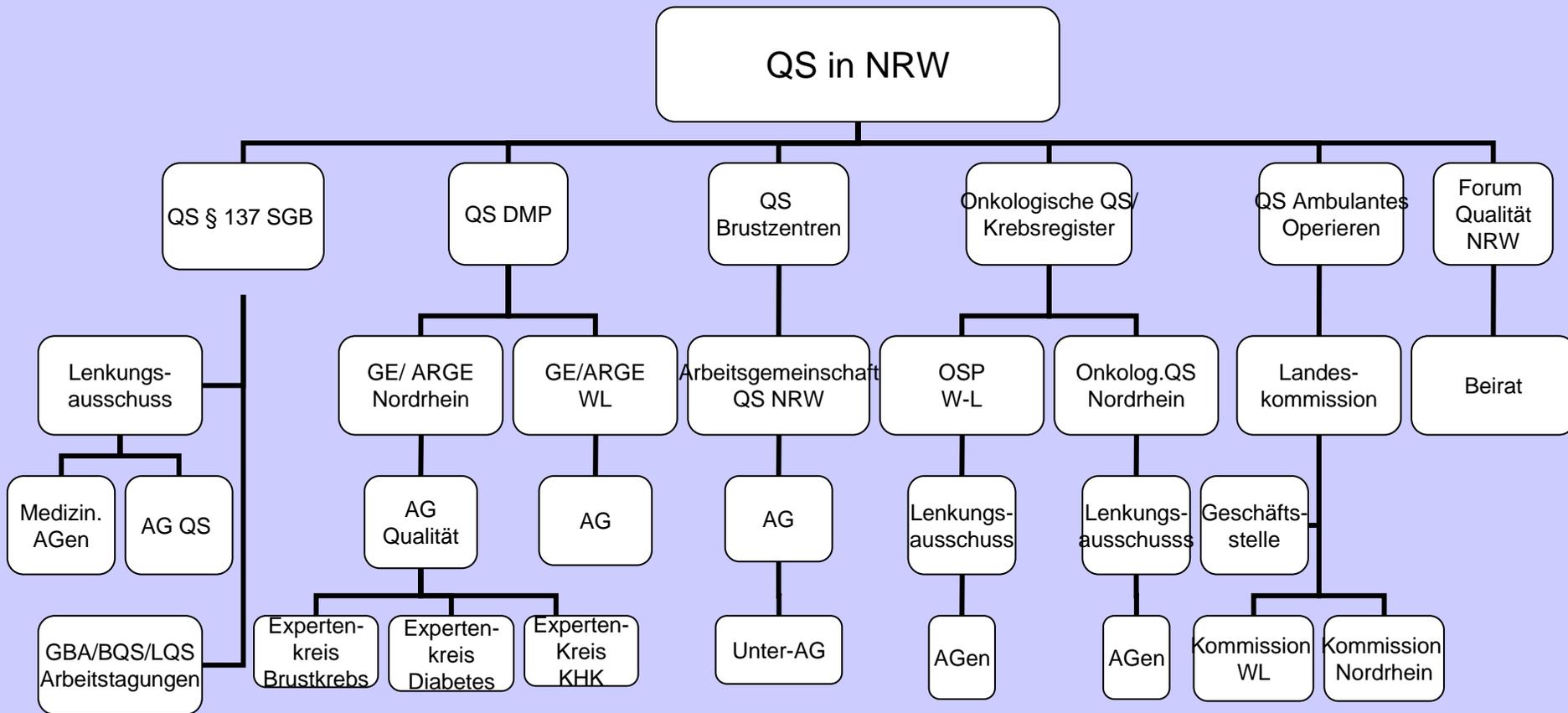
„Nutzwertanalyse“ zur Erfassbarkeit bzw. Verfügbarkeit von zusätzlichen Daten im Rahmen der onkologischen QS
 Zusätzliche Merkmale die sich nicht zwingend aus dem Krebsregistergesetz ergeben, aber in mindestens einem anderen Dokumentation bereits vor

Quelle	Merkmalsname	Verfügbarkeit in mehreren Doku-verfahren	Verfügbarkeit in Routinedokumentation	internationaler Standard der Tumordokumentation (EUSOMA)	Summe
	Punktevergabe	Anzahl mal 2	rechnergestützt zeitnah verfügbar = 9 Arztbrief = 6 Papierakte = 3	ja = 3 nein = 0	
Onkol. QS WL	Aufnahmedatum	5	9	3	22
§301	Entlassungsdatum	4	9	3	20
§301	OP-Datum	4	9	3	20
BQS 18/1	vielfelter mammachirurgischer Eingriff	2	9	3	16
DMP Brust	Krankenkasse bzw. Kostenträger	2	9	3	16
DMP Brust	Lokalisation der Metastasen	3	6	3	15
DMP Brust	Lokalrezidiv	3	6	3	15
§301	Diagnosen nach §301	3	9	0	15
§301	OPS nach § 301	3	9	0	15
DMP Brust	Rezeptorstatus (Hormon)	4	3	3	14
DMP Brust	Resektion	4	3	3	14
DMP Brust	Komplikationen der OP	4	3	3	14
BQS 18/1	Tumorgröße (mm)	2	6	3	13
DMP Brust	Kassen-Nr.	2	9	0	13
DMP Brust	Versicherten-Nr.	2	9	0	13
DMP Brust	Tumortyp	2	6	3	13
DMP Brust	Menopausenstatus	3	3	3	12
§301	DRG	1	9	0	11
§301	Aufnahmegrund	1	9	0	11
BQS 18/1	Sicherheitsabstand	2	3	3	10
BQS 18/1	Wundinfektion nach CDC	2	3	3	10
DMP Brust	Lymphödem	2	3	3	10
DMP Brust	Ergebnis nach abgeschlossener Primärtherapie	2	3	3	10
DMP Brust	Fernmetastasen gesichert am	1	3	3	8
Onkol. QS WL	Datum der Nachsorge	1	3	3	8
Onkol. QS WL	Datum letzter Patientenkontakt	1	3	3	8
BQS 18/1	Einstufung nach ASA-Klassifikation	2	3	0	7
Onkol. QS WL	Leistungszustand	2	3	0	7
DMP Brust	Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie	2	0	3	7
Onkol. QS WL	(bei Tod) Autopsie	3	0	0	6
DMP Brust	Ende des Follow Up	3	0	0	6
Onkol. QS WL	Aktueller Tumor	1	3	0	5
Onkol. QS WL	Schmerzdiagnose	1	3	0	5
Onkol. QS WL	Schmerztherapeutisches Behandlungskonzept	1	3	0	5
Onkol. QS WL	Schmerzkonzept	1	3	0	5
Onkol. QS WL	Spättoxizität	1	0	3	5
DMP Brust	Datum der Meldung	2	0	0	4
DMP Brust	Wiedervorstellungstermin vereinbart	2	0	0	4
Onkol. QS WL	Abschlussgrund	2	0	0	4

Onkologische QS Nordrhein – Aktuelle Problemlagen

- ◆ Unterschiedliche Ausgangslagen/Verfahrensweisen in Westfalen-Lippe und Nordrhein
- ◆ Hoher Zeitdruck durch EKR
- ◆ Finanzielle Aufwand weit höher als aktuelles Angebot der Krankenkassen
- ◆ „Steuerproblematik“
- ◆ Konsens: Kein „Schnellschuss“, Qualität geht vor Eilfertigkeit

Qualitätssicherung in NRW – Gremienstruktur (Auszug)

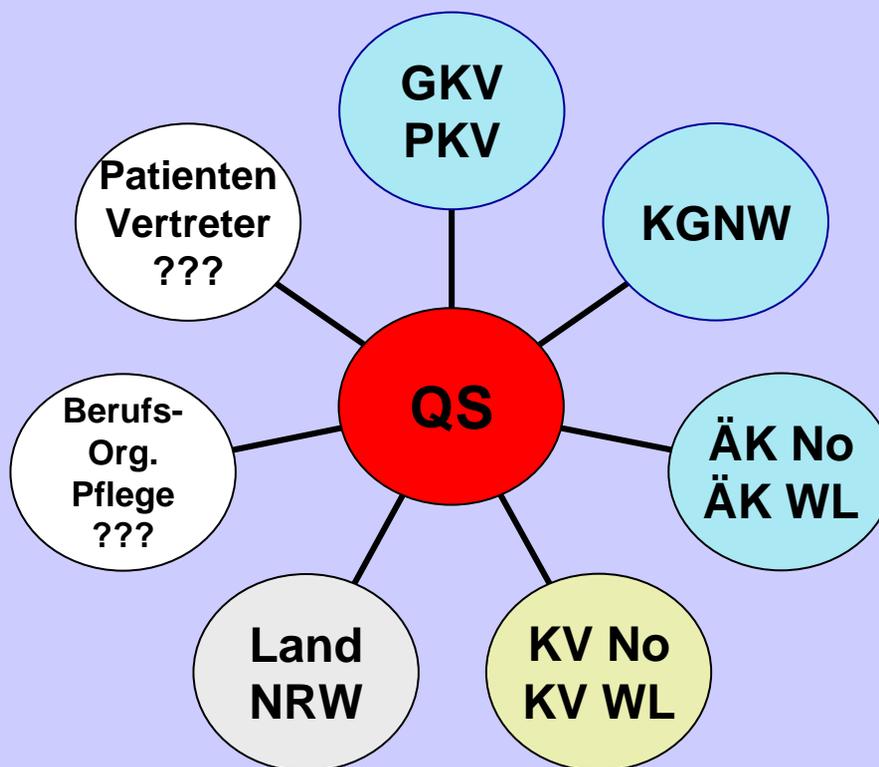


Forderung der KGNW: Harmonisierung der **QS-Gremien** in NRW

Protokollnotiz zur Vereinbarung Onkologische QS NO:

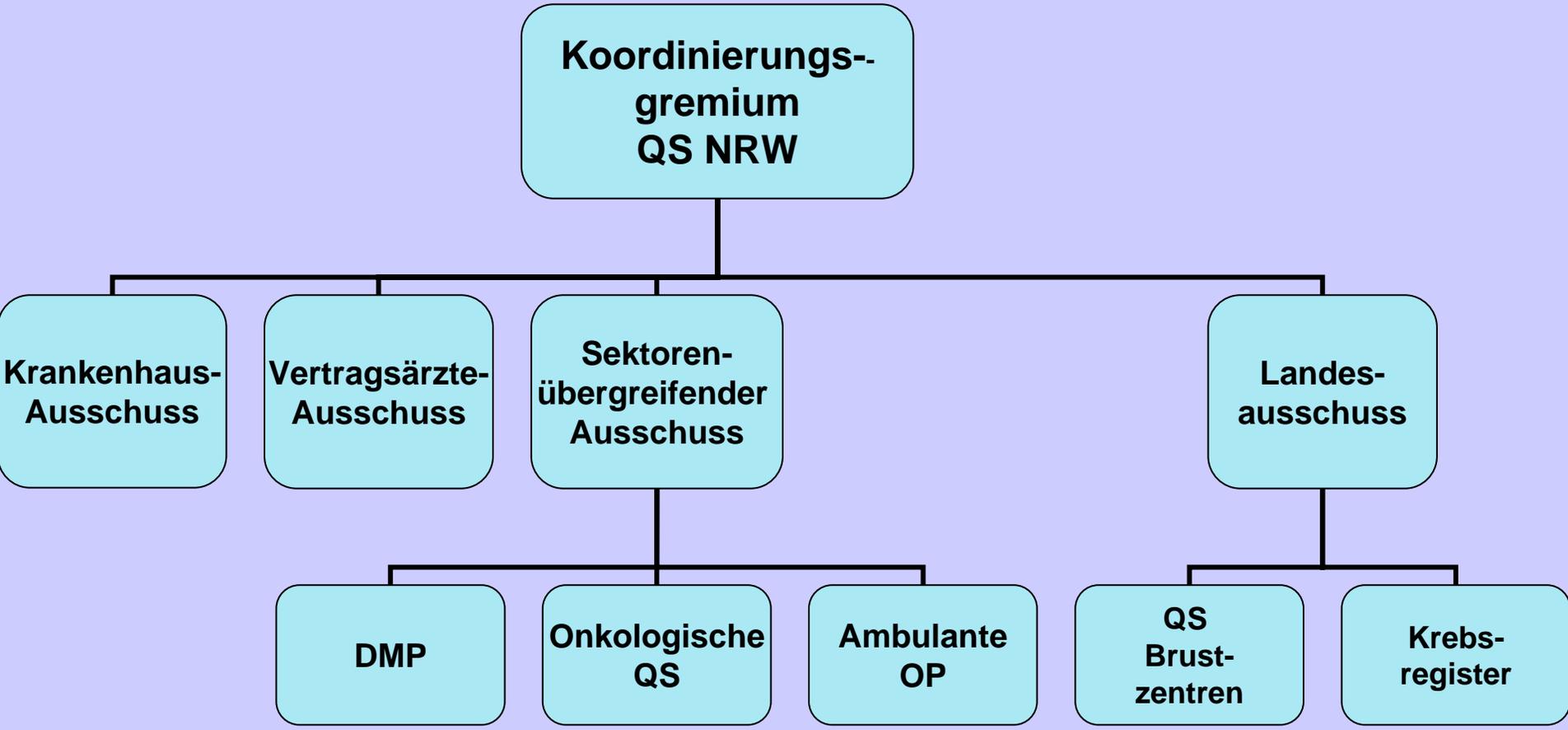
„Die Vertragspartner richten noch vor Vertragsabschluss ein sektoren-übergreifendes, landeseinheitliches Steuerungsgremium für sämtliche QS-Verfahren im Land NRW ein, dem Vertreter aller relevanten Institutionen angehören... Das Steuerungsgremium soll die verschiedenen QS-Verfahren und deren Gremien koordinieren (z.B. Lenkungsausschuss QS NRW gem. § 137 SGB V, Landeskommission Ambulantes OP, Lenkungsausschuss Onkologische QS W-L, Steuerungsgremium QS Nordrhein).“

QS in NRW - Akteure





Neustrukturierung QS-Gremien NRW (Option)





Vorteile einer neuen QS-Gremienstruktur in NRW

- ◆ **Sektorenübergreifende Abstimmung der QS-Maßnahmen möglich**
- ◆ **Verschlinkung der Gremien (perspektivisch)**
- ◆ **Bessere Koordinierung der einzelnen QS-Maßnahmen**

Offene Fragen

- ◆ Koordinierungs- oder Steuerungs- und Entscheidungsgremium ?
- ◆ Einbeziehung der Patientenvertreter, Pflegeverbände, Zahnärzte u.a. (Psychologen, Hebammen usw.) ?
- ◆ Zusammensetzung und Vorsitz
- ◆ Verfahrensordnung/Geschäftsordnung

Fazit

- ◆ Aktuell: Mehrfach- und Doppelerfassungen sind die Regel (insbesondere Mamma-Ca)
- ◆ Keine Akzeptanz für weitere QS-Verfahren ohne erkennbaren Zusatznutzen
- ◆ Harmonisierung der verschiedenen QS-Verfahren unabdingbar
- ◆ Harmonisierung der verschiedenen QS-Gremien notwendig

Ausblick

- ◆ Qualitätssicherung kommt angesichts steigenden Wettbewerbes zunehmende Bedeutung zu.
- ◆ Forderung nach Transparenz des Leistungsgeschehens
- ◆ Ergebnisqualität zunehmend im Fokus
- ◆ Ranking von Krankenhäusern ???
- ◆ Nutzung von Routinedaten sinnvoll, sofern diese unter Qualitätsaspekten relevant sind und hiermit Doppelerfassungen vermieden werden.



This is the
End !