

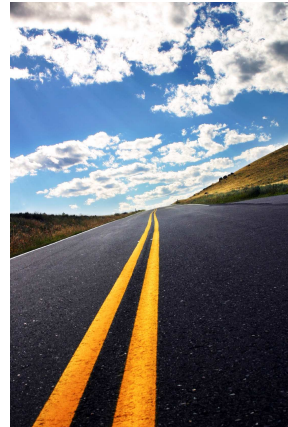
Qualitätssicherung und Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation: Standortbestimmung und Perspektiven

Fachtagung der BAG medizinisch-berufliche Rehabilitation
Bonn 9.5.2011

Wilfried H. Jäckel

Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin,
Universitätsklinikum Freiburg

RehaKlinikum und Hochrhein-Institut, Bad Säckingen

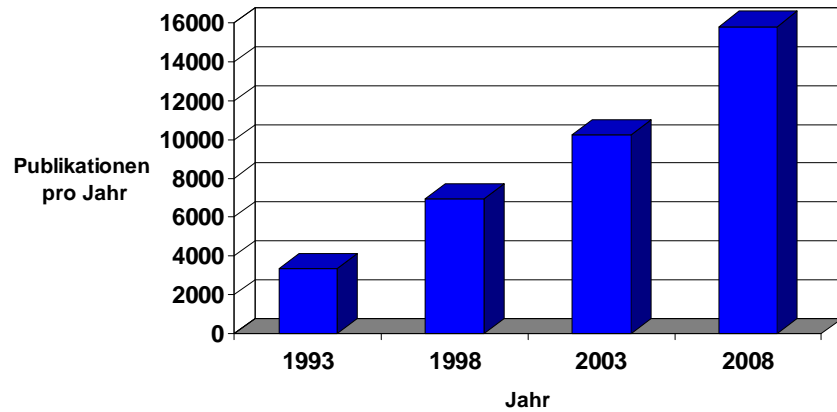


Gliederung



Publikationen in Medline-Datenbank

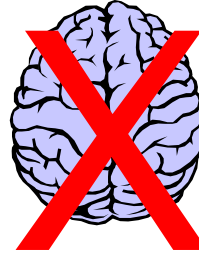
Suchwort: „guidelines“



- „die Gefahr allmählich wirksamer, freiheitsbeschränkender ökonomischer Infiltration medizinischer Standards“

Laufs, FS für Deutsch, 1998, S. 628

- „Wer sein Urteil an die Leitlinie delegiert, schaltet das Hirn aus.“



- Eine von Leitlinien dominierte Medizin einerseits und das Patientenwohl andererseits sind nicht zu vereinbaren.
- Das hohe Versorgungsniveau unserer Patienten droht am „**Teufelszeug**“ der Leitlinienmedizin zu zerbrechen.



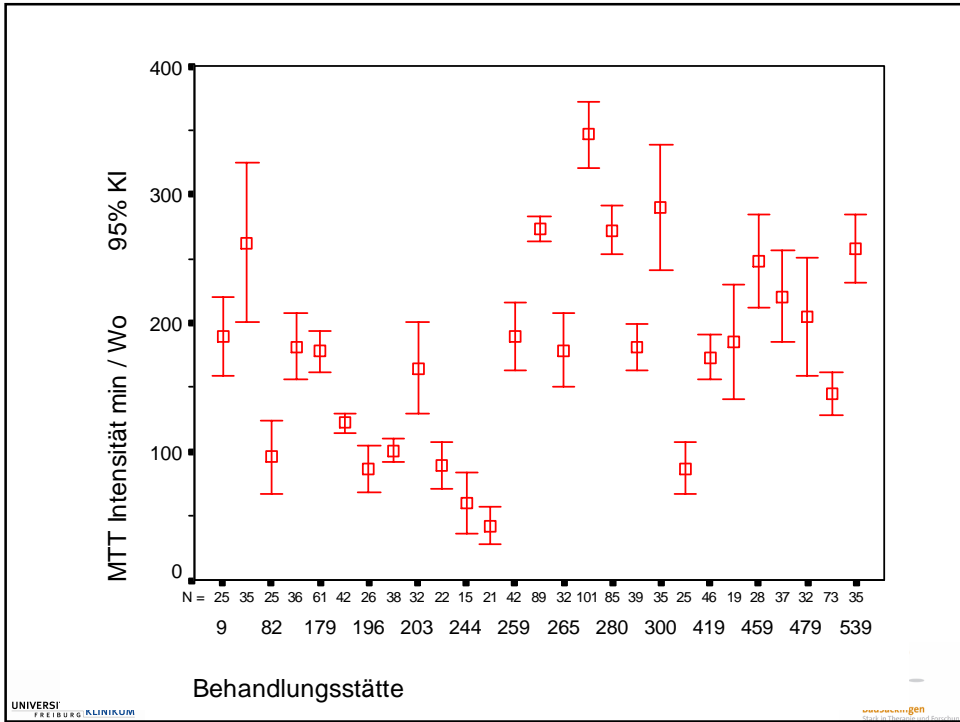
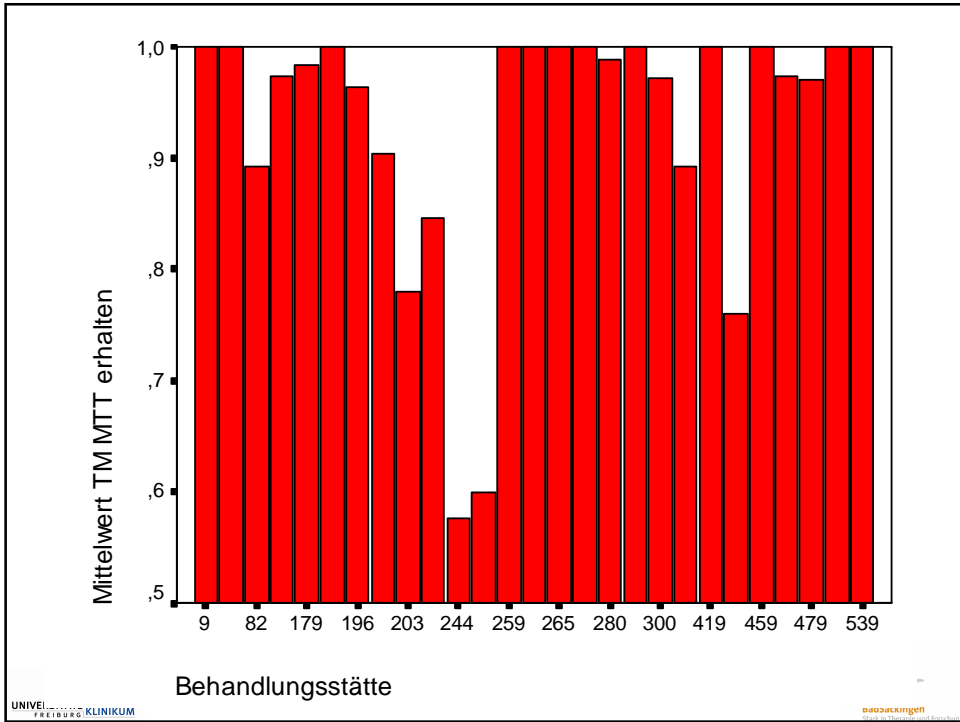
Definition von Leitlinien

Leitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen, um die Entscheidungen von Medizinern und Patienten in spezifischen klinischen Situationen zu unterstützen.

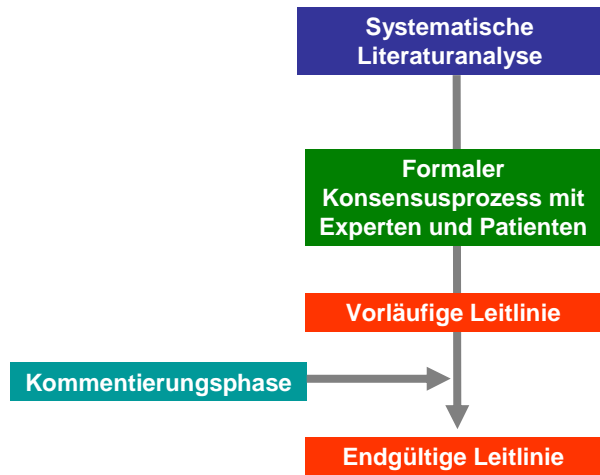
Richtlinien sind Regelungen des Handels oder Unterlassens einer rechtlich legitimierten Institution, deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen.

Chancen von LL

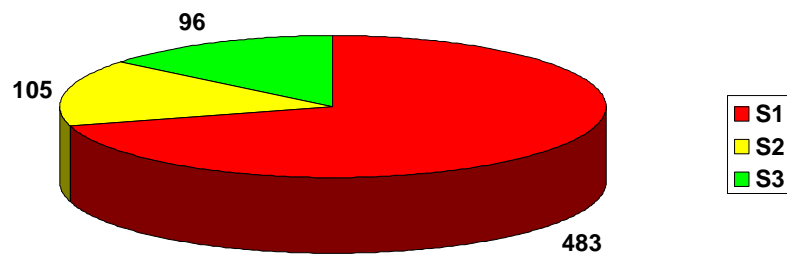
- evidenzbasierte Behandlungskonzepte und therapeutische Standards in möglichst vielen Indikationen zu etablieren
- eine flächendeckende und bedarfsgerechte Behandlung von Patienten zu sichern
- den Patienten nicht nur Mitwirkungschancen, sondern auch Behandlungssicherheit zu geben
- dem Leistungsträger und Leistungserbringer die rationale Planbarkeit ihrer Ressourcen zu ermöglichen
- eine fundierte Grundlage für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen zu schaffen.



Entwicklung der Leitlinie



AWMF: aktuelle Leitlinien



Gesamt: 681
(Stand: Mai 2011)

DELBI

- = Deutsches Instrument zur LL-Bewertung
- 7 Domänen
- 29 Kriterien

AWMF und ÄZQ, 2005/2006



Zahlen und Kosten

- derzeit: ca. **1000** fachspezifische, meist konsensbasierte Leitlinien der Fachgesellschaften

(Ollenschläger et al., 2005)

- Kosten für die Entwicklung, Verteilung und Pflege einer evidenzbasierten Leitlinie: ca. 300.000 bis 400.000 Euro

(Gandjour & Lauterbach, 2002)

- Kosten für die Entwicklung einer Leitlinie: ca. **100.000** bis 250.000 Euro

(Protokoll der Delegiertenkonferenz der AWMF; Encke, 2002)



Gesamtkosten 100 bis 250 Mio. €



Programm für Nationale Versorgungs-Leitlinien

- Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben im Jahr 2003 die gemeinsame Trägerschaft über das Programm für **Nationale Versorgungs-Leitlinien (NVL-Programm)** vertraglich vereinbart.
- Organisation durch ÄZQ

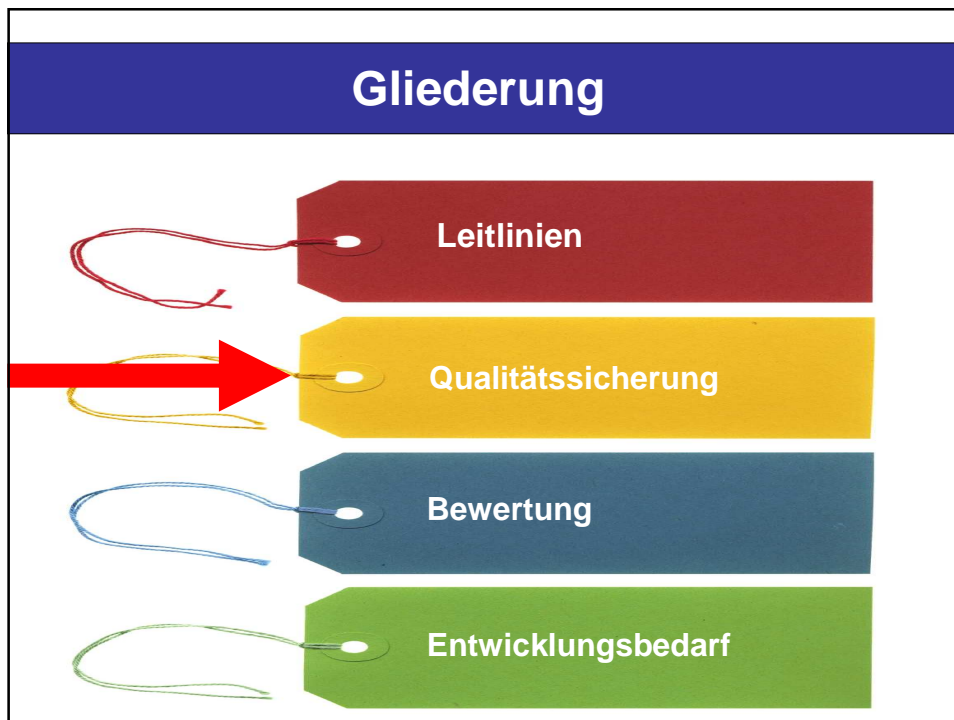


Ziele des NVL-Programms

- **Schlüsselempfehlungen** zu bestimmten, prioritären Versorgungsproblemen abzustimmen, darzulegen und zu implementieren;
- die **Behandlungsabläufe** für spezielle Erkrankungen über die verschiedenen Versorgungsbereiche darzustellen, die dabei entstehenden Entscheidungssituationen zu benennen und das jeweilige Vorgehen der Wahl zu definieren;
- die **Nahtstellen** zwischen den verschiedenen ärztlichen Disziplinen als auch den verschiedenen Versorgungsbereichen (Primäre Prävention – Sekundäre Prävention – Kuration – Rehabilitation) zu definieren und inhaltlich auszugestalten;
-

Nationale Versorgungsleitlinien

- **Entwicklung abgeschlossen**
 - Diabetes mellitus II
 - Asthma bronchiale
 - COPD
 - unipolare Depression
 - chronische KHK
 - chronische Herzinsuffizienz
 - Kreuzschmerzen



- ## Qualitätsorientierung im deutschen Gesundheitswesen
- Qualität wird zum Leit- und Steuerungsgedanken des deutschen Gesundheitswesens.
 - Die Ergebnisqualität wird in vielen Bereichen über die Allokation von Ressourcen und die Finanzierung von Leistungen entscheiden.
 - Qualitätsmanagement wird den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des deutschen Gesundheitswesens bestimmen.
79. Gesundheitsministerkonferenz

Definition der Qualität

- **Norm EN ISO 9000:2008**
 - „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“
- **IOM, 1990**
 - „the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“.
 - „Grad, mit dem Gesundheitversorgungssysteme für Einzelne und für die Bevölkerung die Wahrscheinlichkeit angestrebter Gesundheitsergebnisse erhöhen und mit dem derzeitigen professionellen Wissen übereinstimmen.“

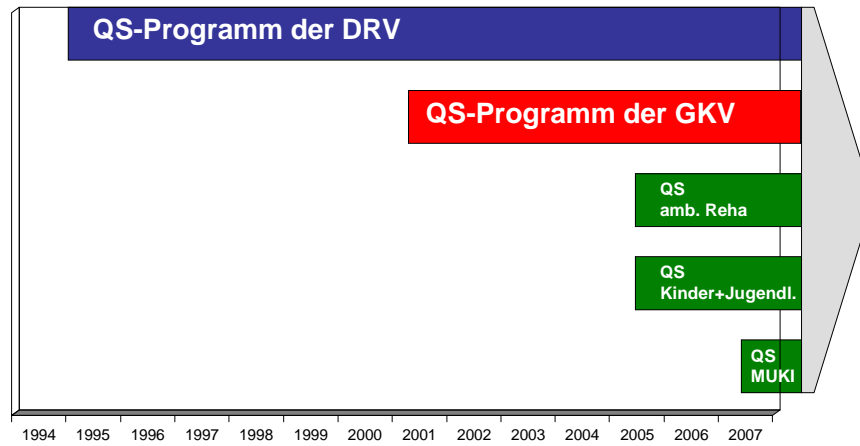
Qualitätsanforderungen an das GVS

- **Sicher**
- **Wirksam**
- **Patientenorientiert**
- **Zeitgerecht**
- **Wirtschaftlich**
- **Angemessen / fair**



Institute of Medicine, 2001

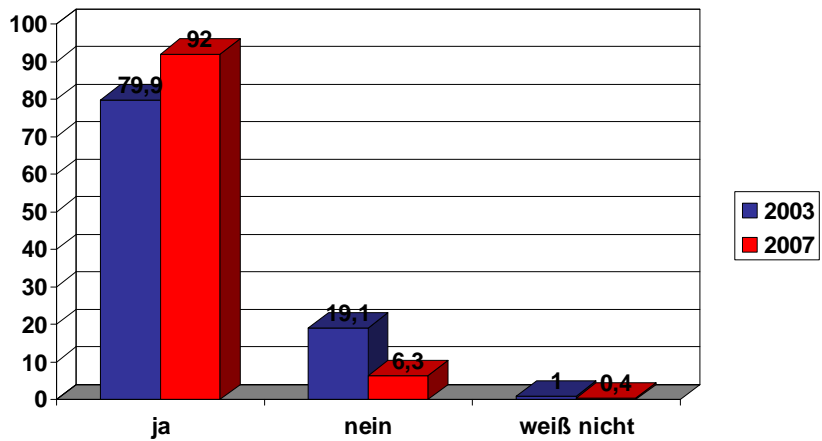
QS-Programme in der Rehabilitation



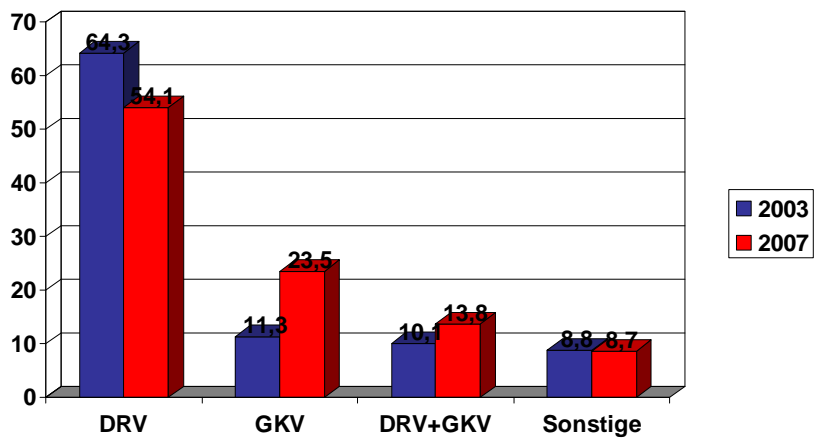
Routine-Einsatz

- ~ 950 Kliniken im QS-Programm der RV
- Über 300 Kliniken im QS-Programm der GKV

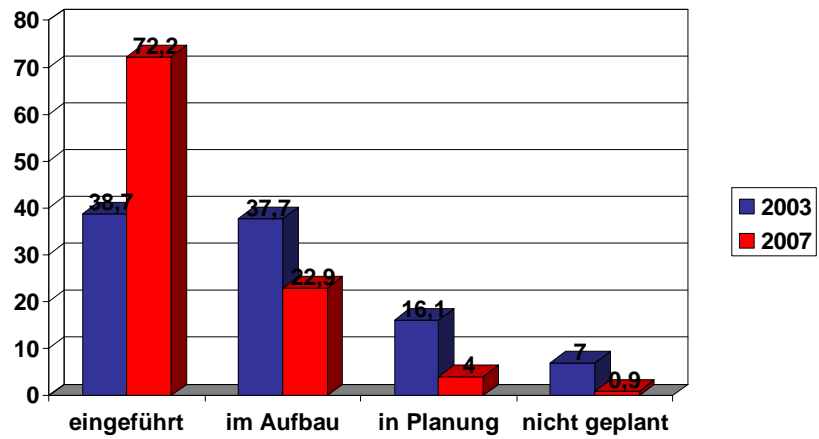
Teilnahme an externer QS



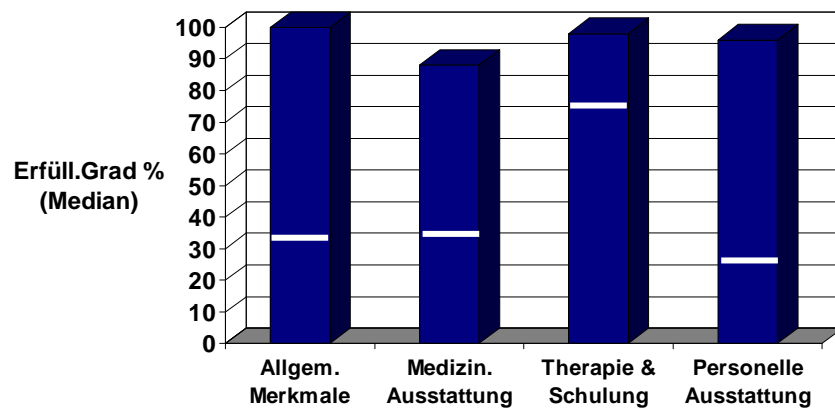
Teilnahme an externer QS



Internes QM

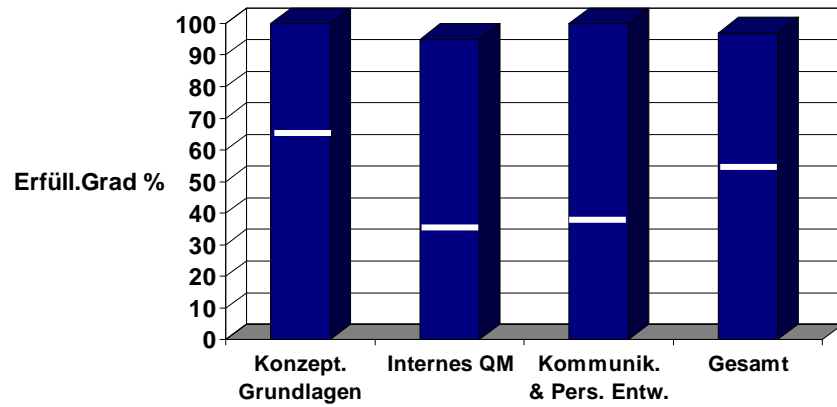


Strukturqualität (1)



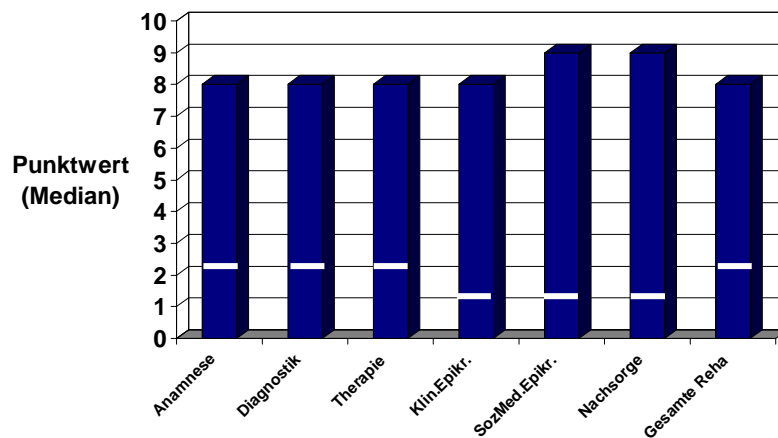
Basis: 38 kardiologische Reha-Kliniken, QS-Reha

Strukturqualität (2)



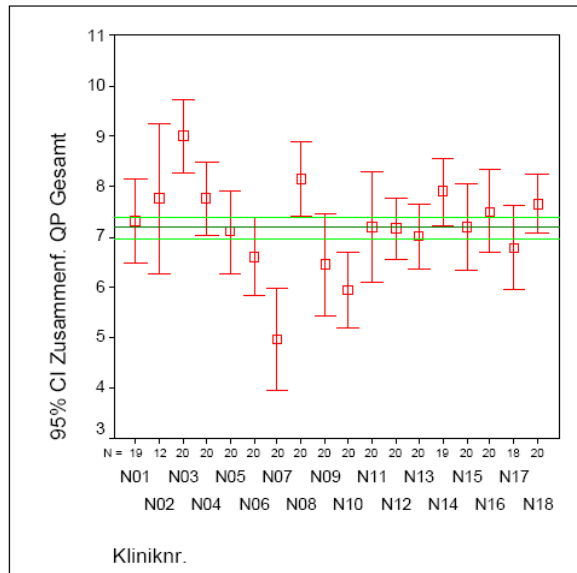
Basis: 38 kardiologische Reha-Kliniken

Prozessqualität

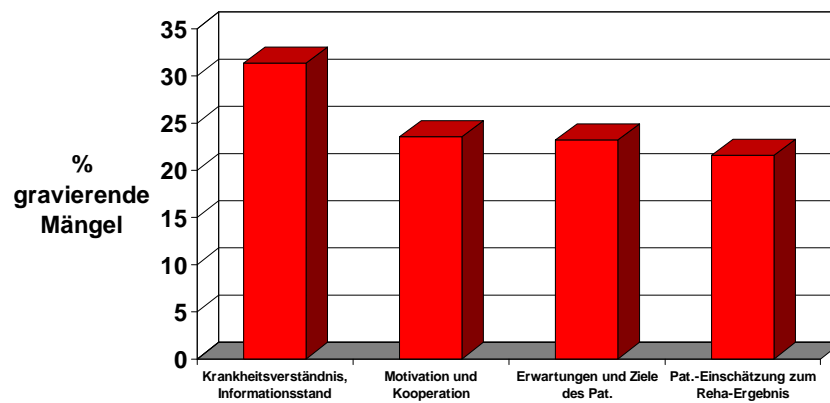


Basis: 38 kardiologische Reha-Kliniken, N=743

Prozessqualität

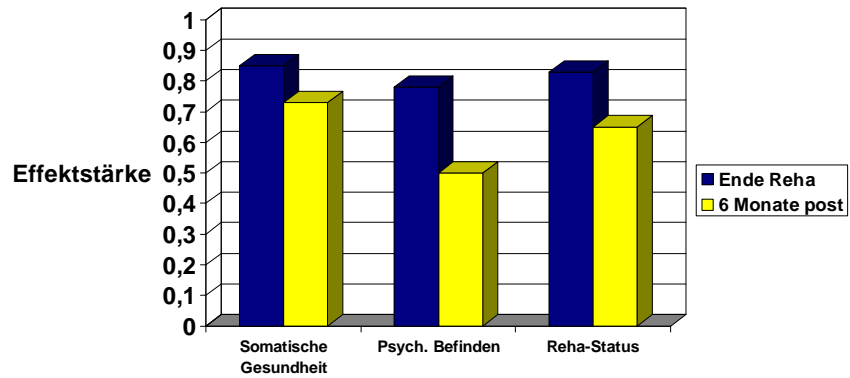


Prozessqualität Patientenorientierung



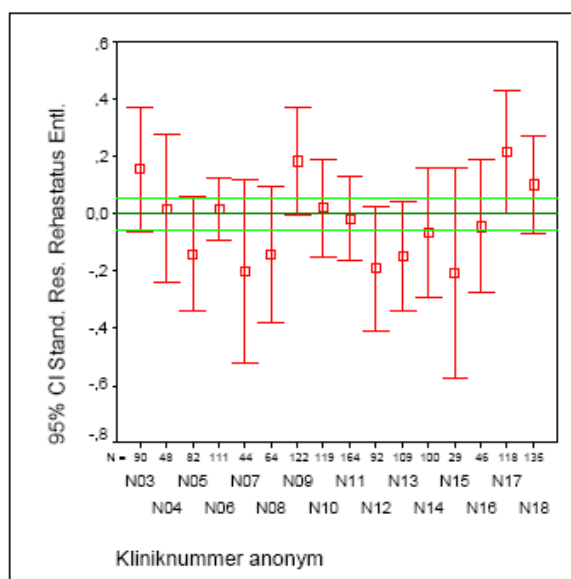
Basis: 751 E-Berichte aus kardiologischen Reha-Kliniken, QS-Reha

Ergebnisqualität in der Reha

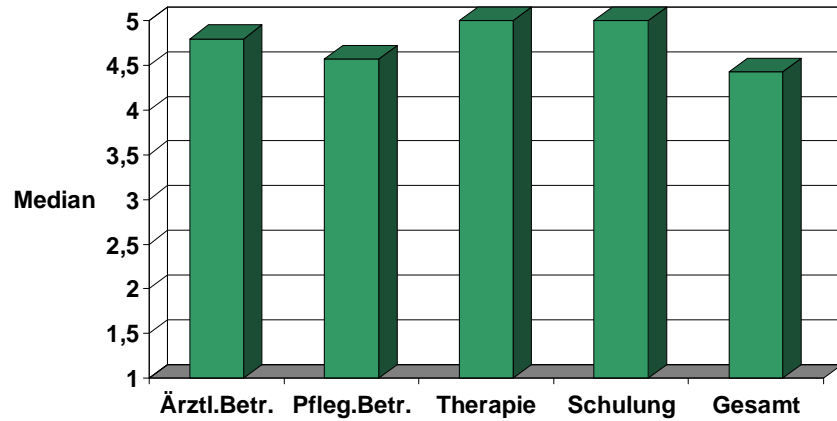


Basis: 5.142 Patienten aus kardiologischen Reha-Kliniken

Ergebnisqualität

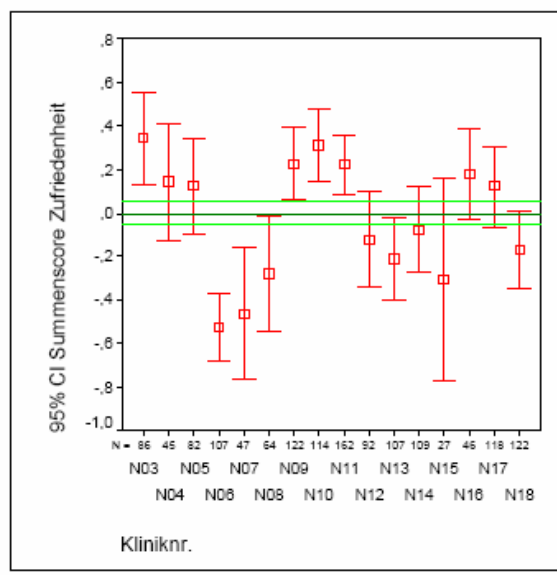


Patientenzufriedenheit in der Reha

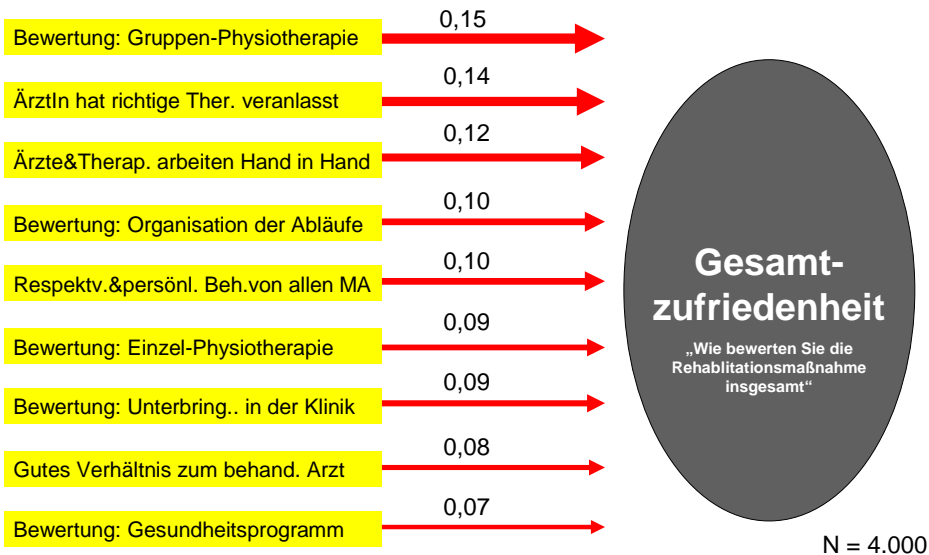


Basis: 5.284 Patienten aus kardiologischen Reha-Kliniken, QS-Reha

Patientenzufriedenheit



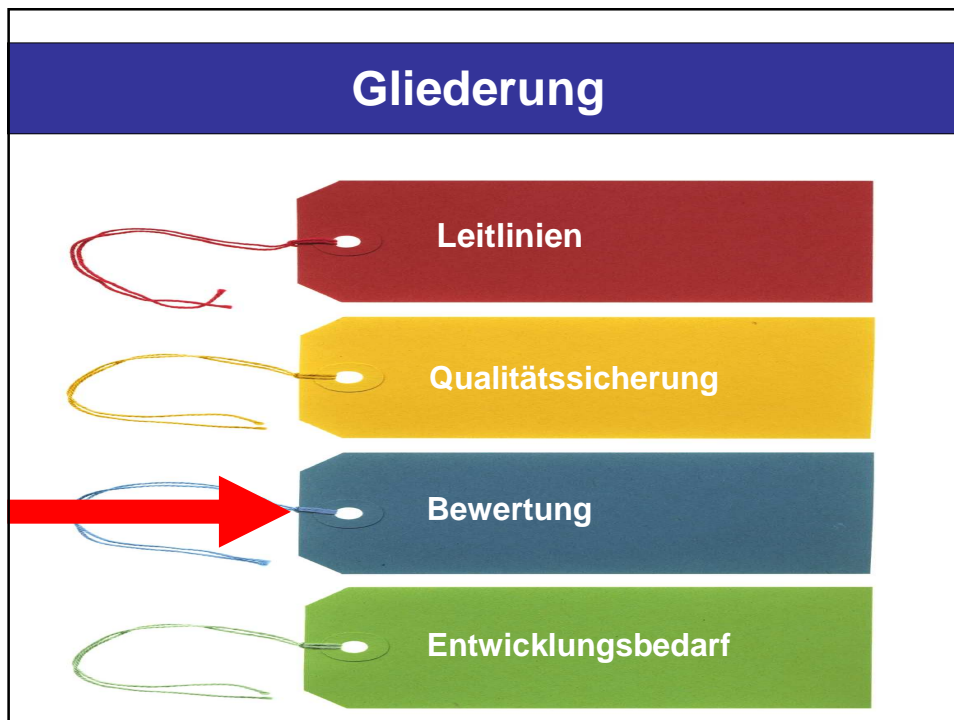
Patientenzufriedenheit (Itemniveau)



Patienten sind zufriedener¹, wenn sie ...

1. **älter** sind
2. im **AHB**-Verfahren sind
3. **berufstätig** sind
4. aus den **neuen Bundesländern** kommen
5. **keinen Rentenantrag** gestellt haben
6. **weiblich** sind.

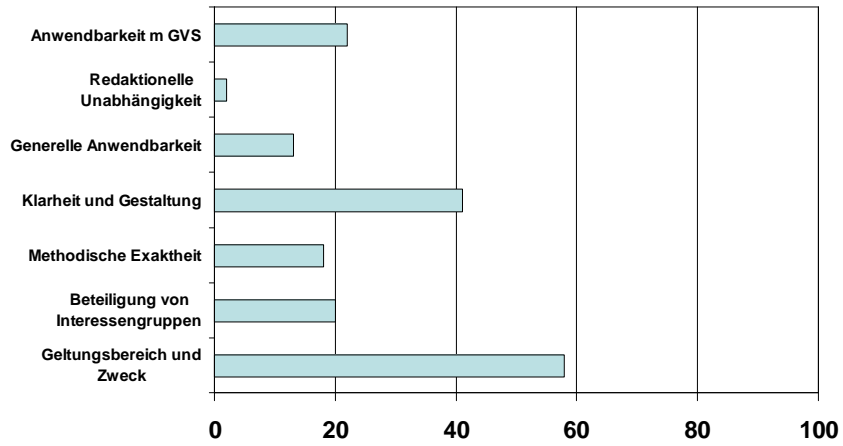
¹ bezogen auf Gesamtzufriedenheit



Leitlinien in der Rehabilitation

- Leitliniensuche u.a. bei AWMF, G-I-N, ÄZQ, BAR, DGRW, Deutsche Rentenversicherung
- Bewertung der Leitlinien mit DELBI durch zwei unabhängige Untersucher

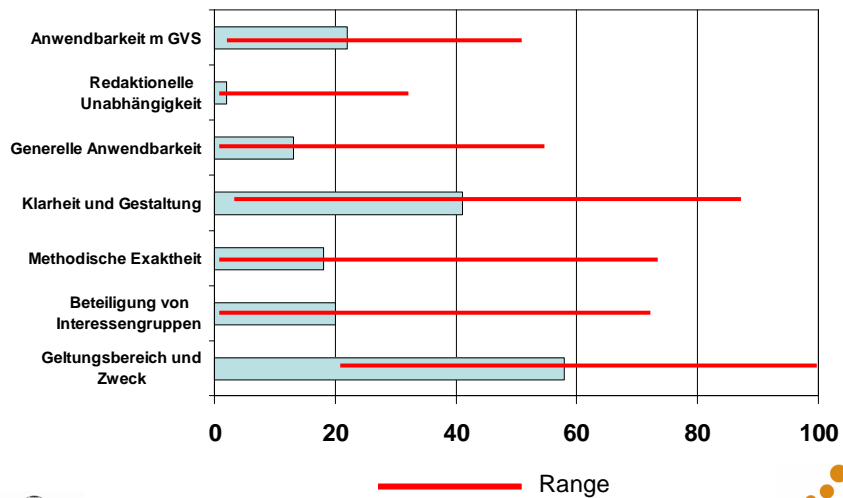
Leitlinien in der Rehabilitation Bewertung



Wiegele C et al.: Methodische Qualität von Leitlinien in der Rehabilitation. Gesundheitswesen 2011; 73:162-168



Leitlinien in der Rehabilitation Bewertung



Wiegele C et al.: Methodische Qualität von Leitlinien in der Rehabilitation. Gesundheitswesen 2011; 73:162-168



Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen

Wilfried H. Jäckel

DGRW
Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften e.V.

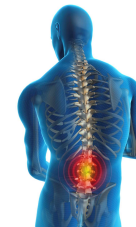
Beteiligte Fachgesellschaften: **24**



Beteiligte Experten: **35**



Erstellungsdauer (Jahre): **4**



Versorgungsleitlinien.de

Weinbrenner S. et al. ZEFQ 2010: 533-539

- 35**
- Prof. Dr. med. Ralf Baron, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
 - Heike Barth, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
 - Prof. Dr. med. Annette Becker, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
 - Prof. Dr. med. Rudolf Beisse, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),
 - Eckhardt Böhle, Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband für Physiotherapeuten und Krankengymnasten
 - Dr. med. Silke Brüggemann, MSc, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)
 - Prof. Dr. med. Dr. h.c. Kay Brune, Deutsche Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie
 - Dr. med. Jean-Francois Chenot, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
 - Ludwig Hammel, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB)
 - Prof. Dr. phil. Monika Hasenbring, Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)
 - Prof. Dr. med. Johannes Hierholzer, Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
 - Prof. Dr. med. Jan Hildebrandt, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
 - Prof. Dr. med. Christoph Hopf, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
 - Prof. Dr. med. Wilfried H. Jäckel, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
 - Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
 - Dr. med. Andreas Koch, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
 - Prof. Dr. med. Volker Köllner, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
 - Prof. Dr. med. Jürgen Krämer, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
 - Prof. Dr. med. Birgit Kröner-Herwig, Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVm)
 - Dr. med. Jürgen Kuhn, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
 - Dr. med. Gabriele Lichti, Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
 - Dr. med. Hermann Locher, Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)
 - Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
 - Prof. Dr. med. Wilfried Mau, Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
 - Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch, Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)
 - Prof. Dr. med. Dennis Nowak, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
 - Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Pflingsten, Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
 - Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner H. Raspe, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)
 - PD Dr. med. Martin Rudwaleit, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
 - Dr. med. Erika Schulte, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAi)
 - Dr. med. Wilfried Schupp
 - Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)
 - PD Dr. med. Karsten Schwerdtfeger, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
 - Dusan Tesic, Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KVB)
 - Prof. Dr. med. Christoph Ulrich, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

UNIVERSITÄT
FREIBURG KLINIKUM

Rehaklinikum
BadSäckingen

Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen

Wilfried H. Jäckel



(Subjektive) Bewertung

1. Entstehungsprozess der NVL
2. Produkt NVL
3. Impact
 - Versorgung
 - Eigene Fachgesellschaft
 - Forschung



Leitlinie	Vertreter der DGRW
Asthma bronchiale	Prof. J. Fischer
COPD	Prof. J. Fischer
Demenz	Prof. P. Schönle
Depression	PD. Dr. H. Schulz
Diabetes mellitus Typ II Nephropathie	Prof. E. Fritschka
Hypertonie	Prof. E. Fritschka
Diabetes mellitus Typ II Neuropathie	Dr. P. Hübner
Herzinsuffizienz	Prof. E. Hoberg
Koronare Herz-Krankheit	Prof. E. Hoberg
Kreuzschmerz	Prof. W. Jäckel



Zu Leitlinien wird kritisch angemerkt, dass

- etwa die Hälfte der Leitlinien auf einem geringen Evidenzniveau (Expertenmeinung, Fallstudien, Therapiestandards) basiere und die meisten derzeitigen Leitlinien Expertenkonsensus-Berichte darstellten,
- bei der Leitlinienerstellung häufig Interessenkonflikte bestünden und Leitlinien oftmals als Marketinginstrumente eingesetzt würden,
- die Aktualisierung von Leitlinien zu lange dauere und neue Studien zu spät eingearbeitet würden,
- die Leitlinien häufig zu umfassend seien, vor allem durch Aktualisierungen verursacht, und die Kernaussagen sich deshalb in der Vielzahl von aufgeführten Interventionen verlieren,
- häufig zum selben Themenbereich mehrere Leitlinien bestehen, die sich teilweise widersprechen.

Impact von Leitlinien

- „Insgesamt belegt die Datenlage ärztliche Verhaltensänderungen durch Leitlinieneinfluss nicht, insbesondere nicht ein verbessertes gesundheitliches Outcome.“
- „Eine systematische Evaluation des Impacts von Leitlinien hat bislang nicht in ausreichender Weise stattgefunden.“

(Review zum Impact qualitätssichernder bzw. qualitätsfördernder Verfahren in Ländern, die über mehrjährige Erfahrungen mit einem DRG-System verfügen; Simoes, Boukamp, Mayer & Schmahl, 2004)

„Wirksamkeit“ von Leitlinien (Publikationen 2007 und 2008)

- There is some evidence that guideline-driven care is effective in changing the process and outcome of care provided by professions allied to medicine.
- Other hospital-specific factors are likely to have a higher impact on the rate of improvement than the implementation interventions alone.
- There is insufficient high-quality evidence to draw firm conclusions on the effects of implementation of specific psychiatric guidelines.
- Paper does not change practice.
- Current evaluations have numerous methodological defects and rarely consider all relevant costs and benefits.
- Eighteen studies were included involving more than 467 health care professionals. The reporting of study methods was inadequate for all studies.

Qualitätssicherung (QS)

Welche Stärken hat das QS-Programm in der Reha?

These

- In keinem anderen Bereich des Gesundheitsversorgungssystem gibt es ein vergleichsweise **umfassendes, wissenschaftlich fundiertes und flächendeckend implementiertes** Qualitätssicherungsprogramm.

Qualitätssicherungsprogramme

	Akutmedizin	Rehabilitation
Diagnosen	Tracerdiagnosen	alle Diagnosen
Katamnese	-	+
Patientenperspektive	-	+

Stärken der QS-Programme

- Wissenschaftliche Fundierung
- Flächendeckende Implementierung (insbesondere DRV)
- „Faire“ (adjustierte) Klinikvergleiche (insbesondere GKV)
- Umfassender Ansatz
- Patientenorientierung
- Berücksichtigung der Katamnese
- Detaillierte Rückmeldung an die Kliniken
- Einbezug der Einrichtungen bei der Entwicklung

Qualitätssicherung (QS)

Welche Stärken hat das QS-Programm in der Reha?

Warum ist QS in der Reha weiter als im Akutbereich?

Welche Auswirkungen haben die QS-Programme?

Wo bestehen Probleme?

Können wir auf QS verzichten?

Probleme der QS-Programme

- Hoher Aufwand für die Reha-Träger (DRV und GKV)
- Hoher Aufwand für die Einrichtungen (GKV)
- Verzögerte Rückmeldung
- Begutachtung, Zuweisung und Reha-Nachsorge werden nicht berücksichtigt
- Keine Untersuchungen zur Wirksamkeit bzw. zur Kosten-Nutzen-Relation
- Unklare Konsequenzen der Ergebnisse für die Einrichtungen

Qualitätssicherung (QS)

Welche Stärken hat das QS-Programm in der Reha?

Warum ist QS in der Reha weiter als im Akutbereich?

Welche Auswirkungen haben die QS-Programme?

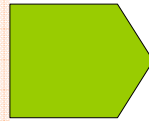
Wo bestehen Probleme?

Können wir auf QS verzichten?

...und in Zukunft

weniger

Focus ausschließlich auf
der Qualität der Reha-
Einrichtungen



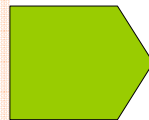
mehr

Gesamter Prozess
(Antragstellung,
Zuweisung, Nachsorge)

...und in Zukunft

weniger

QS im Reha-Sektor



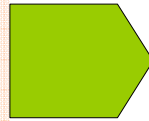
mehr

Sektorübergreifende
Qualitätssicherung

...und in Zukunft

weniger

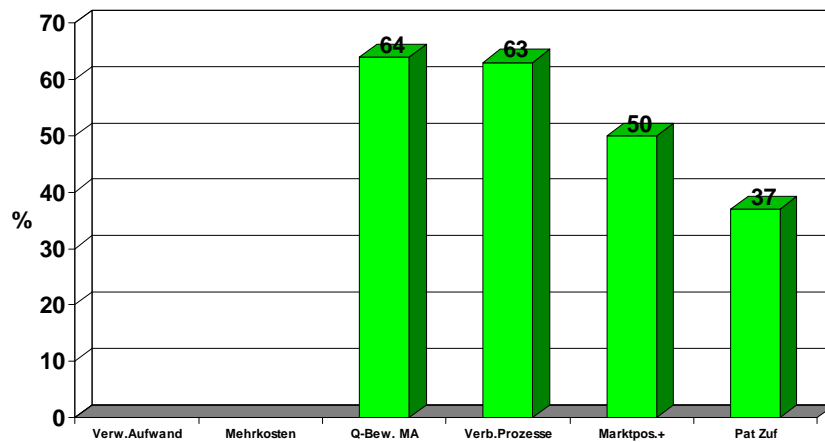
Wichtigste Datenquelle:
Externe Daten aus QS-
Programmen



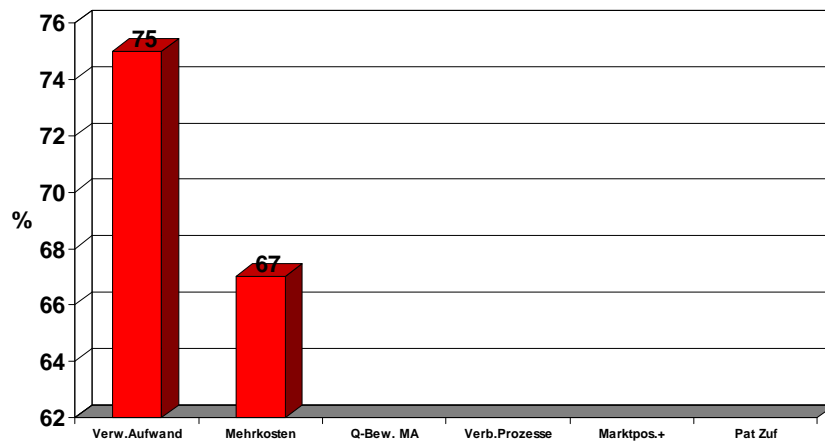
mehr

Wichtigste Datenquelle:
Routinedaten der Kliniken
und der Reha-Träger

Chancen der Teilnahme an QS



Risiken der Teilnahme an QS



Evaluation der Qualitätssicherung

- **Ergebnisse einer umfassenden Literaturanalyse:**

- „Wenngleich positive Auswirkungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere auf die Leistungsprozesse berichtet werden, ist der Impact auf das Outcome bislang nicht oder nur unzureichend belegt, und die Datenlage wird insgesamt als „konsistent inkonsistent“ bewertet.“

Zusammenfassende Interpretation

Verstärkte Bemühungen in den vergangenen Jahren, bzgl. der Evaluation von QS/QM auch „neue Wege“ zu beschreiten, aber:

Die Evidenzlage zur Effektivität von Maßnahmen der QS/des QM ist sowohl national als auch international immer noch begrenzt!

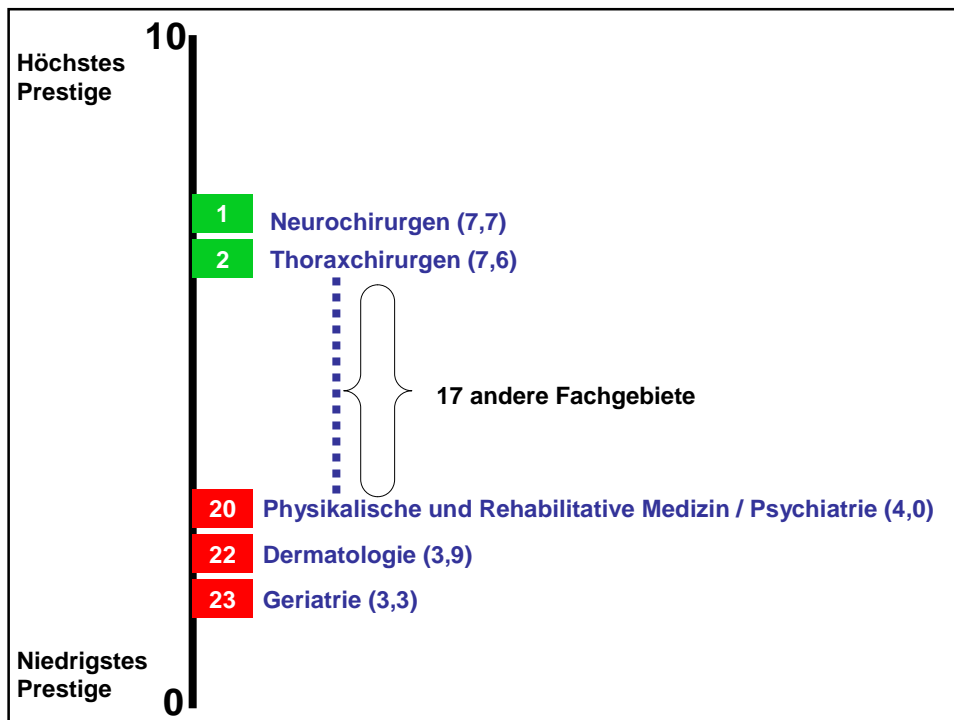
Wodurch ist die Qualität in der Rehabilitation aktuell gefährdet?



„Prestige“ von Facharztgruppen

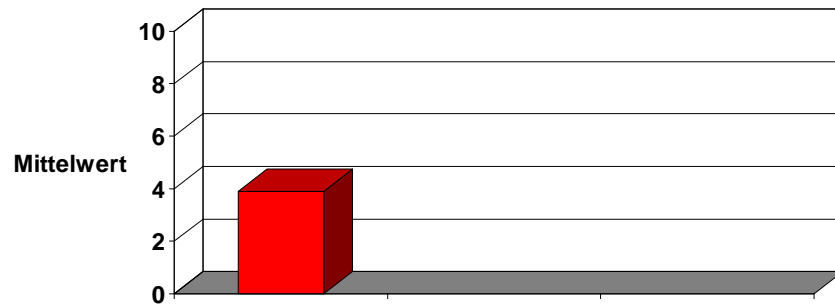
- Befragung in Norwegen
 - 242 Chef- und Oberärzte
 - 327 Ärzte für Allgemeinmedizin
 - 317 Medizinstudierende im letzten Semester
 - **23 Facharztgruppen**
 - „Bitte geben Sie jedem Fachgebiet eine Zahl für das Prestige, die dieses bei Beschäftigten im Gesundheitssystem hat.“

Album D, Westin S – Soc. Science and Med (2008)



Stellenwert des Fachgebietes „Rehabilitation“

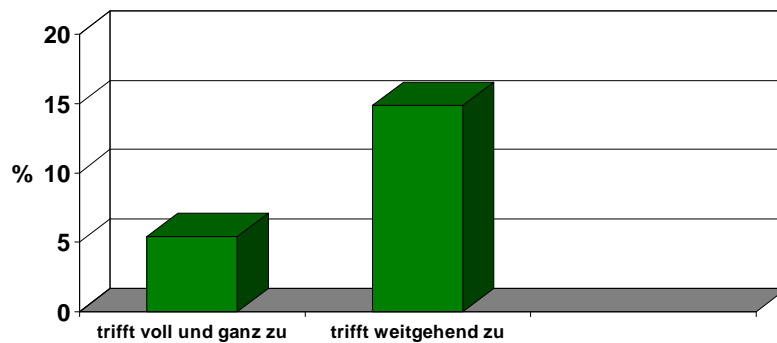
"Welchen Stellenwert innerhalb der Medizin hat das Fach Rehabilitation für Sie?"



N=147, WS 2009/2010

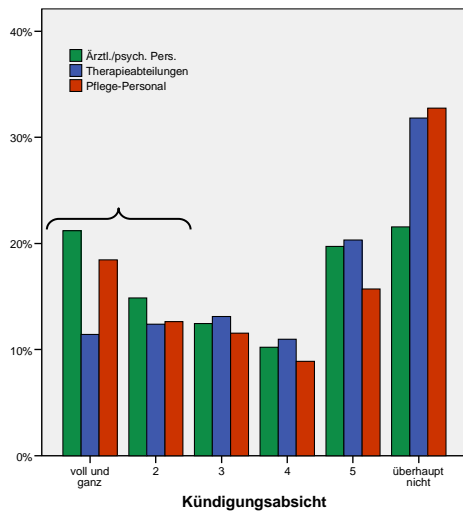
Stellenwert des Fachgebietes „Rehabilitation“

"Ich kann mir vorstellen, als Arzt/Ärztin in einer Rehabilitationsklinik zu arbeiten"



N=147, WS 2009/2010

„Manchmal spiele ich mit dem Gedanken, meine Stelle hier in der Klinik zu kündigen“

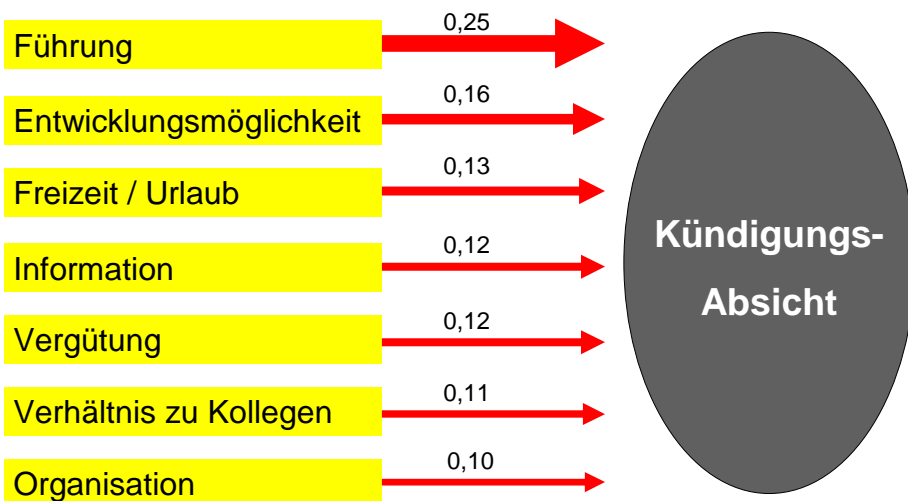


Kategorie 1 und 2
Trifft voll und ganz/ trifft weitgehend zu

36,1% Ärzte
23,8% Therapeuten
31,1% Pflege

N = 3.130

Kündigungsabsicht der Ärzte

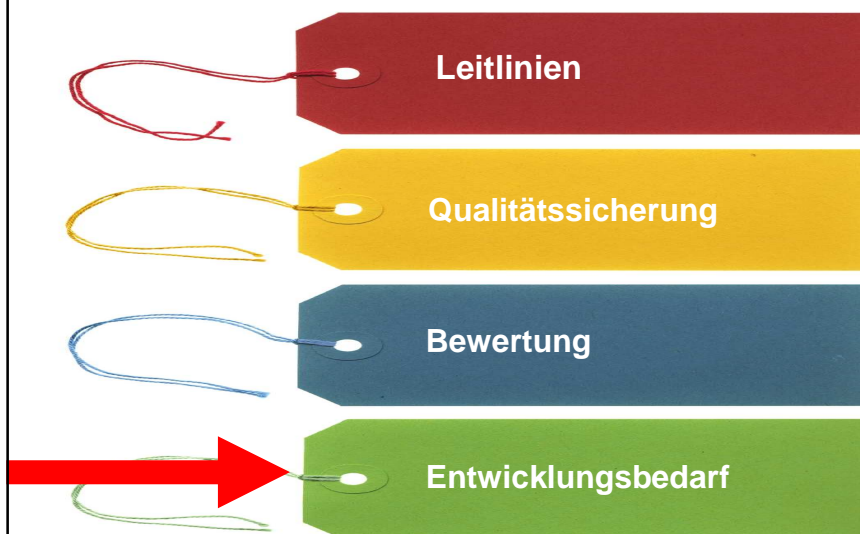


N = 543

LL und QS

- Prozess-Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung, jetzt „Reha-Therapiestandards“
- Definition von Qualitätsindikatoren bei der Erstellung neuer Leitlinien
- QUALIFY-Instrument der BQS

Gliederung



Weiterentwicklungsbedarf der QS-Programme

- Evaluation der QS
- Harmonisierung der verschiedenen Programme
- Zeitnahe Rückmeldung
- Überarbeitung Peer Review
- Berücksichtigung der gesamten „Reha-Kette“
- Sektorenübergreifende QS
- Nationaler Qualitätsbericht für die Rehabilitation
- Konsequenzen aus den Ergebnissen

Die Qualitätssicherungs-Programme

sind ein „Meilenstein“
auf dem Weg zu einer qualitätsgesicherten Versorgung
im Bereich der Rehabilitation.

Aber:

**Bisher kaum Konsequenzen
aus den Qualitätsbewertungen!**

Zusammenhang von Qualitätsmessung und -verbesserung

- Qualitätsmessung ist eine zentrale Voraussetzung für Qualitätsverbesserung
- Qualitätsmessung allein führt nicht zu einer Qualitätsverbesserung

Problem:

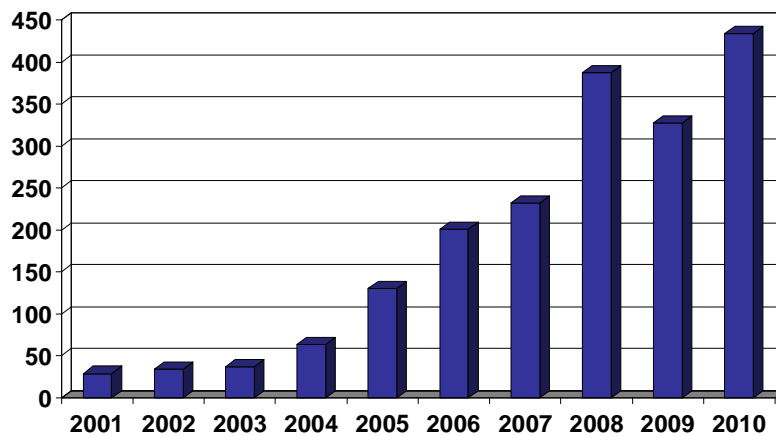
**Derzeitige Vergütungssysteme
enthalten keine Anreize für
Qualitätsentwicklung!!**

Lösungsmöglichkeit: Pay for Performance (P4P)

„Qualitätsbezogene Vergütung“
(SVR-Gutachten, 2007)



„Pay for performance“ Medline



P4P Wirksamkeit (1)

- P4P plus public reporting bringt schnellere Qualitätsverbesserung als public reporting allein
 - [Lindenauer NEJ, 2007, Lee NEJ, 2007]

P4P Wirksamkeit (2)

- P4P führt zu einer Abnahme der Kosten im GVS von ca. 10% (Vorher-Nacher-Vergleich)
 - [Parke, 2007]

Ergebnisorientierte Vergütung in der Neurologischen Rehabilitation

Routineerprobung des Verfahrens
in 12 neurologischen Fachkliniken

Ein Gemeinschaftsprojekt von:
Barmer Ersatzkasse
Wittgensteiner Kliniken
m&i Klinikgruppe Enzensberg

Wissenschaftliche Betreuung:
Dr. Nikolaus Gerdes

Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen



Aber

- „There is a need for more systematic evaluation of hospital P4P to understand its effect and"



Mehrotra A et al., Am J Med Qual 2009; 24: 19-28



Aber

- „There is a need for more systematic evaluation of hospital P4P to understand its effect and **whether the benefits of investing in P4P outweigh the associated costs.**“

Zusammenfassung

Leitlinien- und Qualitätssicherungsprogramme sind wichtige Meilensteine für die Weiterentwicklung der Rehabilitation

Zusammenfassung

Leitlinien- und Qualitätssicherungsprogramme werden zu „Daumenschrauben“, wenn ...

sie nicht auf eine Qualitätsentwicklung sondern primär auf Kosteneinsparungen zielen.

sie nicht wissenschaftlich fundiert und Klinikvergleiche nicht „fair“ sind.

Leitlinien als Richtlinien verwendet werden.

Qualität und Leitlinienadhärenz muss sich für die Leistungserbringer lohnen!!!

Weitere Informationen

- www.driv-bund.de
- www.qs-reha.de
- www.leitlinien.de
- www.aqms.de



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !!

er Team.

