

Die „Diabetologie“ auf der Suche nach Qualität? (1)

Serie Dr. Herbert Hillenbrand berichtet in dieser Rubrik in loser Folge über Qualitätsmanagement in der Diabetologie. Dieses Mal steht die Suche nach Qualität im Mittelpunkt.

Wer sich schon lange mit der Diabetologie in Deutschland beschäftigt, der weiß, daß man sich schon recht früh mit den Fragen der Qualität und Qualitätssicherung beschäftigt hat. Neben den in der Inneren Medizin etablierten Fächern wie Endokrinologie, Gastroenterologie oder Kardiologie war die Diabetologie kein eigenständiges Fachgebiet. Erst in jüngster Zeit scheint sich das zu ändern.

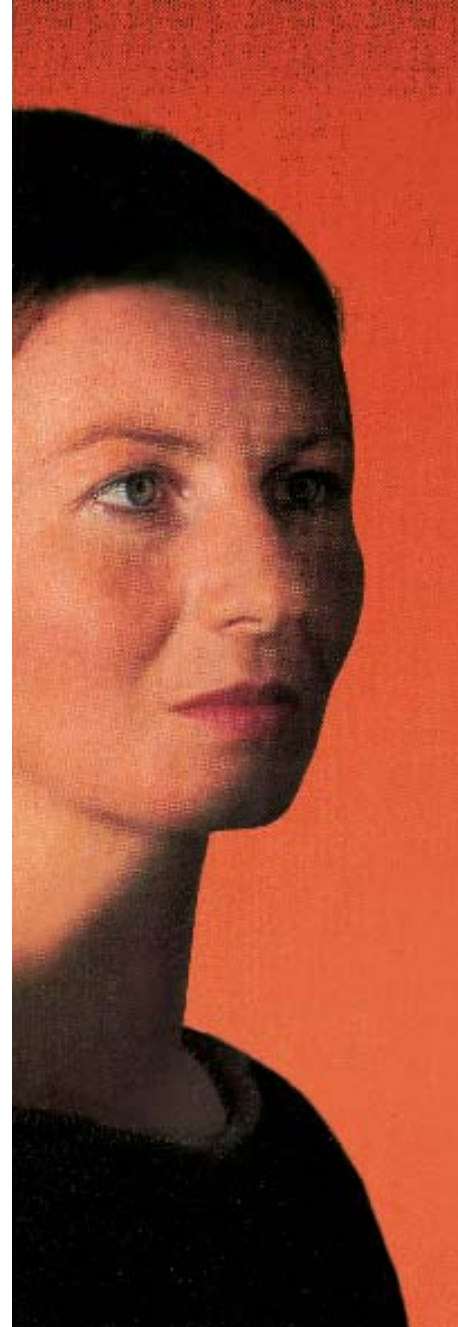
Selbstmanagement

Die Diabetologen mußten auf dem Weg zu mehr Anerkennung diabetologische Qualität definieren. Diese Bemühungen führten zunächst über die Strukturqualität zum Diabetologen DDG, zu der Diabetesberaterin und schließlich zur Diabete-

sassistentin DDG. Das Besondere in der Diabetologie war das Patienten-Selbstmanagement und der Weg dazu war die Schulung der Patienten. Man hat strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme entwickelt und deren Ergebnisse über 1-Jahres-Nacherhebungen des HbA1c-Wertes gemessen. Die Strukturqualitäten, verbunden mit der Schulungs-Hospitation (Prozeßqualität) und den HbA1c-Ergebnissen führte dann zur Definition der „Behandlungseinrichtungen DDG“.

Mit den DMPs und dem GMG haben sich die Rahmenbedingungen für die Diabetologie grundlegend verändert! Verwirrt fragen sich jetzt viele, wie das alles zusammenpassen soll oder konkret, was sie denn nun in Sachen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement machen müssen.

Text: Dr. Herbert Hillenbrand.



Was das Gesetz fordert, lesen Sie im Kasten auf dieser Seite (Auszüge). Das bedeutet für die Leistungserbringer:

1. einrichtungsintern für Qualitätssicherung zu sorgen („interne Qualitätssicherung“). Das „wie“ bleibt dabei den Leistungs-

i SGB V §135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissen-

erbringern überlassen und wird zunächst nicht überprüft. Es sei denn, es gibt Patientenklagen. Gute Beispiele für interne Qualitätssicherung bietet die Patientenschulung. Am Ende einer Schulung für „Insulinpatienten“ müsste bei jedem Patienten mindestens überprüft worden sein, ob, er richtig spritzen und messen kann. Gerade diese QS-Maßnahmen werden häufig nicht durchgeführt, dafür aber unbrauchbare Daten gesammelt! Die gesetzliche Formulierung bedeutet eine leitliniengerechte Behandlung. Leitlinien stellen den jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse dar und müssen deswegen auch regelmäßig aktualisiert werden.

Externe Qualitätssicherung

2. sich an vorgeschriebenen Maßnahmen der „externen Qualitätssicherung“ zu beteiligen. Derartige Maßnahmen sind in Krankenhäusern üblich, vor allem bei den operativen Fächern. Krankenhäusern, die sich nicht an derartigen externen Maßnahmen beteiligen, drohen Abzüge bei der Vergütung. Diese externe Qualitätssicherung für den Krankenhausbereich hat sich professionell entwickelt. Für die Durchführung wurde 2001 die „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS gGmbH)“ gegründet.

Es ist unverständlich, wieso bislang von der Diabetologie diese Möglichkeit der vergleichenden externen Qualitätssicherung für Krankenhäuser noch nicht genutzt wurde. Man bekäme damit eine verpflichtende Teilnahme der Kliniken und könnte z. B. die oft beklagte Qualität bei der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms vergleichend überprüfen.

Qualitätsziele

Qualitätsindikatoren

2. Einhaltung der Kooperationsregeln gemäß Abschnitt 1.8

Jährliche augenärztliche Untersuchung für alle Diabetes-Patienten

Nach einem Jahr DMP sollten 70 % der eingeschriebenen Versicherten jährlich zum Augenarzt überwiesen werden, nach zwei Jahren 85 %, nach drei Jahren 95 %.

Mitbehandlung durch eine auf Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

Nach einem Jahr DMP sollten 60 % der eingeschriebenen Versicherten, die einen auffälligen Fußstatus haben, an eine diabetische Fußambulanz überwiesen werden, nach zwei Jahren 70 %, nach drei Jahren 80 %.

Optimierung der Kooperation der Versorgungssektoren: Nicht-Erreichen Ziel-Blutdruck

Der Anteil der Versicherten, die ihren Ziel-Blutdruck innerhalb von 6 Monaten nicht erreichen und daher überwiesen werden, soll im ersten Jahr 50 %, im zweiten Jahr 55 % und im dritten Jahr 60 % betragen.

Abbildung 1: ausgewählte Qualitätsziele im DMP Diabetes Typ 2.

3. DMPs als QS-System verstehen. Die DMPs sind als QS-Systeme aufzufassen! Hier werden ausgewählte Versorgungssysteme über Qualitätselemente definiert. Da ist zunächst die Strukturqualität. Über sie wird vorgegeben, wer im Versorgungssystem vorhanden sein muß, welche Strukturvoraussetzungen diese Leistungserbringer erfüllen müssen, und welche Behandlungsaufträge (=Versorgungsprozesse) sie erbringen müssen. Inwieweit diese Versorgungsprozesse beim einzelnen Leistungserbringer tatsächlich auch durchgeführt werden, das wird über die verpflichtende Dokumentation überprüft.

Auswertungen vierteljährlich

Für die Diabetologie gibt es bislang nur eine Maßnahme der verpflichtenden externen Qualitätssicherung – und das ist die Dokumentation beim DMP Diabetes Typ 2 auf der Versorgungsebene eins (Hausarztbene). Die teilnehmenden Praxen erhalten vierteljährlich ihre Auswertun-

schaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht...sind verpflichtet:

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

gen zurück, vergleichend zum Landesdurchschnitt. So weiß jede Praxis, wo sie steht, und ob sie ihre selbstgesetzten Qualitätsziele erreicht hat. Die Krankenkassen als Disease-Manager haben im DMP Qualitätsziele. Eine kleine Auswahl davon zeigt Abbildung 1 (rechts oben). Diese Qualitätsziele können ganz einfach auf die Praxis des Koordinierenden Arztes übertragen werden. Damit verfügen diese Praxen über geeignete QS-Ziele im Rahmen eines Qualitätsmanagement-Systems.

Die DMPs zeigen eine wichtige Entwicklungsrichtung der Qualitätssicherung: Immer mehr Leistungserbringer werden neue Versorgungsverträge außerhalb der Kollektivverträge unterschreiben (DMPs, Integrierte Versorgung, Hausarztmodelle). Dabei werden die Krankenkassen zunehmend „einrichtungs-

übergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung“ verlangen. Neue/zusätzliche Vergütungen gibt es nur in Verbindung mit externer Qualitätssicherung. Damit beantwortet sich die Frage nach der Bedeutung der externen Qualitätssicherung für die Leistungserbringer.

Qualitätselemente

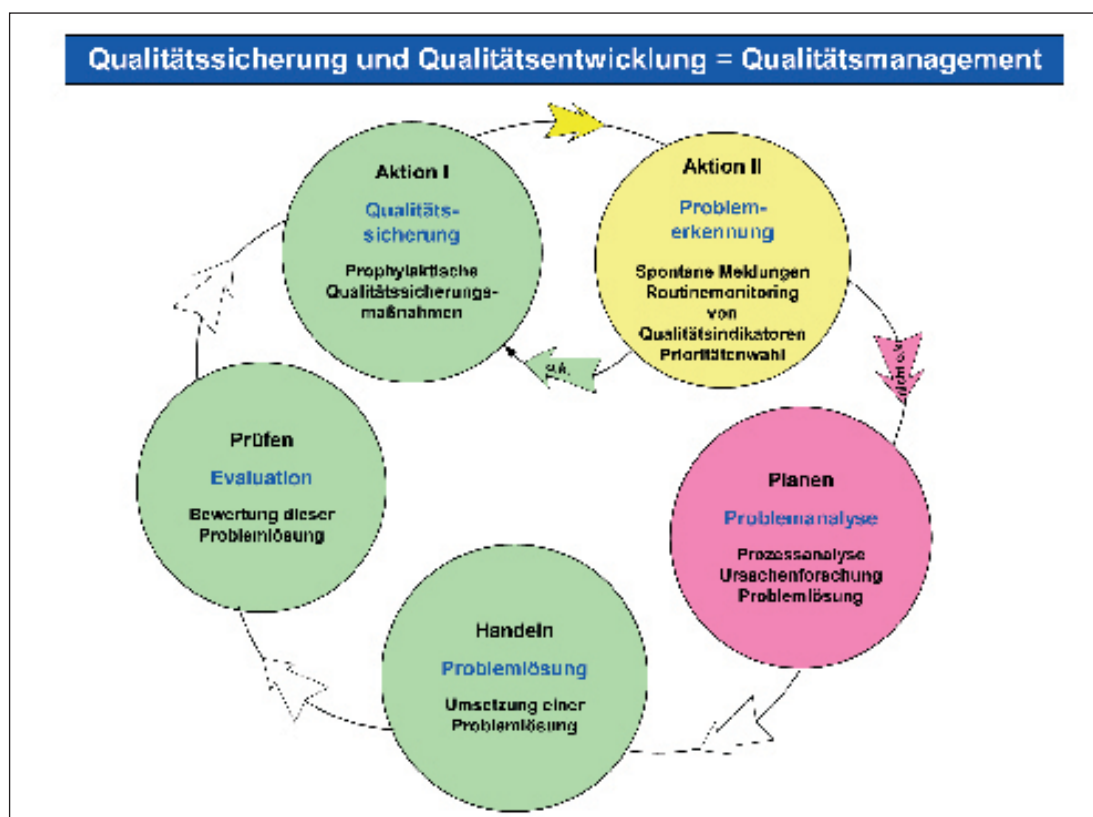
Bislang müssen erst die Einrichtungen der Ebene eins (Hausarztbene) ihre Quartalsdaten zur QS einreichen. Für die Ebenen zwei (DSP) und drei (stationär) wird die Teilnahme am „DMP-Versorgungssystem“ bisher nur über die Strukturqualität geregelt! Hier bilden Qualitätselemente wie Diabetologe, Diabetesassistentin und beim DMP Typ-1-Diabetes die Diabetesberaterin die Grundlage.

Für die Fußeinrichtungen sind

weitere Voraussetzungen gefordert, nämlich das interdisziplinäre Team mit Podologe, orthopädischem Schuhmacher, Radiologe, Angiologe und Gefäßchirurg. Deutlich muß hier für die Kliniken betont werden, daß die Anerkennung als „Behandlungseinrichtung DDG“ nicht zwangsläufig mit der DMP-Teilnahme verbunden ist! Nur wenn eine Klinik einen DMP-Vertrag mit den Krankenkassen unterschrieben hat, ist sie im DMP-Versorgungssystem aufgenommen! Die Anerkennung der DDG ist dafür keine Voraussetzung! In keinem Vertrag, der über das Bundesversicherungsamt läuft, kann eine DDG-Qualifikation bzw. DDG-Anerkennung als zwingende Voraussetzung enthalten sein.

Bei der DDG handelt es sich um einen eingetragenen Verein, dessen „Weiterbildungen“

*Fragen zum Qualitätsmanagement?
Hier die Autorenkontaktdaten: Dr. rer. nat. Herbert Hillenbrand, Uhlandstraße 31, 69493 Hirschberg.*



*Plan – Do –
Check – Act:
Der PDCA-Zyklus
als Grundprinzip
des Qualitäts-
managements.*

oder „Anerkennungen“ können nicht zulassungsrelevant für die Teilnahme an gesetzlichen Versorgungssystemen, z. B. DMPs sein!

4. Intern ein Qualitätsmanagement-System aufbauen. Das Grundprinzip von Qualitätsmanagement ist recht einfach und beruht auf drei Elementen: 1.: Festlegung von Zuständigkeiten/ Verantwortlichkeiten in der Organisation (wer macht was?). 2.: Festlegung der (wichtigsten) administrativen und medizinischen Abläufe in der Organisation (was wird wie gemacht?). Und 3.: Festlegung von Qualitätszielen und der Qualitätsindikatoren (was wollen wir erreichen und wie messen wir das?).

Mehr wirtschaftlicher Nutzen

Auf dieser Grundlage kommt man zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung: stetige Verbesserungen der Dienstleistungsqualität für die Patienten, mehr Mitarbeiterbezogenheit, mehr Arbeitszufriedenheit, mehr wirtschaftlicher Nutzen. Dieser Ansatz geht weit über das bloße Dokumentieren von Daten hinaus. Der Erfolg steht und fällt allerdings mit Ihrer Bereitschaft, Schwachstellen und Veränderungen ernsthaft anzugehen bzw. zu implementieren (siehe Abbildung „PDCA-Zyklus“, links). Mit diesen wenigen Punkten und Begrifflichkeiten sind schon die wichtigsten Grundlagen vermittelt!

Prinzip des PDCA-Zyklus

Damit diese Erläuterungen nicht mit dem Etikett „Theorie“ behaftet werden, erläutern wir Ihnen das Prinzip des PDCA-Zyklus an einem praktischen und aktuellen Beispiel: „Jährliche augenärztliche Untersuchung für alle Diabetiker“. Diese

Forderung zählt heute zu den wichtigsten Zielsetzungen in der Diabetikerversorgung und hat demnach auch Eingang gefunden in die entsprechenden DMPs (siehe oben).

In unserem Beispiel gehen wir davon aus, daß eine Praxis bereits heute versucht, das zu erreichen.

Praxisbeispiel „jährliche augenärztliche Untersuchung“ : Start mit Aktion 1

Deshalb beginnen wir nicht mit der Planung des „Verfahrens“, sondern mit Aktion 1. Aber wie erfolgreich ist die Praxis dabei? Wie gut ist die Prozeßqualität der Praxis? Und was ist überhaupt in diesem Beispiel eine gute Qualität? Die Konsequenz aus diesen Fragen: Man muß festlegen, was man erreichen will, d. h. man muß für seine Praxis ein Qualitätsziel definieren. Gut geeignet sind die Ziele aus den DMPs.

Erfolg messen

Ein Ziel könnte also heißen: „Bei 90% unserer Diabetespatienten wird die jährliche augenärztliche Untersuchung durchgeführt.“ Die weitere Schlußfolgerung heißt, daß man den Erfolg auch messen können muß. Man braucht dafür eine Dokumentation. In dem gewählten Beispiel erweisen sich die DMP-Dokubögen insofern als nützlich, als die Praxis später auch eine Auswertung ihrer Daten bekommt.

Aktion 2, die Problemerkennung, beginnt mit der Auswertung der dokumentierten Daten. Haben wir unser Ziel „90%“ erreicht? Wenn ja, dann wäre das in der Praxis gängige Verfahren der Überweisungen und „Vollzugskontrolle“ von guter Qualität, d. h. diese Qualität gelte es zu sichern. Zu dieser Qualitätssiche-

rung würde die regelmäßige Überprüfung. Die Routine ist eine große Gefahr für die Einhaltung von Qualitätsstandards, so könnte es sein, daß beim „Routinemonitoring“ oder bei der „internen Qualitätskontrolle“ festgestellt wird, daß der Wert auf 75% gefallen ist.

Jetzt geht man den nächsten

Schritt – Problemanalyse und Ursachenforschung. In unserem Beispiel wird das mit dem ganzen Praxisteam besprochen und erarbeitet. Man plant ein besseres

Verfahren. Wichtig: das Verfahren wird schriftlich fixiert und in einen zugänglichen Ordner abgelegt (QM-Handbuch).

„Vollzugskontrolle“

Es gilt, die erarbeiteten Lösungen im Alltag umzusetzen sowie einen Erprobungszeitraum festzulegen (Do=Handeln).

Nach Abschluß der festgelegten Evaluierungsphase, z. B. drei Monate, muß wieder gemessen werden. Haben die Verbesserungen zum Ziel geführt? Wenn ja, so definiert sich der neue Ablauf/das neue Procedure zum Standard.

So wie in diesem Beispiel geschildert, würde man sich weitere Qualitätsziele setzen und entsprechend verfahren. Das Prinzip der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung hilft, die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung und gleichzeitig die Zufrie-

@ info@kirchheim-verlag.de

denheit bei deren Mitarbeitern und Patienten zu verbessern. Hand in Hand gehen Qualitätsentwicklung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit! Qualitätsmanagement erfordert jedoch zunächst einen höheren Einsatz.

„Hand in Hand gehen Qualitätsentwicklung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit!“

Im nächsten Heft lesen Sie einen Beitrag zum Thema QM-Systeme und Zertifizierungen in Praxis und Klinik.