



Das DKG-Zertifizierungssystem als Beispiel für Qualitätsförderung ohne Steuerung durch ein Budget

Simone Wesselmann, Bereichsleitung Zertifizierung



Das DKG-Zertifizierungssystem als Beispiel für
Qualitätsförderung ohne Steuerung durch ein
Budget

Simone Wesselmann

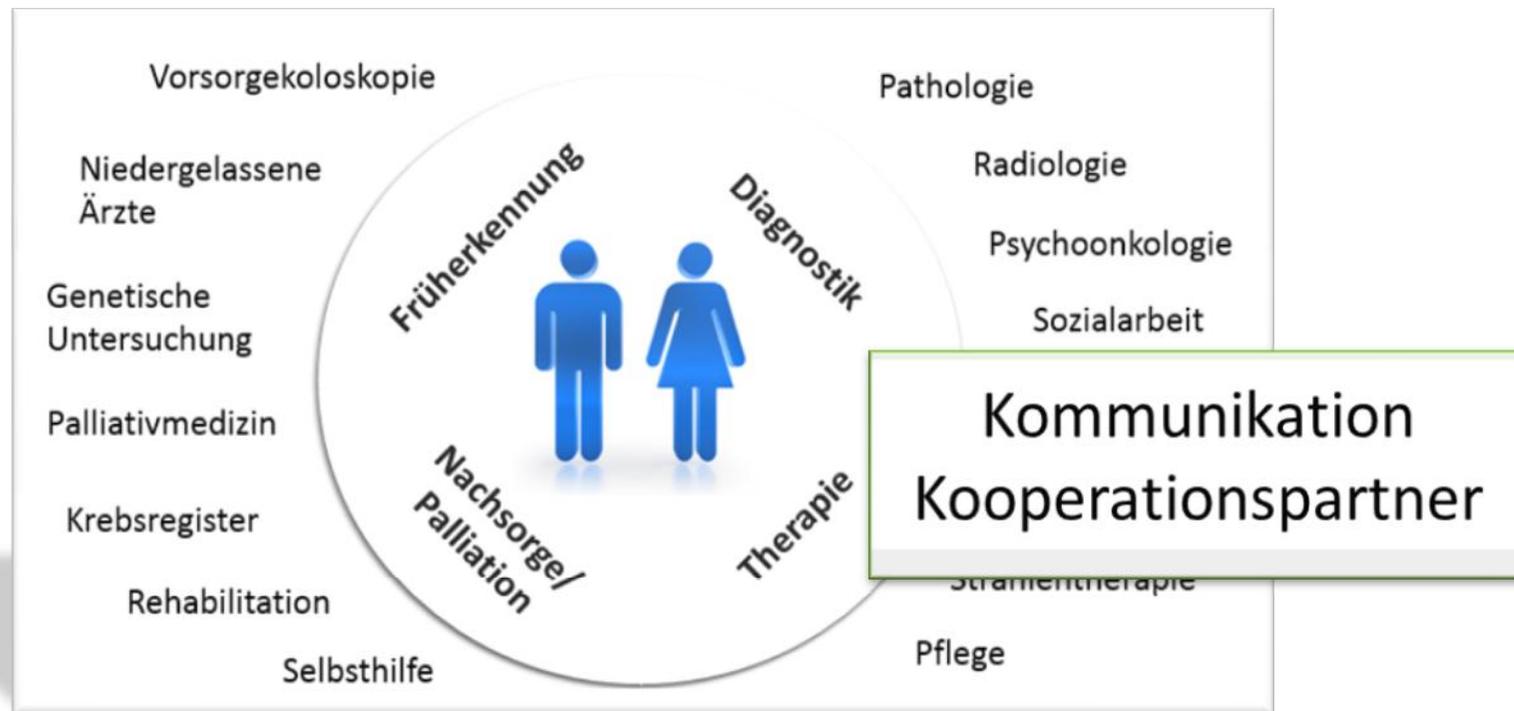
DKG  Zertifizierung
KREBSGESELLSCHAFT

Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Warum nehmen Leistungserbringer freiwillig daran teil,
wenn es kein Budget gibt?

Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Netzwerkbildung



Interdisziplinär, Interprofessionell, Sektoren verbindend

Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Anwendung von Leitlinien



Kennzahlenbogen für Darmkrebszentren:

23	5.2.7 LL, Q 1)	Anzeichnung Stomaposition	Möglichst häufig präoperative Anzeichnung Stomaposition	Anzahl der Pat. mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	Alle Pat. mit RK, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde	Derzeit keine Vorgabe		Zähler		Unvollständig
								Denner	n.d.	
								%	n.d.	
24	5.2.8	Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)	≥15% primäre Lebermetastasenresektion bei Pat. mit KRK UICC Stad. IV	Alle Pat. mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	Alle Pat. mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV	≥ 15%		Zähler		Unvollständig
								Denner	n.d.	
								%	n.d.	
25	5.2.8	Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)	≥ 10% sekundäre Lebermetastasenresektion bei Pat. mit KRK UICC Stad. IV	Anzahl der Patienten mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde	Alle Patienten mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben	≥ 10%		Zähler		Unvollständig
								Denner	n.d.	
								%	n.d.	
26	6.2.8 LL, Q 6)	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Möglichst hohe Rate an Chemotherapien bei Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III	Anzahl der Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	≥ 80%	100%	Zähler		Unvollständig
								Denner	n.d.	
								%	n.d.	
27	6.2.8 7.3.2 LL, Q 6)	Neoadjuvante Radio- o. Radiochemotherapien Rektum (klinisches UICC Stad. II u. III)	Möglichst hohe Rate aneoadj. Radio- o. Radiochemotherapien bei Pat. mit einem Rektumkarzinom UICC Stad. II u. III (klinisch)	Anzahl der Patienten, die eine neoadjuvante Radio- u. Radiochemotherapie erhalten haben	Alle Patienten mit RK des mittleren und unteren Drittels (=bis 12cm ab ano) und den TNM Kategorien cT3, 4/cM0 und/oder cN1, 2/cM0, die operiert wurden (= klinisches UICC-Stadium II u. III)	≥ 80%	100%	Zähler		Unvollständig
								Denner	n.d.	
								%	n.d.	
28	8.10 LL, Q 6)	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	Möglichst viele Pat. mit TME-Rektumpräparaten mit guter o. moderater Qualität	Anzahl Pat. mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intraabdominale Einrisse) der TME	Alle Pat. mit radikal operiertem RK	≥ 70%	100%	Zähler		Unvollständig
								Denner	n.d.	
								%	n.d.	
29	8.10 LL, Q 6)	Angabe Resektionsrand	Möglichst häufig Angabe Resektionsrand	Anzahl der Patienten, bei denen der Abstand des aboralen Tumorrandes zur aboralen Resektionsgrenze in mm und der Abstand des Tumors zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm dokumentiert wurden	Alle Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder PME reseziert wurde.	Derzeit keine Vorgabe		Zähler		Unvollständig
								Denner	n.d.	
								%	n.d.	

Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Anwendung von Leitlinien

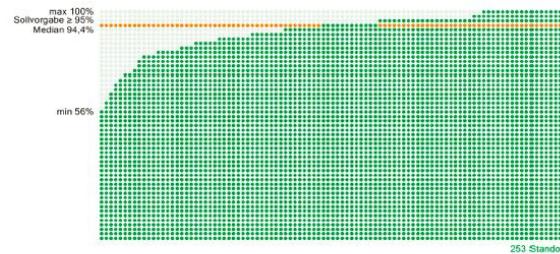


Jahresbericht für Darmkrebszentren:

Benchmarking Darm 2014 (Auditjahr 2013 / Kennzahlenjahr 2012)

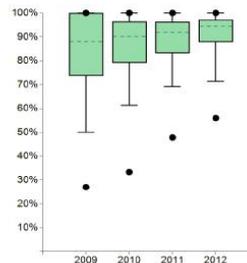


1. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	32*	8 - 103
Nenner	Alle Patienten mit RK und alle Pat. mit KK Stad. IV	35*	8 - 116
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	94,4%	56,0% - 100%

*Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	96,4%	96,3%	97,1%
Median	88,0%	90,0%	91,8%	94,4%
25. Perzentil	73,7%	79,2%	83,3%	87,9%
5. Perzentil	50,1%	61,4%	69,2%	71,4%
Min	27,0%	33,3%	47,8%	56,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	115	45,5%

Anmerkungen:

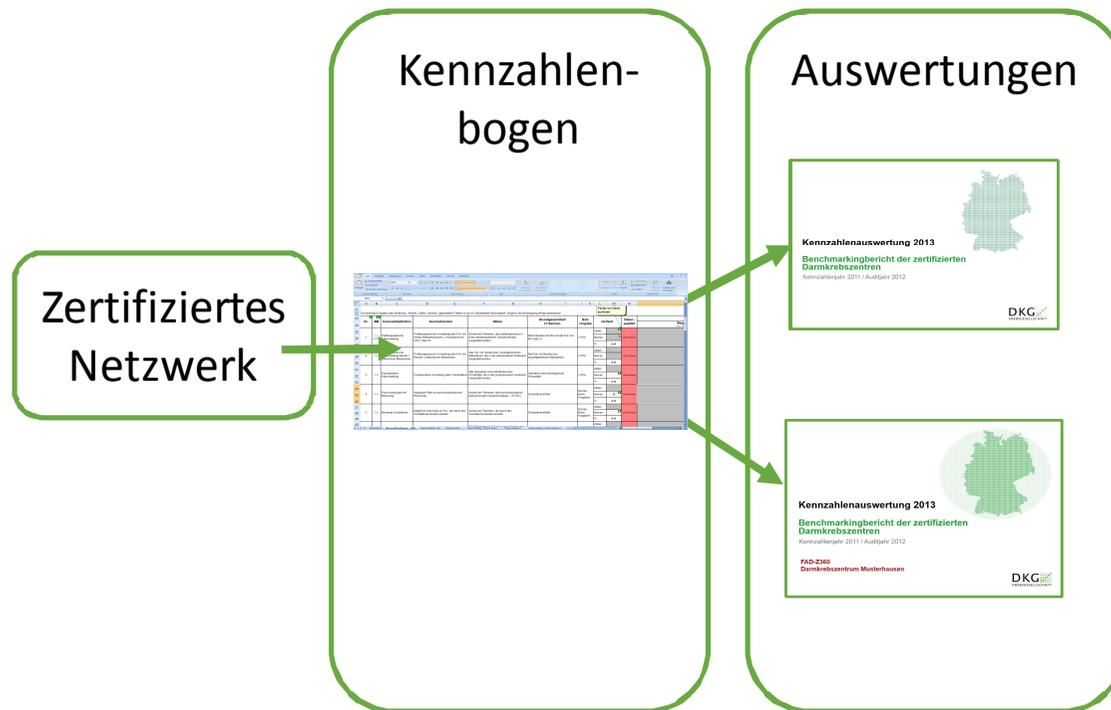
Standorte mit Unterschreitung der Sollvorgabe haben einen strukturierten Verbesserungsprozess eingeleitet, der im Rahmen der jährlichen Zertifizierung beobachtet und überprüft wird (allgemeiner Grundsatz bei Unterschreitung von Sollvorgaben). Begründungen für die Nichterfüllung waren v.a.: Notfallpat., C19 und präoperativ nicht bekanntes Stad. IV.

Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 5).

Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

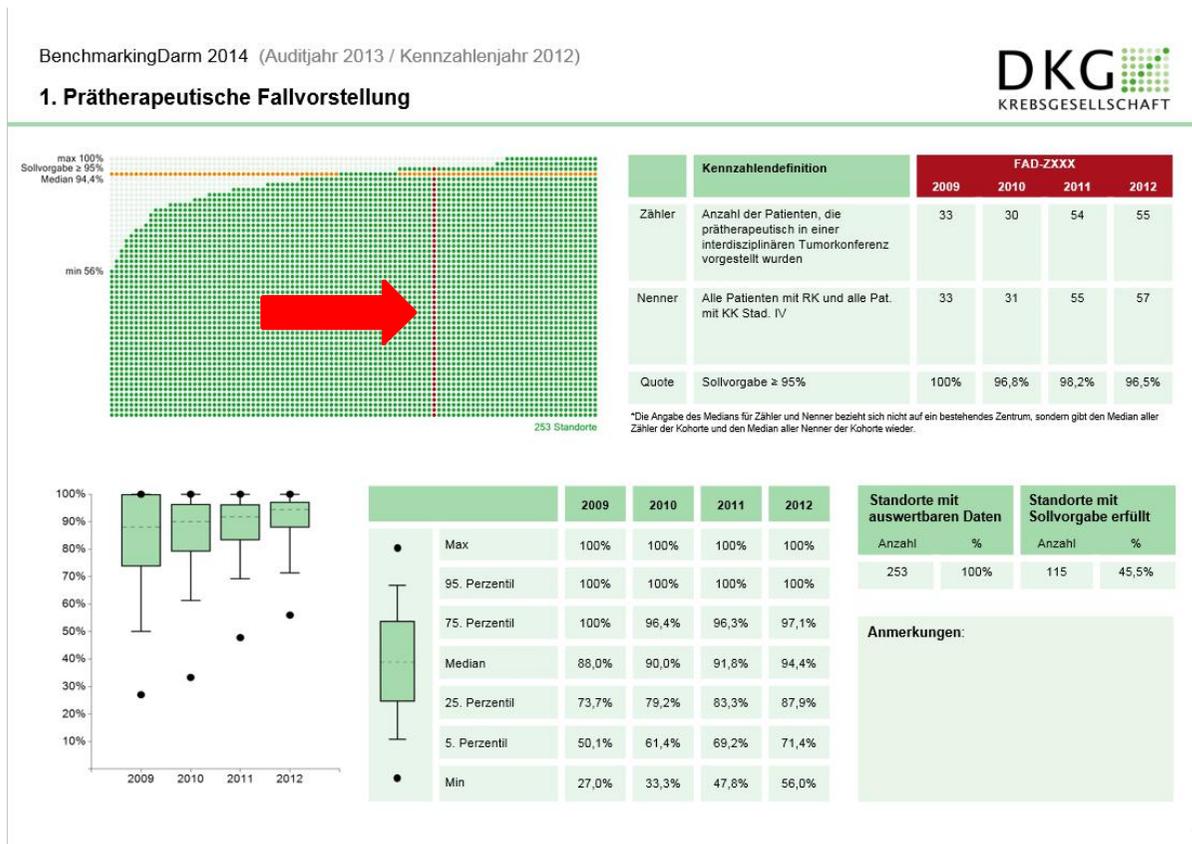
Umsetzung eines PDCA-Zyklus

(Plan-Do-Check-Act)



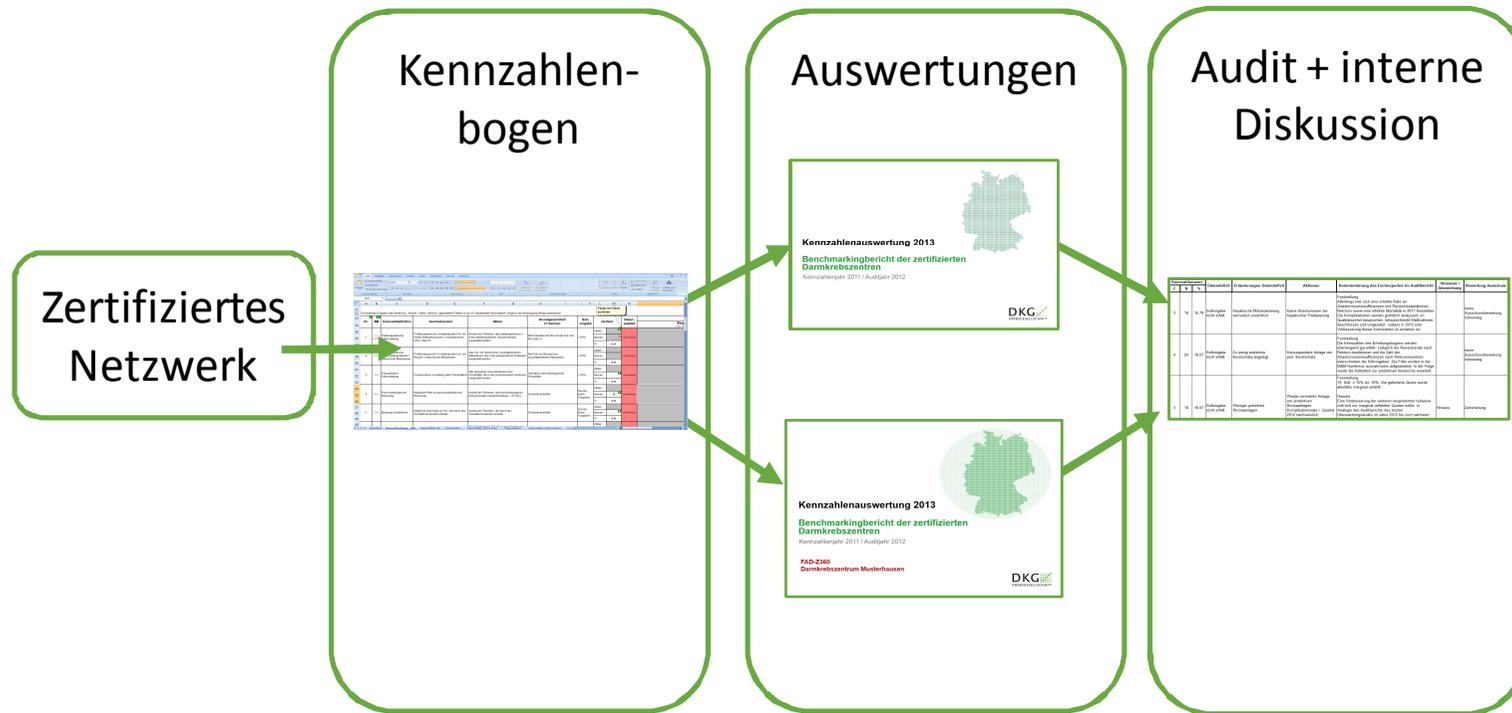
Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Umsetzung eines PDCA-Zyklus



Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Umsetzung eines PDCA-Zyklus



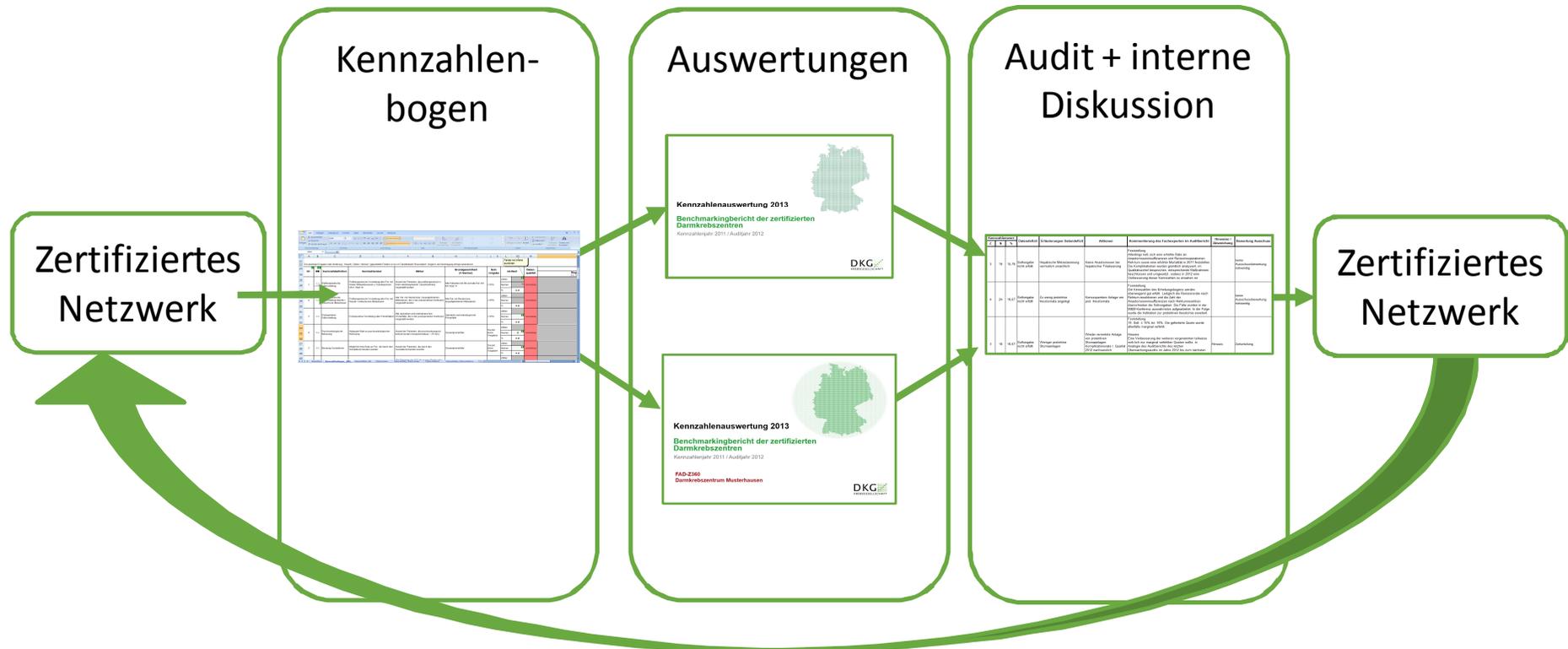
Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Umsetzung eines PDCA-Zyklus

Kennzahlenwert			Datendefizit	Erläuterungen Datendefizit	Aktionen	Kommentierung des Fachexperten im Auditbericht	Hinweise / Abweichung	Bewertung Ausschuss
Z	N	%						
3	19	15,79	Sollvorgabe nicht erfüllt	Hepatische Metastasierung vermutlich ursächlich	Keine Anastomosen bei hepatischer Filialisierung	Feststellung Allerdings ließ sich eine erhöhte Rate an Anastomoseninsuffizienzen und Revisionsoperationen Rek-tum sowie eine erhöhte Mortalität in 2011 feststellen. Die Komplikationen wurden gründlich analysiert, im Qualitätszirkel besprochen, entsprechende Maßnahmen beschlossen und umgesetzt, sodass in 2012 eine Verbesserung dieser Kennzahlen zu erwarten ist.		keine Ausschussbewertung notwendig
4	24	16,67	Sollvorgabe nicht erfüllt	Zu wenig protektive Ileostomata angelegt	Konsequenterer Anlage von prot. Ileostomata	Feststellung Die Kennzahlen des Erhebungsbogens werden überwiegend gut erfüllt. Lediglich die Revisionsrate nach Rektum-resektionen und die Zahl der Anastomoseninsuffizienzen nach Rektumresektion überschreiten die Sollvorgaben. Die Fälle wurden in der M&M-Konferenz ausnahmslos aufgearbeitet. In der Folge wurde die Indikation zur protektiven Ileostomie erweitert.		keine Ausschussbewertung notwendig
3	18	16,67	Sollvorgabe nicht erfüllt	Weniger protektive Stomaanlagen	Wieder vermehrte Anlage von protektiven Stomaanlagen. Komplikationsrate I. Quartal 2012 nachweislich	Feststellung 19. Soll: ≤ 15% Ist: 16% Die geforderte Quote wurde allenfalls marginal verfehlt. Hinweis Eine Verbesserung der weiteren vorgenannten teilweise wirklich nur marginal verfehlten Quoten sollte, in Analogie des Auditberichts des letzten Überwachungsaudits im Jahre 2012 bis zum nächsten	Hinweis	Zerterteilung

Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Umsetzung eines PDCA-Zyklus



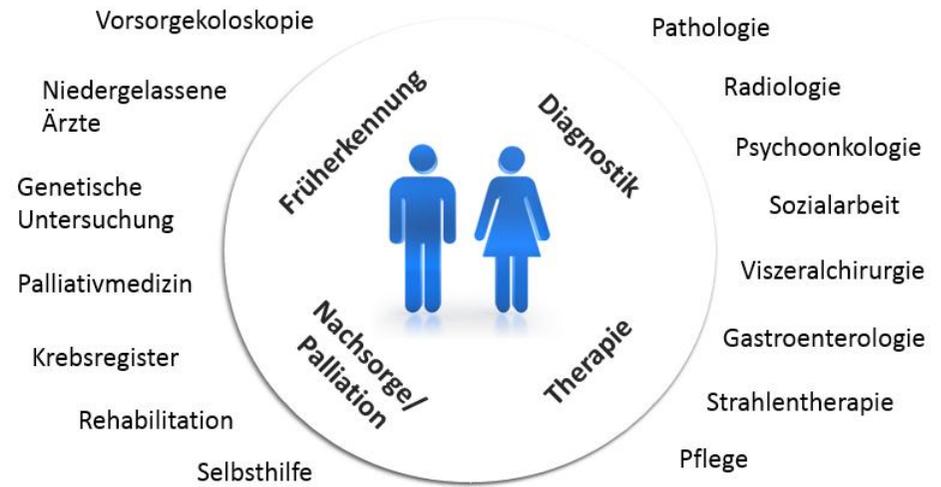
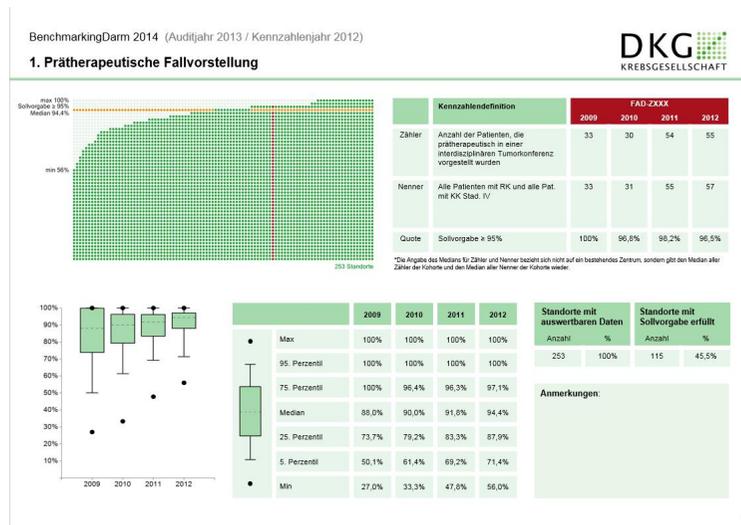
Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Motivation



Warum nehmen Kliniken freiwillig daran teil, wenn es kein Budget gibt?

Um die eigene Qualität zu verbessern



Warum nehmen Kliniken freiwillig daran teil, wenn es kein Budget gibt?

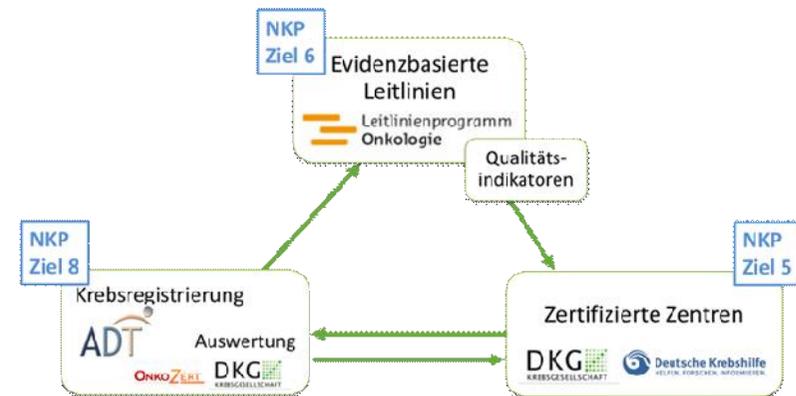
Um die eigene Qualität zu verbessern

Um sich auf dem Markt zu positionieren

Um den Forderungen von Patientenorganisationen nachzukommen

Um das Gesamtsystems zu unterstützen und ein Teil davon zu sein

Qualitätszirkel in der Onkologie



Warum nehmen Kliniken freiwillig daran teil, wenn es kein Budget gibt?

Was sagen die Zentren:

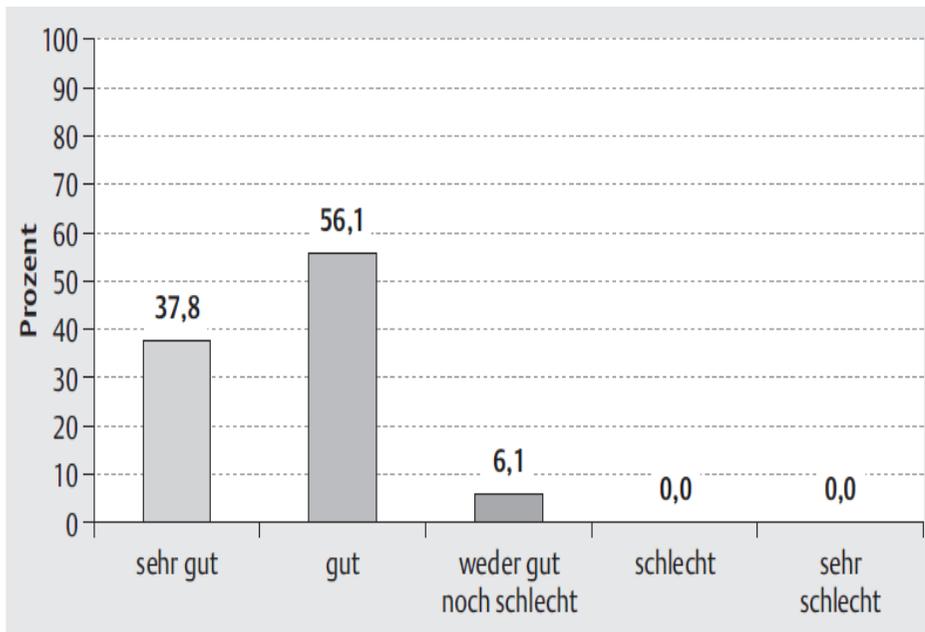
	sehr verbessert	etwas verbessert	unverändert	etwas verschlechtert	sehr verschlechtert	keine Angabe
Wie hat sich die <i>Versorgungsqualität</i> der Patientinnen mit primärem Mammakarzinom in Ihrem Brustkrebszentrum seit Einführung der Brustkrebszentren insgesamt verändert?	44,9	44,9	10,2	0	0	2
.....in Ihrem Darmkrebszentrum....	28,0	62,1	9,9	0	0	0
Wie hat sich die <i>Qualität der Tumorkonferenzen</i> Ihres OP-Standorts seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	55,1	32,0	12,2	0,7	0	2
.....der Darmkrebszentren....	46,0	34,2	19,3	0,6	0	0
Wie hat sich die <i>Qualität der psychoonkologischen Betreuung</i> Ihres OP-Standorts seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	61,5	31,8	6,8	0	0	1
.....der Darmkrebszentren....	62,4	30,6	7,1	0	0	0

Warum nehmen Kliniken freiwillig daran teil, wenn es kein Budget gibt?

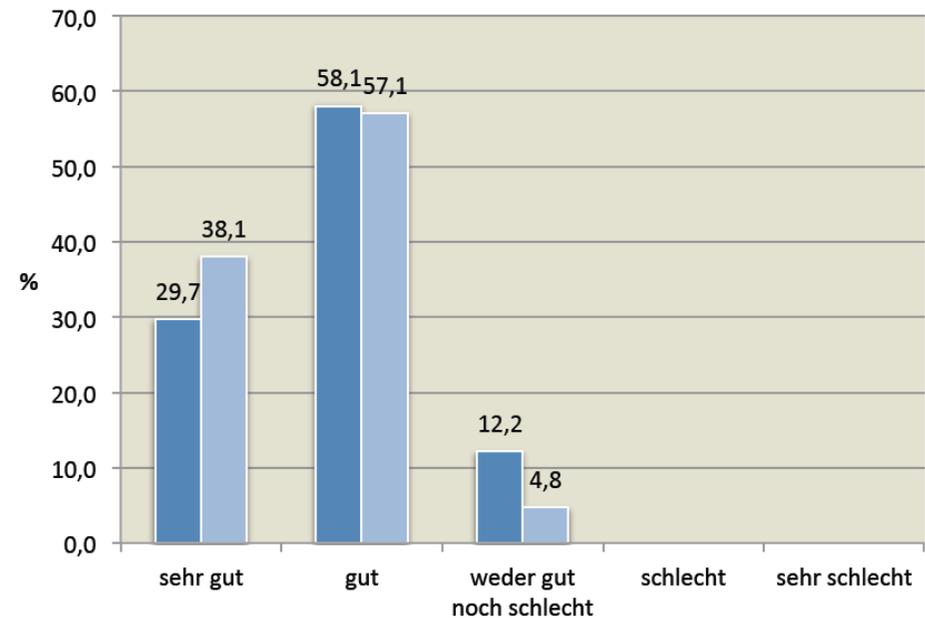
Was sagen die Zentren:

Wie beurteilen Sie das Konzept der

Brustkrebszentren ?



Darmkrebszentren ?



Fazit



Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Warum nehmen Leistungserbringer freiwillig daran teil, wenn es kein Budget gibt?

- Netzwerkbildung
- Anwendung von Leitlinien
- Umsetzung eines PDCA-Zyklus
- Motivation

DKG Zertifizierung
KREBSGESELLSCHAFT

Um die eigene Qualität zu verbessern

Vielen Dank!

