# WINHO Spezial

Aktuelles aus dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen

## Feedback-Strategien bei routinemäßigen Erhebungen von Qualitätsindikatoren in onkologischen Schwerpunktpraxen

Astrid Klein, Sandra Osburg, Martin Mödder, Walter Baumann

## Hintergrund

Das Projekt erstreckte sich auf den Zeitraum vom 01.07.2015 bis 31.12.2016 und wurde vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) finanziell gefördert. Themen sind die Effizienz und die Verbesserungsmöglichkeiten bei der indikatorenbezogenen Qualitätsförderung.

Die beteiligten onkologischen Schwerpunktpraxen erhielten ein individuelles Feedback über ihre eigene Versorgungsleistung, basierend auf der Dokumentation von Informationen aus Patientenakten zu ausgewählten Qualitätsindikatoren (OI). OI sind eindeutig spezifizierte und validierte Hilfsgrö-Ben, die die Qualität einer Einheit durch Zahlenverhältnisse indirekt abbilden und deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität ermöglicht (vgl. Geraedts et al., 2005; Zorn & Ollenschläger, 1999). Vor allem bei der prozessbezogenen Qualitätsmessung haben sie eine besondere Bedeutung, weil hier evidenzbasierte Grundlagen (wie z. B. S3-Leitlinien) herangezogen werden können. Die in diesem Projekt verwendeten QI stammen aus einem Set von 46 Prozessindikatoren, welche in einem mehrstufigen Verfahren (analog RAND/UCLA, vgl. Brook, 1994) entwickelt und erprobt wurden (vgl. Hermes-Moll et al., 2015; Hermes-Moll et al., 2013).

Für Praxen stellt die Rückmeldung von Ergebnissen aus QI-Erhebungen jedoch erst den Ausgangspunkt für weitere interne Maßnahmen dar, wie z. B die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen, das Erkennen von Problemfeldern und gegebenenfalls das Anstoßen von Verbesserungsprozessen (vgl. Blumenstock et al., 2012; Zorn & Ollenschläger, 1999).

#### **Ziel**

Das Kernanliegen der Arbeit war es zu erfassen, wie Praxen mit den Ergebnissen aus QI-Erhebungen umgehen. Werden diese als valide Aussagen über die Prozessqualität akzeptiert und ins eigene Qualitätsmanagement eingebunden? Werden bei weniger guten Ergebnissen selbstständig Such- und Verbesserungsstrategien eingeleitet? Und wie können Praxen ihre eigenen qualitätsförderlichen Prozesse beschreiben, um als Anregungen und Handlungsbeispiele für andere Praxen zu dienen, im Sinne eines strukturierten Austauschs und Lernens von den Besten (vgl. Kastenholz, Geraedts & Selbmann, 2011)?

## Methoden

In 24 Praxen mit 31 Hämatologen und Onkologen wurden im Abstand von einem Jahr zweimal Daten in anonymisierter Form aus den Patientenakten zu ausgewählten, identischen QI erhoben. Praxen, die in der ersten Erhebung besonders gute Ergebnisse erzielten, wurden in Telefoninterviews detailliert nach ihren Prozessen und Abläufen befragt. Auf Basis dieser Interviews wurden für die einzelnen Indikatorbereiche systematisch Best-Practice-Beispiele erstellt und allen teilnehmenden Praxen zur Verfügung gestellt. Des Weiteren wurden zwei schriftliche Befragungen durchgeführt, um eine quantitative Auswertung der Fragestellung zu ermöglichen (vgl. Abb. 1).

1. QI-Erhebung

1. Befragung:
Akzeptanz der
Ergebnisberichte

1. QI-Erhebung
Best-PracticeBeispiele
2. Befragung:
Nutzen der
Best-PracticeBeispiele
Beispiele

## **QI-Erhebungen**

Die beiden QI-Erhebungen verliefen nach demselben Schema und fanden von August bis Oktober 2015 sowie von Juli bis September 2016 statt. Hierfür wurden aus dem bestehenden Set von 46 evidenzbasierten und konsentierten WINHO-Prozessindikatoren sechs QI ausgewählt. Eine Übersicht über diese gibt Tabelle 1.

## Aus dem Modul "ganzheitliche Betreuung und psychosoziales Wohlbefinden":

- Erfassung des psychosozialen Status
- Umgang mit psychosozialen Problemen

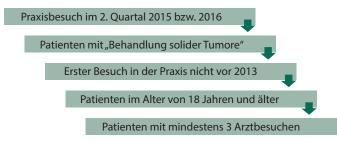
## Aus dem Modul "Therapieplanung und -durchführung":

- Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte
- Einverständniserklärung Therapie
- Aufklärung über Osteopenie/Osteoporose-Gefahr
- Therapieplan

## Tabelle 1: Übersicht der ausgewählten QI

Pro Erhebung und pro teilnehmenden Arzt dokumentierten Praxismitarbeiter Informationen zu 55 Patienten über einen Online-Fragebogen. Dabei wurden nur Daten erhoben, die bereits Bestandteil der Routinedokumentation in der ärztlichen Praxis sind.

Zur Dateneingabe wurde in einem ersten Schritt eine Liste mit Patienten erstellt, die bestimmte Kriterien erfüllten (vgl. Abb. 2), aus welcher anschließend eine Zufallsauswahl getroffen wurde. Die Erfassung und auch die spätere Verarbeitung der Daten beachtete dabei die Vorgaben des Datenschutzes.



## **Abbildung 2: Einschlusskriterien Patientenliste**

Die Ergebnisse wurden anschließend den Praxen in Form individueller Ergebnisberichte inklusive Benchmark (Vergleich der eigenen Ergebnisse zu den anonymisierten Ergebnissen der anderen Praxen) zurückgemeldet. Diese Berichte können über das Aufzeigen von möglichen Schwachstellen und Optimierungspotentialen Impulse für das interne Qualitätsmanagement geben.

#### **Interviews**

Im Anschluss an die erste QI-Erhebung wurden semistrukturierte Telefoninterviews durchgeführt. Ziel war es, einen Überblick davon zu erhalten, wie die Praxen mit den Ergebnissen umgehen, sowie die betreffenden Prozesse und Abläufe der Praxen, die in einzelnen Indikatorbereichen besonders gute Ergebnisse erzielten, systematisch zu erfassen. Hierfür wurden die Ärzte oder Mit-

arbeiter dieser Praxen um ein Interview gebeten. In insgesamt zehn Interviews erfolgten detaillierte Beschreibungen der qualitätsförderlichen Praxisabläufe.

Diese Erkenntnisse sind zum einen in die Gestaltung des ersten Fragebogens eingeflossen, zum anderen wurden sie zur Erstellung der Best-Practice-Beispiele verwendet.

## **Erste Befragung**

Die erste Befragung (Anfang 2016) untersuchte die Akzeptanz sowie den Umgang mit den Ergebnissen der QI-Erhebung seitens der teilnehmenden Praxen. Die zentrale Frage lautete: Werden die Ergebnisse akzeptiert und schlechte Ergebnisse genutzt, um Optimierungsprozesse anzustoßen?

Die Bögen wurden an alle teilnehmenden Hämatologen und Onkologen sowie in verkürzter Form an die jeweiligen Praxismitarbeiter, die dokumentiert haben, ausgegeben.

## **Best-Practice-Beispiele**

Die Informationen aus den Interviews wurden in einem mehrstufigen und systematischen Prozess, angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser & Laudel (2010), bearbeitet. Anschließend wurden sie in einem Dokument in anonymisierter Form und nach den einzelnen Indikatoren geordnet zusammengefügt. Jedem Kapitel wurden die Anforderungen des betreffenden QI in verkürzter Form vorangestellt. Dabei erfolgte weder eine Bewertung der dargestellten Vorgehensweisen noch wurde ein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Es sollte ein Überblick über mögliche Praxisabläufe in den betreffenden Bereichen und somit Anregungen zur Gestaltung der eigenen Prozesse gegeben werden. Die Best-Practice-Beispiele wurden ab Mitte 2016 allen teilnehmenden Praxen zur Verfügung gestellt.

### **Zweite Befragung**

Mittels der zweiten Befragung (Oktober bis Dezember 2016) wurde erhoben, wie hilfreich die Praxen die erhaltenen Best-Practice-Beispiele einstufen, ob Anregungen für die eigenen Abläufe aufgegriffen wurden und ob weitere Veränderungen in Planung oder Umsetzung sind. Dieser Fragebogen wurde einmal pro Praxis ausgegeben.

## **Ergebnisse**

Die Daten wurden zunächst einer Datenbereinigung und Plausibilitätskontrolle unterzogen und anschließend mit der Statistiksoftware SPSS 22 ausgewertet.

### Ergebnisse der QI-Erhebungen

Insgesamt sind nach der ersten QI-Erhebung 2.347 dokumentierte Datensätze von 43 und nach der zweiten Erhebung 1.690 Datensätze von 31 Hämatologen und Onkologen in die Auswertung eingegangen (Drop-out-Rate Ärzte: 27,9%).

Für die individuellen Ergebnisberichte wurden die Stichproben

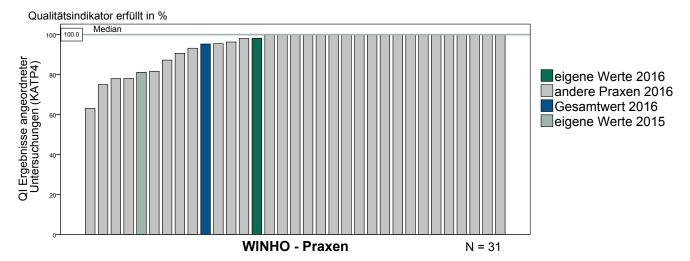


Abbildung 3: Beispiel-Benchmarking aus dem Ergebnisbericht 2016

anhand der deskriptiven Statistik beschrieben. Für jeden Indikator wurden die Erfüllungsrate in Prozent, der entsprechende eigene Wert aus dem Vorjahr sowie die durchschnittliche Erfüllungsrate über alle Teilnehmer hinweg angegeben. Diese Ergebnisse wurden zur Positionierung in einem Benchmarking dargestellt (vgl. Abb. 3). Des Weiteren wurden in den Berichten statistische Kennzahlen sowie die geforderten Kriterien eines jeden QI dargestellt. Dies sollte den Praxen bei der Bewertung ihrer Ergebnisse helfen und aufzeigen, in welchen Teilaspekten eines QI sie gut abgeschnitten haben und in welchen ggf. noch Verbesserungsbedarf besteht.

In der ersten QI-Erhebung zeigten sich große Unterschiede bei den Erfüllungsraten der einzelnen QI zwischen den Praxen (vgl. Abb. 4). So gab es stets Praxen, die den jeweiligen Indikator voll erfüllten bzw. sehr gut abschnitten. Die Abläufe dieser Praxen können als Anregung für Praxen mit Ergebnissen im mittleren und unteren Bereich und entsprechenden Optimierungspotentialen dienen. Lediglich der Indikator, der prüft, ob die Ergebnisse angeordneter Untersuchungen zeitnah als Originalbefund in der Patientenakte vorliegen, erzielte allgemein sehr hohe Erfüllungsraten.



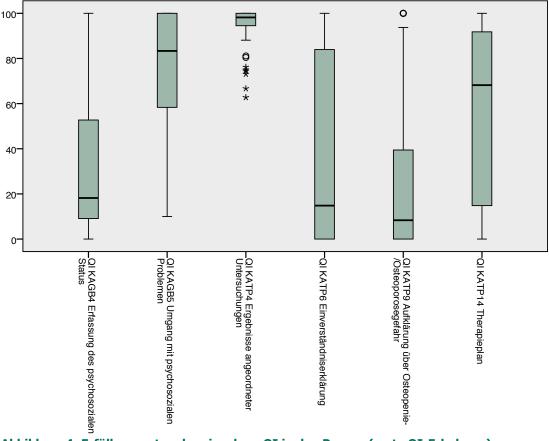
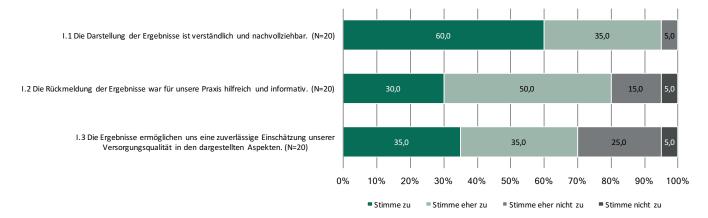


Abbildung 4: Erfüllungsraten der einzelnen QI in den Praxen (erste QI-Erhebung)



## Abbildung 5: Ergebnisse der ersten Befragung: Allgemeine Fragen zum Ergebnisbericht

In den Ergebnissen der zweiten QI-Erhebung zeigte sich ein ähnliches Bild. Ein Vergleich der Gesamtwerte für jeden Indikator der beiden Erhebungen zeigte jedoch bei den meisten QI eine leichte Steigerung der Erfüllungsraten. Diese erzielten in den statistischen Tests nur für den Indikator "Chemotherapieplan" bzw. seine Unterteilung "Chemotherapieplan parenterale Therapie" ein signifikantes Ergebnis.

Auch auf Ebene der einzelnen Praxen zeigte sich, dass die meisten Praxen in der zweiten Erhebung höhere Erfüllungsraten in den einzelnen QI im Vergleich zur ersten Erhebung erzielten.

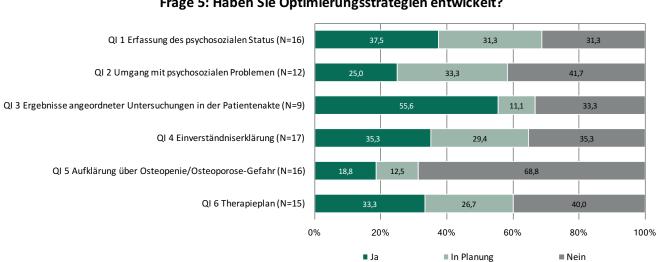
## Ergebnisse der Befragungen

Die Hämatologen und Onkologen bewerteten die Ergebnisberichte der QI-Erhebungen positiv und profitierten von ihnen. Sie wurden als hilfreich eingestuft (80%) und als Instrument zur Einschätzung der eigenen Versorgungsqualität (70%) akzeptiert (vgl. Abb. 5). Auch das Konzept der QI wurde von 85% als sinnvoll bis sehr sinnvoll erachtet sowie die Validität der erhobenen Daten als hoch bis sehr hoch eingestuft (84%). Auch auf Ebene der einzelnen Indikatoren wurden diese als "wichtig für die Versorgung" eingeschätzt (zwischen 81 und 95%), lediglich der Indikator "Aufklärung über Osteopenie-/Osteoporosegefahr" wurde kritischer betrachtet und nur von 52% als wichtig erachtet.

Des Weiteren bestätigten 75%, dass der Bericht auf Optimierungspotentiale aufmerksam gemacht habe. Auch wenn nur knapp die Hälfte der Praxen ihre Abläufe überprüft hat, haben dennoch 60 bis 70% angegeben, Optimierungsstrategien entwickelt zu haben bzw. zu planen (vgl. Abb. 6).

Bei der Befragung der Mitarbeiter zeigte sich ein ähnliches Bild. Die Erhebung wurde als relevant (100%) und hilfreich (87%) eingestuft. Zudem wurden die Ergebnisse von der Mehrzahl als zutreffend bewertet (86%) und ins Qualitätsmanagement eingebunden (86%). Eine Gegenüberstellung der identischen Fragen aus der Arzt- und Mitarbeiterversion des Fragebogens zeigte, dass die Mitarbeiter etwas positivere Bewertungen abgaben.

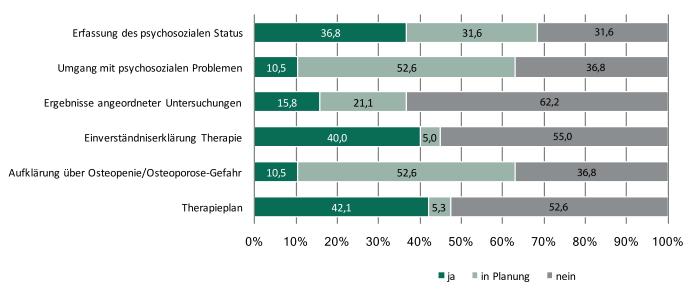
Es existierte auch ein Interesse an Best-Practice-Beispielen, welche auch im Anschluss überwiegend als hilfreich bis sehr hilfreich zur Planung von Prozessoptimierungen eingestuft wurden (70%). Der Nutzen solcher Beschreibungen im Allgemeinen wurde als hoch bis sehr hoch bewertet (75%). Wenngleich die Adaptierung auf die eigenen Abläufe von knapp der Hälfte als schwierig eingestuft wurde (53%), haben der Mehrheit (80%) keine weiteren Informationen gefehlt und sich 85% keine andere Form der Hilfestellung gewünscht. Des Weiteren hat gut die Hälfte der Praxen angegeben, zu den einzelnen Indikatorbereichen Anregungen aus den Praxisbeispielen aufgegriffen zu haben bzw. dies zu planen (vgl. Abb. 7).



Frage 5: Haben Sie Optimierungsstrategien entwickelt?

Abbildung 6: Ergebnisse der ersten Befragung: Fragen zu den einzelnen QI

## Wurden im Bereich des folgenden Indikators Anregungen aus den Praxisbeispielen für Ihre eigenen Praxisabläufe aufgegriffen?



## Abbildung 7: Ergebnisse der zweiten Befragung

Das Konzept der QI wurde von 85% als sinnvoll erachtet und die Validität der erhobenen Daten als hoch bis sehr hoch eingestuft (84%).

## Diskussion

In dem vorliegenden Projekt wurde onkologischen Schwerpunktpraxen ein individuelles Feedback über die eigene Versorgungsleistung gegeben. Das Kernanliegen bestand darin, die Akzeptanz sowie den Nutzen dieser Ergebnisberichte zu erfassen.

Für das Vorhaben wurde ein Verfahren gewählt, an dem die Praxen freiwillig teilnehmen konnten und auch bei weniger guten Ergebnissen in den QI-Erhebungen keine Sanktionen zu befürchten hatten (vgl. Hysong et al., 2006). In der ersten QI-Erhebung zeigte sich wie erwartet eine breite Streuung der Ergebnisse unter den Praxen. Lediglich der Indikator "Ergebnisse angeordneter Untersuchungen in der Patientenakte" wies allgemein sehr hohe Erfüllungsraten auf. Dies deutet darauf hin, dass die beteiligten Praxen die betreffenden Anforderungen bereits sehr gut im Alltag umsetzen und in diesem Bereich sehr gut organisiert sind; nur sechs Praxen lagen hier unter einer Erfüllungsrate von 90%. Der Nachteil solcher "Deckeneffekte" liegt darin, dass der erwünschte Informationsgehalt für die einzelnen Praxen begrenzt ist, da keine weiteren Optimierungspotentiale ersichtlich sind. Die Rückmeldung schlechter QI-Ergebnisse kann dagegen die beabsichtigten Such- und Verbesserungsprozesse in einer Praxis auslösen und Anhaltspunkte liefern, um die routinierten Arbeitsabläufe zu überprüfen. Mit genügend Informationen können so an einzelnen Stellen gezielt Veränderungen angeregt werden. Praxen mit "guten" Ergebnissen können zudem mit ihren Abläufen als Vorbild dienen. Genau diese Abläufe wurden in den Best-Practice-Beispielen als Anregungen dargestellt.

Die zweite QI-Erhebung weist eine leichte Steigerung der Erfüllungsraten auf. Auch wenn diese nur für einen QI signifikante Ergebnisse erzielten, kann von einer Tendenz zur Verbesserung ausgegangen werden. Denn dies zeigte sich auch auf Praxisebene und zudem wurden in den Befragungen mehrheitlich (geplante) Optimierungen angegeben. Spannend wäre an dieser Stelle eine weitere Follow-up-Messung, um zu überprüfen, ob sich diese Tendenz manifestiert. Die Entwicklung und Implementierung von Optimierungsstrategien stellt für die Praxen einen zeitaufwendigen Prozess dar und die Folgen solcher Veränderungen lassen sich zudem erst zeitversetzt in den Dokumentationen erkennen. Des Weiteren wurden den Praxen die Best-Practice-Beispiele erst kurz vor der zweiten QI-Erhebung zur Verfügung gestellt. Daraufhin sind vermutlich, und nach den Ergebnissen der Befragung zu urteilen, Veränderungen angestoßen worden, deren Folgen erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt erfassbar sind.

In den Befragungen wurden die Ergebnisse mehrheitlich als verständlich und hilfreich eingestuft und als Instrument zur zuverlässigen Einschätzung der Versorgungsleistung in den dargestellten Bereichen anerkannt. Demnach akzeptieren die Praxen die Ergebnisse, was eine Voraussetzung für das Einleiten von Such- und Verbesserungsstrategien darstellt. Auch gab die Mehrzahl der Praxen an, Optimierungsstrategien entwickelt zu haben bzw. zu planen.

Dabei haben die beteiligten Praxen nicht nur Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet, wenn eindeutige Vorschläge vorlagen, sondern haben auch selbstständig Maßnahmen erarbeitet und eingeleitet.

Die Best-Practice-Beispiele wurden überwiegend als positiv und hilfreich eingeschätzt, auch wenn sich die Adaptierung auf die eigenen Abläufe als eher schwierig erwies.

Schwachstellen zeigten sich bei den folgenden QI: Der QI "Erfassung des psychosozialen Status", der eine zeitnahe Dokumen

tation (bis zum dritten Arztkontakt) in der Patientenakte fordert, weist allgemein sehr geringe Erfüllungsraten auf. Dies könnte der gängigen Dokumentationspraxis geschuldet sein, nur kritische Ereignisse zu vermerken, aber nichts zu notieren, falls keine Normabweichung oder therapeutische Relevanz vorliegt. Dennoch kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden, ob hier ggf. Nachlässigkeit in der Dokumentation oder im Einzelfall eine Vernachlässigung eines wichtigen Parameters in der Versorgungsforschung vorliegt. Die QI, welche auf Leitlinien basieren, fordern in jedem Fall einen Vermerk in der Akte (vgl. BNHO, 2014).

Bei dem QI "Einverständniserklärung" kann aufgrund der Erhebungspraxis lediglich eine Aussage darüber getroffen werden, ob ein unterschriebenes Aufklärungsdokument vorliegt oder nicht. Eine Bewertung der Qualität der Aufklärung des einzelnen Patienten ist in diesem Rahmen somit nicht möglich. Dennoch können und sollen die Ergebnisse der Erhebung als Hinweise für ein kritisches Nachfragen interpretiert werden und zu weiterer Diskussion anregen.

### **Fazit**

Das Projekt zeigt, dass sich onkologische Schwerpunktpraxen mit den Ergebnissen aus QI-Erhebungen kritisch auseinandersetzen und bestrebt sind, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern. Dabei profitieren Praxen von QI-Ergebnisrückmeldungen und Best-Practice-Beispielen. Die Extraktion der geforderten Informationen aus den Patientenakten zur Dokumentation der QI ist für die Praxen allerdings ein sehr zeitaufwendiger Prozess, aber auch die anschließenden Such- und Verbesserungsprozesse sowie die Adaption von fremden Prozessbeispielen auf die eigenen Praxisabläufe stellen eine Herausforderung dar. Die Erhebungspraxis muss daher zukünftig weiter optimiert werden, um den Praxen eine effizientere Rückmeldung und Verwendung der Ergebnisse zu ermöglichen. Auch ist eine stete Weiterentwicklung sowie ggf. die Verfolgung neuer Ansätze notwendig.

Trotz dieser Einschränkungen bleibt festzuhalten, dass die Rückmeldung von Ergebnissen aus QI-Erhebungen ein hilfreiches Instrument ist, da sie extern gesteuert wechselnde Schwerpunkte auf einzelne Qualitätsaspekte legen kann und somit gezielte Anstöße für die Qualitätsentwicklung in ärztlichen Praxen erlaubt. Unsere Partnerpraxen sind daher auch weiterhin eingeladen, sich an dieser Qualitätsmaßnahme zu beteiligen.

## Literatur

Die verwendete Literatur kann beim Autor angefragt werden.

Wir danken allen beteiligten Praxen für ihre Mitarbeit und ihr Engagement in diesem Projekt!

## **IMPRESSUM**

### WINHO GmbH

Vor den Siebenburgen 2 50676 Köln

Tel.:

+49 221 9331919-0

Fax

+49 221 9331919-20

E-Mail

info@winho.de

Geschäftsführer

Dr. Walter Baumann

Sitz und Gerichtsstand: Köln HRB 54890

Ust.-IDNr.: DE240643172

Verantwortlicher im Sinne des Presserechts:

Dr. Walter Baumann

Download-Link:

http://dl.winho.de/spezial\_zi.pdf

## ÜBER DAS WINHO

Das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen - WINHO - wurde im November 2004 durch den Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) e.V. gegründet. Derzeit haben sich rund 400 Fachärzte aus ca. 200 onkologischen Praxen für eine Kooperation mit dem WINHO entschieden und finanzieren das WINHO durch ihre Beiträge. Das Institut arbeitet pharmaunabhängig.

Um mehr über die Arbeit des WINHO zu erfahren, besuchen Sie unsere Internetseite.

www.winho.de



Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH

Das Projekt wurde gefördert durch:

