

# Ambulante Gastroenterologie: Welche Indikatoren sind besonders wichtig?

## Beispiele aus dem Koloskopie-Feedback-Bericht für 2015 und Darstellungsoptionen für zukünftige Berichte

Bernd Hagen • Jens Kretschmann • Chafik El Mahi • Fritz Lichtner  
DMP-Projektbüro Köln

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten  
Hamburg, 23. September 2016

# Hintergrund

- Untersuchungsqualität der Koloskopie von zentralem (auch allgemeinen) Interesse
- Struktur- und Prozessqualität über Vereinbarung festgelegt, Hygienequalität ein Schwerpunkt der KV-Berichterstattung, Dokumentationsqualität als relevanter Faktor, ebenso die Vorerfahrung
- Konsequenzen für die Ergebnisqualität und deren mögliche Indikatoren
- Welche Indikatoren werden in den Praxis-Feedback-Berichten derzeit abgebildet?
- Gibt es Möglichkeiten, hierbei bestehende Unterschiede zu verdeutlichen?
- Sollen analog zu den Disease Management Programmen auch anzustrebende Raten für einzelne Indikatoren gebildet / überprüft werden?

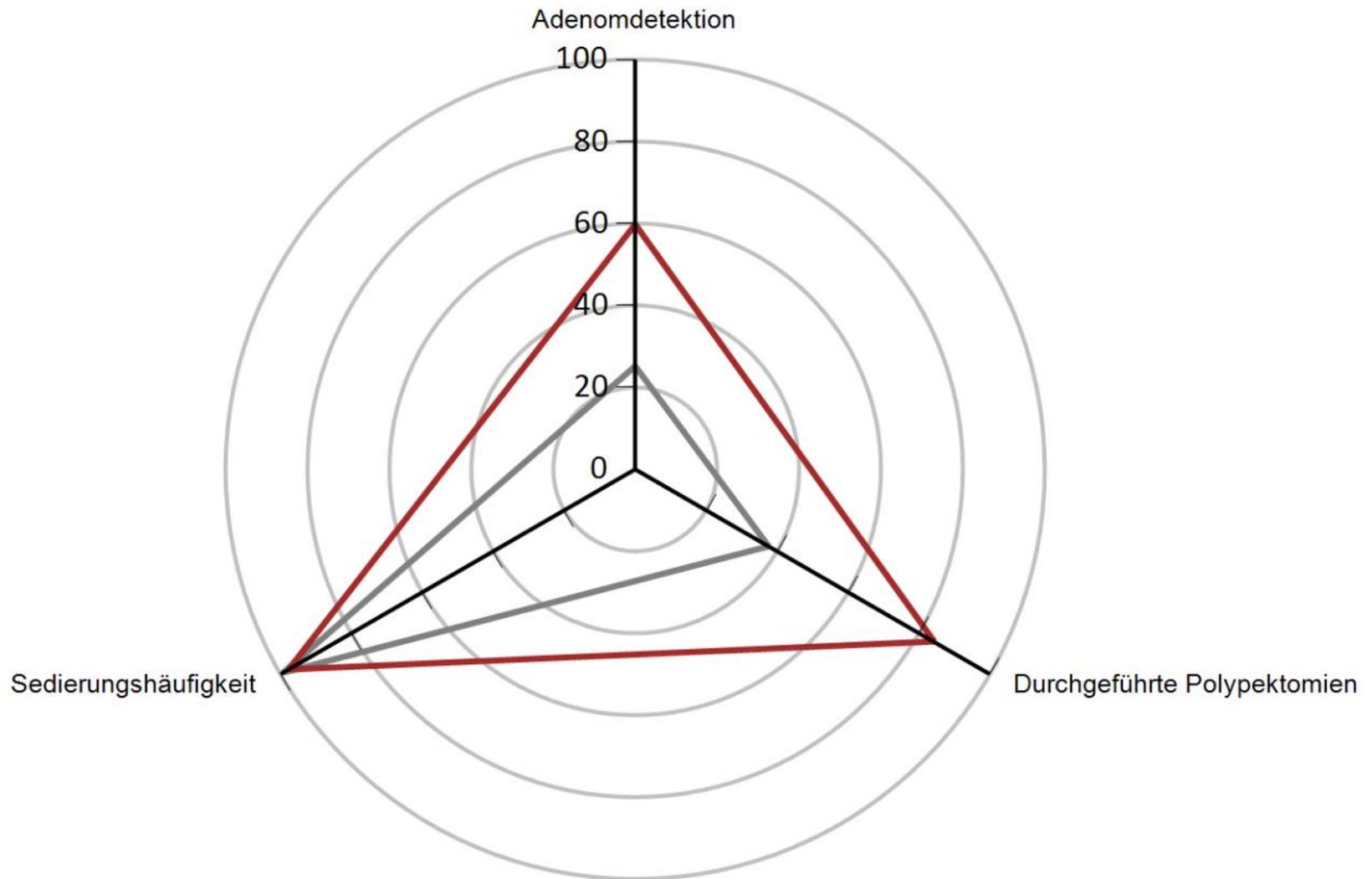
# Blick über die Grenze: UK Key Performance Indicators for Colonoscopy

Quality indicator	Minimal standard	Aspirational target	Comment
Caecal intubation rate (CIR) (unadjusted)	90%	95%	Photographic proof of ileocaecal valve, terminal ileum, anastomosis or appendix orifice required in all cases
Adenoma detection rate (ADR) in general all patient population (not screening)	15%	20%	ADR is the quality standard. Given the difficulty in reporting ADR then polyp detection rate or polypectomy rate may be used where it has been demonstrated to reflect accurately ADR for that unit/clinician
Bowel preparation of sufficient diagnostic quality to not warrant repeat or alternative test	90%	95%	
Rectal retroversion rate	90%		
Colonoscopy withdrawal time (for negative procedures)	Mean of $\geq 6$ min	Mean of $\geq 10$ min	
Sedation level for age <70 Median total dose: $\leq 50$ mg pethidine ( $\leq 100$ $\mu$ g fentanyl) $\leq 5$ mg midazolam (or equivalent drugs)	Auditable outcome		
Sedation level for age $\geq 70$ Median total dose: $\leq 25$ mg pethidine ( $\leq 50$ $\mu$ g fentanyl) $\leq 2$ mg midazolam (or equivalent drugs)	Auditable outcome		
Number of colonoscopies undertaken by endoscopist (or directly supervising trainee in room) per year	100		If numbers <150 then other key performance indicators, eg, CIR and ADR, should be scrutinised more closely and, if concerns, action taken
Polyp retrieval rate	$\geq 90\%$		
Tattooing of all lesions $\geq 20$ mm and/or suspicious of cancer outside of rectum and caecum	Tattoo placed in 100% of cases		Tattoo according to trust policy
Diagnostic biopsies for unexplained diarrhoea	Rectal biopsies taken in 100% of cases	Right and left colonic biopsies taken in 100% of cases	Aspiration should be that a minimum of two right and two left colon biopsies should be taken, but as minimum standard rectal biopsies should always be taken (unless there is a contraindication)
Post-colonoscopy colorectal cancer	Auditable outcome		All post-colonoscopy colorectal cancers diagnosed within 3 years of a colonoscopy should be reported as adverse events and each unit should have a policy for capturing post-colonoscopy colorectal cancer data
Comfort level	Auditable outcome		Units should audit this and <10% of patients should have moderate or severe discomfort
Overall colonoscopic perforation rate	<1 in 1000	<1 in 3000	
Diagnostic colonoscopic perforation rate	<1 in 2000	<1 in 4000	
Colonoscopic perforation rate where polypectomy performed	<1 in 500	<1 in 1500	
Colonoscopic perforation rate where dilatation performed	<3% (<1 in 33)	<1% (<1 in 100)	
Diagnostic flexible sigmoidoscopy (FS) perforation rate	<1 in 5000	<1 in 10 000	
Colorectal stenting perforation rate	<10%	<5%	
Post-polypectomy bleeding rate (intermediate severity or higher)	<1 in 200	<1 in 1000	
Unplanned admission rate	Auditable outcome; review every case		
Use of reversal agents	Auditable outcome; review every case		

Rees et al., *Gut*, 16.08.2016,  
doi: 10.1136/gutjnl-2016-312044



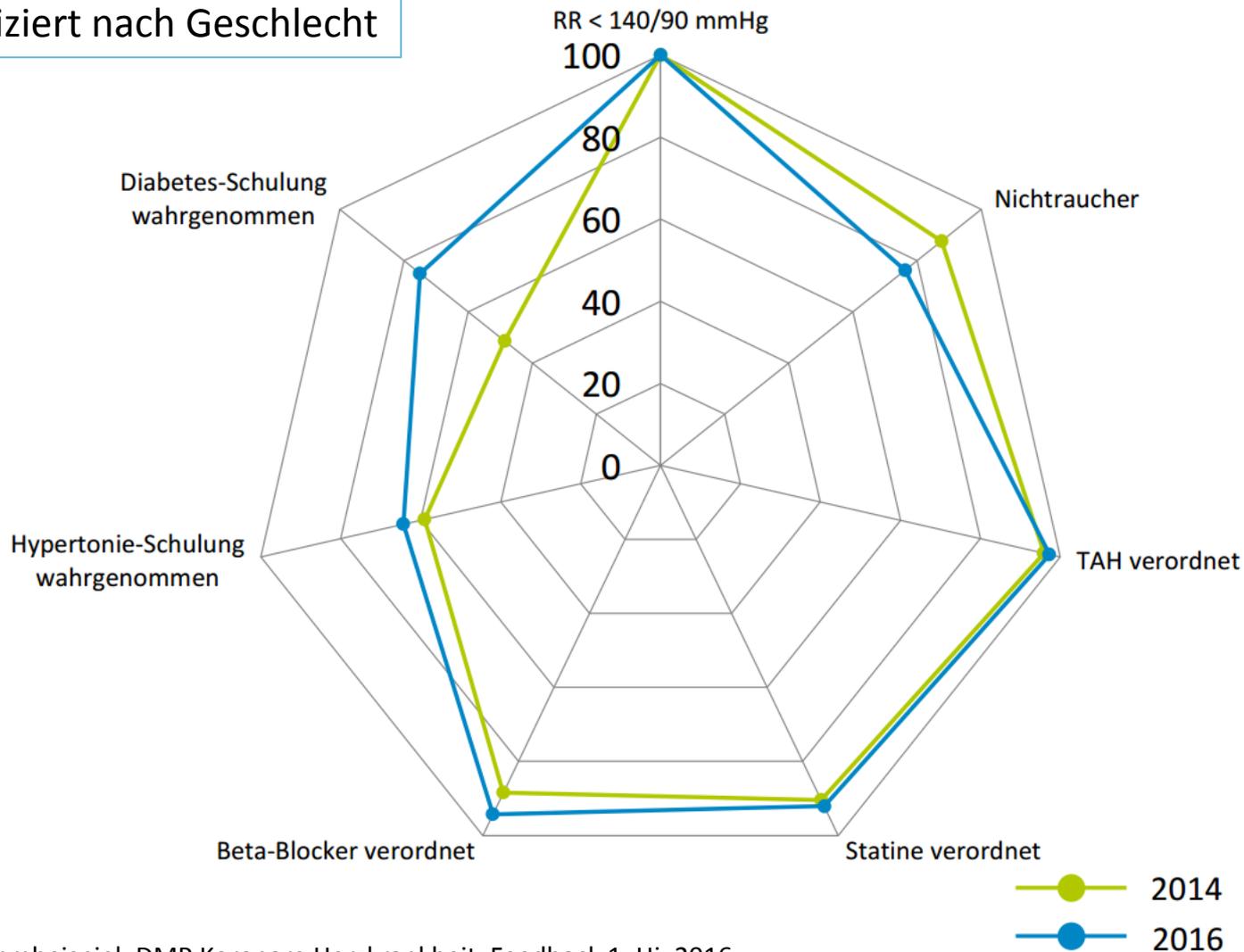
# Indikatoren: Übersichtsdarstellung auf der Titelseite bisher



Netzdiagrammbeispiel: Koloskopie-Dokumentationen 2015

# Indikatoren: Übersichtsdarstellung auf der Titelseite zukünftig (DMP-Beispiel)

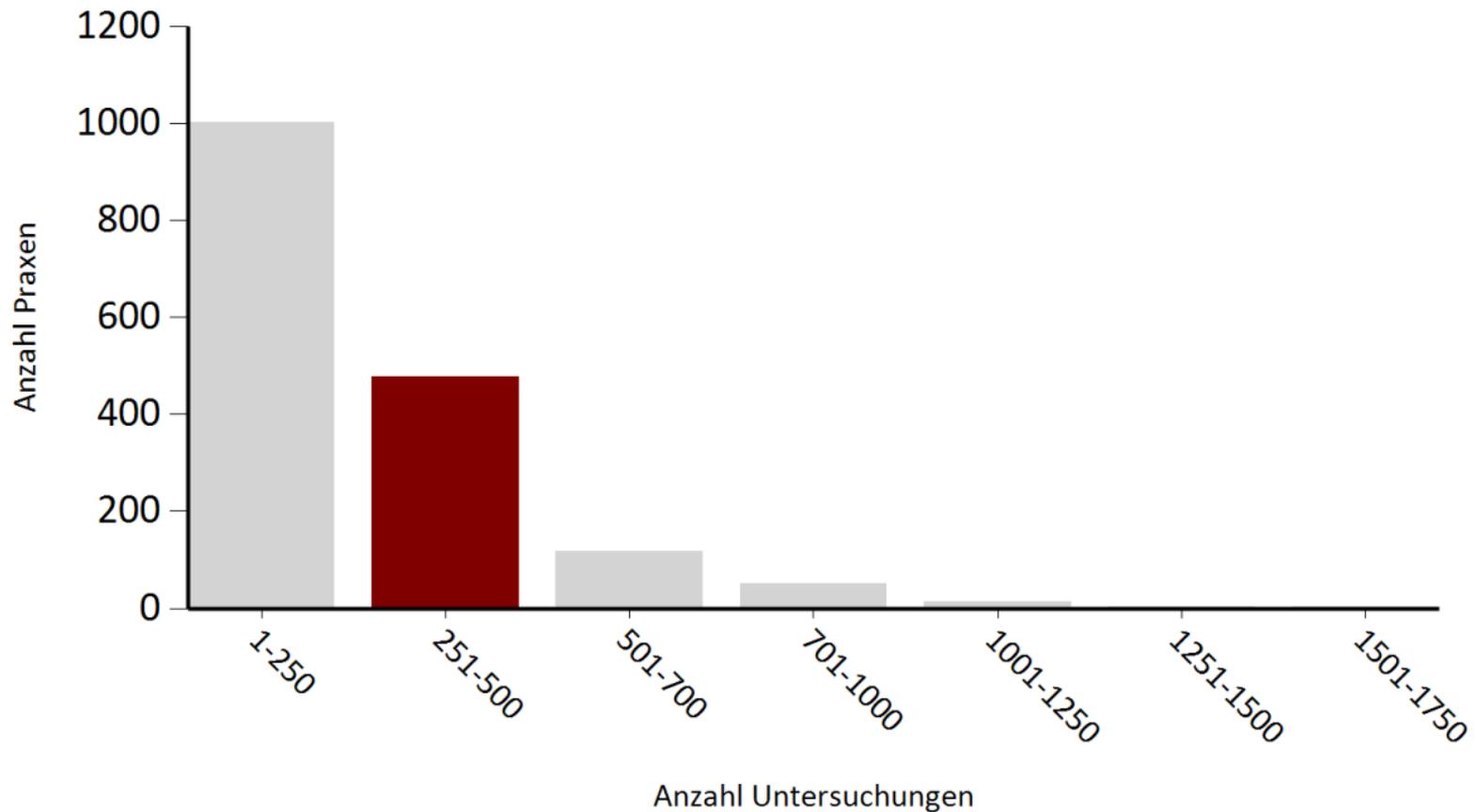
für Koloskopie sinnvoll:  
stratifiziert nach Geschlecht



Netzdiagrammbeispiel: DMP Koronare Herzkrankheit, Feedback 1. Hj. 2016

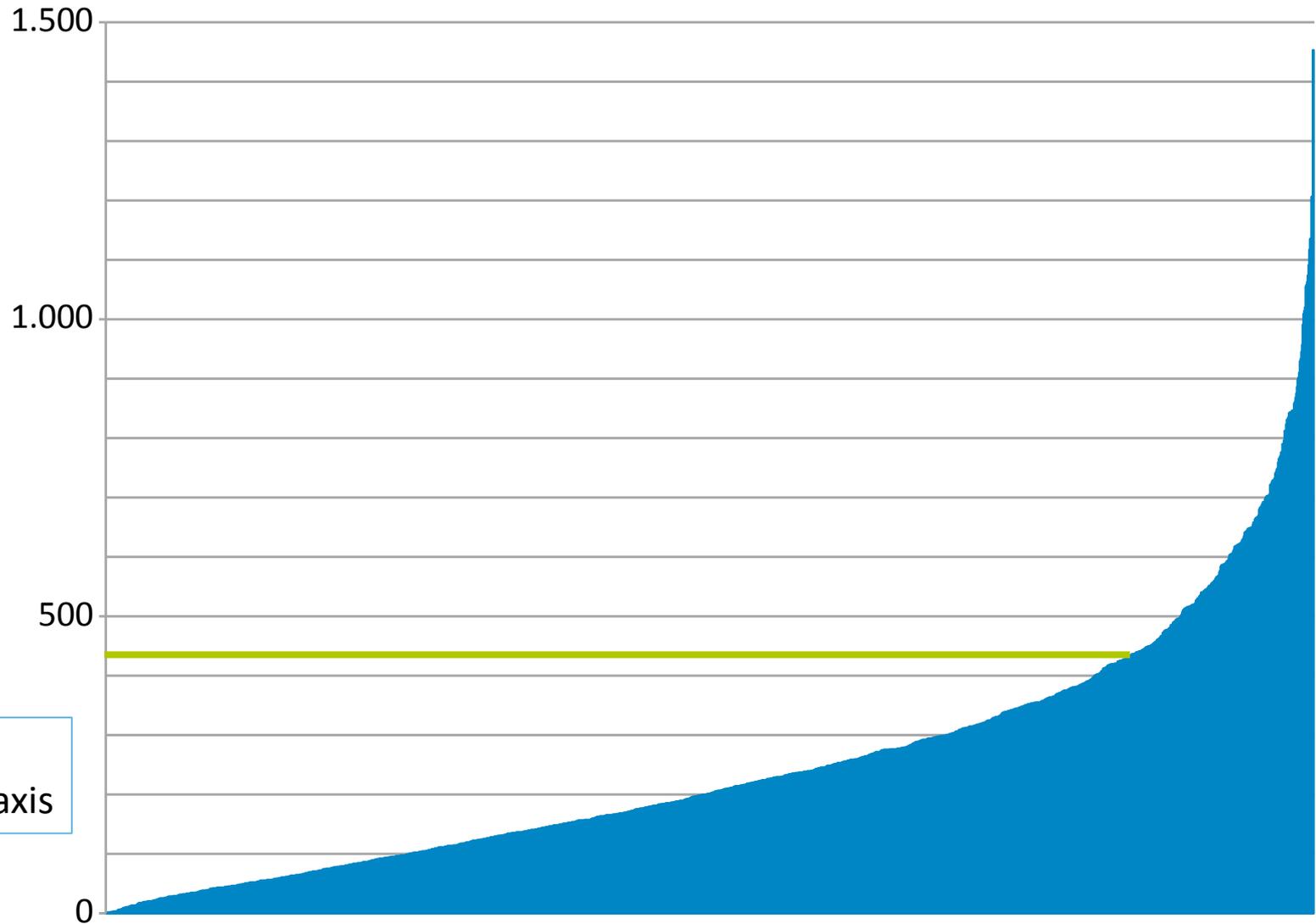
# Häufigkeit der Untersuchungen: Darstellung bisher

Abb. 2-1: Verteilung der Praxen nach Anzahl koloskopierter Patienten



Balkendiagrammbeispiel: Koloskopie-Dokumentationen 2015

# Häufigkeit der Untersuchungen: Darstellung zukünftig

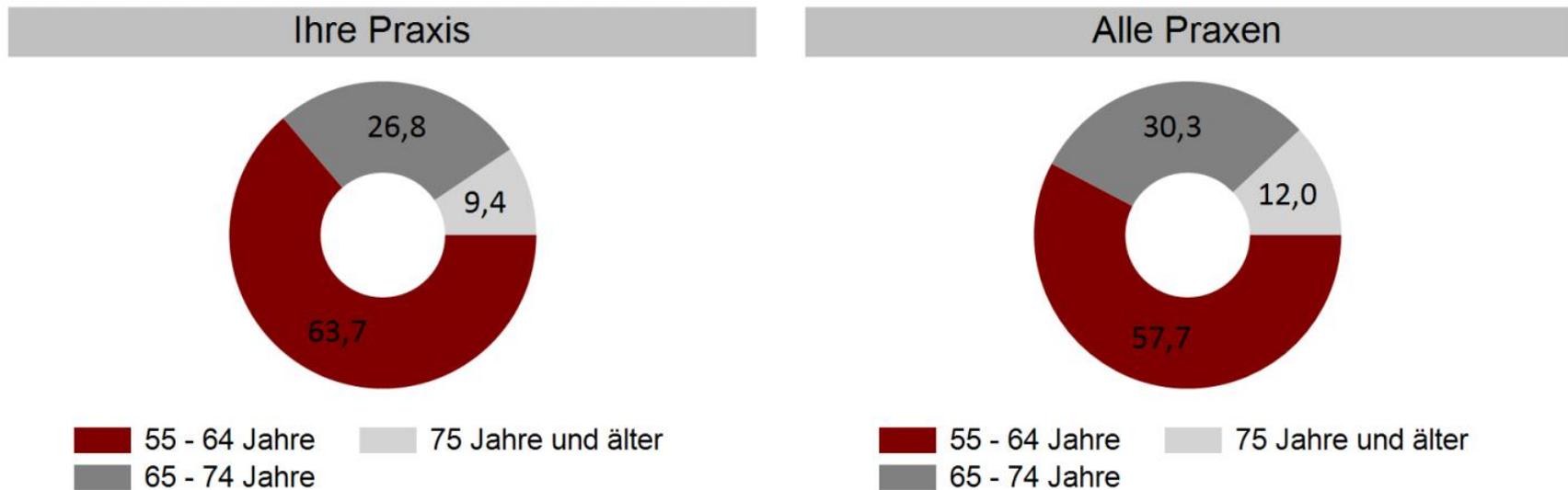


Datenbasis: Koloskopie-Dokumentationen 2015



# Kommentierung auffälliger Unterschiede: Darstellung bisher

Abb. 3-2: Alter der koloskopierten Patienten



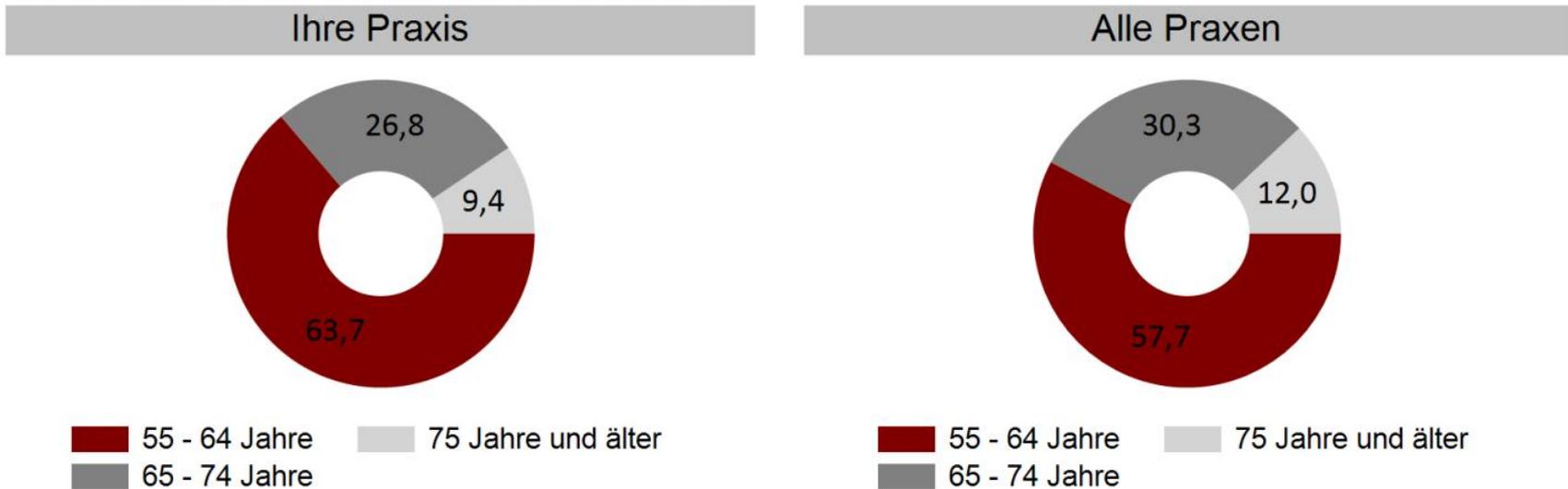
©ZI 2016

In Ihrer Praxis: 222 Männer, 214 Frauen; in allen Praxen: 187.541 Männer, 228.881 Frauen

Kreisdiagrammbeispiel: Koloskopie-Dokumentationen 2015

# Kommentierung auffälliger Unterschiede: Darstellung zukünftig (DMP-Beispiel)

Abb. 3-2: Alter der koloskopierten Patienten



©ZI 2016

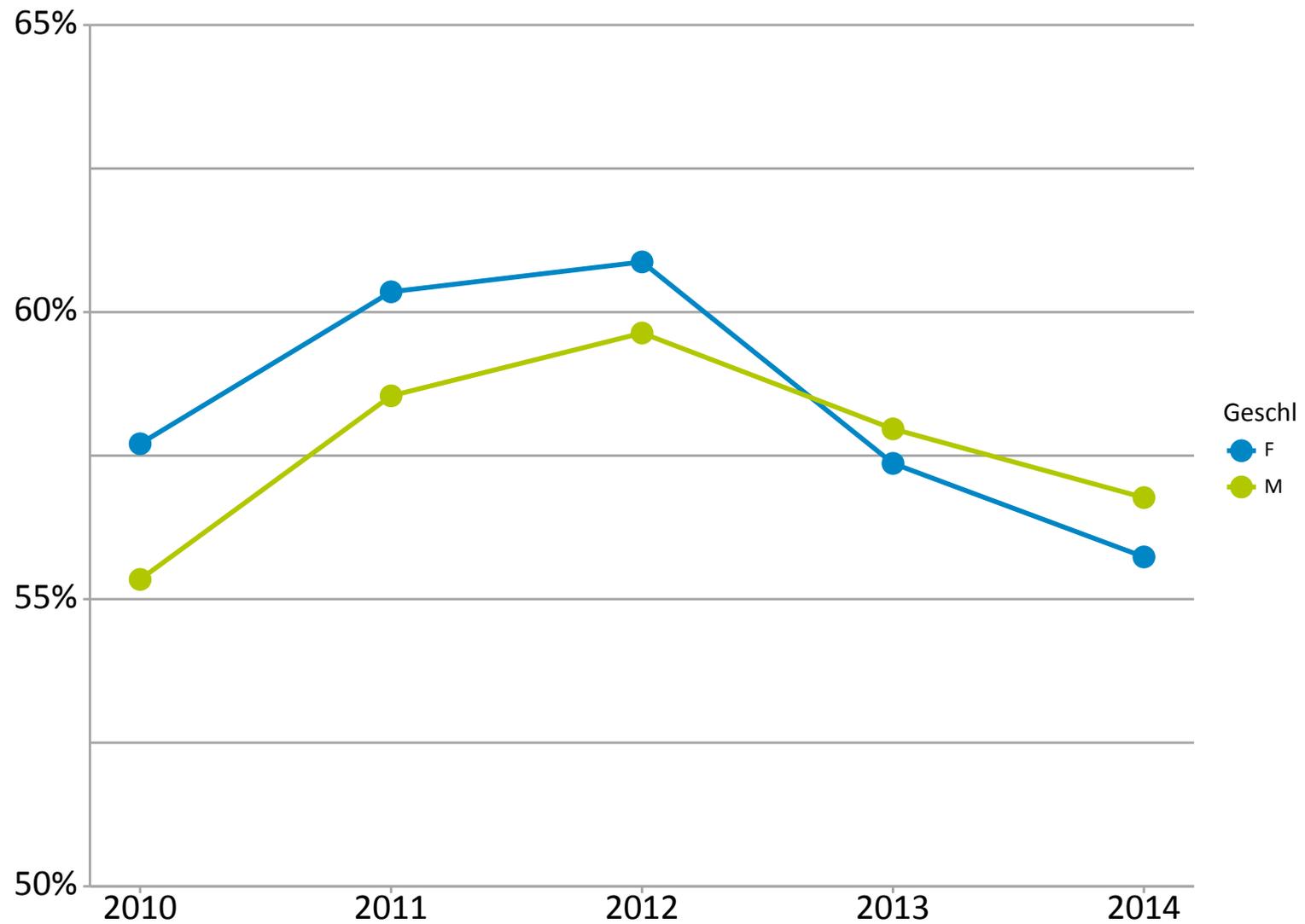
In Ihrer Praxis: 222 Männer, 214 Frauen; in allen Praxen: 187.541 Männer, 228.881 Frauen

## Kommentar zu den Befunden in Ihrer Praxis:

Im Hinblick auf die höchste Altersgruppe behandeln Sie in Ihrer Praxis im Vergleich zu allen Praxen deutlich weniger über 60-jährige Patienten.

Kommentarbeispiel: DMP Asthma bronchiale, Feedback 1. Hj. 2016

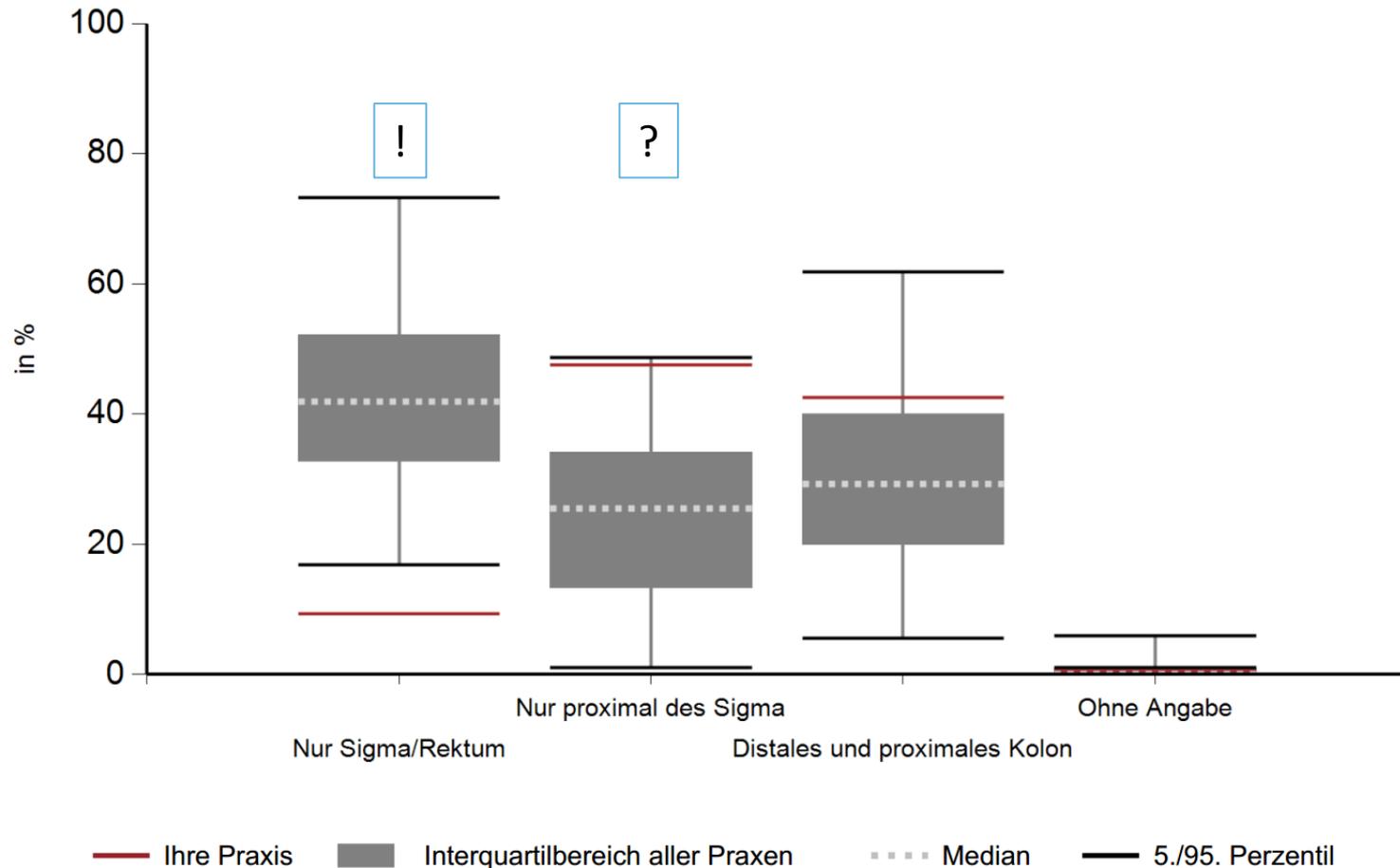
## Patientenmerkmale im Zeitverlauf: Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen



Datenbasis: alle Koloskopie-Dokumentationen bis 2014

# Kommentierung auffälliger Unterschiede: bereits bei Annäherung an das 5./95. Perzentil

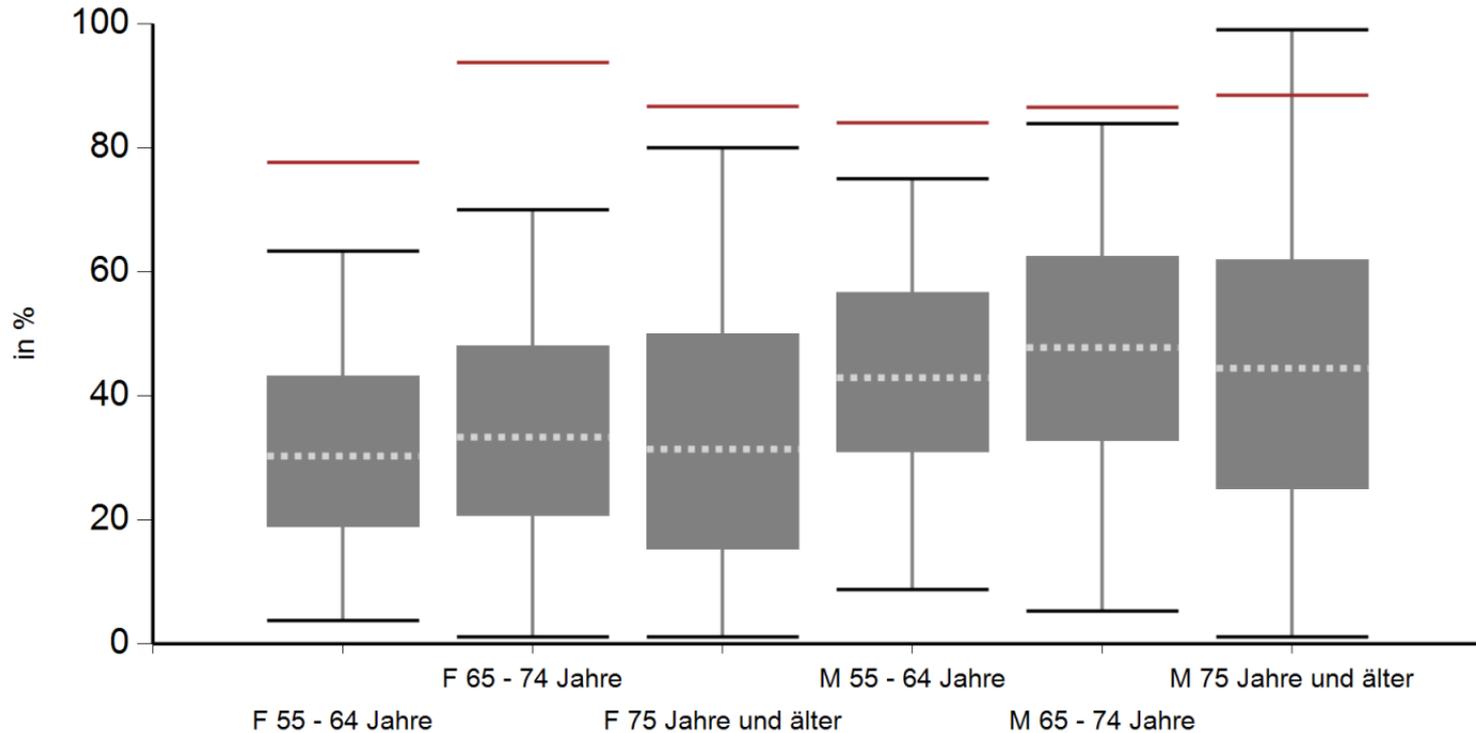
Abb. 5-1: Praxisbezogene Darstellung - Häufigkeit von Polypen und Adenombefunden nach Lokalisation



Interquartil-Diagrammbeispiel: Koloskopie-Dokumentationen 2015

# Kommentierung auffälliger Unterschiede: bei Überschreiten des 5./95. Perzentils

Abb. 6-1: Praxisbezogene Darstellung - Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Polypektomie



hier: Hinweis auf generell höhere Polypektomie

**Frauen**

**Männer**

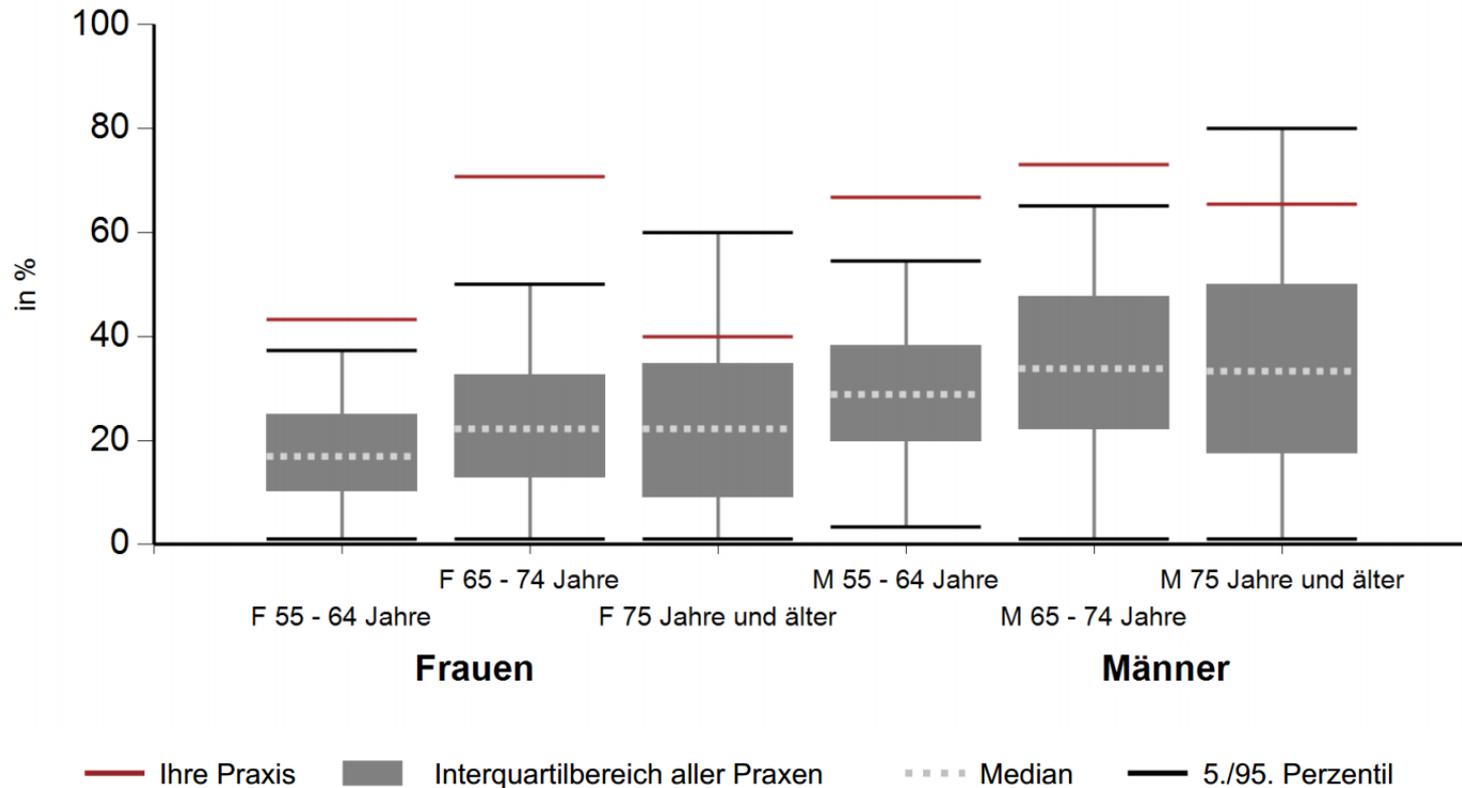
— Ihre Praxis    ■ Interquartilbereich aller Praxen    ···· Median    — 5./95. Perzentil

Interquartil-Diagrammbeispiel: Koloskopie-Dokumentationen 2015



# Kommentierung auffälliger Unterschiede: auch innerhalb einzelner Strata möglich

Abb. 8-3: Praxisbezogene Darstellung - Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Adenomdetektionsrate



hier: Hinweis auf höhere Raten bei den 55- bis 74-Jährigen

Interquartil-Diagrammbeispiel: Koloskopie-Dokumentationen 2015

## Kommentierung: die beiden häufigsten histologischen Befunde

Frauen	n	%	n	%
hyperplastischer Polyp	79	36,9	27.516	12,0
sonstiger Polyp	22	10,3	3.611	1,6
tubuläres Adenom	98	45,8	41.363	18,1
tubulovillöses Adenom	7	3,3	5.318	2,3
villöses Adenom	5	2,3	412	0,2
HGIN	0	0,0	1.232	0,5
Histologisch Ca.	1	0,5	1.212	0,5
sonst. benigne	0	0,0	5.015	2,2
sonst. maligne	0	0,0	123	0,1
Männer	n	%	n	%
hyperplastischer Polyp	74	33,3	26.640	14,2
sonstiger Polyp	22	9,9	3.335	1,8
tubuläres Adenom	142	64,0	51.217	27,3
tubulovillöses Adenom	2	0,9	7.109	3,8
villöses Adenom	2	0,9	487	0,3
HGIN	5	2,3	1.893	1,0
Histologisch Ca.	1	0,5	1.851	1,0
sonst. benigne	0	0,0	3.907	2,1
sonst. maligne	0	0,0	146	0,1

?

?

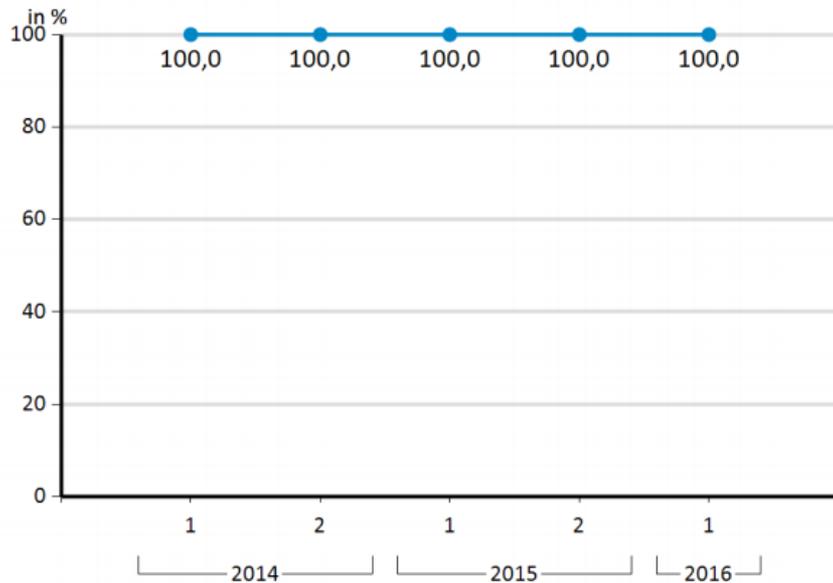
?

?

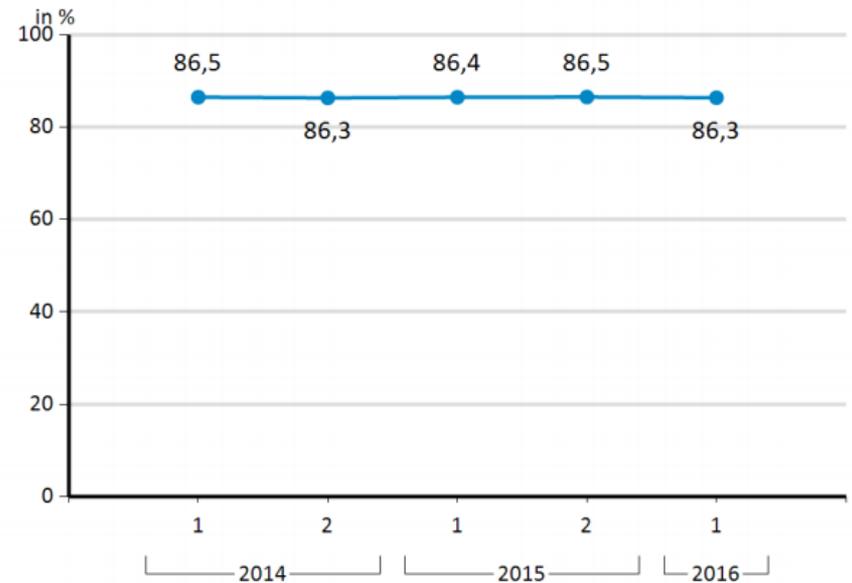
Tabellenbeispiel (7-1): Koloskopie-Dokumentationen 2015

# Indikatoren im Zeitverlauf: Sedierung vor der Koloskopie (DMP-Beispiel)

## Ihre Praxis



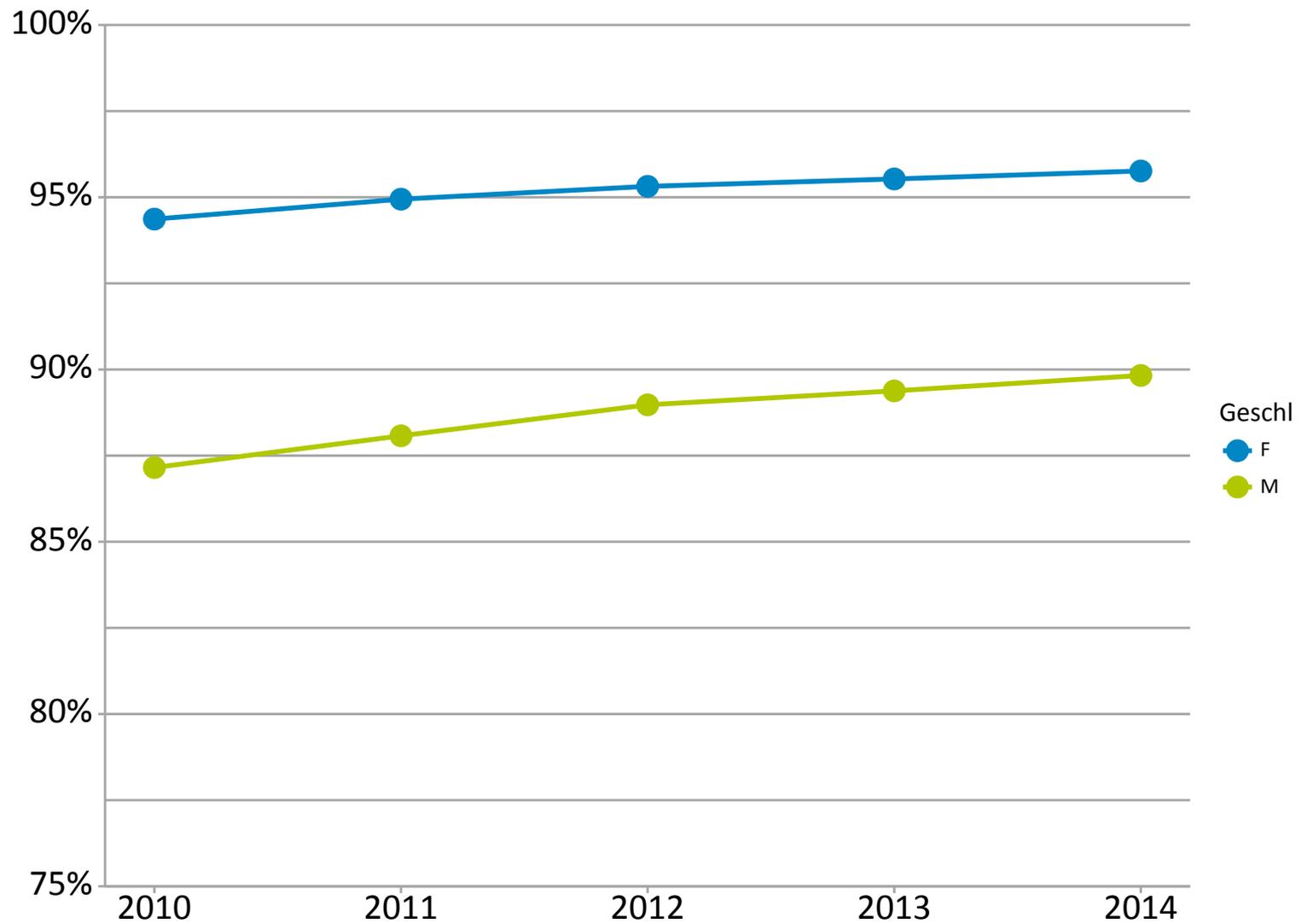
## Alle Praxen



zusätzliche Kommentierung von Unterschieden im Zeitverlauf möglich

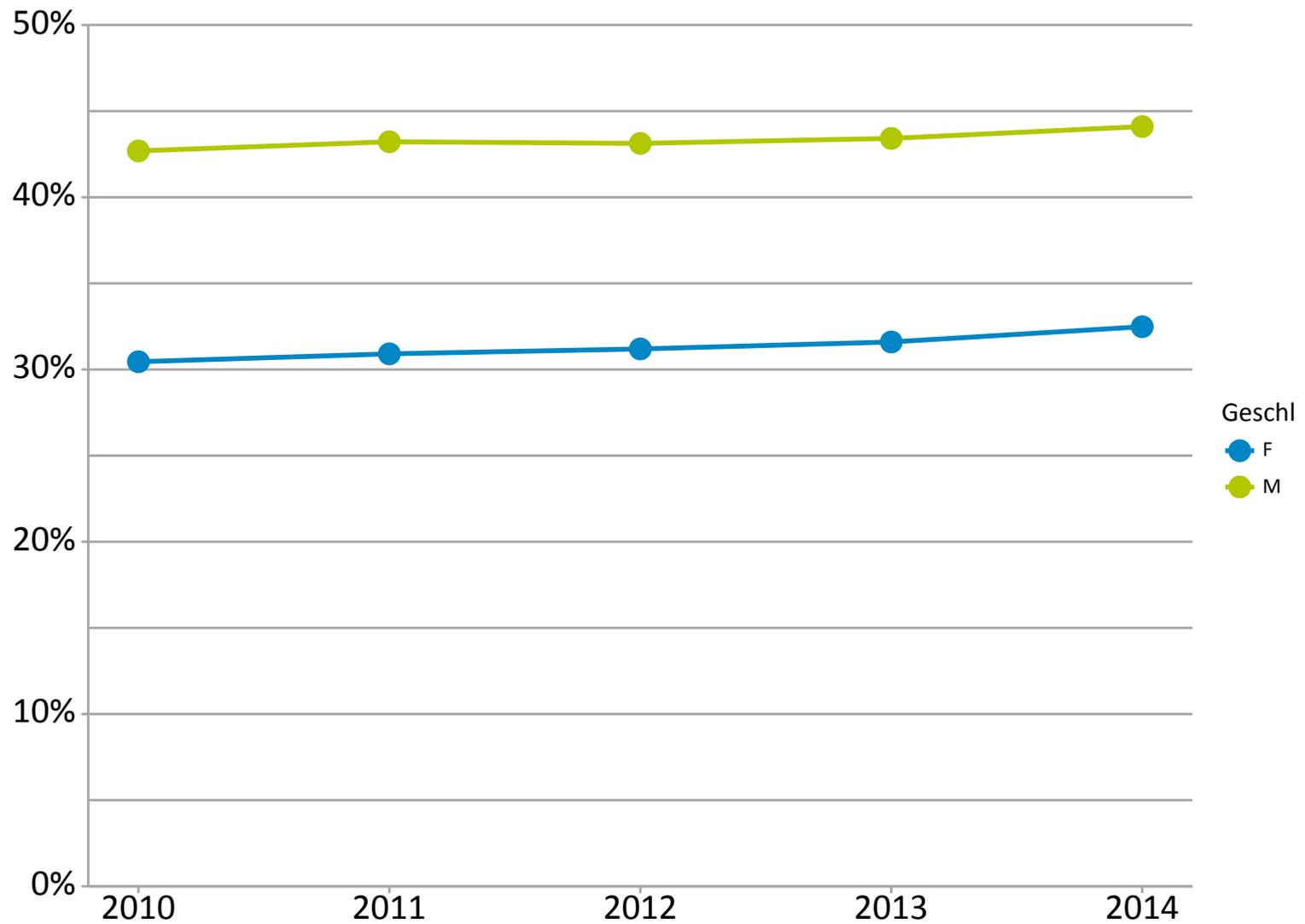
Zeitverlaufdiagrammbeispiel: DMP Asthma bronchiale, Feedback 1. Hj. 2016

## Indikatoren im Zeitverlauf: Sedierung vor der Koloskopie (Daten)



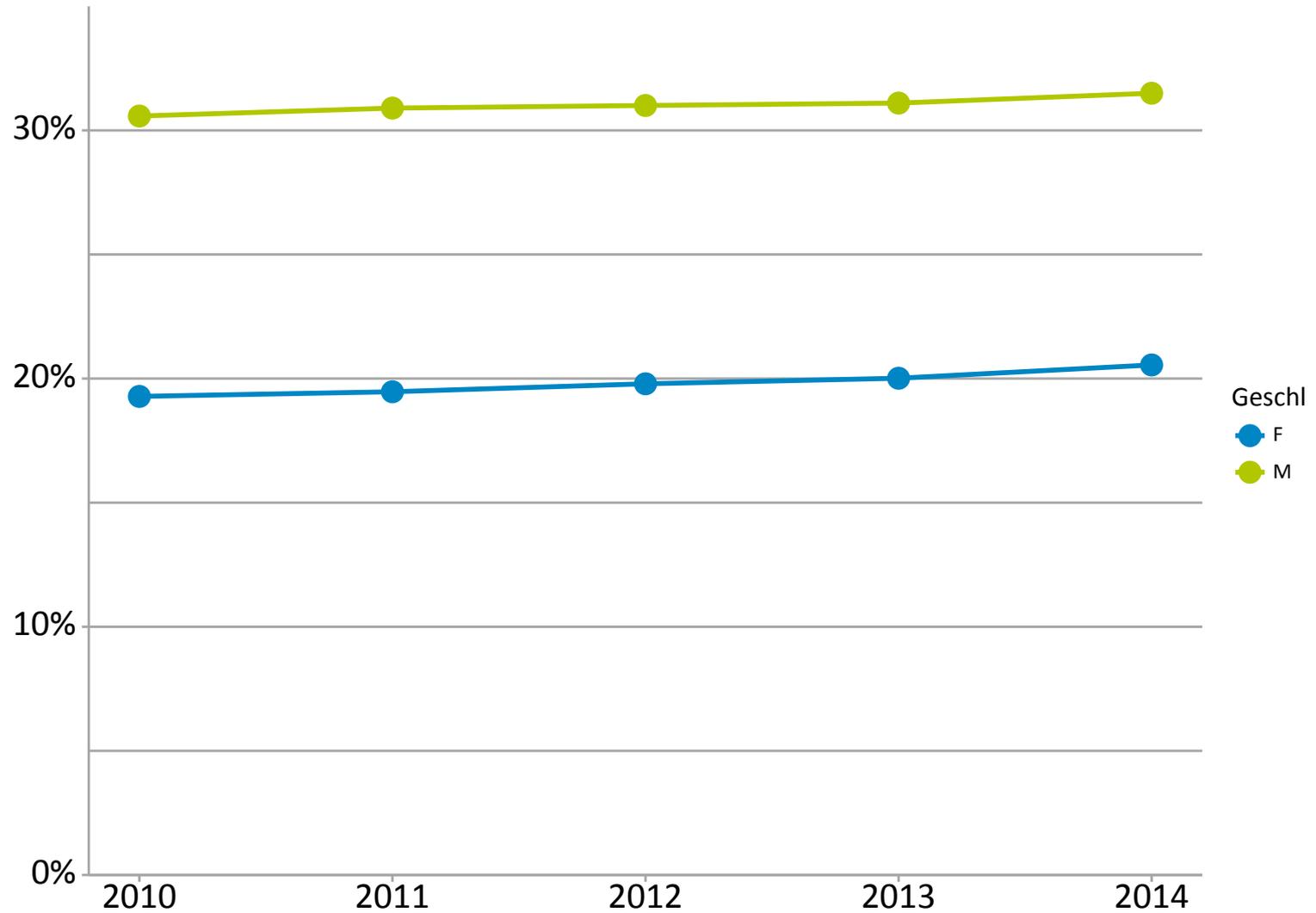
Datenbasis: alle Koloskopie-Dokumentationen bis 2014

## Indikatoren im Zeitverlauf: Polypektomien (Daten)



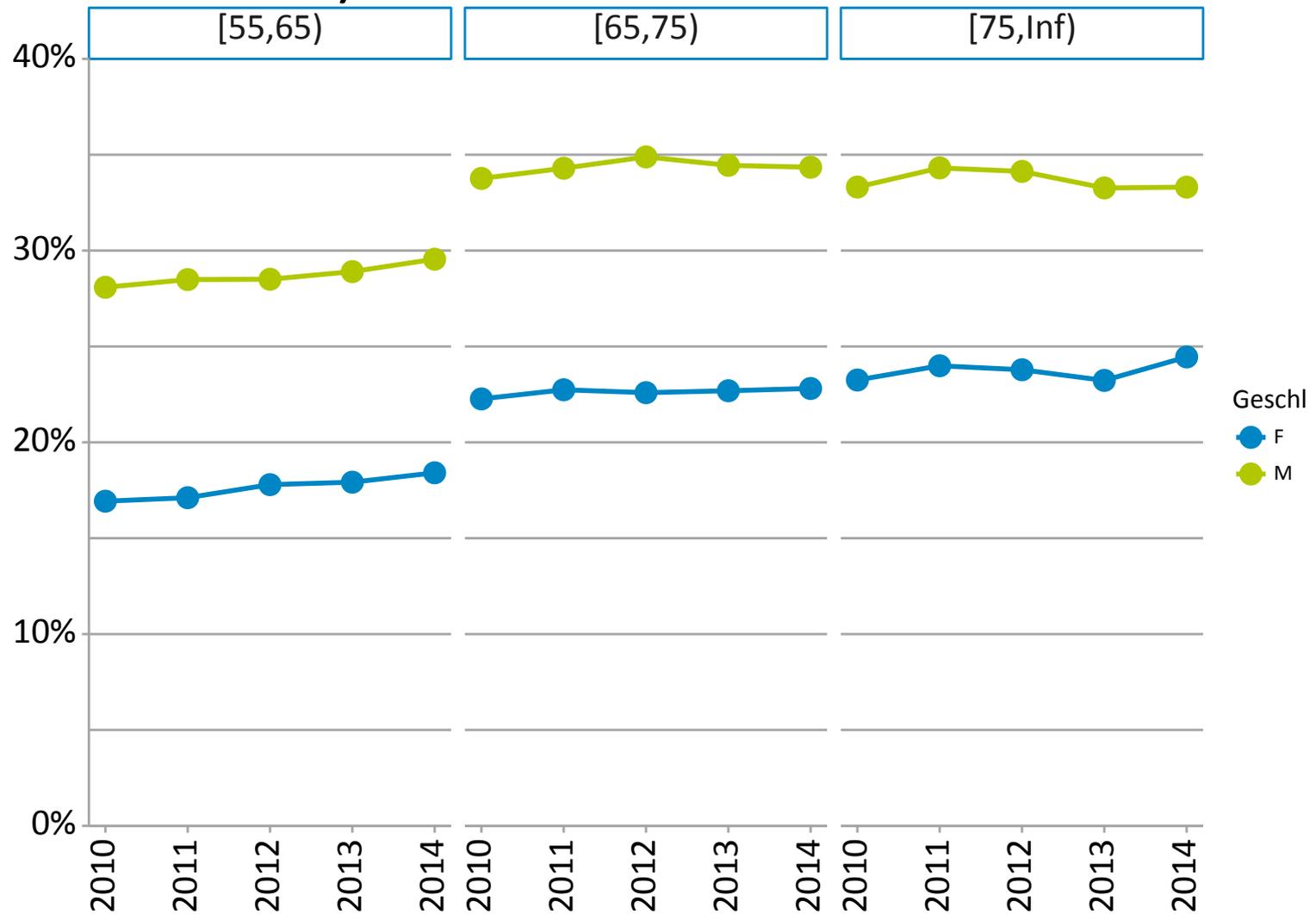
Datenbasis: alle Koloskopie-Dokumentationen bis 2014

## Indikatoren im Zeitverlauf: Adenomdetektion (Daten)



Datenbasis: alle Koloskopie-Dokumentationen bis 2014

## Indikatoren im Zeitverlauf: Adenomdetektion (Daten nach Geschlecht und Alter stratifiziert)



Datenbasis: alle Koloskopie-Dokumentationen bis 2014

## Indikatoren im Zeitverlauf: Komplikationen (seltenes Ereignis)

Jahr	Datum	Patienten- nummer	Geschlecht	Alter	Polypektomie	Komplikation
2015						
2014	07.02.	21100	m	55	ja	Blutung ambulant
2014	17.07.	22473	m	64	ja	Blutung ambulant
2013						
2012						
2011	02.03.	19836	w	62	ja	kardiopulmonale K. stationär
2010						

Tabellenbeispiel Einzelpraxis: Koloskopie-Dokumentationen 2010 bis 2015

## Übersicht zu den kommentierten Unterschieden

Parameter, Indikator	Unterschied zwischen Ihrer Praxis und allen Praxen	Größe des Unterschieds
Altersstruktur der Patienten	mehr 55- bis 64-Jährige	über 75. Perzentil
Polypen- / Adenomlokalisierung	seltener Sigma / Rektum	unter 5. Perzentil
Polypen- / Adenomlokalisierung	nur proximal Sigma	fast 95. Perzentil
Polypektomien	häufiger Polypektomien	über 95. Perzentil
Adenomdetektion	höhere Rate bei 55- bis 74-Jährigen	über 95. Perzentil
histologische Befunde	häufiger hyperplastische Polypen	über 75. Perzentil
histologische Befunde	häufiger tubuläre Adenome	über 75. Perzentil

## Resümee

- in den Feedback-Berichten werden bisher eine Vielzahl von Parametern abgebildet, die als Indikatoren der Ergebnisqualität der Koloskopie geeignet erscheinen
- bislang erfolgte eine wertneutrale einfache Gegenüberstellung, zukünftig sollen deutliche Abweichungen nach oben wie unten kommentiert werden
- hierbei wird die Zusammensetzung der Patientenpopulation berücksichtigt
- neben rein querschnittlichen Vergleichen der (aktuellen) Situation sollen ergänzend Veränderungen über die Zeit abgebildet und auch verglichen werden (gleiche / stärkere / geringere Erhöhung der Raten)
- zu entscheiden wäre über zusätzliche Indikatoren, die aus der Routinedokumentation abgeleitet werden können (z. B. Bilddokumentation, Zoekum erreicht, Polypen geborgen)
- spannende Frage außerdem: sollen anzustrebende Raten à la UK Key Performance Indicators definiert werden (mindestens / ehrgeizig)?

# Zum Nachlesen



## Projekt Wissenschaftliche Begleitung von Früherkennungs-Koloskopien in Deutschland Berichtszeitraum 2014

*12. Jahresbericht, Version 2*

im Auftrag des GKV-Spitzenverbands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Autor:  
Dr. Lutz Altenhofen

Berlin/Köln, Januar 2016

Korrespondenz an:  
Dr. Bernd Hagen  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland  
DMP Projektbüro  
Sedanstr. 10-16  
50668 Köln  
Fon: 0221 7763 6760  
Mail: [bhagen@zi.de](mailto:bhagen@zi.de)

Zentralinstitut für die  
kassenärztliche Versorgung in der  
Bundesrepublik Deutschland  
Rechtsfähige Stiftung

Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin  
Tel. +49 30 4005 2450  
Fax +49 30 4005 2490  
[zi@zi.de](mailto:zi@zi.de)

Vorstandsvorsitzender:  
Dr. med. Andreas Gassen  
Geschäftsführer:  
Dr. Dominik Graf von Stillfried

Vorstandsmitglieder:  
Dipl.-Med. Regina Feldmann  
Dr. med. Wolfgang Kromholz  
Dr. med. Peter Potthoff  
Dr. med. Angelika Prehn  
Dr. med. Sigrid Ultes-Kaiser

Jahresbericht 2014  
Hrsg. Zentralinstitut für die kassenärztliche  
versorgung in Deutschland

Download via [www.zi.de](http://www.zi.de)  
-> Forschungsgebiete  
-> Studien  
-> Darmkrebs-Früherkennung

