

Grenzen der im Verantwortungsbereich des G-BA durchgeführten Qualitätssicherung

Max Geraedts

Institut für Versorgungsforschung und
Klinische Epidemiologie

Philipps-Universität Marburg



Ziele der (datengestützten einrichtungsübergreifenden) **G-BA-Qualitätssicherung** (DeQS-RL 07/18)

- die **Qualität** in der medizinischen Versorgung **sichern und fördern**
- die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität **verbessern**
- **vergleichbare Erkenntnisse** über die Versorgungsqualität gewinnen
- Erkenntnisse über **Qualitätsverbesserungspotenziale** gewinnen
- das einrichtungsinterne **Qualitätsmanagement unterstützen**
- ein transparentes Verfahren ... gewährleisten
- **kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess** einleiten
- **Patientensicherheit und Patientenorientierung** stärken
- Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen **veröffentlichen**
- **Selbstbestimmung** der Patientinnen und Patienten stärken

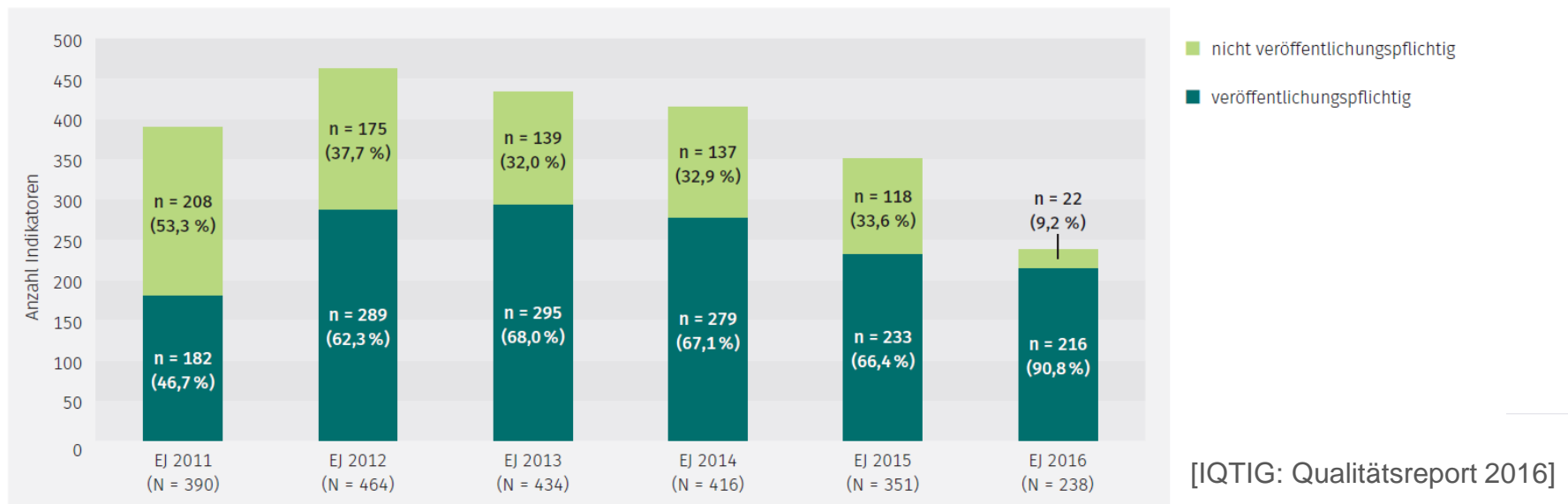
QS-Richtlinien und Vereinbarungen

- **Richtlinien zur Qualitätsbeurteilung und -prüfung in der vertragsärztlichen Versorgung**
 - Qualitätsprüfungen (vertragsärztliche Versorgung)
 - Qualitätsbeurteilung Arthroskopie
 - Qualitätsbeurteilung Kernspintomographie
 - Qualitätsbeurteilung Radiologie
 - QS Dialyse (s.a.RL eQS)
- **Richtlinien zur externen QS**
 - **QS in Krankenhäusern**
 - QS Dialyse (s.a. RL Qualitätsbeurteilung und -prüfung in der vertragsärztl. Versorgung)
- **Richtlinien zur sektorenübergreifenden QS**
 - Einrichtungs- und sektorenübergreifende QS
- **Weitere Regelungen zur QS**
 - **Qualitätsbericht der Krankenhäuser**
- **Richtlinien zum Qualitätsmanagement**
 - Qualitätsmanagement-Richtlinie
 - Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme
- **Richtlinien und Regelungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität**
 - **Mindestmengenregelungen**
 - QS minimalinvasive Herzklappeninterventionen
 - QS Bauchortenaneurysma
 - QSKinderonkologie
 - QS Positronenemissionstomographie beim NSCLC
 - QS Protonentherapie beim Rektumkarzinom
 - QS Früh- und Reifgeborenenversorgung
 - QS herzchirurgische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen

Entwicklung der eQS

- Von der Hilfe zur internen Qualitätsverbesserung zum umfassenden Steuerungsinstrument
- Rund 1.900 Standorte, 2,5 Millionen Fälle (~12,5% alle KH-Fälle)
- Fokus auf operative/invasive Prozeduren (Ausnahmen u.a. Dekubitus, Pneumonie)
- Wechselnde Zahl der erhobenen / berichteten Qualitätsindikatoren

Abbildung 1: Anzahl der Indikatoren mit veröffentlichungspflichtigen / nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2011 bis 2016)



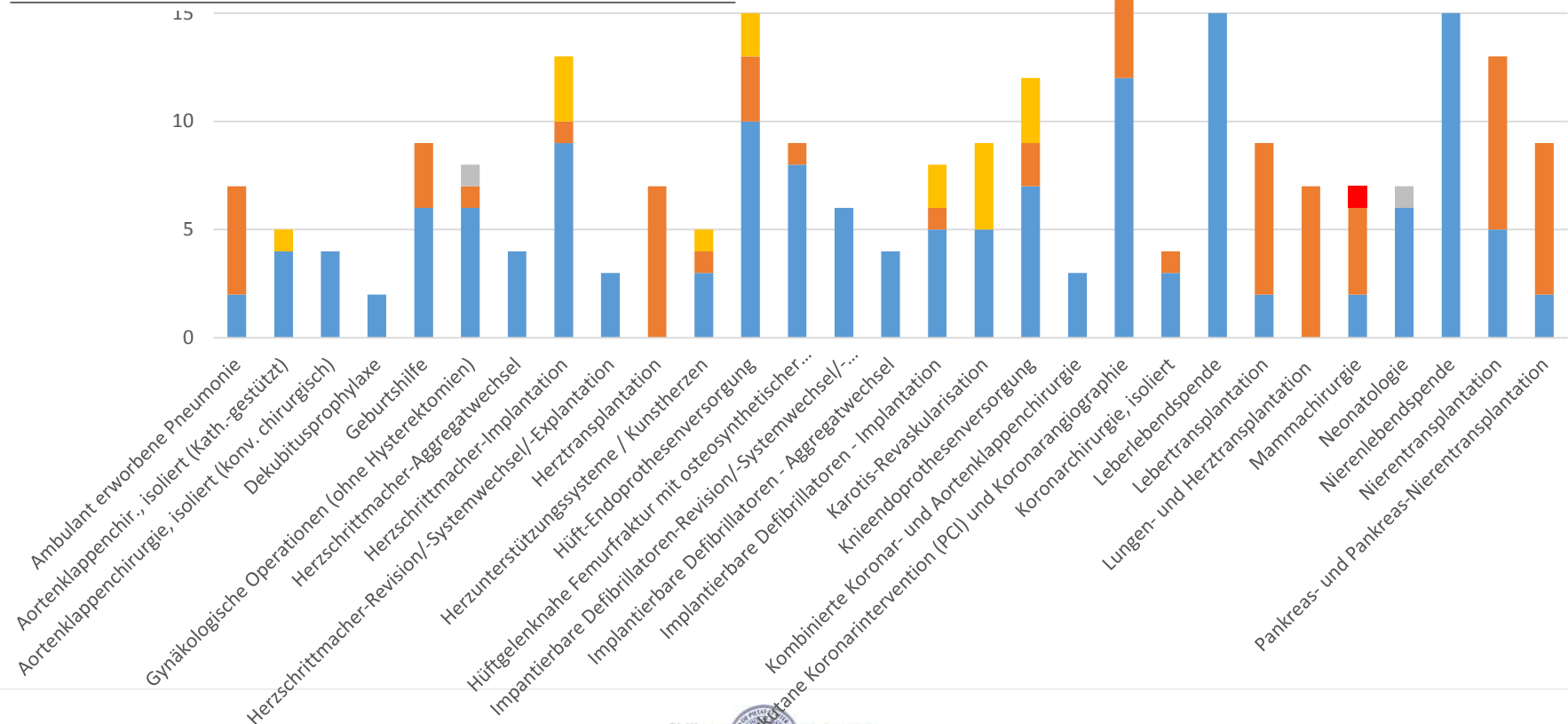
Ausgewogenheit der QI-Sets der externen QS

Anzahl und Kategorisierung der QI nach Leistungsbereich

Tabelle 1
Verteilung der Indikatoren auf die Kategorien.

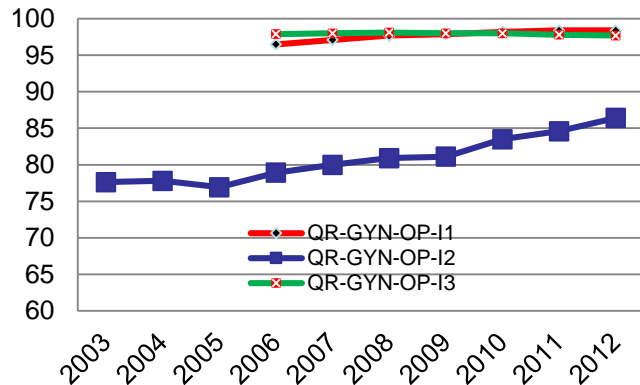
Kategorie	Anzahl Indikatoren (Anteil an allen Indikatoren in %)
Erreichen primärer Behandlungsziele	63 (26,4%)
Vermeidung unerwünschter Ereignisse	153 (64,0%)
Indikationsstellung	18 (7,5%)
Patientenzentrierung	1 (0,4%)
Nicht klassifizierbar / Dokumentation	4 (1,7%)

- Anzahl QI „Vermeidung unerwünschter Ereignisse“
- Anzahl QI „Erreichen Behandlungsziele“
- Anzahl QI „Patientenzentrierung“
- Anzahl QI „Indikationsstellung“
- Anzahl QI „Nicht klassifizierbar“

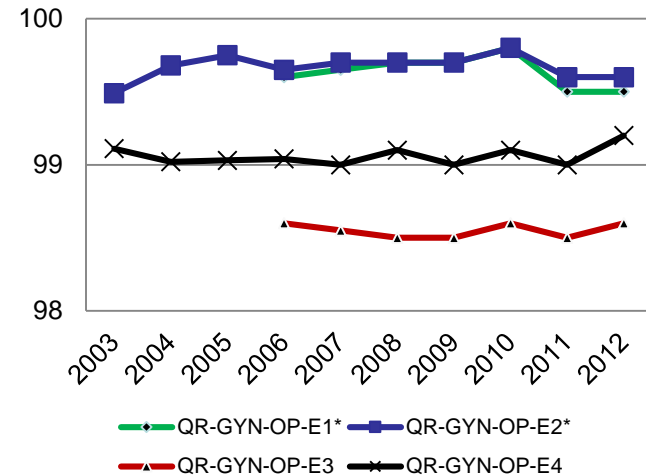


Trendanalysen einiger QI: Leistungsbereich Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

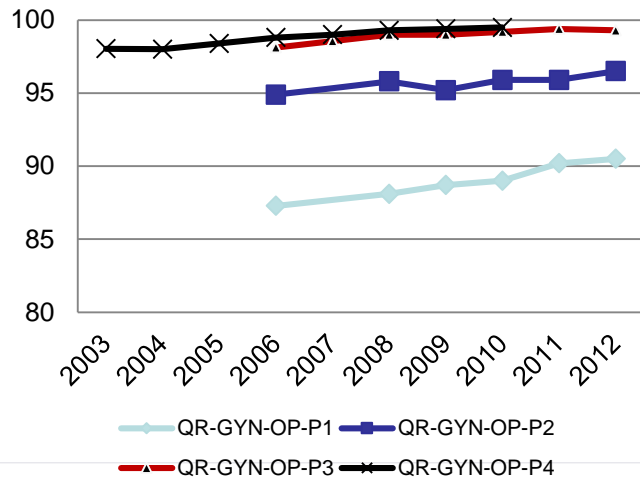
QR: Indikations-Indikatoren



QR: Ergebnis-Indikatoren (* nie QB)

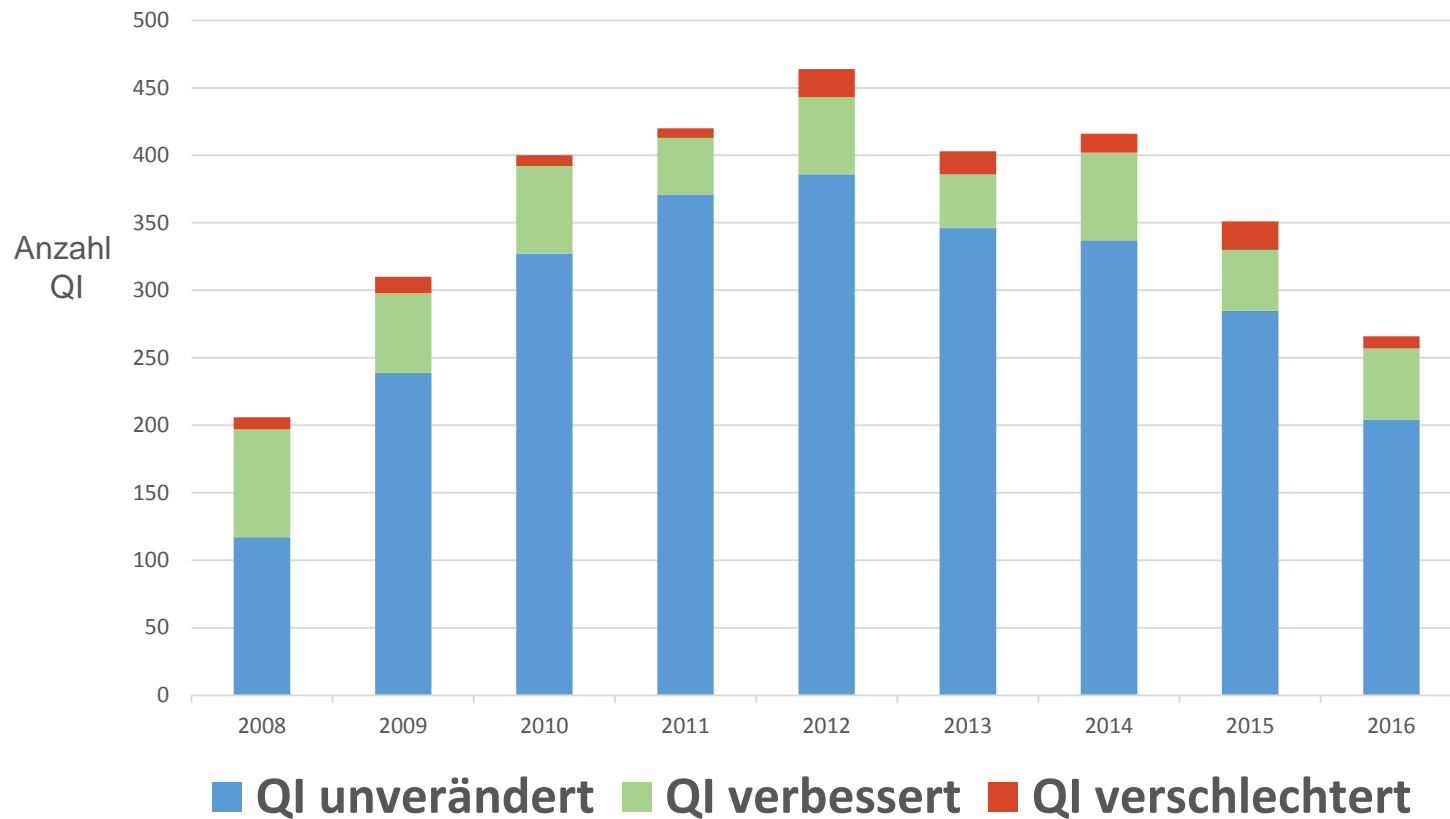


QR: Prozess-Indikatoren

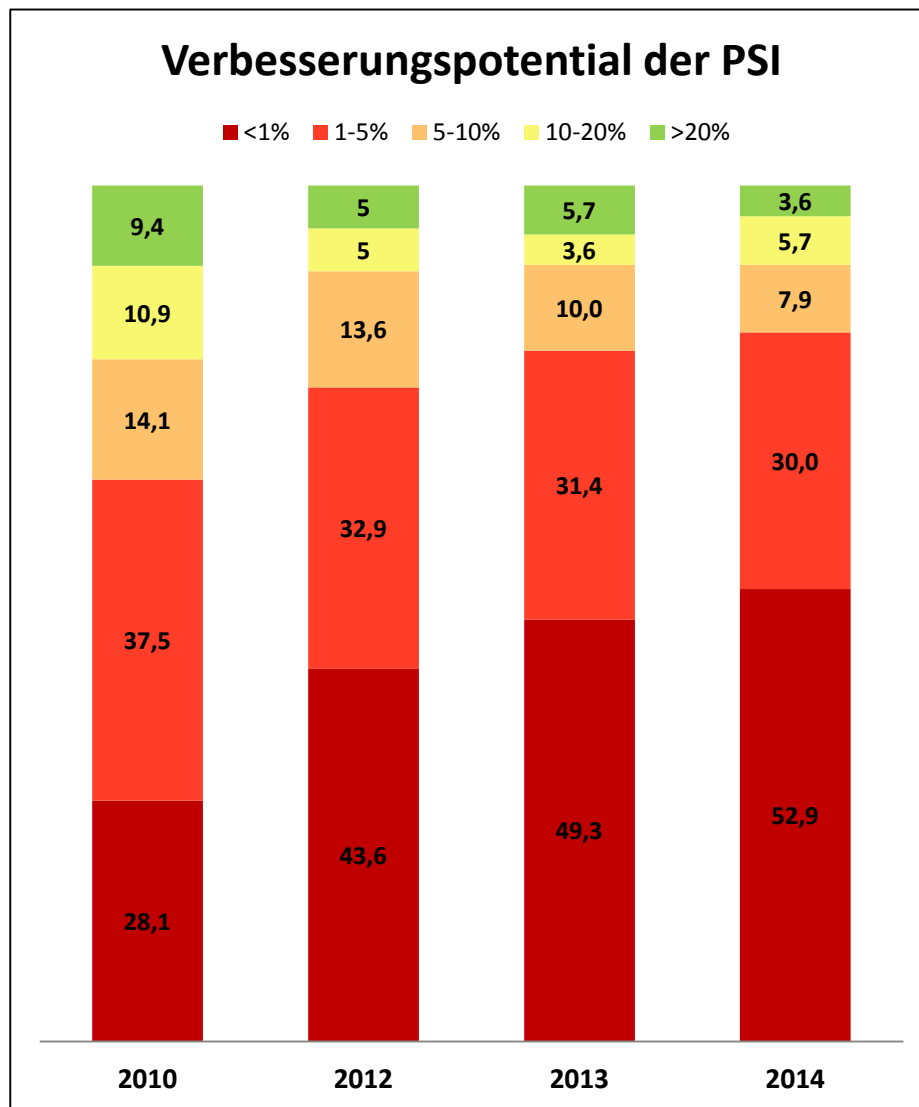


QR-GYN-OP-I1	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung
QR-GYN-OP-I2	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund (Indikation bei Ovareingriffen unangemessen)
QR-GYN-OP-I3	Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren (Indikation bei Hysterektomie)
QR-GYN-OP-P1	Organerhaltung bei Ovareingriffen
QR-GYN-OP-P2	Konisation bei Ektopie oder Normalbefund
QR-GYN-OP-P3	Fehlende postoperative Histologie nach Konisation
QR-GYN-OP-P4	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie
QR-GYN-OP-E1	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
QR-GYN-OP-E2	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation
QR-GYN-OP-E3	Organverletzungen bei Hysterektomie
QR-GYN-OP-E4	Organverletzungen bei Hysterektomie bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation

Anteile veränderter Qualitätsindikatoren in der eQS 2008-2016



Verbesserungspotential bei PSI in der eQS



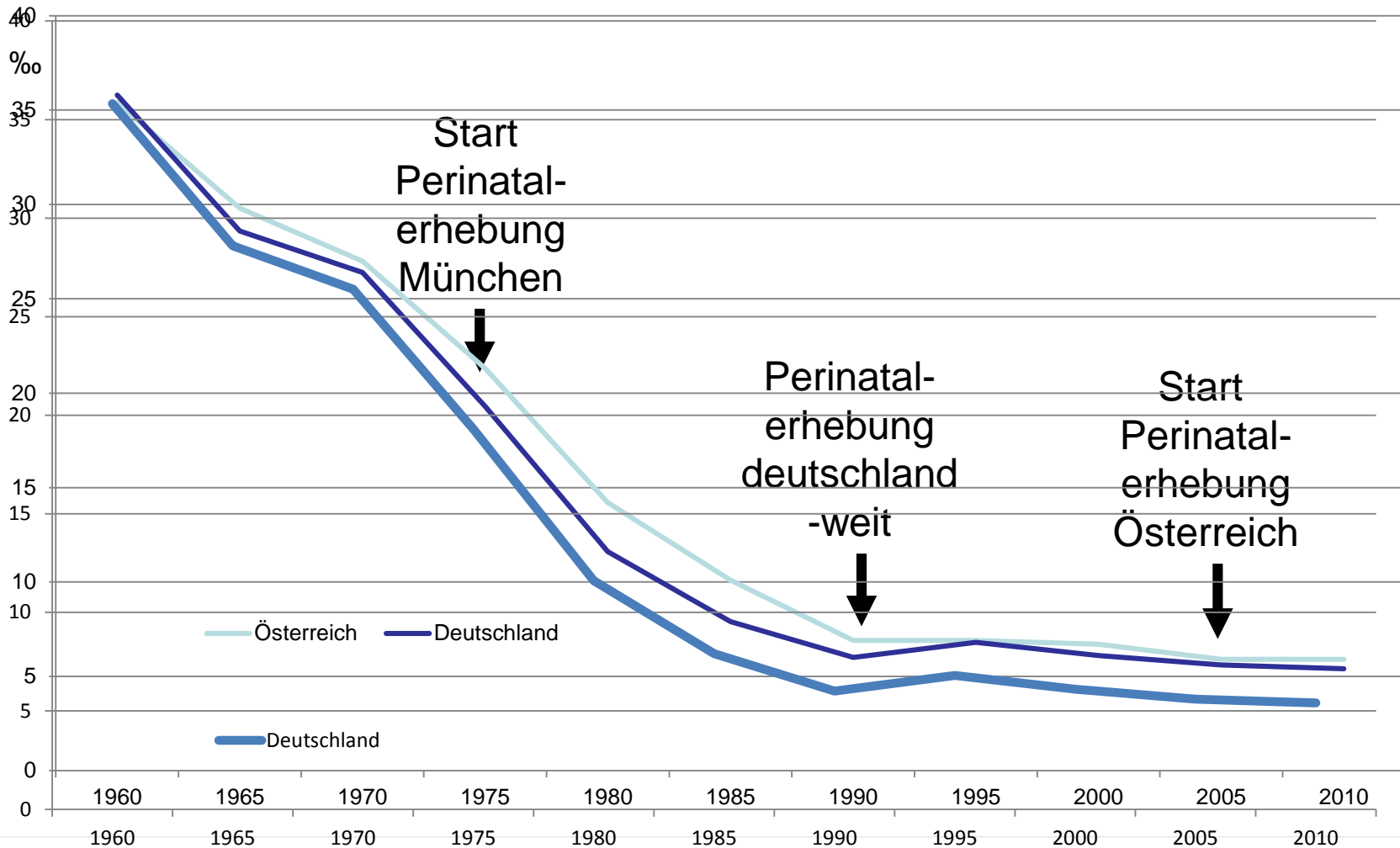
- **Material:** Erfassungsjahr 2014: 416 QI aus 31 Leistungsbereichen, davon 270 QI als PSI; identifiziert (Dank an K. Döbler, KCQ)
- insgesamt 279 QI berichtspflichtig, davon 175 PSI
- **Methode:** längsschnittliche Analyse
- **Ergebnis:** das Verbesserungspotential der PSI sinkt stetig mit der Zeit
- Bei den beobachteten/gemessenen PSI wird es immer unwahrscheinlicher, weitere Verbesserungen zu erreichen
- Verbesserungspotential wird weitgehend ausgeschöpft

Ergebnisqualität in der Revisionsendoprothetik: Eine Analyse von Routinedaten mit dem Vergleich zur externen Qualitätssicherung

M. Wessling^{1*}, S. Gravius^{2*}, C. Gebert¹, R. Smektala³, C. Günster⁴, J. Hardes⁵, I. Rhomberg¹, D. Koller⁶ Z Orthop Unfall 2016; 154: 63–71

Beim Vortrag hier präsentierte Grafiken
aus dem o. g. Artikel sind urheberrechtlich
geschützt und daher hier entfernt.

Indikatorausprägungen im Zeitverlauf: perinatale Sterblichkeit 1960-2010



Risk of Inhospital Stroke or Death Is Associated With Age But Not Sex in Patients Treated With Carotid Endarterectomy for Asymptomatic or Symptomatic Stenosis in Routine Practice: Secondary Data Analysis of the Nationwide German Statutory Quality Assurance Database From 2009 to 2014 (J Am Heart Assoc. 2017;6:e004764. DOI: 10.1161/JAHA.116.004764.)

Sofie Schmid, MD; Pavlos Tsantilas, MD; Christoph Knappich, MD; Michael Kallmayer, MD; Thomas König, PhD; Thorben Breitkreuz; Alexander Zimmermann, MD, MHBA; Andreas Kuehnl, MD, MPH;* Hans-Henning Eckstein, MD, PhD*

Beim Vortrag hier präsentierte Grafik aus dem o. g. Artikel ist urheberrechtlich geschützt und daher hier entfernt.

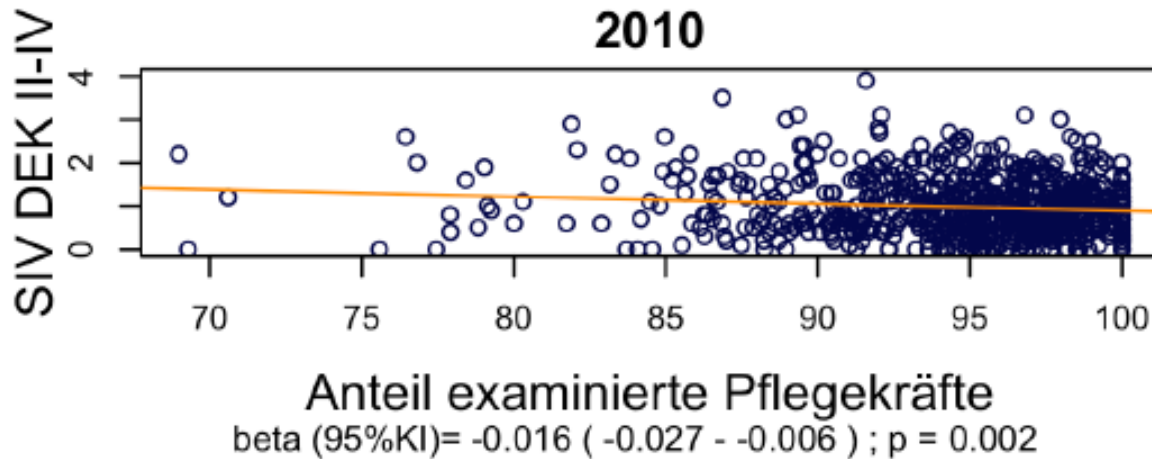
Association between hospital procedure volume and early complications after pacemaker implantation: results from a large, unselected, contemporary cohort of the German nationwide obligatory external quality assurance programme

Bernd Nowak^{1*}, Karl Tasche², Linda Barnewold², Günther Heller², Boris Schmidt¹, Stefano Bordignon¹, K.R. Julian Chun¹, Alexander Fürnkranz¹, and Rajendra H. Mehta³

¹CCB, Cardioangiologisches Centrum Bethanien, Im Pruefling 23, Frankfurt a.M. D-60389, Germany; ²AQUA-Institute, Göttingen, Germany; and ³Duke Clinical Research Institute at Duke University Medical Center, Durham, NC, USA

Beim Vortrag hier präsentierte Grafiken aus dem o. g. Artikel sind urheberrechtlich geschützt und daher hier entfernt.

Assoziation Personalausstattung und Dekubitalulzera in Deutschland



SIV =
Standardisiertes
Inzidenzverhältnis
(beobachtet/erwartet)
für Dekubitalulzera
(DEK)

SIV Dekubitus Grad I-IV

	2010		2012	
	Coefficient B (95%CI)	p	Coefficient B (95%CI)	p
Pflegekräfte pro 100 Betten	-0.001 (-0.004-0.003)	0.700	0.001 (-0.005-0.003)	0.709
% examinierte Pflegekräfte	-0.014 (-0.024--0.004)	0.006	-0.012 (-0.025--0.004)	0.019
Ärzte pro 100 Betten	0.003 (-0.005-0.011)	0.524	0.007 (-0.006-0.011)	0.116

Ergebnisse adjustiert für Patienten- und Krankenhauscharakteristika

Qualitätsberichte: Modell der Qualitätsberichterstattung (Fung et al. 2008 nach Berwick et al. 2003)

Beim Vortrag hier präsentierte Grafik aus dem o. g. Artikel ist urheberrechtlich geschützt und daher hier entfernt.

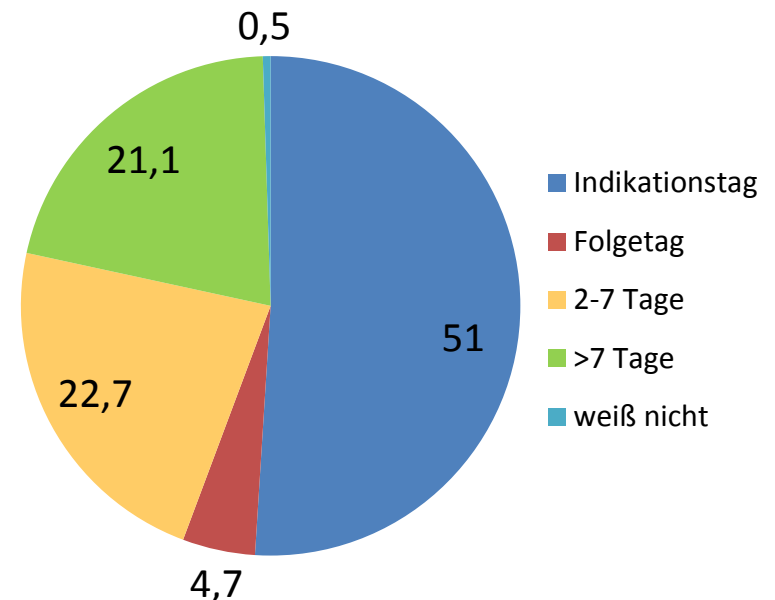
Wirkung von Qualitätsdaten auf Bürger / Patienten / Krankenhäuser (G-BA Begleitforschung)

Forschung in Deutschland:

- Bürger / Patienten / Ärzte kennen die gesetzlichen Qualitätsberichte kaum, finden diese wenig hilfreich (viele präferierte Kriterien fehlen), nutzen sie kaum (Hermeling & Geraedts 2013; de Cruppé & Geraedts 2011; Geraedts et al. 2018)
- Krankenhäuser nutzen die QB, halten aber Aufwand für zu groß (Auras, de Cruppé, Blum & Geraedts, 2012)

Können Patienten überhaupt QB nutzen, um zu wählen?

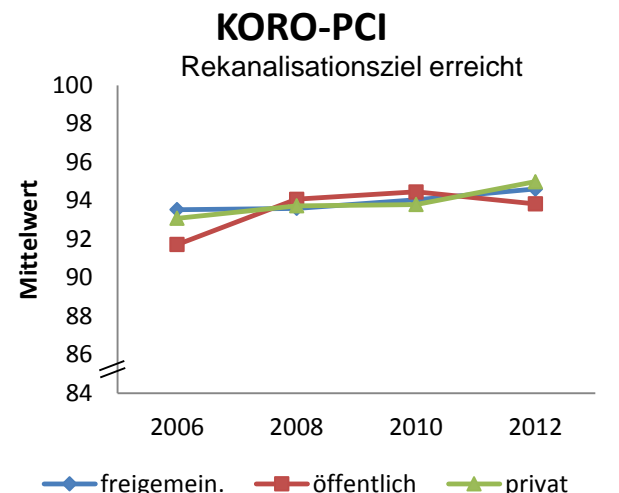
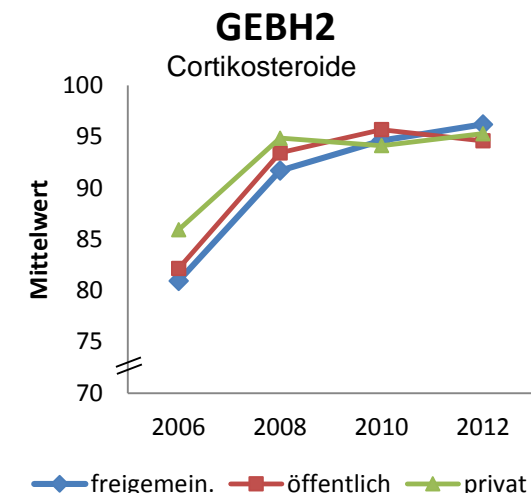
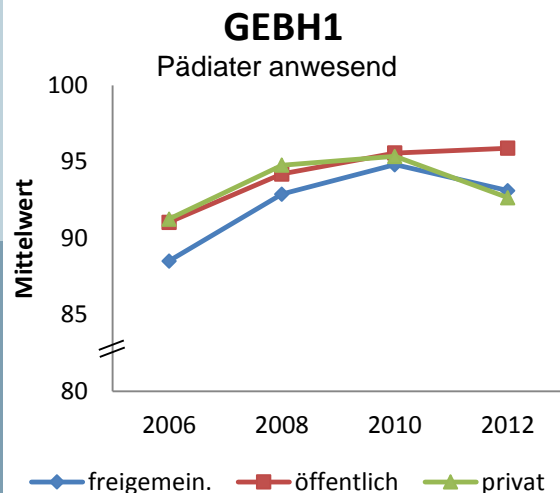
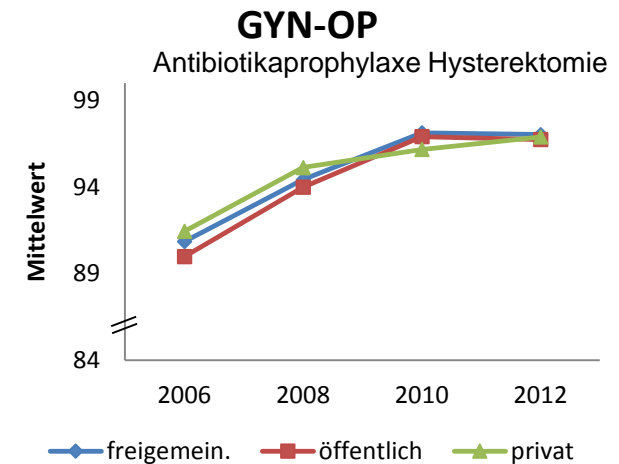
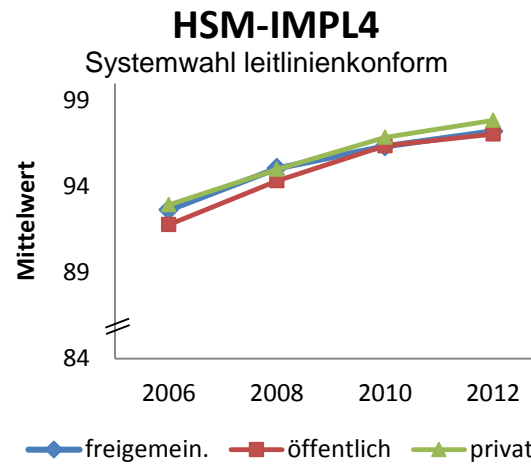
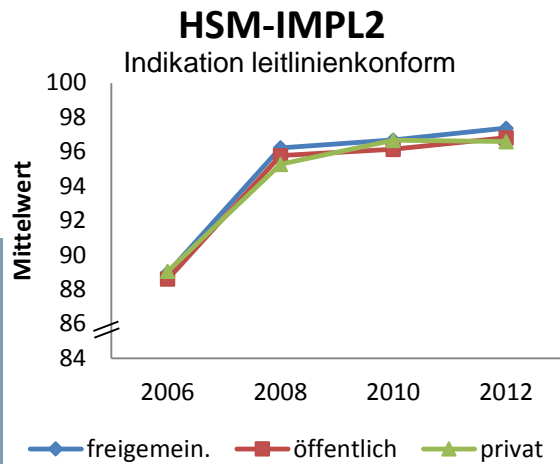
- BMBF-Studie Krankenhauswahlverhalten
- 1925 stationäre Patienten befragt in 17 Krankenhäusern (3 Größenklassen) in NRW, je 50 konsekutiv in 46 Fachabteilungen / disproportional geschichtete Stichprobe aus 11 Fachgebieten mit 92% aller stationären Fälle
- Patienten im Durchschnitt 59 Jahre (22 J. SD); 51% Frauen
- 6% erster Krankenhausaufenthalt, 42% 1-5 Mal, 52% mehr als fünf Voraufenthalte
- Zeit für die Entscheidung: nur **21% haben >7 Tage Zeit**
- Nur 9% nutzten Internet vor KH-Wahl



Indikatorverbesserung nach Veröffentlichungspflicht

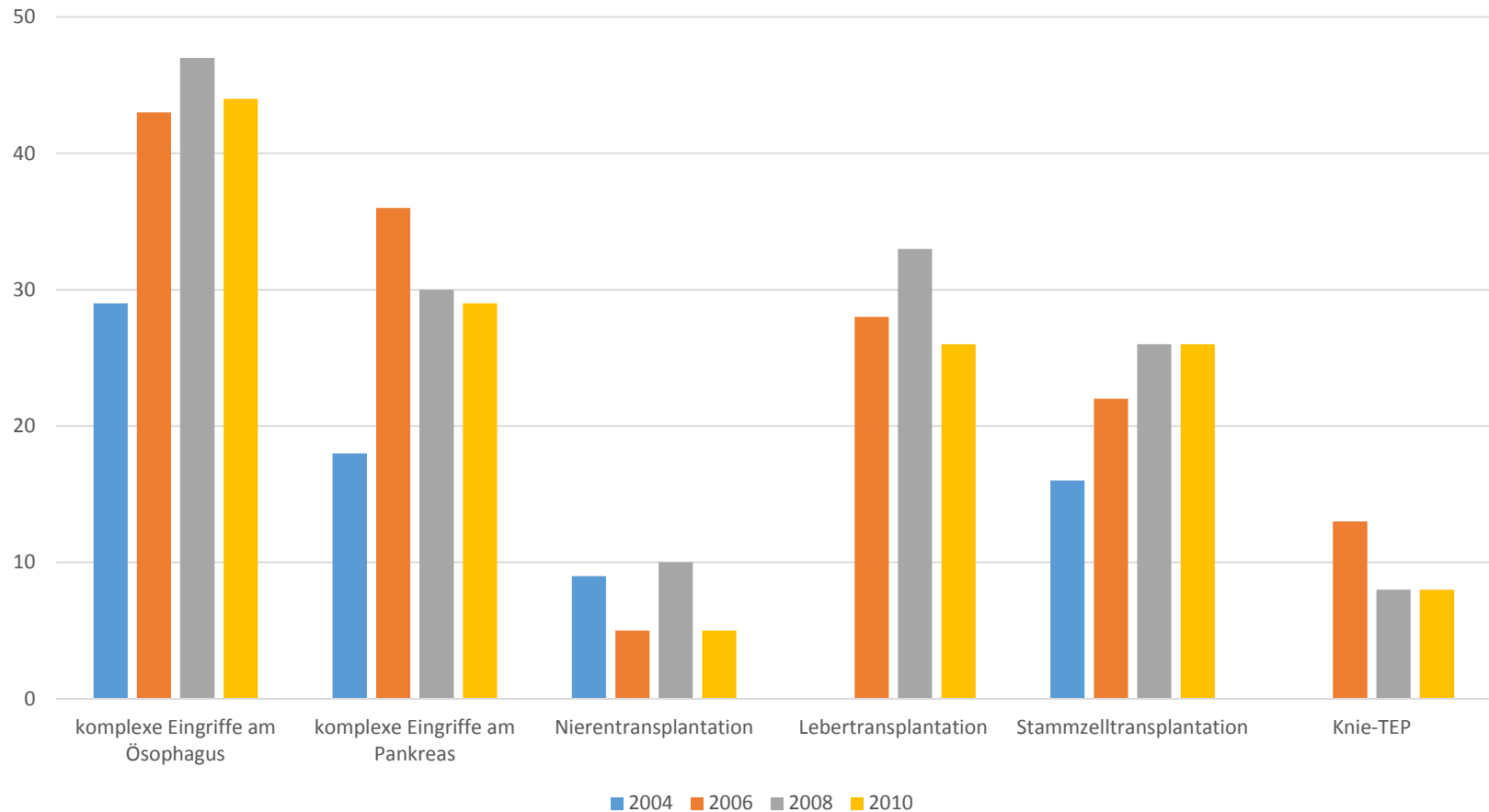
Impact of public reporting on the quality of hospital care in Germany: A controlled before–after analysis based on secondary data [Health Policy 120 \(2016\) 770–779](#)

Rike Antje Kraska^{a,*}, Frank Krummenauer^{b,1}, Max Geraedts^{a,2}



Mindestmengen-Begleitforschung (BMG): Krankenhäuser unterhalb der Vorgaben

KH unter der MM-Vorgabe in %



Wie konstant halten Krankenhäuser die Mindestmengenvorgaben ein? Eine retrospektive, längsschnittliche Datenanalyse der Jahre 2006, 2008 und 2010

W. de Cruppé, M. Geraedts

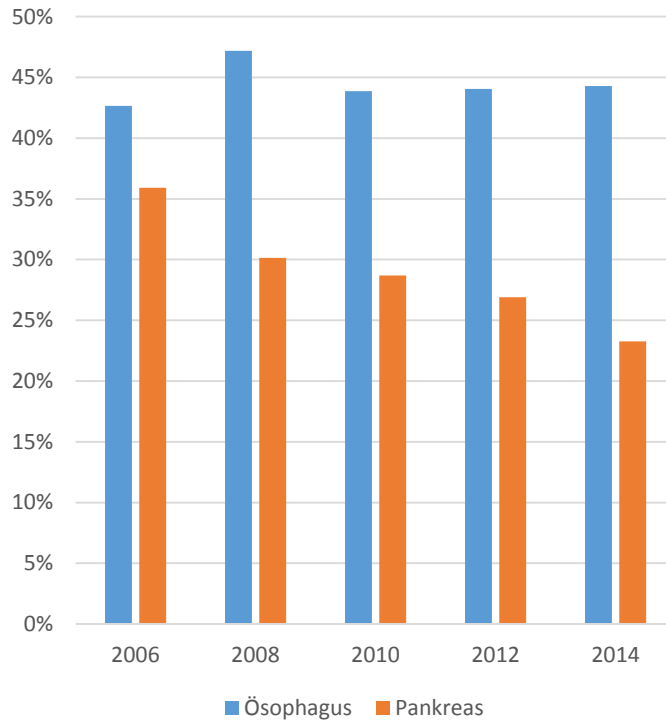
Zentralbl Chir 2016; 141: 425–432

Beim Vortrag hier präsentierte Grafiken aus dem o. g. Artikel sind urheberrechtlich geschützt und daher hier entfernt.

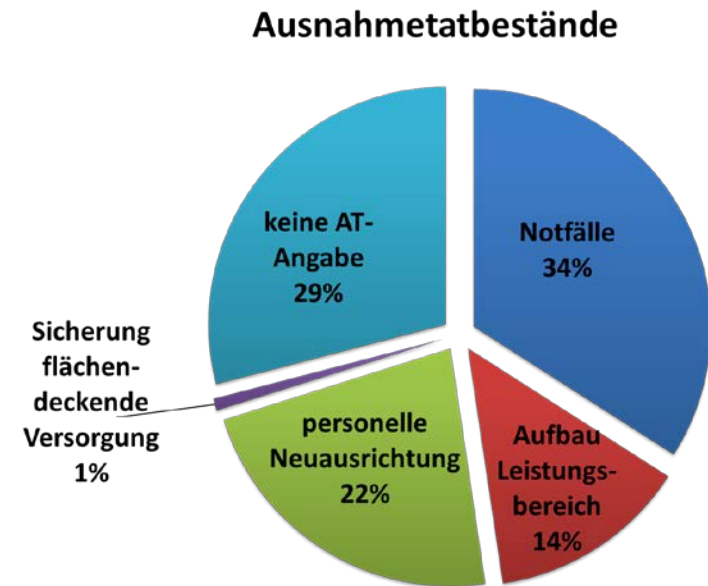
Mindestmengen unterschreiten, Ausnahmetatbestände und ihre Konsequenzen ab 2018. Komplexe Eingriffe am Ösophagus und Pankreas in deutschen Krankenhäusern im Zeitverlauf von 2006 bis 2014

Werner de Cruppé, Max Geraedts

Zentralbl Chir 2018; 143: 250–258

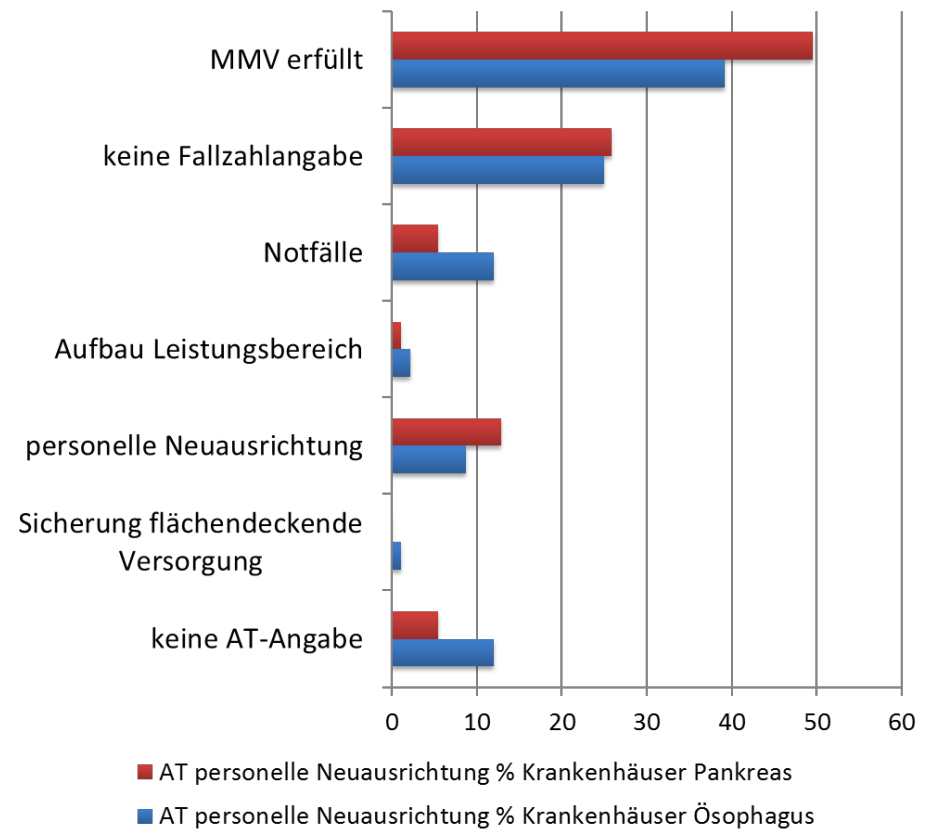
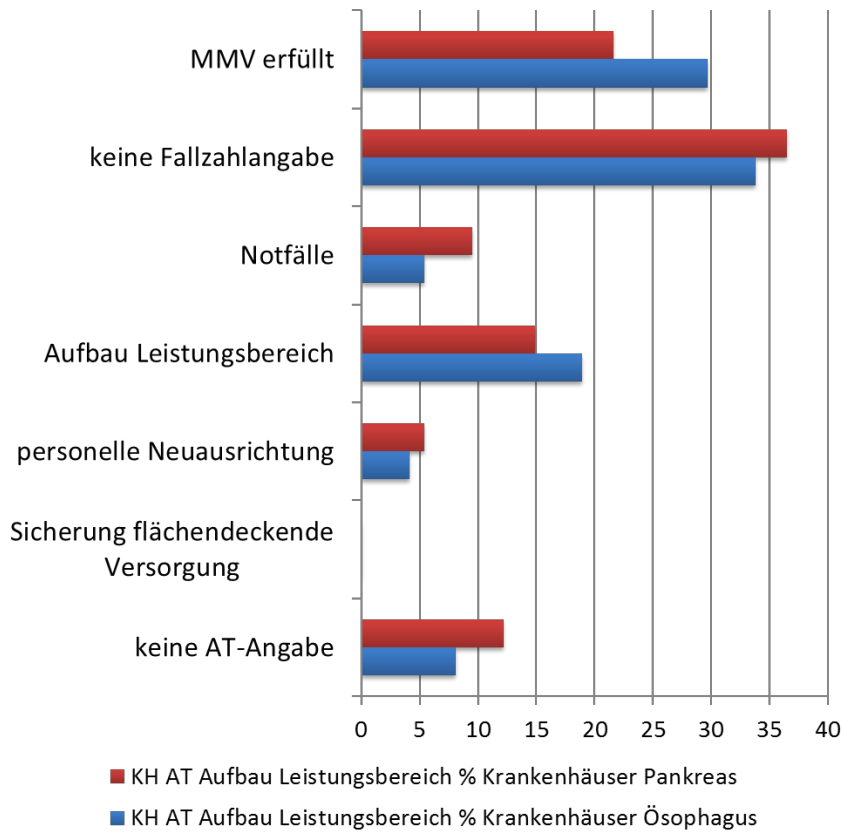


Anteil Krankenhäuser unterhalb der Mindestmenge

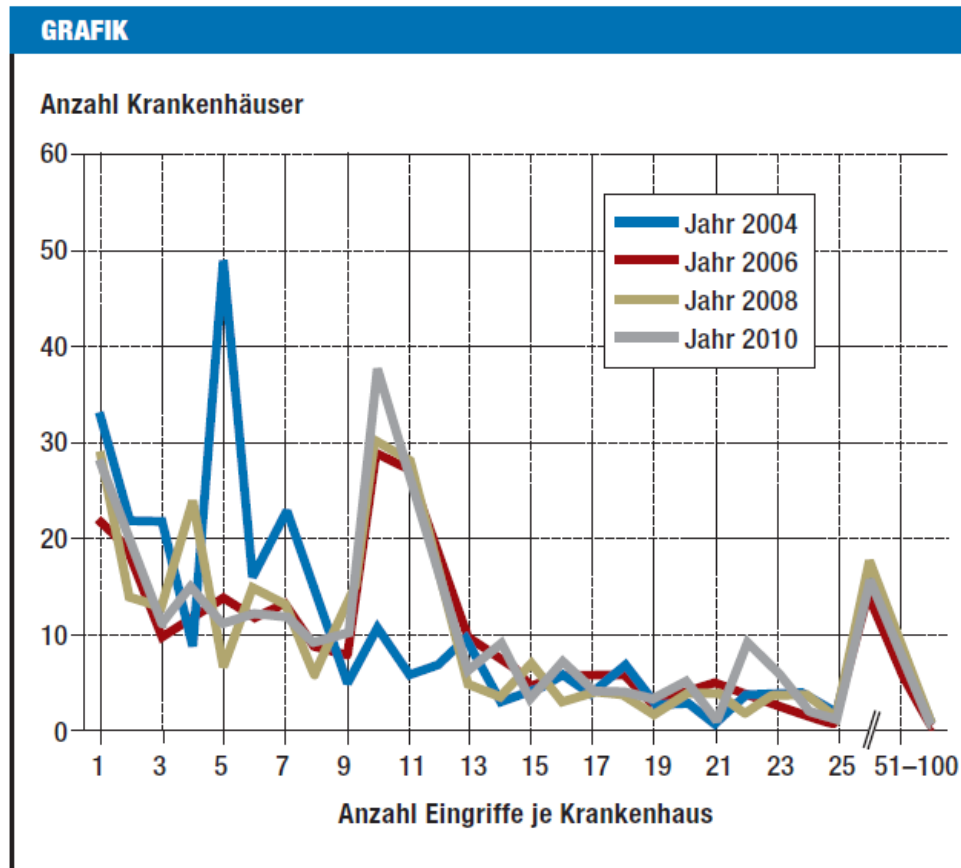


Verteilung der AT bei Ösophagus- und Pankreaseingriffen, gemittelt über die 5 Berichtsjahre

Nach der Frist zum Aufbau eines neuen Leistungsbereichs (36 Mo) / einer Personal-Neuausrichtung (24 Mo): Mindestmengen erfüllt ?



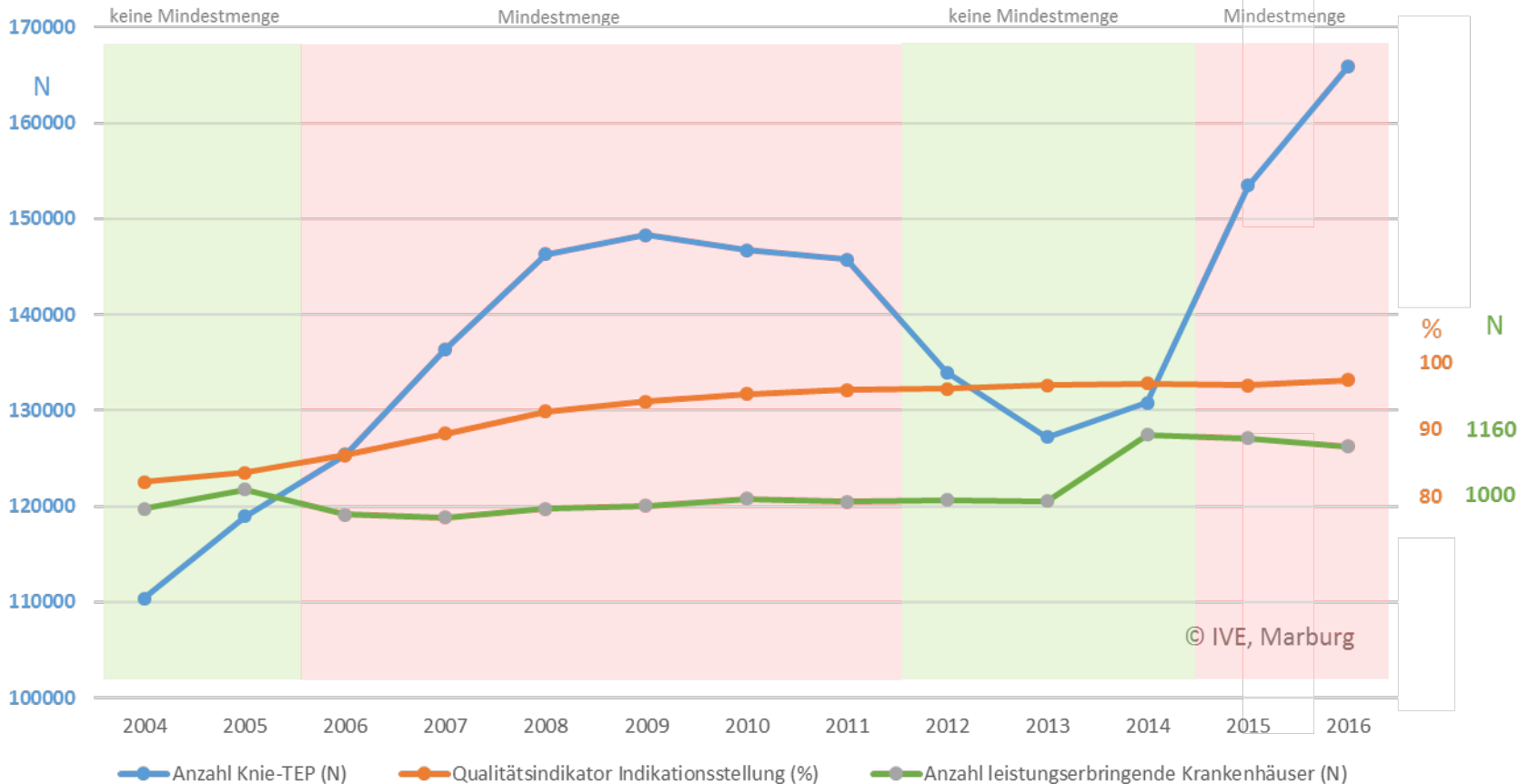
Einfluss der Mindestmengen auf die Indikationsstellung ? – Ösophaguseingriffe



Komplexe Eingriffe am Ösophagus, Anzahl Krankenhäuser nach Anzahl Eingriffen im Jahr, Mindestmengenvorgabe 2004: 5 Eingriffe, ab 2006: 10 Eingriffe

Einfluss der Mindestmengen auf die Indikationsstellung ? – Knie-TEP

Entwicklungen bei Knie-TEP-Erstimplantationen



Fazit

- **eQS-Weiterentwicklung:** Reduktion bestehender QI vs. Monitoring trotz ausgeschöpftem Verbesserungspotenzial; ausgewogenere Sets; geprüfte Datenqualität; Erweiterung Krankheitsspektrum: chronisch/ambulant; Peer Review
- **Qualitätsberichte:** Nützlichkeit steigern / auch Ärzte als Nutzer
- **Mindestmengen:** Anreize beachten / Anreize für regionale Absprachen
- **QS durch G-BA:** notwendig, aber nicht hinreichend, um die Qualität der Gesundheitsversorgung wirklich zu sichern; zusätzlich:
 - Qualitäts- und Fehlerkultur, echtes Benchmarking (miteinander voneinander lernen) braucht gut ausgebildetes, motiviertes Personal, gute Führung, richtige Anreize
 - **Cave:** A health care system without social trust diverts a large scale of the medical care dollar away from treatment to self-protection, regulatory enforcement, and physician compliance (Mechanic & Schlesinger, JAMA, 1996)

Mordserie in Niedersachsen

Krankenpfleger Niels Högel soll 106 Menschen umgebracht haben

Der ehemalige Krankenpfleger Niels Högel sitzt in Haft, weil er in Kliniken Patienten tötete. Die Ermittler gehen inzwischen davon aus, dass er mehr als hundert Menschen umgebracht hat.



Warum stoppte niemand Niels Högel?

Qualitätsbericht 2004



Städtische Kliniken Delmenhorst
31.08.2005



E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt in erster Linie den Patienten zugute. Im Zuge des zunehmenden Wettbewerbs wird Qualität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus immer stärker zu einem Faktor des Unternehmenserfolges. Ferner ist Qualitätsmanagement Ausdruck der guten Zusammenarbeit aller an der Versorgung des Patienten Beteiligten und muss durch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Leben gefüllt und sowohl im Außenverhältnis durch die tägliche Arbeit am Patienten als auch im Innenverhältnis für die Mitarbeiter spürbar werden.

In den Städtischen Kliniken Delmenhorst wurde im Jahre 2001 eine an die Krankenhausleitung gebundene Stabsstelle „Medizincontrolling und Qualitätsmanagement“ eingerichtet und besetzt. Von hier werden alle Aktivitäten koordiniert, die eingesetzt werden, um Qualität zu steuern und zu lenken. Im Mittelpunkt der Prozessorientierung steht der Patient.

In Teilbereichen des Krankenhauses arbeiten ausgebildete Qualitätsmanager, die kontinuierlich Verbesserungsmöglichkeiten prüfen und umsetzen. Sie informieren Krankenhausmitarbeiter über Qualitätsmanagement und – Sicherung und vermitteln dem Personal ein verstärktes Qualitätsbewusstsein.

In allen Abteilungen sind Mitarbeiter mit speziellen Aufgaben betraut, wie z.B. Beauftragte für Transfusion, Arzneimittel, Antibiotika, Hygiene, Strahlenschutz, Suchtprävention, Arbeitszeit, Arbeitssicherheit, Medizingeräte, EDV, DRG, Datenschutz, Dokumentation, Kosten, Internet.

Die begonnene Aufbauorganisation wird im Rahmen der regionalen Kooperation in Zukunft vertieft werden und eine Zertifizierung nach KTQ angestrebt werden.

Literatur

- Geraedts M, Ortwein A, Hermeling P, de Cruppé W. Public reporting of hospital quality data: What do referring physicians want to know? Health Policy 2018 (in press)
- de Cruppé W, Geraedts M. Mindestmengen unterschreiten, Ausnahmetatbestände und ihre Konsequenzen ab 2018. Komplexe Eingriffe am Ösophagus und Pankreas in deutschen Krankenhäusern im Zeitverlauf von 2006 bis 2014. Zentralbl Chir 2018;143 (3): 250-258.
- Döbler K, Geraedts M. Ausgewogenheit der Qualitätsindikatorensets der externen Qualitätssicherung nach §136 SGB V. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2018; 134:9-17.
- Geraedts M. Qualität trotz oder wegen der DRG? In: Braun/Dieterich/Gerlinger/Simon (Hrsg.). Geld im Krankenhaus – eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Heidelberg: Springer. 2018 (im Druck)
- de Cruppé W, Geraedts M. Hospital choice in Germany from the patient's perspective. A cross-sectional study. BMC Health Services Research 2017;17:720.
- Kraska RA, de Cruppé W, Geraedts M. Probleme bei der Verwendung von Qualitätsberichtsdaten für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2017; 542-547.
- Kraska RA, Krummenauer F, Geraedts M. Impact of Public Reporting on the Quality of Hospital Care in Germany: A Controlled before-after Analysis Based on Secondary Data. Health Policy 2016;120(7):770-9.
- Schneider P, Geraedts M. Staffing and the incidence of pressure ulcers in German hospitals: a multi-centre cross-sectional study. Nurs Health Sci. 2016;18(4):457-464.
- de Cruppé W, Geraedts M. Wie konstant halten Krankenhäuser die Mindestmengenvorgaben ein? Eine retrospektive, längsschnittliche Datenanalyse der Jahre 2006, 2008 und 2010. Zentralbl Chir 2016;141(4):425-32.
- de Cruppé W, Malik M, Geraedts M. Achieving minimum caseload requirements: an analysis of hospital quality control reports from 2004–2010. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 549-555.
- Hermeling P, de Cruppé W, Geraedts M. Informationsbedarf niedergelassener Ärzte bei Ein- und Überweisungen. Gesundheitswesen 2013; 75:448-455.
- Hermeling P, Geraedts M. Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht? Gesundheitswesen. 2013; 75:155-159.
- Auras S, de Cruppé W, Blum K, Geraedts M. Mandatory Quality Reports in Germany from the Hospitals' Point of View. BMC Health Services Research.2012, 12:378.
- Cruppé W de, Geraedts M. Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? Bundesgesundheitsbl 2011; 54:951–957.