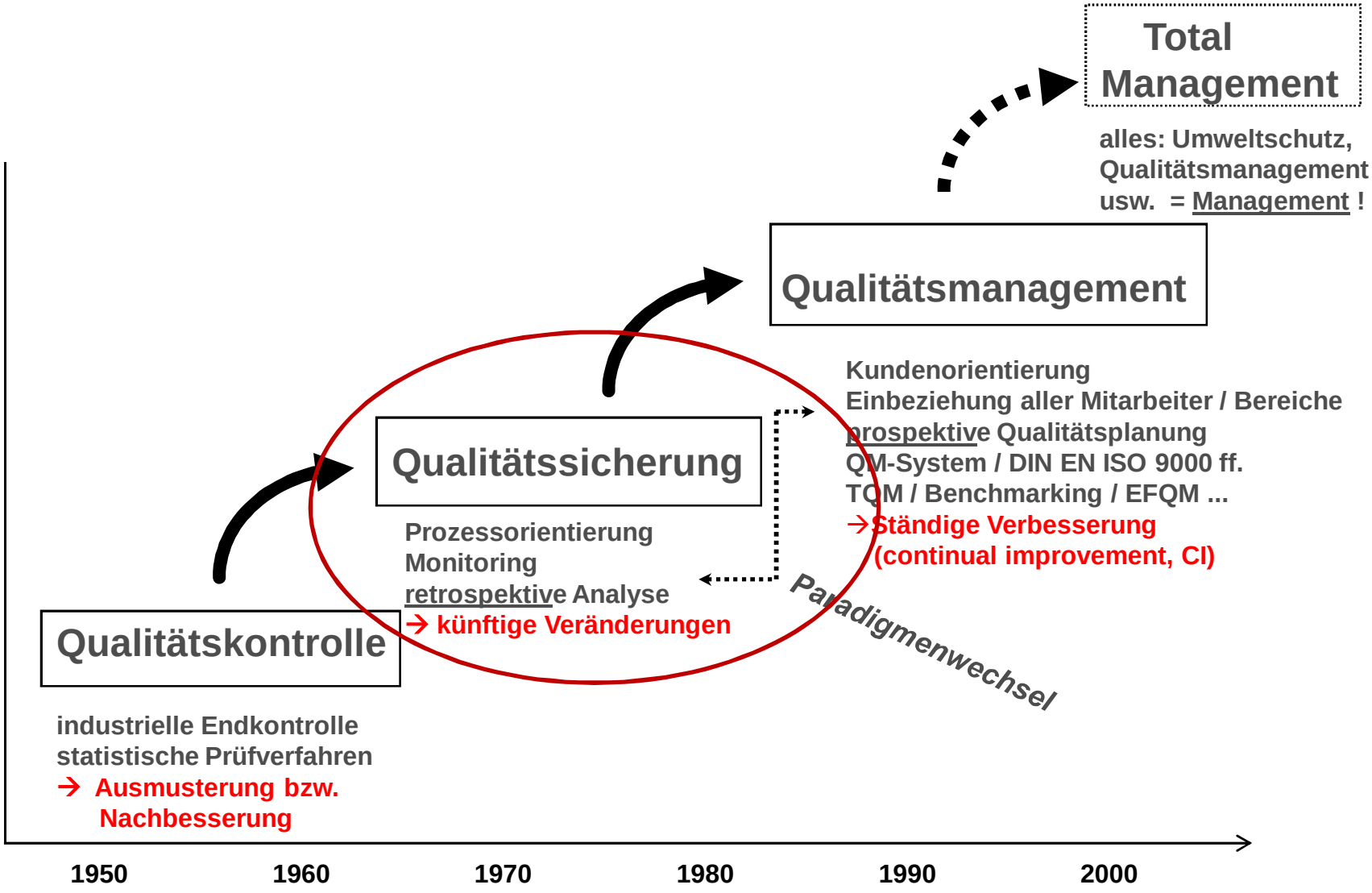
Konzepte und Werkzeuge der externen stationären Qualitätssicherung

1. DVMD Frühjahrssymposium
Externe Qualitätssicherung und Qualitätsberichte –
Neue Herausforderungen für das Informationsmanagement
in der Medizin
04.03.2016 in Hannover

Silvia Berlage, Dipl. Dok. (FH), Systemauditor
ZQ, Hannover

Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

Entwicklung der Qualitätslehre



Umsetzung der stationären Qualitätssicherung

Im Erfassungsjahr 2015 sind folgende 25 Leistungsbereiche verpflichtend zu dokumentieren:

Leistungsbereich	Verfahren		
	direkt	indirekt	
Ambulant erworbene Pneumonie		x	
Geburtshilfe		x	⬅Vollerhebung
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)		x	
Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)		x	
Hüftendoprothesenversorgung (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)		x	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung		x	⬅Tracer
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel		x	
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation		x	
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation		x	
Karotis-Revaskularisation		x	
Knieendoprothesenversorgung (Knie-endoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen, Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)		x	
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)		x	
Mammachirurgie		x	

Umsetzung der stationären QS

Leistungsbereich	Verfahren	
	direkt	indirekt
Neonatologie		x
Pflege: Dekubitusprophylaxe		x
Aortenklappenchirurgie, isoliert	x	
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	x	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	x	
Koronarchirurgie, isoliert	x	
Leberlebendspende	x	
Lebertransplantation	x	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	x	
Nierenlebendspende	x	
Nierentransplantation	x	
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	x	

* QSKH-Richtlinie Beschluss vom 4. Dezember 2014

Datensatz Geburtshilfe - Modul 16/1

MUSTER - Nicht zur Dokumentation verwenden

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Datensatz Geburtshilfe

16/1 (Spezifikation 2013 SR 3)

MUTTER

Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden

1-10	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte http://www.arge-ik.de □□□□□□□□□
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte □□□□□□□□□□□□
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) □□□□□□□□□□
4	Institutionskennzeichen Mutter http://www.arge-ik.de □□□□□□□□□
12	Aufnahmedatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
13	Aufnahmediagnose Mutter http://www.dimdi.de □□□.□□
14	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit http://www.dimdi.de □□□.□□
15	Vorstationäre Behandlung □□ Tage
16	Nachstationäre Behandlung □□ Tage
22	Tätigkeit der Mutter □ 1 = Hausfrau 2 = in Ausbildung, Studium 4 = un-/angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft (z.B. Raumpflegerin) 5 = Facharbeiter (z.B. Bäckerin), einfache Beamte (z.B. Briefträgerin), ausführende Angestellte (z.B. Schreibkraft), Kleingewerbetreibende (z.B. Kioskpächterin) 6 = mittlere bis leitende Beamte und Angestellte, Selbständige mit mittlerem und größerem Betrieb, freie Berufe (z.B. Rechtsanwältin, Ärztin), Meister 9 = unbekannt
23	Anzahl vorausgegangene Schwangerschaften □□
wenn Feld 23 > 0	
24>	Anzahl Lebendgeburten □□

Datensatz Geburtshilfe - Modul 16/1

2. ☐☐☐.☐☐
3. ☐☐☐.☐☐

60> pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung gesichert/Verdacht auf
1. ☐
2. ☐
3. ☐
1 = gesichert
2 = Verdacht auf

61> SSW der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung
1. ☐☐ SSW
2. ☐☐ SSW
3. ☐☐ SSW

62-83 Angaben zur Entbindung

62 Aufnahmeart ☐
1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt
2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, ursprünglich nicht als stationäre Entbindung geplant
3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme

63 Muttermundsweite bei Aufnahme ☐☐ cm

wenn Feld 67 = 1

68> Indikation für Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung
1. ☐
2. ☐
3. ☐
4. ☐
1 = V. a. intrauterine Wachstumsretardierung
2 = Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie/Präeklampsie
3 = Z. n. Mangelgeburt/intrauteriner Fruchttod
4 = Z. n. Präeklampsie/Eklampsie
5 = Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung
6 = begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung
7 = Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum
8 = Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzerkrankungen

69> Pathologischer Dopplerbefund ☐
0 = nein
1 = ja

70 Geburtsrisiken ☐
0 = nein
1 = ja

73 Geburtseinleitung ☐
0 = nein
1 = ja

wenn Feld 73 = 1

74> Indikation zur Geburtseinleitung
1. ☐☐
2. ☐☐
Schlüssel 3

75> Geburtseinleitung medikamentös ☐
0 = nein
1 = ja

76> Geburtseinleitung mit Amniotomie ☐
0 = nein
1 = ja

77 Wehenmittel s. p. ☐
0 = nein
1 = ja

Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Datensatz Geburtshilfe - Modul 16/1

84-105	Komplikationen bei der Mutter
84	Dammriss 0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV
85	andere Weichteilverletzungen 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 85 = 1	
86>	Zervixriss als Weichteilverletzung 1 = ja
93	Eklampsie 0 = nein 1 = ja
94	Sepsis 0 = nein 1 = ja
95	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg. 0 = nein 1 = ja
96	Anämie Hb < 10 g/dl < 6,2 mmol/L 0 = nein 1 = ja
104>	Wundhämatom/Nachblutung 1 = ja
105>	sonstige Komplikation 1 = ja
106	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter http://www.dimdi.de □□□.□□
107	Weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter http://www.dimdi.de □□□.□□

Datensatz Geburtshilfe - Modul 16/1

KIND

Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden

111	lfd. Nr. des Mehrlings
112	Blasensprung vor Wehenbeginn 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 112 = 1	
113>	Datum des vorzeitigen Blasensprungs TT.MM.JJJJ
114>	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs hh:mm
115>	Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt 1 = ja
wenn Feld 112 = 1	
116>	Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung
wenn Feld 118 = 1	
119>	externes CTG 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion
120>	internes CTG 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion
121	Blutgasanalyse Fetalblut 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 121 = 1	
122>	Base Excess der Fetalblutanalyse mmol/l
123>	pH-Wert der Fetalblutanalyse
124	Lage
126	Anästhesien 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 128 = 1	
129>	Allgemeinanästhesie 1 = ja
130>	Pudendusanästhesie 1 = ja
131>	sonstige Anästhesie 1 = ja
132>	Epi-/Periduralanästhesie 1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anästhesisten
133>	Spinalanästhesie 1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anästhesisten

Verfahrensabläufe in der Perinatalerhebung

+

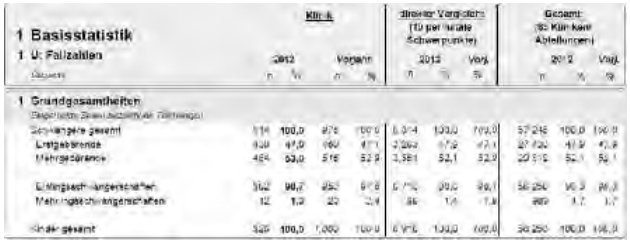
- Anamnese
- Geburtsinformationen
- Mütterliches Outcome
- Kindliches Outcome

=

Klinikintern

Datenbank

Geburtshilfestatistik



Extern in der Projektgeschäftsstelle (ZQ)

Geburtshilfestatistik Niedersachsen

Gesamtstatistik für Niedersachsen

Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

Geburtshilfe

Modul 16/1

Jahresauswertung 2012

Klinikstatistik

Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

Geburtshilfe

Modul 16/1

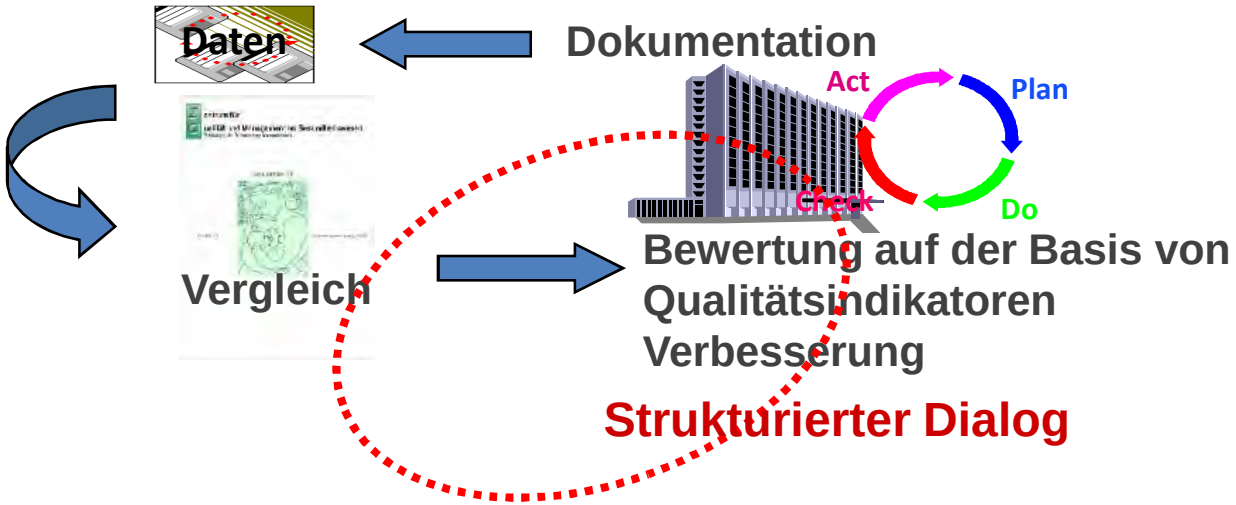
Jahresauswertung 2012

Klinikum Musterstadt

Externe Qualitätsvergleiche

Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen

Instrument zur Qualitätsentwicklung auf der Basis externer Vergleiche



Qualitätsentwicklung !!

Qualitätsindikator

Ein Indikator ist ein **quantitatives Maß,** welches zum Monitoring und **zur Bewertung der Qualität** wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich **auf** das **Behandlungsergebnis** beim Patienten **auswirken**.

Ein Indikator ist **kein direktes Maß** der Qualität.
Es ist mehr ein **Werkzeug**, das benutzt werden kann,

- um Abläufe zu bewerten,
- das Aufmerksamkeit auf potentielle Kernprobleme lenken kann, die einer intensiven kritischen Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten.

GMDS-AG „Qualitätsmanagement in der Medizin“ nach JCAHO, 1990

Qualitäts“dimension“ in der Gesundheitsversorgung

Strukturqualität

Rahmenbedingungen, Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten...

Prozessqualität

Alle medizinischen (und pflegerischen) Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen...

Ergebnisqualität

Die dem medizinischen (und pflegerischen) Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten einschl. der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen...

→ Bei den Verfahren der Qualitätssicherung liegt der Focus auf den Dimensionen der Struktur- und Ergebnisqualität

Beispiel eines Qualitätsindikators

Ergebnis-Indikator:	**Wundinfektion**
als „Rate“:	Wundinfektionsrate in %
Zähler:	Anzahl operierter Patienten mit Wundinfektion in einer definierten Zeit
Nenner:	Anzahl aller operierten Patienten in einer definierten Zeit
Beispiel:	(12/245) * 100 = 4,9 %
Referenzbereich:	z.B. 0 - 4%

Qualitätsindikatoren - Übersicht

Indikator	Ereignis(se) beobachtet	Ereignis(se) erwartet	Fallzahl	Ergebnis Nds	Vertrauens-bereich	Referenz-bereich	Vergleichsgruppen L1	L2	L3	L4	L5
Lungenreifebehandlung bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen											
1: 330	778		803	96,89	95,44 - 97,88	>= 95,00	97,67	95,24	90,20	0,00	
Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung											
2: 50046	339		386	87,82	84,18 - 90,72	>= 95,00	87,94	93,55	86,11	100,00	33,33
Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung											
3: 50045	20.708		21.232	97,53	97,31 - 97,73	>= 90,00	98,93	98,95	93,12	98,04	96,55
Kaiserschnittgeburten											
4a: 52243	21.216		62.154	34,13	33,76 - 34,51	-	38,22	38,71	32,77	28,84	31,07
4b: 52249	21.216	18.826,06	62.154	1,13	1,11 - 1,14	-	1,15	1,25	1,07	1,05	1,13

Indikator	Ereignis(se) beobachtet	Fallzahl	Ergebnis Nds	Vertrauensbereich	Referenz-bereich
Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsqualität					
AK1: 850318	15	842	1,78	-	sentinel
AK2: 850319	2	56.095	0,00	-	sentinel
AK3: 850320	30	377	7,96	5,63 - 11,13	> 0,00

Bewertung:
- - Referenzwert nicht erreicht. (statistisch signifikant)
- Referenzwert nicht erreicht.
+ Referenzwert erreicht.
+ + Referenzwert erreicht. (statistisch signifikant)

QUALITÄTSINDIKATOREN - Einzeldarstellung

QI 2: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung

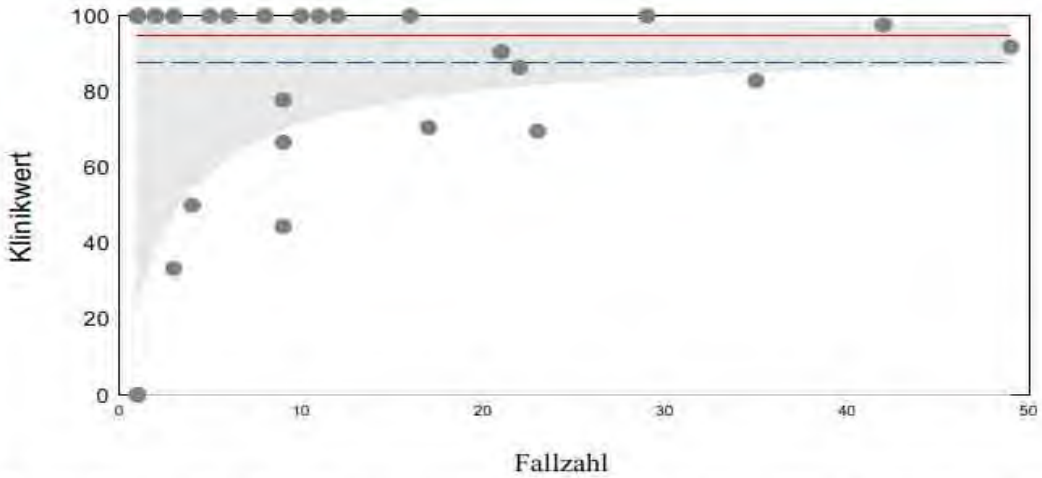
Indikator: **50046**

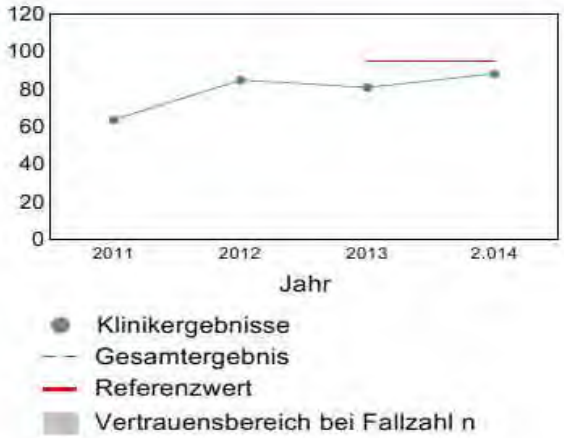
Ziel: **Möglichst hohe Rate an Antibiotika-Gabe innerhalb der ersten 24 Stunden bei vorzeitigem Blasensprung und 24+0 bis 33+6 Schwangeschaftswochen.**

Jahr	Ereignis(se) beobachtet	Ereignis(se) erwartet	Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzbereich %
2011	236		373	63,3	0,0 - 0,0	nicht definiert
2012	324		383	84,6	80,6 - 87,9	nicht definiert
2013	289		358	80,7	76,3 - 84,5	>= 95,0
2014	**339**		**386**	**87,82**	84,18 - 90,72	**>= 95,00**

Das Ergebnis liegt unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse





Ereignis: Antibiotikagabe innerhalb der ersten 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung.

Fallzahl: Alle Geburten mit vorzeitigem Blasensprung in Schwangerschaftswoche 24+0 bis 33+6 und stationärer Aufnahme vor oder am Tag des vorzeitigen Blasensprungs unter Ausschluss von Totgeburten.

QUALITÄTSINDIKATOREN - Einzeldarstellung

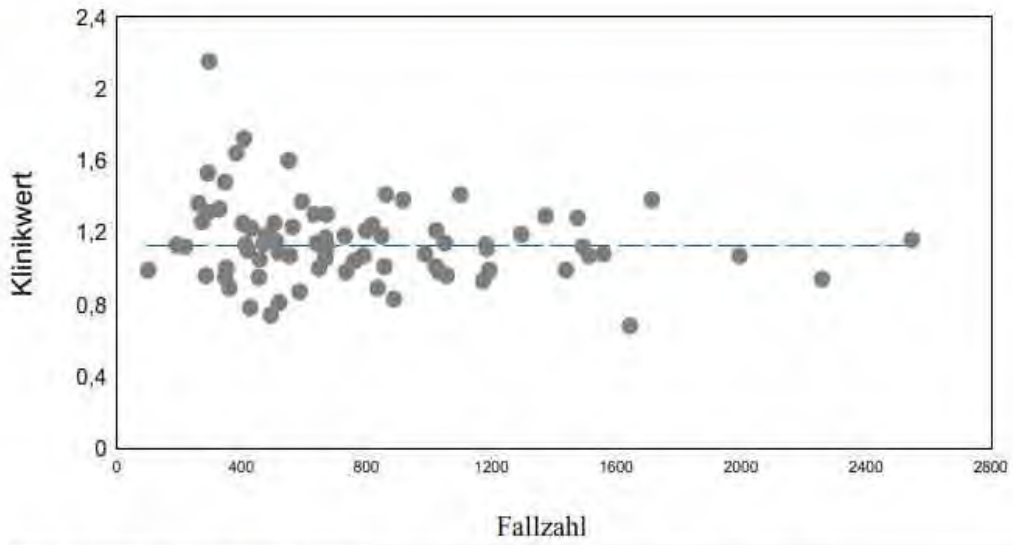
QI 4b: Kaiserschnittgeburten: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate

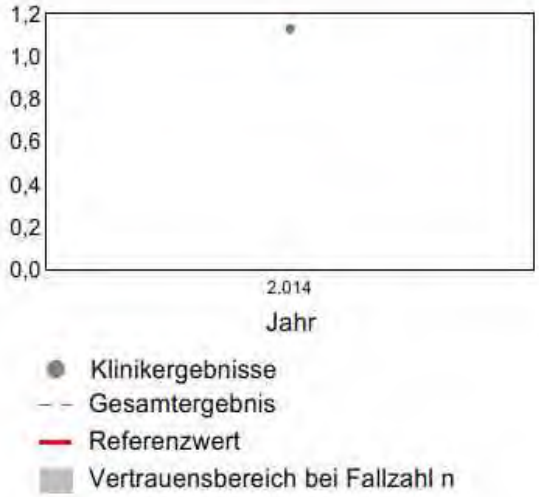
Indikator: **52249**

Ziel: **Wenig primäre und sekundäre Kaiserschnitte bei Kindern mit einem Gestationsalter ab 24+0 SSW.**

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich
	beobachtet	erwartet				
2014	**21.216**	18.826,06	**62.154**	**1,13**	1,11 - 1,14	**nicht definiert**

Ergebnisanalyse





Ereignis: Kinder, die durch einen Kaiserschnitt entbunden wurden.

Fallzahl: Alle Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen

QI 4b: Kaiserschnittgeburten – Risikoadjustierung

Risikoadjustierter Indikator:

Methode: logistische Regression

Risikofaktoren:
- Alter der Mutter
- Mehrlingsschwangerschaft
- Schwangerschaftsrisiken: Z.n. Sectio oder Uterus-OP, Plazentainsuffizienz, Hypertonie oder Proteinurie
- Geburtsrisiken: Frühgeburt, Gestose/Eklampsie oder HELLP, Diabetes Mellitus, Placenta praevia, AIS, pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte Herztöne oder Azidose während der Geburt (FBA), Querlage/Schräglage, BEL, Gesicht-/Stirnlage

Risikoadjustierung

Was ist Risikoadjustierung?

Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren bedeutet, dass der Einfluss von patientenindividuellen Risiken (Risikofaktoren) und von unterschiedlichen Verteilungen dieser Risiken zwischen den Leistungserbringern (Patientenmix) bei der Berechnung von Qualitätsindikatoren berücksichtigt wird.
Solche unterschiedlichen patientenbezogenen Risiken (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen usw.) können das Behandlungsergebnis einer Einrichtung beeinflussen. Sie bewirken, dass trotz gleicher Qualität der erbrachten Leistung unterschiedliche Behandlungsergebnisse erzielt werden.

Quelle: BQS-Institut

Risikoadjustierung

Was bedeutet O/E und wie kann der Wert interpretiert werden?

O= observed (beobachtet)
E= expected (erwartet) (unter Einbeziehung der Patientenfaktoren)

Wenn O/E > 1 (also der erwartete Wert kleiner ist als der beobachtete Wert) spricht das eher für ein Qualitätsproblem.

Wenn O/E < 1 (also der erwartete Wert größer ist als der beobachtete Wert) spricht das eher für gute Qualität.

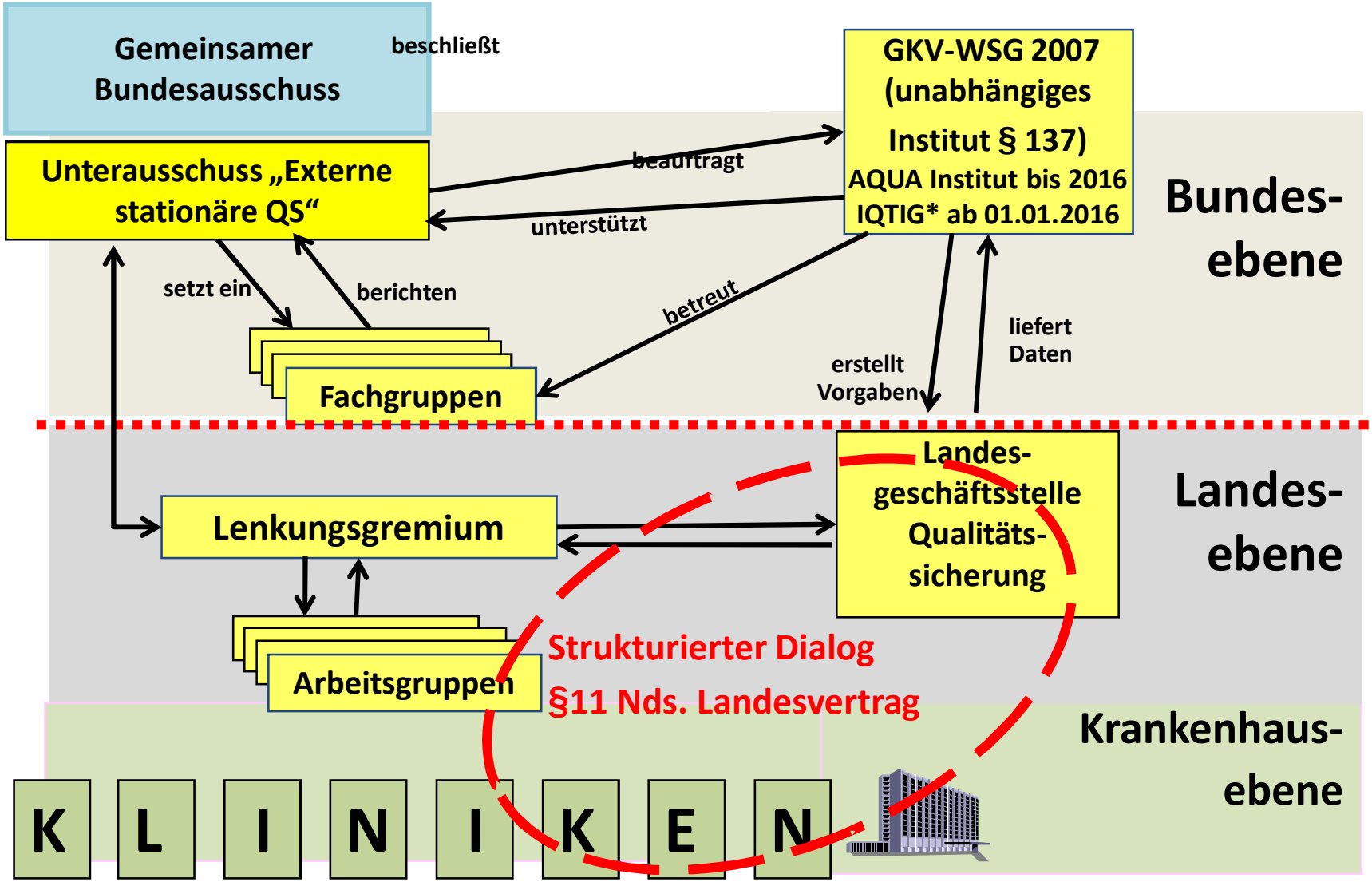
KH1 (orthopädische Fachklinik)
Überwiegend elektive Fälle
500 Fälle/Jahr, 1 Dekubitus

beobachtet 1 Dek = 0,20%
erwartet 0,8 Dek = 0,16%
=1,25

KH2 (städt. Klinikum)
(Notfallversorgung, geriatrische Abteilung, Intensivstation,
2400 stat. Fälle/Jahr, 12 Dekubitus

beobachtet 12Dek = 0,50%
erwartet 14 Dek = 0,58%
=0,86

Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen



*Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Strukturierter Dialog

Ablauf:

- **Statistische Analyse (Indikatoren, Klinikraten) in der Projektgeschäftsstelle auf Landesebene**
- **Anschreiben auffälliger Kliniken mit Einfordern einer Epikrise**
- **Stellungnahme Klinik**
- **Bewertung Stellungnahme durch Arbeitsgruppe** (anonym)
- **Stellungnahme akzeptiert <Ende>**
- **Einladung Klinikchef zum Gespräch mit AG (PGS)**
- **Beratungsgespräch**
- **Positives Gesprächsergebnis (→ Maßnahmen,… <Ende>**
- **„Hausbegehung“ durch AG (→ Maßnahmen,…**
- **u. U. Meldung an Lenkungsgremium**

Qualitätsbericht und Strukturierter Dialog

Tabelle 1: Bewertungsschema für Qualitätsindikatoren/Auffälligkeitskriterien

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Strukturierter Dialog

Ablauf:

- Statistische Analyse (Indikatoren, Klinikraten) in der Projektgeschäftsstelle auf Landesebene
- Anschreiben auffälliger Kliniken mit Einfordern einer Epikrise
- Stellungnahme Klinikchef
- Bewertung Stellungnahme durch AG (anonym)
- Stellungnahme akzeptiert <Ende>
- Einladung Klinikchef zum Gespräch mit Vertretern der AG
- Durchführung des Beratungsgesprächs
- Positives Gesprächsergebnis (→ Maßnahmen,… <Ende>
- „Hausbegehung“ durch AG (→ Maßnahmen,…
- u. U. Meldung an Lenkungsgremium

Qualitätsbericht der Krankenhäuser

- Die Krankenhäuser erstellen gem. § 137 Abs. 3 SGB V jedes Jahr strukturierte Qualitätsberichte.
- Grundlage der Berichte sind die Daten, der externen stationären Qualitätssicherung.
- Für das Erfassungsjahr 2014 sind die Ergebnisse zu insgesamt 279 Indikatoren veröffentlichungspflichtig.

Datenvalidierung in ausgewählten Leistungsbereichen

Element 1

Statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog

QS-Daten werden auf plausible Dokumentation geprüft anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien

(z.B. keine Angabe von IVH3 oder PVH bei Kindern mit einem hohen Risiko für diese Ereignisse)

Ziel: Dokumentationsprozesse und Datenqualität kontinuierlich zu verbessern. Bei Bedarf werden Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität vereinbart

Element 2

Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Zufallsstichprobe 5% der Krankenhäuser aus jedem Bundesland, je 20 Vorgangsnummern, Datenabgleich QS-Daten mit Angaben in Patientenakte vor Ort

Ziel: Aussagen über Qualität und Validität der Dokumentation in den geprüften Häusern und Einschätzung der Datenqualität der gesamten externen QS in Deutschland

Zusätzliche Datenvalidierung in allen Leistungsbereichen

- **Dokumentationsrate**
  < 95% (=Unterdokumentation), >110% Überdokumentation
  ➡ Stellungnahme
  Ab 2012 erstmals Sanktionsgrenze bei Dokumentationsrate eines Leistungsbereichs <95%
  ➡ € 150,00 Abschlag je nicht dokumentierter Datensatz
- **Minimaldatensätze (MDS)**
  Bei >5% der Fälle als MDS ➡ Strukturierter Dialog, beim Modul NEO keine Datenvalidierung
- **Verstetigung von Auffälligkeitskriterien**
  Ausgewählte Auffälligkeitskriterien aus der Statistischen Basisprüfung mit strukturiertem Dialog werden in die Jahresauswertung übernommen

Abgleich Sollstatistik / plausible Datensätze

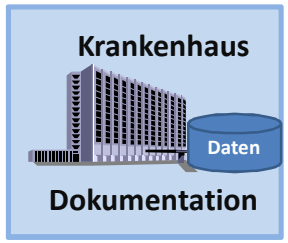
Leistungsbereich		KH (Soll)	DS (Soll)	DS (plausibel)
9/1	Herzschrittmacher-Implantation	109	6.742	6.716
9/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	95	1.372	1.366
9/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	94	1.344	1.319
9/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	62	2.613	2.601
9/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	58	746	742
9/6	Implantierbare Defibrillatoren-Rev./-Systemw./-Explantation	57	780	771
10/2	Karotis-Rekonstruktion	54	2.979	2.960
12/1	Cholezystektomie	116	17.411	17.342
15/1	Gynäkologische Operationen	109	14.627	14.577
16/1	Geburtshilfe	81	58.063	57.913
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	119	10.461	10.400
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	118	14.706	14.663
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	112	2.524	2.506
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	116	11.471	11.428
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	108	1.651	1.647
18/1	Mammachirurgie	96	9.981	9.896
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	99	59.727	59.404
DEK	Dekubitusprophylaxe	166	23.030	22.583
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	135	25.031	24.849
NEO	Neonatologie	51	7.765	7.679
Gesamt		**171**	**273.024**	**271.362**

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG

- Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG wurde am 09.01.2015 eingerichtet und nimmt seine Tätigkeit seit 01.01.2016 wahr.
- Der Sitz ist in Berlin
- Der Leiter des Institutes ist Dr. med. Christof Veit, bisheriger Leiter des BQS-Institutes

Methodik der Qualitätssicherung vs. Benchmarking

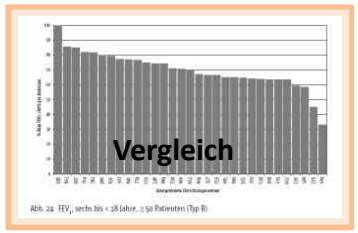
Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen



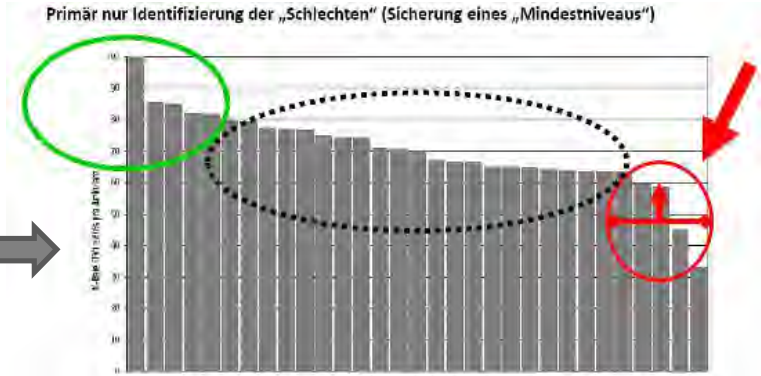
Bewertung
Verbesserung

Datenverarbeitung

Qualitätsdarlegung /
Qualitätsbericht



Darstellung für einen Qualitätsindikator



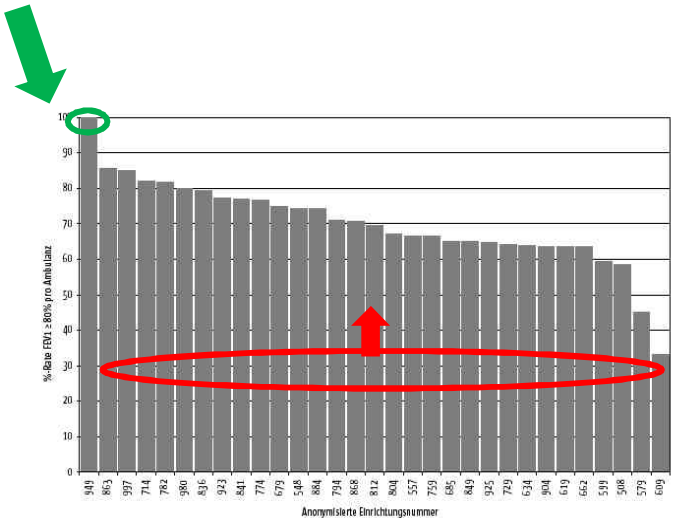


Abb. 24 FEV_1, sechs bis < 18 Jahre, ≥ 50 Patienten (Typ B)

methodisch aktuell wäre: Benchmarking

Behandlungsleistung messen an dem Besten!

Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen

„Register-/Qualitätssicherungsdaten: Transfer in die Einrichtungen zur Optimierung der Versorgungsqualität mittels gezielter Schulungskonzepte“

Das Konzept

WAS wird angeboten?

- **Aktuelle Informationen** zu Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen und den rechtlichen Rahmenbedingungen
- **Basiswissen** zum Qualitätsmanagement (QM)
- Unterstützung bei der **Bewertung und Interpretation** der Abteilungs- / Ambulanzstatistiken
- Unterstützung bei der **Erarbeitung von Maßnahmen** zur Verbesserung der Behandlungsabläufe → Optimierung der Behandlungsergebnisse

Das Konzept

WER wird adressiert?

- Ein **multiprofessionelles** (Abteilungs-)Team !
  Leitung, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, pflegendes Personal, Therapeuten verschiedenster Fachrichtungen sowie Interessierte aus den Bereichen Qualitätsmanagement und Controlling, ...

WO?

- Die Schulungen werden **„vor Ort“** durchgeführt

Das Konzept

WIE ?

- Das Schulungskonzept besteht aus zwei Bausteinen

  Basiswissen Qualitätsmanagement
  (Qualitätslehre, Prozessorientierung, Methodik und Organisation von Verfahren mit externen Vergleichen)

  Abteilungs- / Ambulanzstatistiken
  (Vergleich, Diskussion und Bewertung der eigenen Ergebnisse, Ableiten von zielgerichteten Verbesserungsmaßnahmen)

- der zeitliche Rahmen (2 bis 4 Stunden)
- Schwerpunkte
- Sonderanalysen

sind **frei wählbar** und auf die individuellen Bedürfnisse der Einrichtung abgestimmt

Fazit

Externe stationäre Qualitätssicherung

verwendet verschiedene Methoden, um die Ergebnisse der Verfahren in eine Qualitätsverbesserung einfließen zu lassen:

- Der Strukturierte Dialog findet allerdings nur mit Einrichtungen statt, die ein Qualitätsdefizit aufweisen und nur die Leitungsebene wird adressiert, nicht das gesamte Team.
- Qualitätsberichte erhöhen die Transparenz über die Versorgungsergebnisse einzelner Krankenhäuser und liefern Daten für Vergleichsportale, allerdings nicht immer laienverständlich.

Benchmarking und Qualitätswerkstatt

sind Instrumente der Qualitätsentwicklung für alle am Versorgungsprozess Beteiligten:

- fördern das prozess- und teamorientierte Arbeiten,
- haben einen Benefit für die Einrichtungen im Gesundheitswesen (= unmittelbare Qualitätsverbesserungsmaßnahmen),
- können für die Weiterentwicklung des gesamten Verfahrens oder für die Entwicklung neuer Qualitätsansätze genutzt werden.