

Qualität und Transparenz: Politische Forderungen – wissenschaftliche Antworten

Das deutsche Gesundheitssystem nach der Wahl

Gesundheitspolitisches Kolloquium, Bremen, 29.10.2014

Karen Pottkämper,
Leitung Gesundheitspolitik

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen



Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Agenda

1

Politische Forderungen

- Mehr Transparenz: Veröffentlichung von Krankenhausvergleichen
- Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln
- Nutzung von Qualitätsdaten für die Krankenhausplanung

2

Wissenschaftliche Antworten

- Erfahrungen mit der vorhandenen Transparenz
- Möglichkeiten und Grenzen von Wahlentscheidungen durch Versicherte
- Laienverständlichkeit und Darstellungsmöglichkeiten
- Zukünftige Nutzung von Qualitätsdaten

3

Zusammenfassung

Qualität und Transparenz politische Forderungen

- Der G-BA soll ein Qualitätsinstitut (IQTiG) analog zum IQWiG errichten (als Stiftung des privaten Rechts)
- Das IQTiG arbeitet im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur QS und **Darstellung der Versorgungsqualität** im Gesundheitswesen
 - Entwicklung von QI-Instrumenten einschließlich Patientenbefragungen

Aufgaben § 137 a (alt) SGB V bleiben erhalten

- (1) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,
1. für die **Messung und Darstellung der Versorgungsqualität** möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
 2. die notwendige **Dokumentation** für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der **Datensparsamkeit** zu entwickeln,
 3. sich an der **Durchführung** der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung **zu beteiligen** und, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen, sowie
 4. die **Ergebnisse** der Qualitätssicherungsmaßnahmen **in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.**

Welche Aufgaben sind neu im § 137a?

- Entwicklung von QI-Instrumenten einschließlich **Patientenbefragungen**
- Erstellung und **Veröffentlichung** von **einrichtungsbezogenen vergleichenden Übersichten** über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung
- **Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen** (ambulant und stationär) zur Darstellung der Versorgungsqualität
- Entwicklung und Veröffentlichung von Kriterien zur **Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln**

Welche Aufgaben sind neu im § 137a?

- 10 % der Haushaltsmittel können für eigene Forschungsprojekte eingesetzt werden
- BMG kann das IQTiG beauftragen (wie IQWiG)
- Aufträge können an externe Sachverständige vergeben werden (wie IQWiG)
- Der Kreis der Beteiligten (Stellungnahmeberechtigten) hat sich erweitert
- Verfahren zur Sekundären Datennutzung sind rechtlich als Rahmen skizziert und in die Verfahrensordnung des G-BA aufzunehmen

Weitere politische Forderungen

- Stärkung der Wahlentscheidungen (Auswahl eines Krankenhauses) für Versicherte
- Nutzung der Qualitätssicherung insbesondere der Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung?
- Stärkung von Qualitätsaspekten auch für die Vergütung

Welche Aufgaben sind neu im § 137a?

- Entwicklung von QI-Instrumenten einschließlich Patientenbefragungen
- Erstellung und **Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden Übersichten** über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung
- Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (ambulant und stationär) zur Darstellung der Versorgungsqualität
- Entwicklung und Veröffentlichung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln

Was gibt es bisher schon -

- Gesetzliche Anforderungen
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Gesetzliche Anforderungen (Beispiele)

Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene

Vermeidung von unerwünschten Ereignissen
Fehlermeldesysteme

Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen

Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme

Mindestmengen

patientenorientiertes Beschwerdemanagement

Maßnahmen der Qualitätssicherung

Inhalt, Umfang eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts

Entlassungsmanagement

Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschläge

Aktuell **18** unterschiedliche Richtlinien/ Regelungen nach §92 SGB V Nr. 13 zur QS

Richtlinien nach § 136 (ambulant)	Richtlinien nach § 137	Regelungen und Vereinbarungen (Krankenhaus)
4 Qualitätsprüfungs-Richtlinien	3 Richtlinien zum QM	Mindestmengenvereinbarung
	2 Richtlinien zur externen QS (QSKH-RL, Qesü-RL)	Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
	6 Richtlinien als Strukturqualitätsvorgaben	
Dialyse Richtlinie		

Berichterstattung: Qualitätsdaten und Ergebnisse

- Bundesauswertungen
- Benchmark-Reports für Krankenhäuser
- Qualitätsreport
- Länderauswertung mit Geodarstellung für veröffentlichungspflichtige Indikatoren
- Bereitstellung von Ergebnissen für die verpflichtenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser
- Bereitstellung von QS-Ergebnissen für Portale (z.B. www.weisse-liste.de)
- Bereitstellung von QS-Daten auf Antrag (Sekundärdatennutzung)



The screenshot shows the website of the Sektorenübergreifende Qualität (SQG) im Gesundheitswesen. The header includes the logo and navigation links: Startseite, THEMEN, HINTERGRUND, ENTWICKLUNG, DATENSERVICE, AKTUELLES, LOGIN. A search bar is located in the top right corner.

The main content area features a sidebar with categories: KRANKENHÄUSER & ARZTPRAXEN, SOFTWAREANBIETER, EXPERTEN & FACHGRUPPEN, and PATIENTEN. The central section is titled 'Sektorenübergreifende Qualitätssicherung' and includes a diagram of a human figure with internal organs highlighted. Below the diagram, there is a text block explaining the project's goal: 'Die SQG führt die bisher getrennten Qualitätssicherungen des ambulanten und des stationären Sektors zusammen. Ziel ist es, die Qualitätsanforderungen beider Sektors künftig sinnvoll aufeinander abzustimmen, um im Interesse von Patienten und Leistungserbringern eine bessere und effizientere Versorgungsqualität zu erreichen. Projektverantwortlich ist das AQUA-Institut, Göttingen.'

The 'AKTUELLES' section contains several news items, including 'Merkblatt Risikostatistik 2013 für Krankenhäuser', 'Vermeidung Nosokomialer Infektionen', 'Spezifikation 2014 V05 veröffentlicht', and 'Spezifikation 2014 V02 und V04 veröffentlicht'. There is also a 'Qualitätsreport 2012' section with a 'Über bestellen' link.

Best Hospital

Home | A-Z Index | Honor Roll

Cancer

Updated July 13, 2006

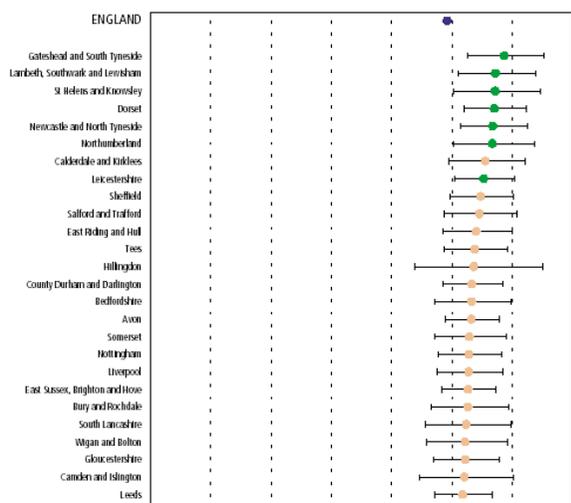
To re-sort table, click on desired definition.

Rank Reputation (%)

U.S. News Score Mortality

1.	Memorial Sloan - Kettering Cancer Center	100.0	69.6	0.77
2.	University of Texas M. D. Anderson Cancer Center	99.1	69.7	0.82
3.	Johns Hopkins Hospital	69.0	35.7	
4.	Mayo Clinic, Rochester	60.7	28.2	
5.	Dana - Farber Cancer Institute	59.7	35.8	
6.	University of Washington	44.1	14.9	
7.	Duke University Medical Center	36.8	7.8	
8.	University of Chicago	36.5	6.9	
9.	UCLA Medical Center	36.5	8.8	
10.	University of California	36.0	11.8	
11.	H. Lee Moffitt Cancer Center	35.6	5.7	

3 (iii) RETURNING HOME FOLLOWING HOSPITAL TREATMENT FOR STROKE
Percentage of patients discharged back to usual place of residence within 56 days of emergency admission to hospital with a stroke, aged 50 and over (age and sex standardised), 2000/01



Acute trusts

Sort alphabetically

Addenbrooke's NHS Trust

Aintree Hospitals NHS Trust

Airedale NHS Trust

Ashford and St Peter's Hospital

Barking, Havering and Redbridge

Barnet and Chase Farm Hospital

Rating

Sort by rating

**

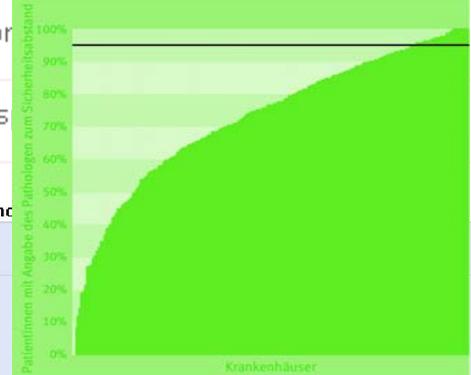
**

*

Ergebnisse: Angabe Sicherheitsabstand

Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand

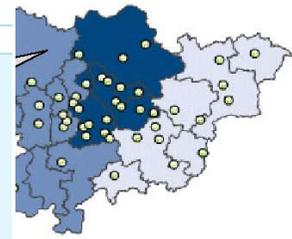
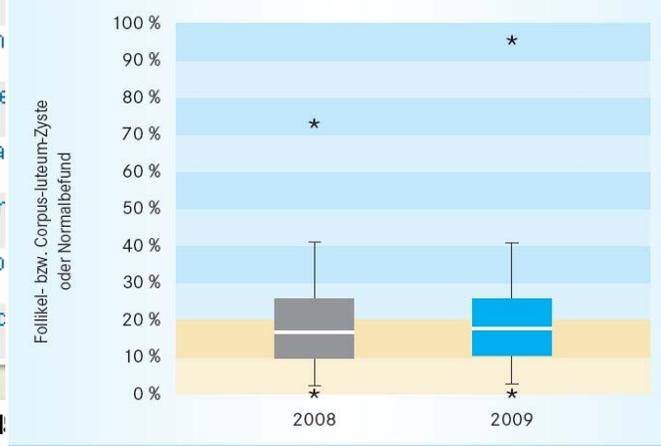
	2004	2003
Gesamtrate	71,15%	66,71%
Vertrauensbereich	70,79 - 71,50%	66,16 - 67,25%
Gesamtzahl der Fälle	61.693	28.945



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Grundgesamtheit aller Krankenhäuser 942
Anzahl der Krankenhäuser mit 0 Fällen 182

412 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Expertendaten Ortho

Gebiet	Ort	Anzahl auffälliger Krankenhäuser	Ärzte	Pfleger	Erfolg	Zimmer	Essen (€)
Rhein-Ruhr West	Bottrop	Marienhospital Bottrop	90,72	92,41	90,30	94,94	94,51
	Dinslaken	EJK - Evangelisches Krankenhaus Dinslaken	89,98	90,58	93,24	84,30	
	Duisburg	Evangelisches Krankenhaus Bethesda	89,73	90,57	88,72		
		KKD - St. Johannes-, Marien-, St. Vincenz-Hospital	86,44	89,72			
	Mülheim an der Ruhr	St. Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr	85,71	87,76	90,21	78,33	
		St. Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr	92,88	90,52	95,15	72,12	87,73
		Ev. Krankenhaus Mülheim an der Ruhr	81,58	89,97	91,23	80,12	84,94
	Neuss	Johanna-Etienne-Krankenhaus	77,42	84,99	87,92	73,67	86,71
	Oberhausen	Kath. Kliniken Oberhausen - St. Marien-Hospital Osterfeld	82,48	90,23	88,48	76,72	88,73

Der Krankenhaus Geburtshilfe

BQS-Qualitätsdaten

Median	17,7 %	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	172 von 412
Spannweite	0,0 - 95,5 %		

Quantitätsausgabe: Je niedriger, desto besser

0,19% 0 bis 0,3	73,78% 90 bis 100	62,08% 95 bis 100
Je niedriger, desto besser	Je höher, desto besser	Je höher, desto besser

Empfehlung der Ärzte

bel Normalgeburten	bel Risiko-geburten
Basierend auf 571 Empfehlungen von 188 niedergelass. Gynäkologen 10	Basierend auf 520 Empfehlungen von 181 niedergelass. Gynäkologen 10

Krankenhaus (1)
* = Perinatal-Zentren

Krankenhaus (1)	Geburtenanzahl (2)	Anteil der frühgeborenen Kinder (3)	Schwere Darmrisse bei Einlingsgeburten 4	Blutübersäuerung des reifen Neugeborenen 5	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten 6	Spezialtherapie für die Lungenreife bei Frühgeborenen 7	Dokumentationsquote der BQS-Fälle (8)	Zertifikat (9)	bel Normalgeburten	bel Risiko-geburten
Charité Benjamin Franklin	921	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	100,0%	-	2,1%	5,0%
Charité Mitte*	1762	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	100,0%	-	6,7%	21,7%
Charité Virchow-Klinikum*	3494	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	100,0%	-	6,0%	26,7%
DRK Kliniken Köpenick	682	5,1%	0,2% ✓	0,2% ✓	K 57,1%	K 25,0%	100,0%	JCI	1,9%	0,4%
DRK Kliniken Westend	2055	9,3%	K 2,4% ✓	0,3% ✓	90,5% ✓	51,9%	100,0%	JCI	11,0%	6,7%
Ev. Martin-Luther-Krankenhaus	1336	3,0%	0,3% ✓	0,1% ✓	entfällt	entfällt	99,7%	KTQ	6,1%	0,4%

Es gibt Krankenhäuser mit unterschiedlichen Ergebnisse

- Geben die einzelnen Daten (Qualitätsindikatoren) Auskunft über gute und schlechte Qualität
- Ist in den Krankenhäusern/Abteilungen auch die Qualität unterschiedlich?
- Gibt es gute und schlechte Krankenhäuser/Abteilungen?

Mythos und Realität: Wahlmöglichkeiten durch Transparenz in Qualitätsberichten

- Wahlmöglichkeiten für Versicherte sind meistens nur bei elektiven Eingriffen möglich.
- Im Notfall wird ein Patient nur bis ins nächste Krankenhaus oder zum Bereitschaftsdienst (ambulant) gefahren.

Fazit: oft keine Wahlmöglichkeiten vorhanden

Nutzen für den Versicherten?

- Transparenz und Information zu den Ergebnissen der Krankenhausleistungen
- Wahlentscheidungen für Patienten ermöglichen – Auswahl eines KH für einen elektiven Eingriff oder zur Entbindung
- Schutz vor schlechter Qualität (z.B. Überversorgung, Gelegenheitschirurgie, nosokomiale Infektionen)
 - Bei Defiziten: Einleitung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung
 - Anhebung des Niveaus der Behandlungsqualität – Schutz vor schlechter Qualität

Nutzen für Krankenhäuser?

- Qualitätsbestimmung – Wo steht das KH im Vergleich mit anderen KH (Externe QS, Q-Berichte)?
- Möglichkeiten zur Verbesserung der eigenen Qualität durch Nutzen der Daten für das interne QM
- Nutzung der Datenauswertungen als Controlling- und Führungsinstrument
- Darstellung besonders guter Ergebnisse
- Werbung durch gute Qualitätsergebnisse, Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit
- ...

Welche Aufgaben sind neu im § 137a?

- Entwicklung von QI-Instrumenten einschließlich Patientenbefragungen
- Erstellung und Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung
- Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (ambulant und stationär) zur Darstellung der Versorgungsqualität
- Entwicklung und Veröffentlichung von Kriterien zur **Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln**

Mythos und Realität: Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln

- **Hygieneskandal Uni-Klinik Mannheim**
 - **Trotz:** KTQ[®], DIN EN ISO sowie viele fachspezifische Zertifizierungen, CIRS implementiert, Projekte zur Patientensicherheit
- **Hygieneskandal in Bremen Mitte**
 - **Trotz:** KTQ[®], DIN EN ISO zertifiziert, NEO-, OP-, ITS-KISS, Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System, weitere fachspezifische Zertifizierungen
- **Hygieneskandal München Bogenhausen**
 - **Trotz:** KTQ[®], DIN EN ISO, Onkozert, zertifiziert, Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS), CIRS implementiert

Steuerung der Versorgung auch durch Qualitätsaspekte?

- Qualität und Führung
- Gleichgewicht von Ökonomie und Qualitätsaspekten?



Max Planck (1858-1947), dt. Physiker

Irrlehren der Wissenschaft brauchen 50 Jahre, bis sie durch neue Erkenntnisse abgelöst werden, weil nicht nur die alten Professoren, sondern auch deren Schüler aussterben müssen.



Nutzung von Informationen über Qualität - Consumer choice model (Hibbard et al.)

STUFE	BESCHREIBUNG
Stufe 1: Awareness (bewusst werden)	Viele Versicherte und Patienten sind sich nicht bewusst, dass Qualitätsdaten überhaupt zur Verfügung stehen. Aktive und weitreichende Verbreitungsstrategien unter Nutzung vielfältiger Kommunikationskanäle sind notwendig.
Stufe 2: Knowledge (Wissen, Verständnis)	Qualitätsinformationen werden oft nicht verstanden, weil die Darstellungsweise zu komplex und statistisch überladen ist. Gleichzeitig beeinflusst die Einschätzung, ob die Information relevant für den Nutzer selbst ist und ob sie den Erwartungen des Nutzers entspricht, das Verständnis.
Stufe 3: Attitude (Einstellung, Absichtsbildung)	Einstellungen zu Qualitätsinformationen, zum Beispiel Vertrauen in die Information und in die Einrichtung, von der sie stammen, sind wichtige Faktoren, die Entscheidungen beeinflussen.
Stufe 4: Behaviour (Verhalten, Umsetzung)	Auswahl, Wechsel oder Aufsuchen eines Arztes, einer Einrichtung oder eines Versorgungsmodells. Anzunehmen ist eine stärkere Nutzung fachlicher Auswahlhilfen, sobald vertrauenswürdige Informationen von einer Institution mit hoher Reputation zur Verfügung stehen.

Quelle: Hibbard et al. 2001

Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung

**M. Geraedts, S. Auras, P. Hermeling,
W. de Cruppé
Institut für
Gesundheitssystemforschung der
Universität Witten/Herdecke
Witten, August 2010**

Der Qualitätsbericht der Krankenhäuser

- Studien belegen das die Qualitätsberichte:
- + Transparenz schaffen, wer - wo - welche Leistungen erbringt
- - für viele Versicherte und auch Ärzte zu unverständlich sind (z.B. wie sind die Personalangaben zu interpretieren)
- - nur selten von Versicherten und Einweisern genutzt werden

Verständlichkeit von Zahlen und Statistiken

„Eine große Zahl an Ärzten ebenso wie die meisten Patienten verstehen die ihnen verfügbaren Informationen zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten nicht angemessen“.

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer
Psychologe
Direktor am Max-Planck
Institut für Bildungsforschung

Verbesserung der Qualitätssicherung der Früh- und Neugeborenenversorgung

- Klinikdarstellung auf Basis von risikoadjustierten Werten
- Ergebnisqualität des vergangenen Jahres und der letzten 5 Jahre
- Verbindung von Qualitätssicherungsdaten mit Abrechnungsdaten (Validierung)
- Entwicklung von laienverständliche Darstellungen
- www.perinatalzentren.org

Perinatalzentren

Informationen zur Qualität der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener in deutschen Perinatalzentren

Jedes Jahr werden ca. 9.000 Kinder mit einem Gewicht von weniger als 1.500 Gramm geboren. Frühgeburten oder Wachstumsstörungen sind häufige Gründe für dieses sehr niedrige Geburtsgewicht. Diese Frühgeborenen bedürfen der besonderen medizinischen Fürsorge in speziell dafür ausgestatteten Krankenhäusern (Perinatalzentren). Die Webseite **perinatalzentren.org** bietet Ihnen die Möglichkeit, Perinatalzentren, die diese Frühgeborenen unter 1500 Gramm versorgen, zu finden und miteinander zu vergleichen.

Derzeit ist die Teilnahme freiwillig, sodass nicht alle Perinatalzentren aus Deutschland vertreten sind. Perinatalzentren, die ihre Ergebnisqualitätsdaten nicht auf dieser Internetplattform veröffentlichen, sind weiterhin verpflichtet, ihre Ergebnisdaten auf ihrer eigenen Webseite zu veröffentlichen.

In welchem Krankenhaus kann mein Frühgeborenes versorgt werden?

Suchen Sie das passende Krankenhaus: Welches Krankenhaus liegt in der Nähe Ihres Wohnortes und weist die beste Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 g auf?

Krankenhaussuche

Ihre PLZ / Ort

Gewünschter Umkreis

Wann ist mein Kind ein Frühgeborenes?

Eine normale Schwangerschaft dauert zwischen 38 und 42 Wochen. Ein Kind gilt als Frühgeborenes, wenn es vor

An wen richtet sich diese Webseite?

Diese Webseite richtet sich vorrangig an werdende Eltern, mit zu erwartender Geburt eines sehr kleinen

Was bedeutet Qualität der Versorgung?

Die Qualität der Versorgung wird über die Behandlungsroutine und die Ergebnisse der Behandlung ermittelt

Ihre PLZ / Ort

Gewünschter Umkreis

Wählen Sie in der angezeigten Übersicht ein Krankenhaus aus, um weitere Ergebnisse zu erhalten.

Ihre Suche ergab 3 Ergebnisse im Umkreis von 200 km um 60308 Frankfurt am Main

Krankenhaus	Entfernung	Fallzahl	Behandlungs- routine risikobereinigte Anzahl	Überleben von Frühgeborenen Gesamt	Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung
			Bundesmaximum: 149,80 Bundesminimum: 0,85 Bundesdurchschnitt: 32,42	Bundesmaximum: 1,037 Bundesminimum: 0,833 Bundesdurchschnitt: 1,000	Bundesmaximum: 1,103 Bundesminimum: 0,837 Bundesdurchschnitt: 1,000
	2 km	55,0	Krankenhaus: 61,20	Krankenhaus: 0,919	Krankenhaus: 0,892
	58 km	39,0	Krankenhaus: 39,74	Krankenhaus: 0,989	Krankenhaus: 1,022
	152 km	11,0	Krankenhaus: 4,80	Krankenhaus: 0,970	Krankenhaus: 0,977

Nutzung von Qualitätsdaten für die Krankenhausplanung?

- In der Politik wird diskutiert wie die Daten der Qualitätssicherung auch für die Krankenhausplanung genutzt werden können
- Grundlage sind die von AQUA entwickelten 438 Qualitätsindikatoren der 30 bestehenden Leistungsbereiche
- Von der 434 Qualitätsindikatoren sind 295 zur Veröffentlichung empfohlen

Anforderungen an Qualitätsindikatoren und Datenqualität

Erfüllung der Kriterien:

- Relevanz
- Klarheit / Verständlichkeit
- Praktikabilität (Umsetzbarkeit)
- Messeigenschaften
- Eignung für die öffentliche Berichterstattung

Empfehlungen für die Nutzung von QS Daten für die Krankenhausplanung

- Verwendung von mehreren Qualitätsindikatoren die als Qualitäts-Index zusammengefasst sind, da diese sicherer auffällige Krankenhäuser identifiziert können
- Verwendung von QI, für die eine Plausibilität mit Routinedaten überprüfbar / oder aus solchen Daten ableitbar
- Keine Einbeziehung von Daten nach Bewertung durch den Strukturierten Dialog
- Nutzung der Ergebnisse von geografischen unterschiedlichen Ergebnissen (Geodarstellung)
- Nutzung von Ergebnissen der Konzeptskizzen (z.B. Konzeptskizze Tonsillenoperationen)

Sterblichkeit im Krankenhaus bei ambulant erworbener Pneumonie

Jahr	Sterblichkeit alle Patienten	Sterblichkeit mit Ausschluss Therapiebegrenzung			Sterblichkeit mit Ausschluss Therapiebegrenzung/ fehlende Risikodaten (O von O/E)	Anteil Therapiebegrenzung an allen Patienten
		alle	Risiko-Kl. 2	Risiko-Kl. 3		
2007	13,9%					
2008	13,3%	12,9%	12,8%	34,0 %		6,9 %
2009	14,1%	12,1%	12,3%	32,6 %		6,0 %
2010	13,7%	11,4%	11,7%	31,7 %		5,6 %
2011	12,7%	10,2%	10,7%	29,8 %	9,8 %	5,6 %
2012	12,9%	8,7%	9,2%	25,2 %	8,4 %	9,0 %
2013	13,1%	7,9%	8,2%	23,4 %	7,9 %	11,1 %

QI-ID 50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

	2009	2010	2011	2012	2013
Gesamtergebnis	-	-	87,7 %	91,2 %	93,4 %
Vertrauensbereich	-	-	87,5-87,8 %	91,1-91,3 %	93,3-93,5 %
Gesamtzahl der Fälle	-	-	230.687	238.525	255.233

Gesamtergebnis aller Patienten



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Grundgesamtheit aller Krankenhäuser	1.254
Anzahl der Krankenhäuser mit 0 Fällen	3

1.131 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen

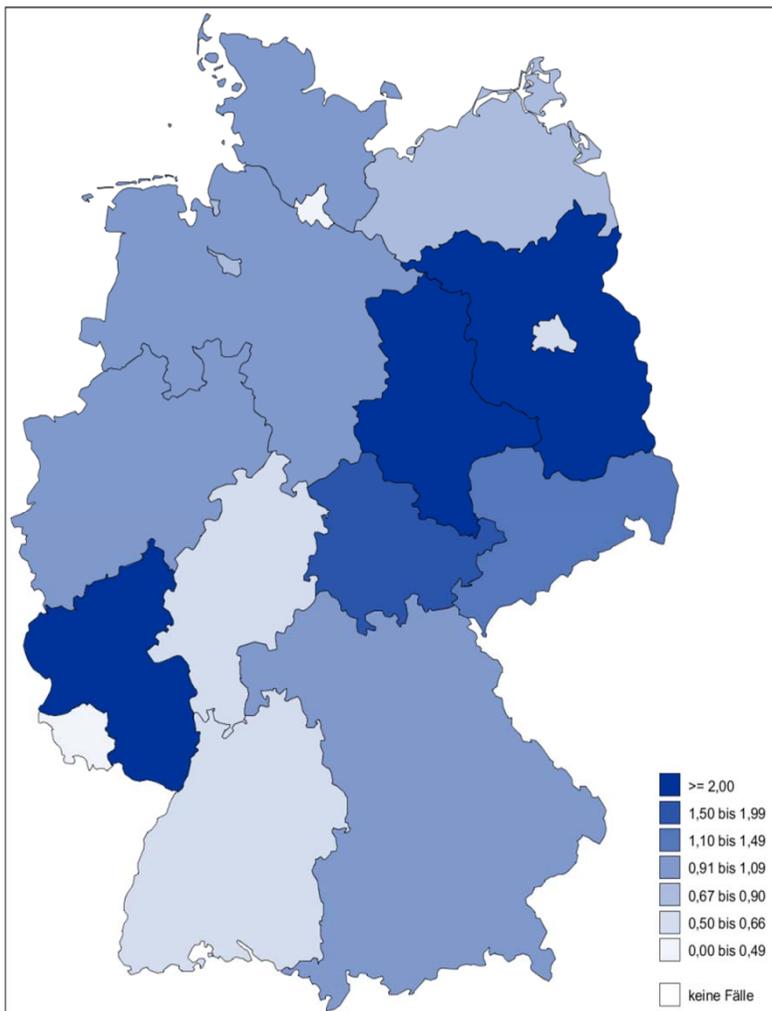


Median	98,0 %	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	548 von 1.131
Spannweite	0,0 - 100,0 %		

123 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen

Median	100,0 %	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	60 von 123
Spannweite	0,0 - 100,0 %		

Geburtshilfe: QI: Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauens-bereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauens-bereich		
Baden-Württemberg	0,50	0,21 - 1,16	0,55	0,61	0,28 - 1,32	-0,11	
Bayern	0,97	0,54 - 1,73	1,07	1,17	0,68 - 1,98	-0,20	
Berlin	0,48	0,16 - 1,41	0,53	0,18	0,03 - 0,99	0,30	
Brandenburg	3,38	1,65 - 6,81	3,71	1,70	0,58 - 4,89	1,68	
Bremen	0,76	0,13 - 4,17	0,84	0,00	0,00 - 2,85	0,76	
Hamburg	0,00	0,00 - 1,19	0,00	0,62	0,17 - 2,24	-0,62	
Hessen	0,46	0,16 - 1,35	0,51	0,46	0,15 - 1,33	0,00	
Mecklenburg - Vorpommern	0,67	0,12 - 3,68	0,74	0,72	0,13 - 3,99	-0,05	
Niedersachsen	0,93	0,45 - 1,90	1,02	1,77	1,04 - 3,00	-0,84	
Nordrhein-Westfalen	0,86	0,52 - 1,41	0,95	0,74	0,42 - 1,29	0,12	
Rheinland-Pfalz	2,09	0,96 - 4,49	2,30	2,64	1,34 - 5,12	-0,55	
Saarland	0,00	0,00 - 3,40	0,00	2,52	0,86 - 7,15	-2,52	
Sachsen	1,09	0,42 - 2,77	1,20	2,24	1,19 - 4,21	-1,15	
Sachsen-Anhalt	2,58	1,11 - 5,89	2,84	0,54	0,10 - 3,00	2,04	
Schleswig-Holstein	0,93	0,26 - 3,33	1,02	1,06	0,29 - 3,80	-0,13	
Thüringen	1,57	0,61 - 3,96	1,73	0,50	0,09 - 2,78	1,07	
Gesamt	0,91	0,72 - 1,14	1,00	0,99	0,80 - 1,24	-0,08	

Zusammenfassung

- Transparenz über die Qualität der Versorgung ist wichtig
- Einbeziehung der bisher nicht betrachteten Bereiche (z.B. Chronische Erkrankungen, Neurologie)
- Stärkere Nutzung der vorhandenen Daten und Verbesserungspotentiale
- Weiterentwicklung zur Einbeziehung der Patientenperspektive (Patientenbefragung)
- Stärkung und Weiterentwicklung der laienverständlichen Darstellung für Berichte und Veröffentlichungen



„Ich weiss nicht, ob es besser wird,
wenn es anders wird.
Aber es muss anders werden,
wenn es besser werden soll.“

Georg Christoph Lichtenberg,
1742-1799

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Karen Pottkämper
AQUA-Institut, Berlin