
Dr. Volker D. Mohr

Arbeitsweise der BQS und Erfahrungen
im Vergleich von Einrichtungen im
Gesundheitswesen

8. November 2006



Gliederung

BQS-Qualitätsmessverfahren

Umgang mit auffälligen Ergebnissen

Neue Anwendungsfelder für BQS-Ergebnisse

Ergebnis-Beispiele aus der Herzmedizin 2005

Gesamtbewertung der BQS-Ergebnisse 2005

Ausblick

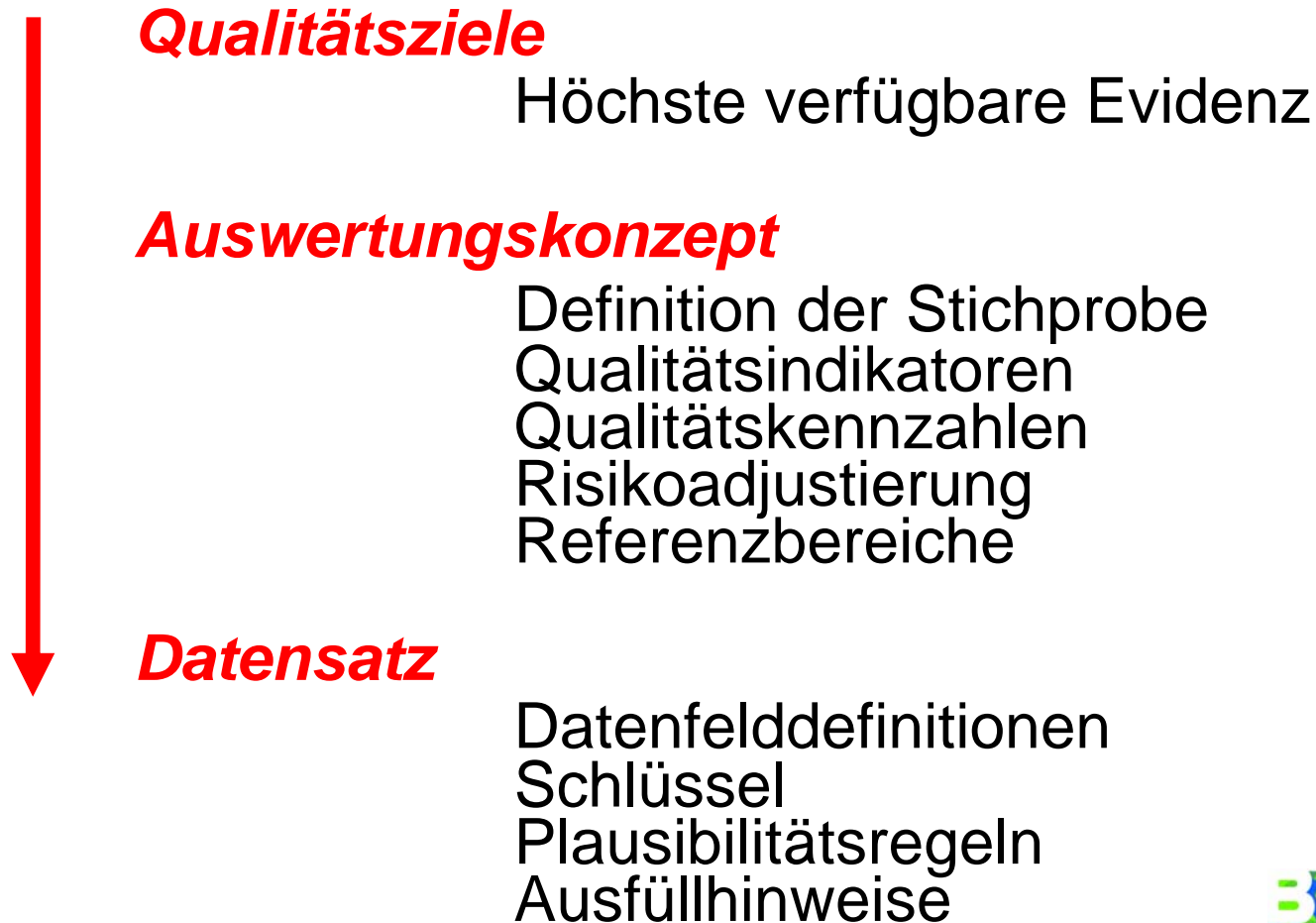
Warum Qualität sichtbar machen?

Ursprüngliche Anwendungsfelder

1. Interne Unternehmenssteuerung
2. Verbesserung der Versorgung durch Intervention im geschützten Raum

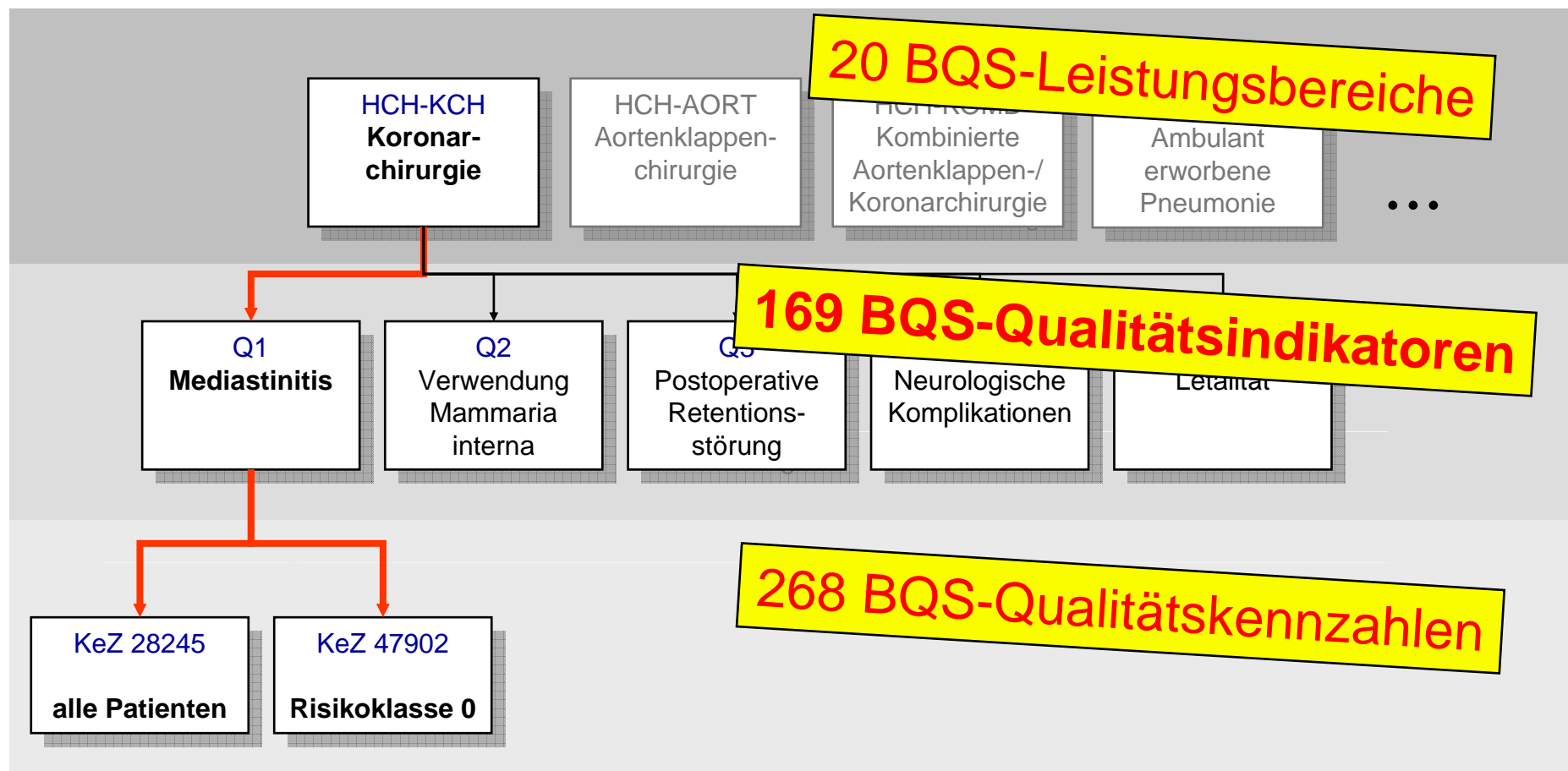
BQS-Qualitätsmessverfahren

Verfahrensentwicklung



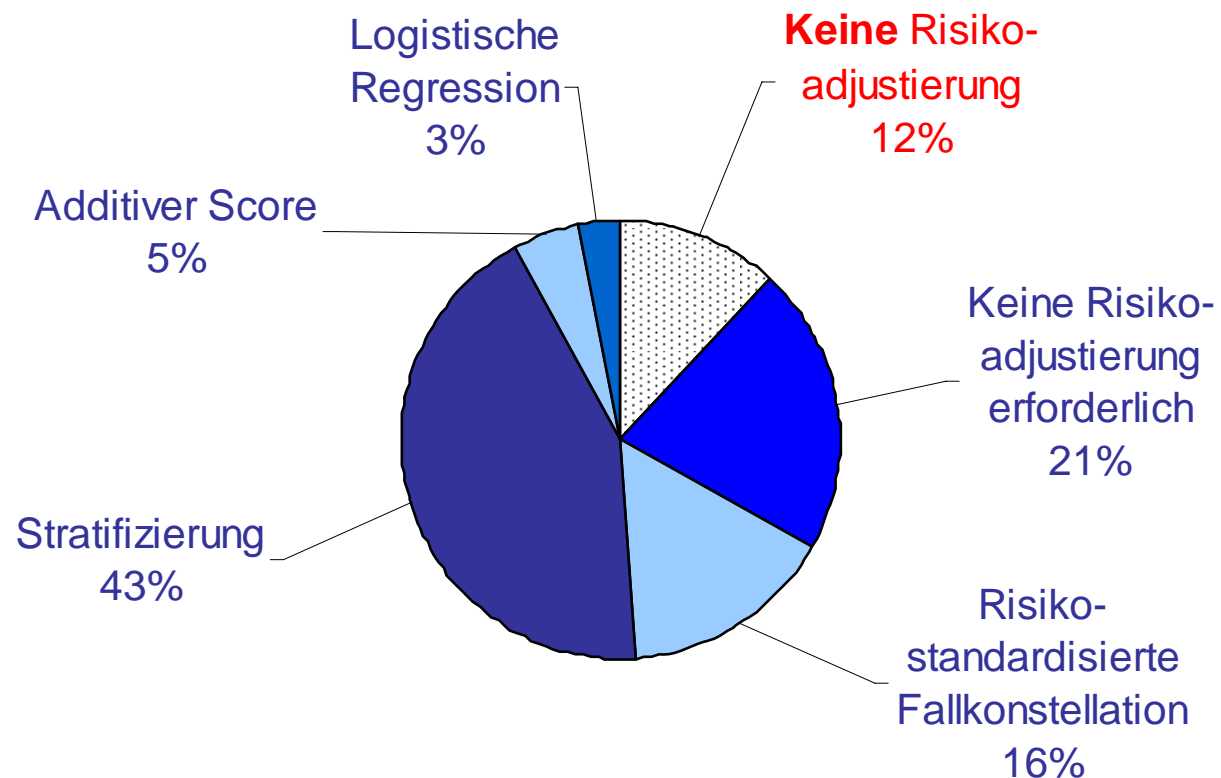
BQS-Bundesauswertung 2005

Struktur



268 BQS-Qualitätskennzahlen 2005

Risikoadjustierung



Darstellung von Qualitätsergebnissen: BQS-Ergebnisse für Krankenhäuser 2005

Krankenhausauswertungen

15.251

Qualität im einzelnen Krankenhaus

Darstellung von Qualitätsergebnissen: Keine Präsentation von Institutionen

<http://www.bqs-outcome.de>

Qualität auf nationaler Ebene

<http://www.bqs-qualitaetsreport.de>

Qualitätsindikator: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Referenzbereich: Sentinel event

Methodik

Rechenregel:
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA

Zähler: Patienten mit intra- oder postprozeduraler TIA (einem Schlaganfall) oder Myokardinfarkt (MIE) oder postprozeduraler Herzstillstand (PZH) innerhalb von 30 Tagen nach PTCA

Ergebnisse

Das österreichische PTCA-Register (Mühlberger et al. 2003) weist 2002 eine Letalitätsrate von 0,75% (bei elektiver PTCA 0,26%) und eine Myokardinfarktrate von 0,95% auf.

Referenzbereich: Zur zu erwartenden Letalitätsrate der Komplikationen lassen sich Ergebnisse aus Registern oder aus dem ambulanten Bereich näherungsweise heranziehen. Da die Beobachtungszeiträume hier aber meistens deutlich länger als der stationäre Aufenthalt sind und die Komplikationen zum Teil anders definiert wurden, ist eine direkte Vergleichbarkeit nicht gegeben. Die Fachgruppe legt daher die 5%-Perzentile als Referenzbereich fest. In den Folgejahren ist die Festlegung von absoluten Referenzwerten vorgesehen. Für 2003 gelten die 5% der Krankenhausergebnisse mit dem höchsten Anteil von MACCE bei PTCA als auffällig.

Bewertung

Die Gesamtrate MACCE bei PTCA ist mit 1,19% im Vergleich zum deutschen ALKK-Register etwas niedriger.

Kategorie	Ergebnis
Median der Krankenhausergebnisse	1,0%
Spannweite der Krankenhausergebnisse	0,0 - 8,3%
Anzahl der Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen	288 von 381
Referenzbereich	≤ 3,2% (95%-Perzentile)
	14 von 288

Die nebenstehende Grafik zeigt die Ergebnisse der Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen.

Kategorie	Anzahl
Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 381 Krankenhäusern mit 1 - 19 Fällen	33 Krankenhäuser
0 Fälle	60 Krankenhäuser

Diesem Hintergrund erscheint der Fachgruppe Kardiologie eine Komplikationsrate von 1,19% als eine realistische Abbildung des Leistungsgeschehens.

Die Spannweite der MACCE-Raten auf Krankensebene liegt zwischen 0,0 und 8,3%. Mit den 14 Krankenhäusern, die unterhalb des Referenzbereichs (3,2%) liegen,

Gliederung

BQS-Qualitätsmessverfahren

Umgang mit auffälligen Ergebnissen

Neue Anwendungsfelder für BQS-Ergebnisse

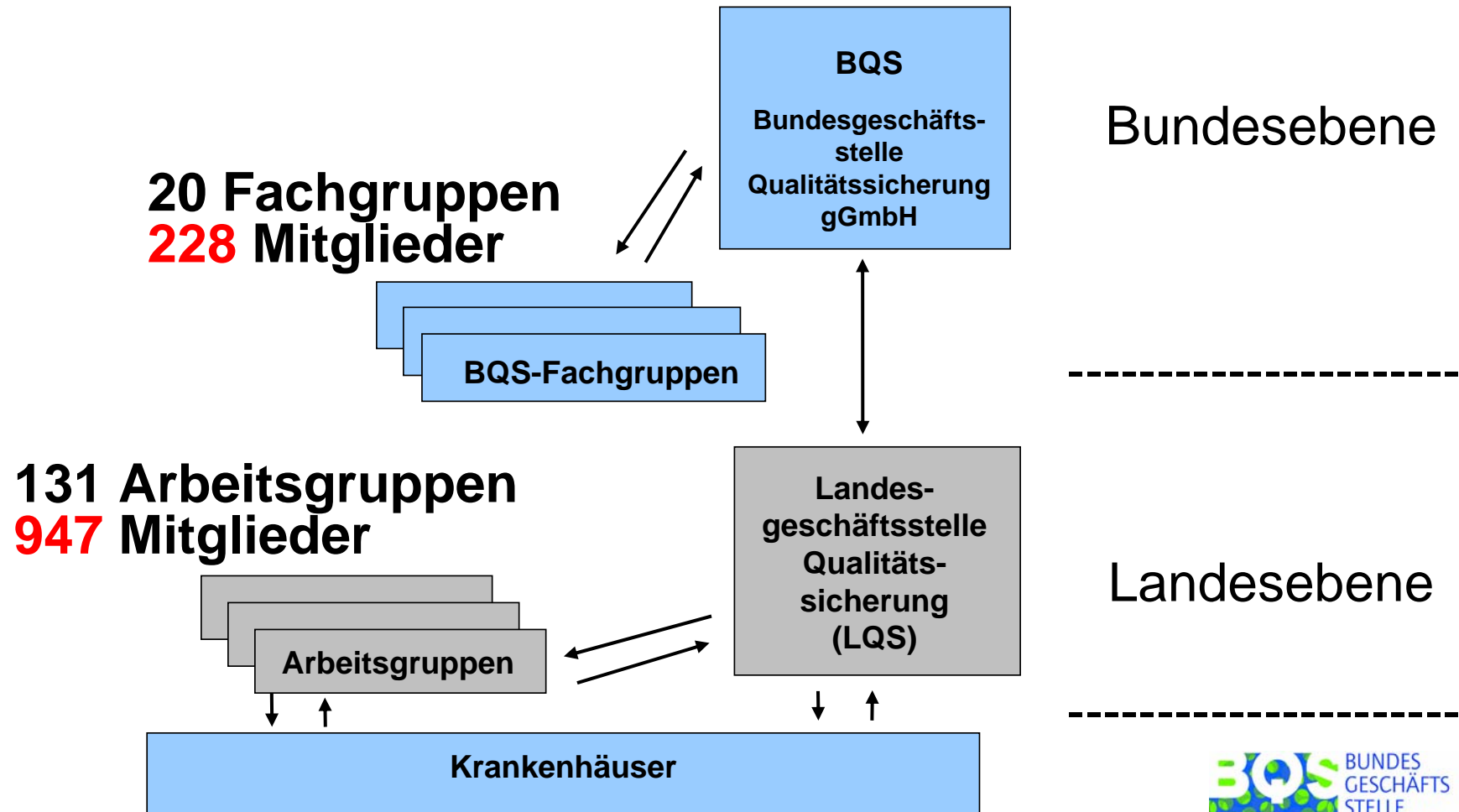
Ergebnis-Beispiele aus der Herzmedizin 2005

Gesamtbewertung der BQS-Ergebnisse 2005

Ausblick

Ziel: Verbesserung der Versorgung

Mittel: Dialog mit den Krankenhäusern



Dialog mit den Krankenhäusern 2005

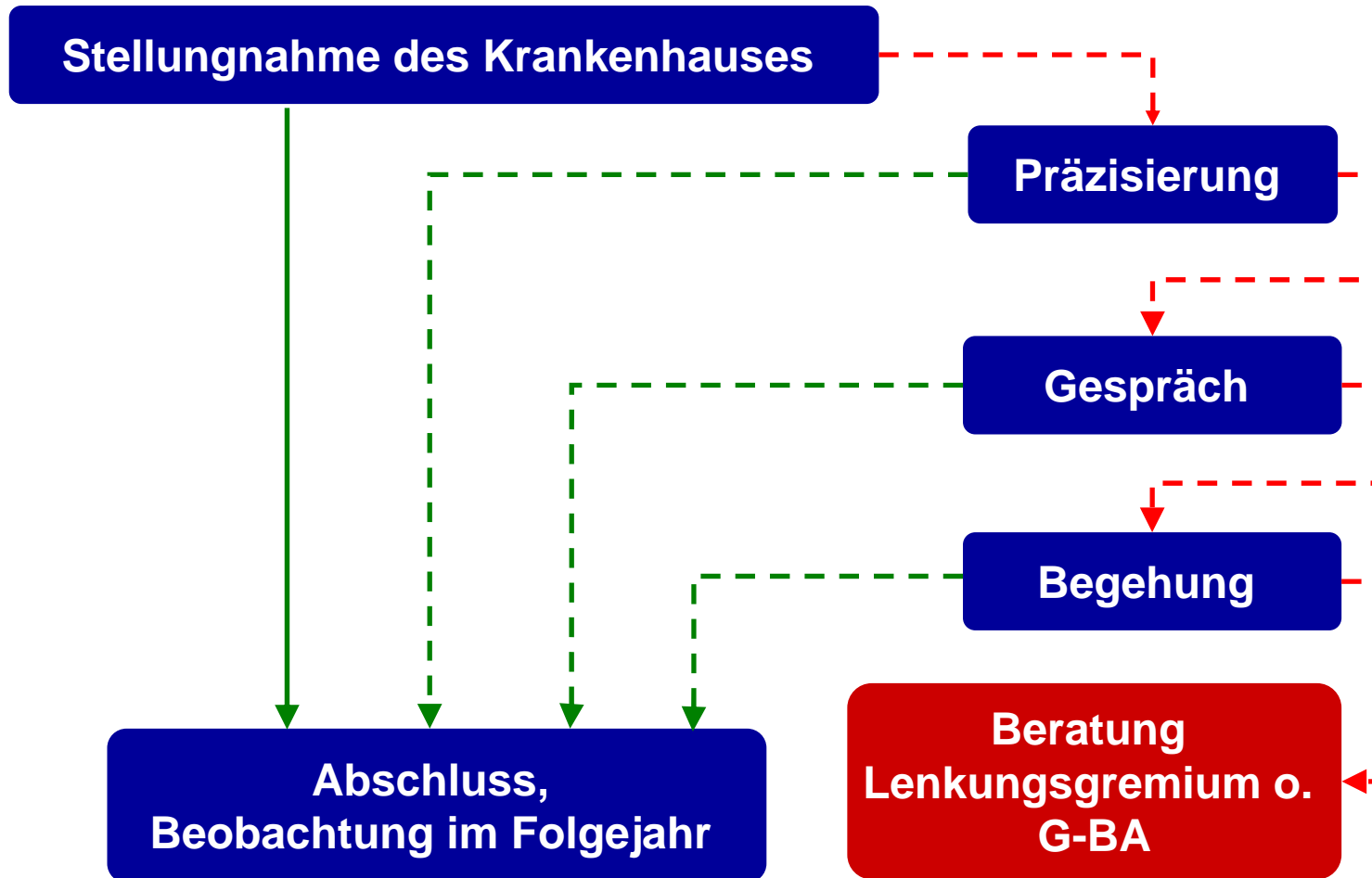
Umfang der Kommunikation

Krankenhausauswertungen **15.251**

Bei Auffälligkeiten:

Hinweise, Nachfragen,
Aufforderungen zur Stellungnahme **6.666**

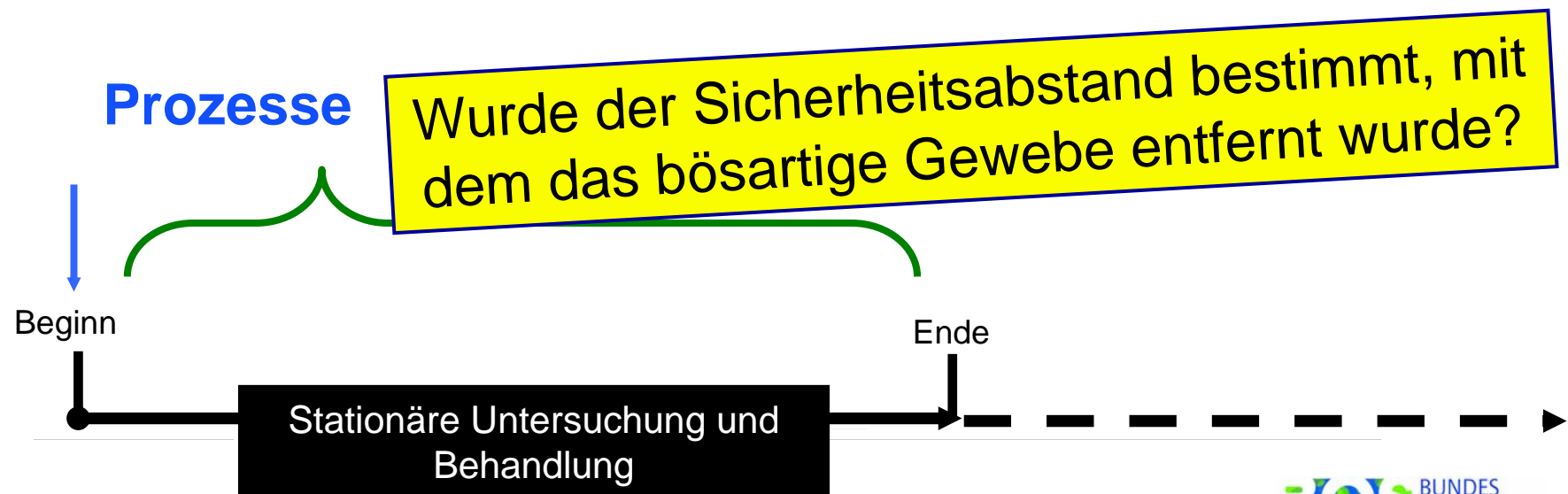
Strukturierter Dialog: Intervention bei Auffälligkeiten



Brustkrebs-Behandlung: Wird es richtig gemacht?

BQS-Qualitätsziel:

Möglichst viele Patientinnen mit **Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand**



Qualitätsziel: Angabe Sicherheitsabstand Leitlinienforderung **seit Juni 2004**

A 5.2.3 Dokumentation der mikroskopischen Bearbeitung und Begutachtung

Dokumentiert werden folgende A
eines Formblattes (s. Anhang: F
.....

**Anforderungen an die
Befunddokumentation**

•**Resektionsrand-Status*** (für invasive Karzinome und DCIS):

- Tumor unmittelbar am Resektionsrand
- Tumor nicht unmittelbar am Resektionsrand;

dann

- Mindestabstand des Tumors zum Resektionsrand
- in mm
- mit Lokalisationsangabe

(ggf. für intraduktale Komponente getrennt).

.....

Brustkrebs-Behandlung **2003**: Erfolgsgrad „Angabe Sicherheitsabstand“?



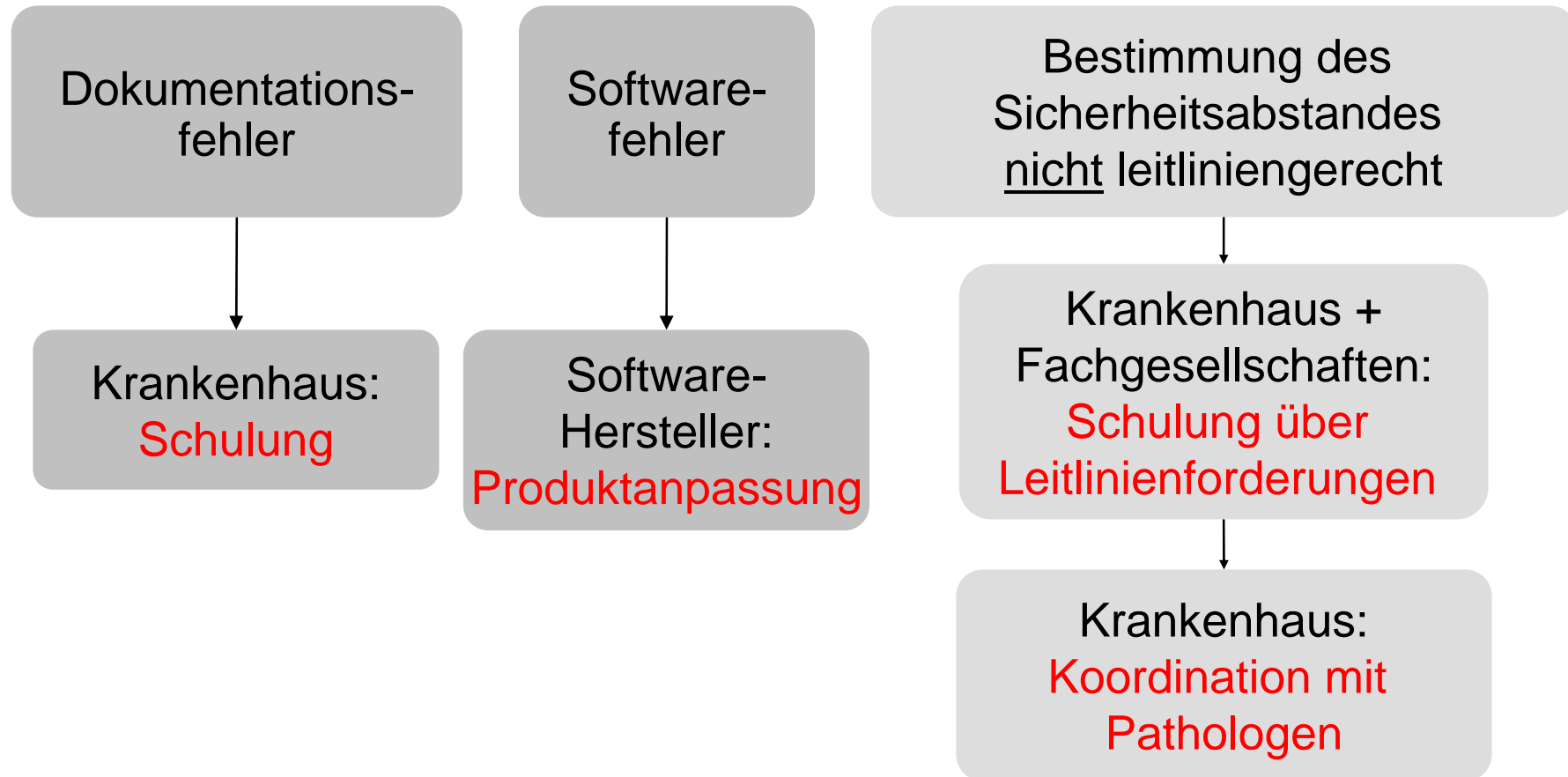
72,52%



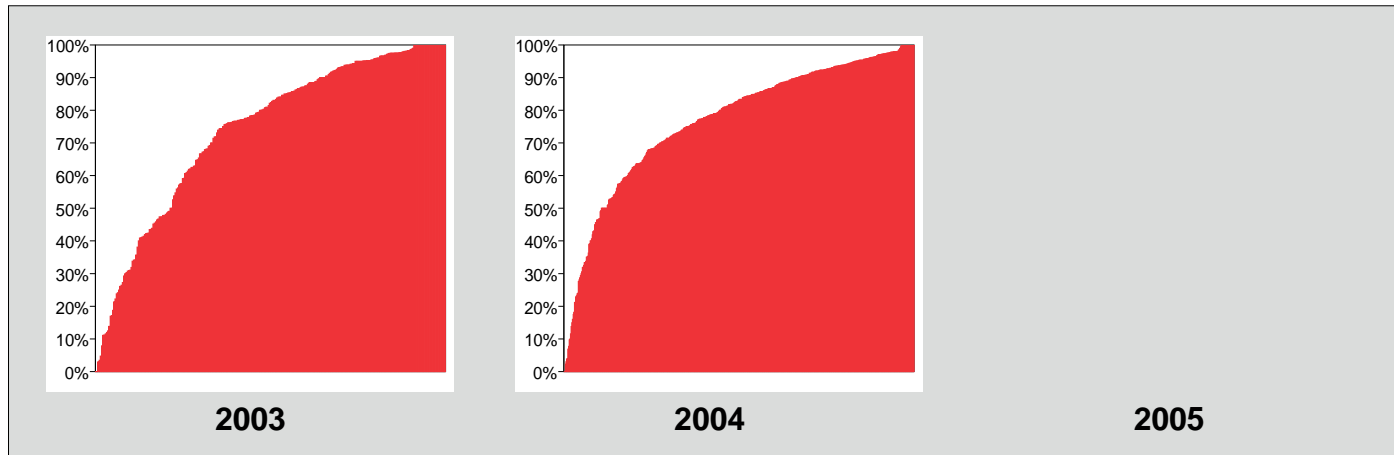
**Intervention:
Strukturierter Dialog 2004**

Fehlende Angaben zum Sicherheitsabstand

Wer ist gefordert?



Brustkrebs-Behandlung **2004**: Erfolgsgrad „Angabe Sicherheitsabstand“?



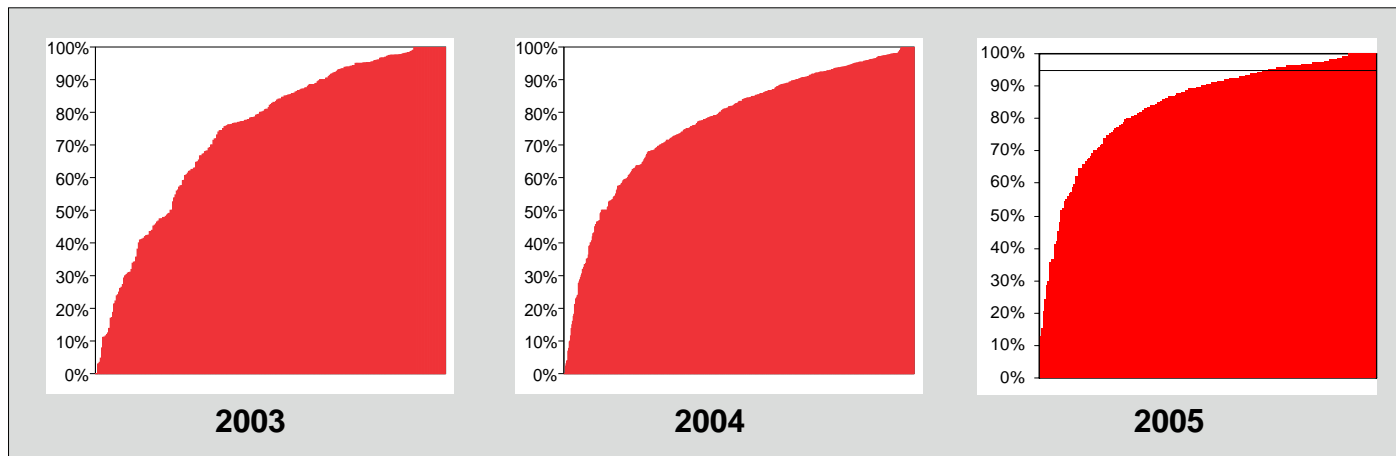
72,52%

75,67%



**Intervention:
Strukturierter Dialog 2005**

Brustkrebs-Behandlung **2005**: Steigerung „Angabe Sicherheitsabstand“!



72,52%

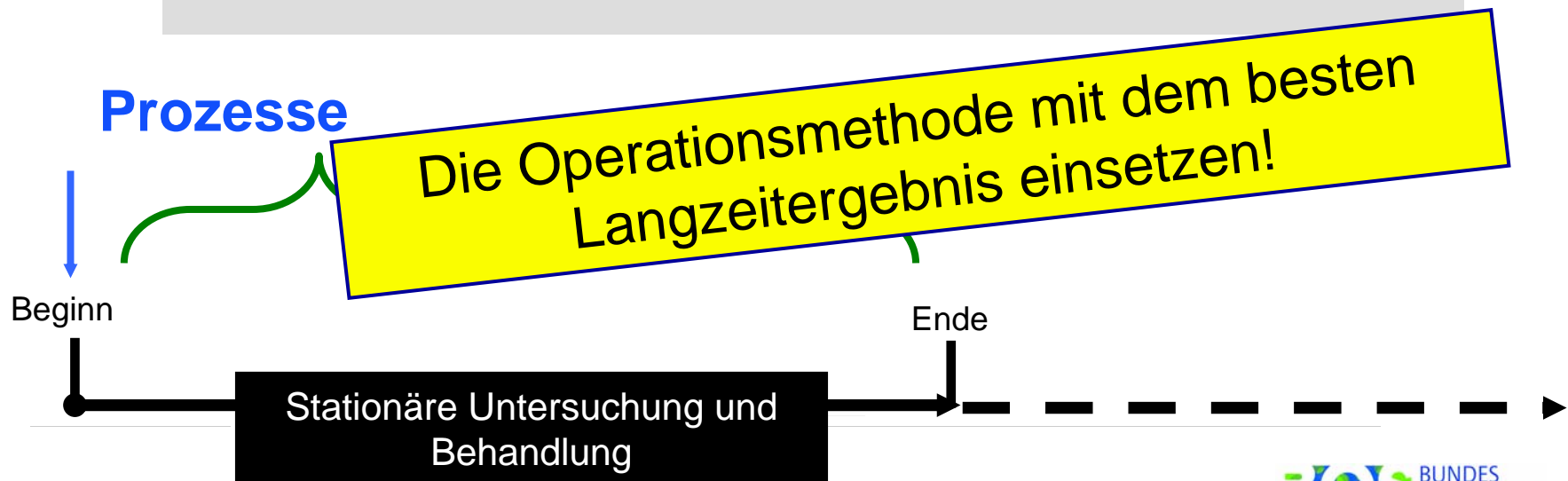
75,67%

83,19%

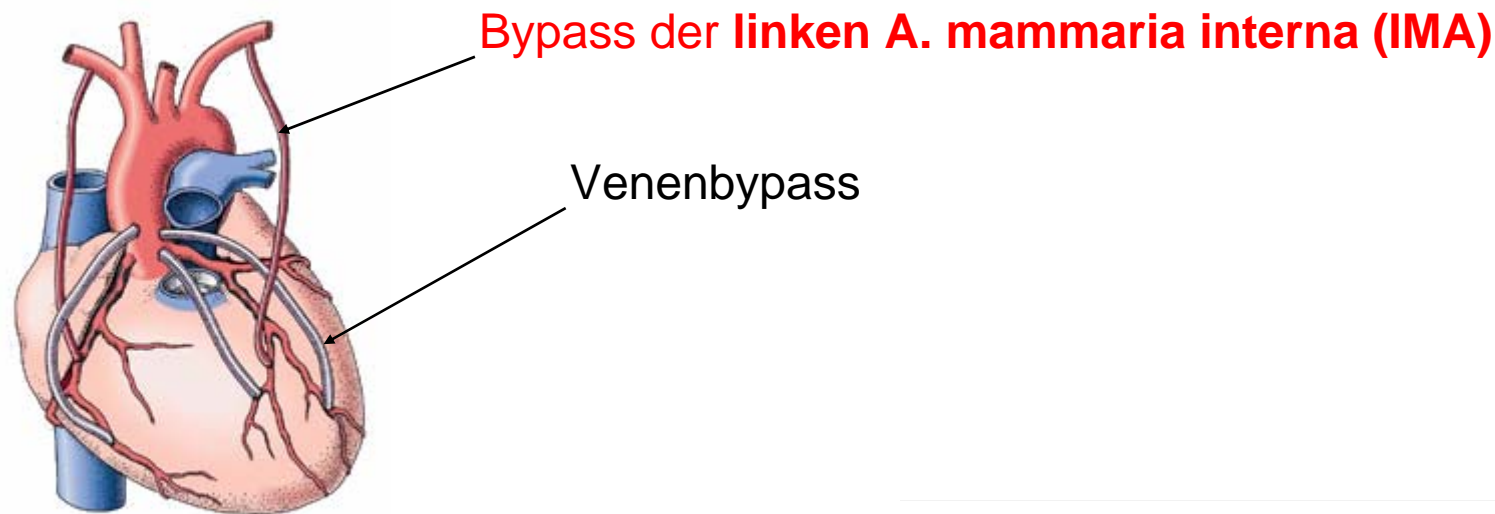
Bypass-Operation am Herzen: Wird es richtig gemacht?

BQS-Qualitätsziel:

Angemessener Anteil Operationen mit **Verwendung der linken inneren Brustwandarterie (IMA)**



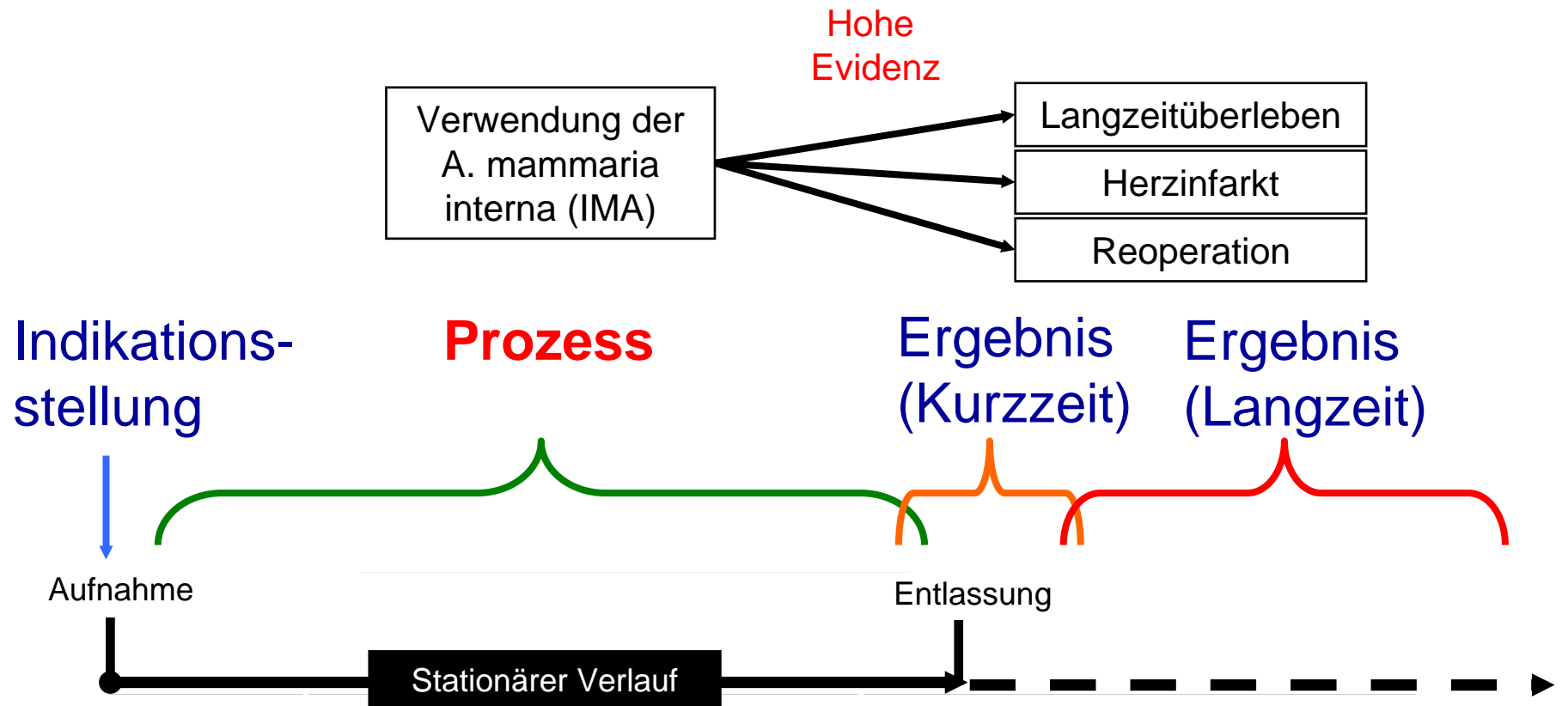
Bypass-Operation am Herzen: Wird es richtig gemacht?



Amerikanische Leitlinienempfehlung:
IMA für alle Bypass-Eingriffe an der linken
Koronararterie

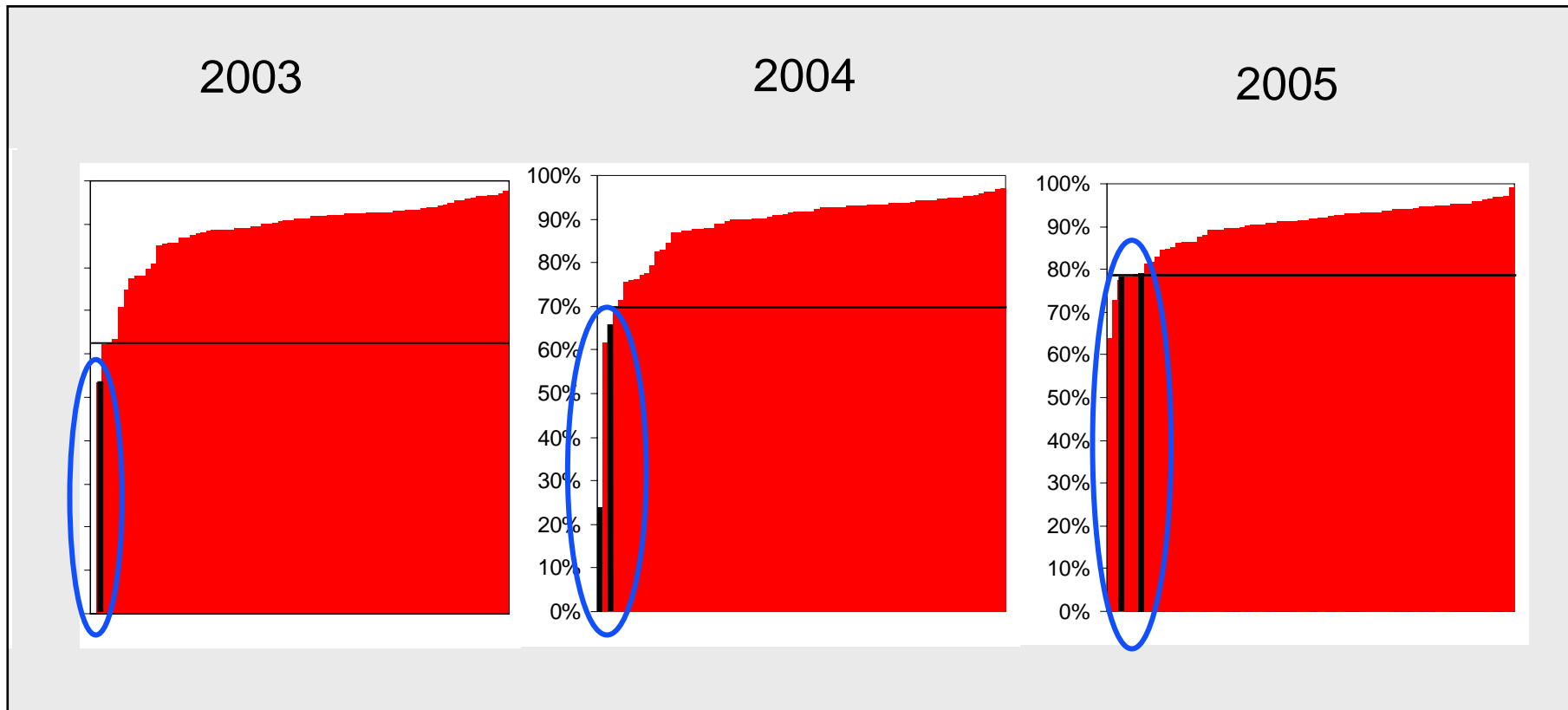
Koronarchirurgie: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna (IMA)

Bypass-Operation am Herzen: Warum Einsatz der IMA?



Koronarchirurgie: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna (IMA)

Strukturierter Dialog: Veränderungen in den Krankenhäusern



Koronarchirurgie 2003-2005: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna

Gliederung

BQS-Qualitätsmessverfahren

Umgang mit auffälligen Ergebnissen

Neue Anwendungsfelder für BQS-Ergebnisse

Ergebnis-Beispiele aus der Herzmedizin 2005

Gesamtbewertung der BQS-Ergebnisse 2005

Ausblick

Warum Qualität sichtbar machen?

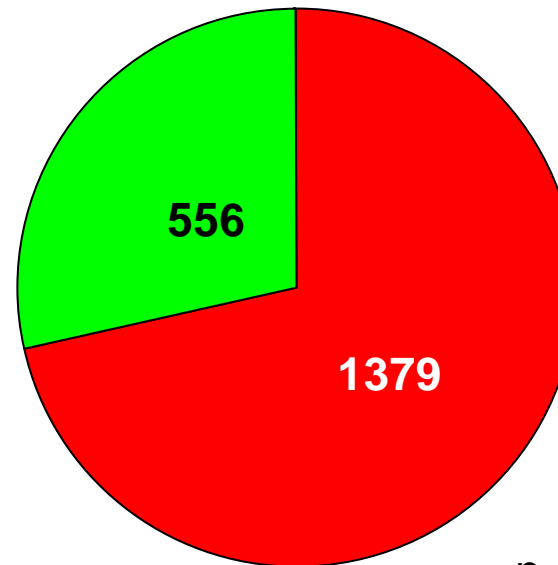
Neue Anwendungsfelder

1. Interne Unternehmenssteuerung
2. Verbesserung der Versorgung durch Intervention im geschützten Raum
3. Öffentlicher Vergleich
4. Gestaltung von Verträgen und Entgelten
5. Versorgungsgestaltung

BQS-Ergebnisse in Qualitätsberichten? Freiwillige öffentliche Darstellung

Strukturierter Qualitätsbericht 2004:
Anteil Krankenhäuser mit Ergebnismitteilung (E3)

28,7%



■ ohne Ergebnisse (E3)
■ mit Ergebnissen (E3)

n = 1.935 Krankenhäuser

August 2005
Quelle: <http://www.g-qb.de>

QSLQS Hamburg
 Jahresauswertung 2004
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

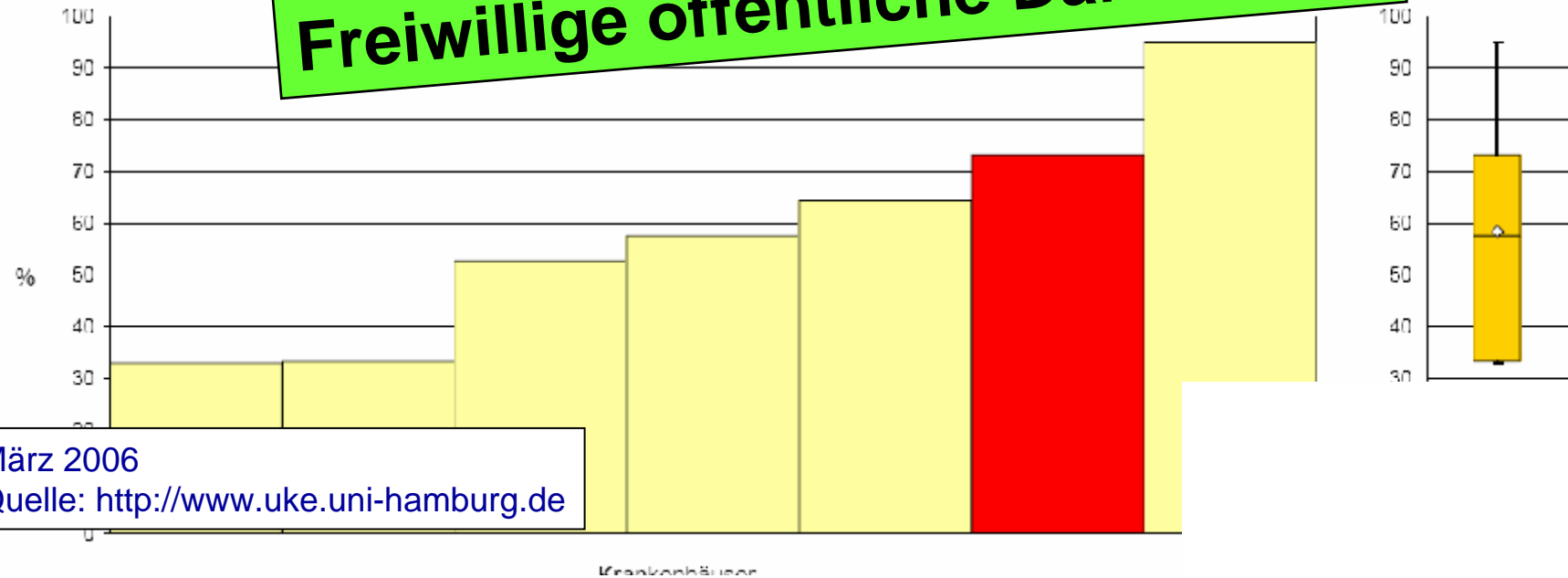
260200013 - 16/1 - 2004
 Geburtshilfe
 2. Qualitätsindikatoren

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagr. 2.8a]:

Anteil von Geburten mit antenatalem K...
 von 24+0 bis unter 34...
 0 Krankhäuser haben

Krankenhäuser mit mi...

**Qualität im Krankenhaus
 Externe Transparenz
 Freiwillige öffentliche Darstellung**



März 2006
 Quelle: <http://www.uke.uni-hamburg.de>

Seiten
Kommentare Anfügen

- Übersicht
- Ihre Anreise
- Infos von A bis Z
- Wir über uns
- Qualität im UKA
- Medizinische Gesellschaft
- Im Notfall
- Pressemitteilungen und Presseecho
- Veranstaltungsübersicht
- Tipps für eine gesunde Ernährung
- Rund ums Universitätsklinikum
- Impressum
- Kontakt Webteam

Qualität im Krankenhaus Externe Transparenz Freiwillige öffentliche Darstellung

- [Strukturierter Qualitätsbericht nach §137 SGB V für das Jahr 2004](#)

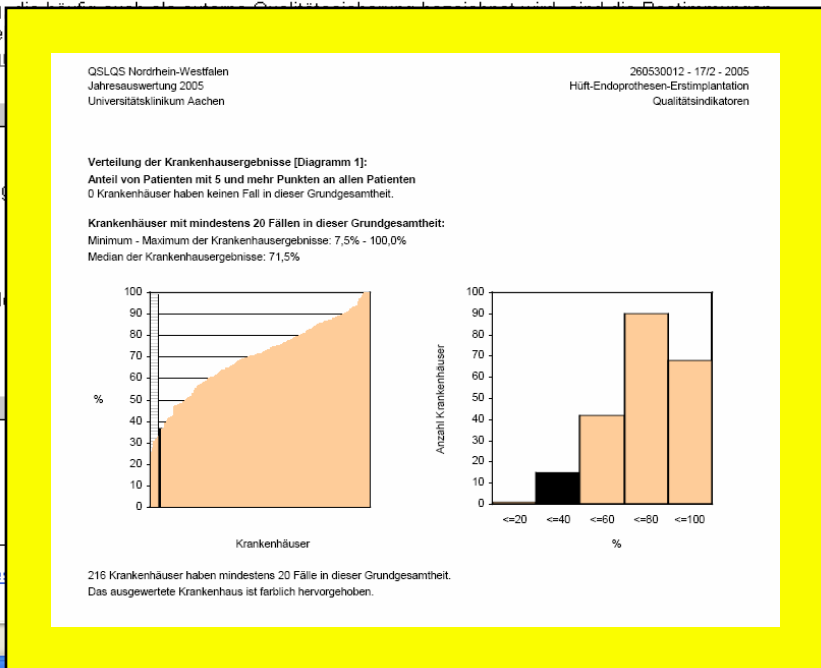
Qualitätsergebnisse nach gesetzlich vorgegebenen Kriterien

- **Mindestmengen** (Aug. 2006, [Dr. Fabry](#))
- **Einrichtungübergreifende Qualitätssicherung (EQS) nach §137 SGB V**
Gesetzliche Grundlage der Einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach §137, §138 im Sozialgesetzbuch V. Die Bestimmungen werden vom Bundesausschuss regelmäßig überprüft. [Mehr zur Einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung](#)

Befragungen zur Patientenzufriedenheit

- **Befragung 2004** (PDF, [Dr. Lenz](#))
Im Zeitraum von September bis Dezember 2004 wurde eine stichtagsbezogene Befragung der Zufriedenheit der Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts durchgeführt.
- **Notfallaufnahme 2006** (PDF, [Fr. Christ](#) / [Dr. Fabry](#))
250 Patienten und die sie begleitenden Angehörigen äußerten sich zufrieden mit der Aufnahme am Universitätsklinikums Aachen.

Ausgewählte Qualitätsprojekte (PDF)



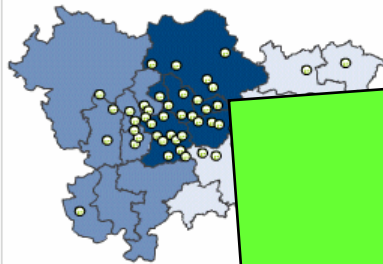
August 2006

<http://www.ukaachen.de/content/page/4942344>

Klinik-Führer Rhein-Ruhr



Suche: Suchbegriff [Startseite](#) | [Meinungen](#) | [Methodik](#) | [Buch](#) | [Presse](#) | [Partner](#) | [Service](#) | [Kontakt](#)



Viszeralchirurgie ?

Qualität im Krankenhaus
Externe Transparenz
Freiwillige öffentliche Darstellung

Rhein-Ruhr-Region
Teilnahme ca. 50% der Krankenhäuser

Klinik	Anzahl der Eingriffe	Behandlungsqualität	Spezifische Eingriffe			
			Dünn-/Dickdarm-OP	Operative u. endoskopische Eingriffe an Gallenblase und -wegen	OP Halsschlagader	Schildrüsen-OP
Evangelisches Krankenhaus Bethesda
Mülheim an der Ruhr
Neuss
Oberhausen
Kath. Kliniken Oberhausen - St. Marien-Hospital Osterfeld
St. Clemens Hospitale Sterkrade
St. Elisabeth
Evangelisches Krankenhaus Essen
Ev. Krankenhaus Lutherhaus
Evangelisches Bethesda Krankenhaus
Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel, Essen und Hattingen
Kliniken Essen-Nord-West - Marienhospital Altenessen
Evangelisches Krankenhaus Mitte - Evang. Huysdens-Stiftung
Evangelisches Krankenhaus Süd - Kath. Krankenhaus St. Josef

September 2005
Quelle: <http://www.kliniken-rhein-ruhr.de>

Der Krankenhaus-Vergleich: Künstliche Hüftgelenke

Krankenhaus (1)	Patienten pro Jahr (2)	Anteil der Hochrisikopatienten (3)	Alter der Patienten (4)	BQS-Qualitätsdaten				Dokumentationsquote der BQS-Fälle (9)	Zertifikat (10)	Empfehlung der Ärzte	
				Prothesenausrenkung (5)	Reparatur-eingriffe (6)	Leitliniengerechte Therapieauswahl (7)	Gefähigkeit bei Entlassung (8)			Basierend auf 750 Empfehlungen von 285 niedergelassenen Ärzten (11)	Krankenhaus
Bundeswehrkrankenhaus	139	45,3%	70	1,4% ✓	4,3% ✓	63,3% ✓	99,3% ✓	100,0%	KTQ	5,1%	Bundeswei
Charité Benjamin Franklin	57	22,8%	66	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	95,0%	-	5,2%	Charité Be
Charité Mitte	277	36,8%	66	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	97,7%	-	2,5%	Charité Mi
Charité Virchow-Klinikum	56	41,0%	67,5	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	97,7%	-	2,3%	Charité Vir
Dominikus Krankenhaus	35	51,4%	73	K 0,0% ✓	K 5,7% ✓	K 88,6% ✓	K 100,0% ✓	100,0%	KTQ	1,3%	Dominikus
DRK Kliniken Köpenick	230	10,0%	59	0,9% ✓	2,6% ✓	59,1% ✓			JCI	1,2%	DRK Klinik
DRK Kliniken Mark Brandenburg	41	12,2%	56	2,4% ✓					JCI	0,0%	DRK Klinik
DRK Kliniken Westend	264	12,5%							JCI	3,1%	DRK Klinik
Ev. Elisabeth Klinik									KTQ	0,8%	Ev. Elisabe
Ev. Königin Elisabeth Herzberge									KTQ	0,1%	Ev. Könign
Ev. Martin-Luther-Krankenhaus									KTQ	5,9%	Ev. Martin-
Ev. Waldkrankenhaus Spandau									KTQ	16,0%	Ev. Waldkr.
Gemeinschaftskrankenhaus Havel									-	1,2%	Gemeinsch
Havelklinik									-	0,1%	Havelklinik
Helios Klinikum Berlin-Buch									-	5,3%	Helios Klin
Helios Klinikum Emil von Behring									-	6,5%	Helios Klin
Immanuel-Krankenhaus									-	5,6%	Immanuel-I
Krankenhaus Bethel Lichterfelde									-	2,3%	Krankenha
Maria Heimsuchung Caritas Klinik P							100,0% ✓	100,0%	ISO	0,3%	Maria Hein
Park-Klinik Weißensee					2,1% ✓	76,1% ✓	100,0% ✓	99,2%	KTQ	5,1%	Park-Klinik
Sana Klinikum Lichtenberg			72,5	0,0% ✓	7,1% ✓	92,9% ✓	92,9% ✓	50,0%	KTQ	0,3%	Sana Klini
Schloßpark-Klinik	43	7,0%	67	0,0% ✓	2,3% ✓	K 46,5% ✓	100,0% ✓	100,0%	KTQ	0,9%	Schloßparl
St. Gertrauden-Krankenhaus	73	49,3%	72	0,0% ✓	2,7% ✓	79,5% ✓	95,8% ✓	100,0%	KTQ	1,7%	St. Gertrau
St. Hedwig-Kliniken (Mitte)	194	40,2%	68,5	1,5% ✓	3,6% ✓	K 43,3% ✓	99,0% ✓	100,0%	EFQM	1,2%	St. Hedwig
St. Joseph-Krankenhaus	91	35,2%	71	1,1% ✓	4,4% ✓	78,0% ✓	97,8% ✓	50,0%	-	2,1%	St. Joseph
St. Marien-Krankenhaus Berlin	61	62,3%	70	0,0% ✓	K 4,9% ✓	70,5% ✓	100,0% ✓			0,8%	St. Marien-
Unfallkrankenhaus Berlin	43	23,3%	68	2,3% ✓	9,3% ✓					0,9%	Unfallkran
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	253	25,3%	68							5,7%	Vivantes A
Vivantes Humboldt-Klinikum										0,5%	Vivantes H
Vivantes Klinikum Hellersdorf										2,1%	Vivantes K
Vivantes Klinikum im Friedrichshain										7,9%	Vivantes K
Vivantes Klinikum Neukölln										1,7%	Vivantes K
Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg										0,8%	Vivantes K
Vivantes Klinikum Spandau										1,7%	Vivantes K
Vivantes Wenckebach-Klinikum								90,0%	-	0,4%	Vivantes W
West-Klinik Dahlem						95,8% ✓	100,0% ✓	100,0%	-	0,9%	West-Klini

**Qualität im Krankenhaus
Externe Transparenz
Freiwillige öffentliche Darstellung**

**Berlin
Teilnahme ca. 90% der Krankenhäuser**

k.A. = Klinik hat die Daten nicht zur Veröffentlichung bereitgestellt. K = Dieser Wert wird von der Klinik kommentiert ✓ = Wert liegt innerhalb des Referenzbereiches für gute Qualität.
 (1) = Alle Berliner Krankenhäuser, in denen diese Behandlung vorgenommen wird (mind. 10 Fälle im Jahr 2004). (2) = Anzahl der Behandlungen laut BQS-Jahresauswertung 2004. (3) = Anteil von Patienten der höchsten Risikoklassen (ASA 3 bis 5). (4) = Median des Alters aller Patienten. Die Indikatoren: 5 = Endoprothesenluxation, Anteil der Patienten, bei denen die Hüftprothese kurz nach der Operation wieder herausrang. 6 = Reinterventionen wegen Komplikationen. Anteil der Patienten, bei denen nach der Operation wegen Komplikationen (z. B. aber auch die selteneren Komplikationen gerechnet, die durch den Patienten selbst – zum Beispiel einem Sturz in der Klinik – verursacht wurden. 7 = Indikation. Anteil der Patienten, bei denen möglichst viele Bedingungen erfüllt waren, die die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks unvermeidbar machen. Die drei wichtigsten Bedingungen sind: Bewegungsschmerz, eingeschränkte Beweglichkeit und der klare Röntgenbefund eines Gelenkabbruchs. 8 = Gehfähigkeit bei Entlassung. Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt der Entlassung selbständig
 tungen, deren Qualitätsdaten korrekt gemeldet wurden (Werte über 100: Klinik dokumentierte mehr Fälle als erwartet). (10) = Art der erfolgreich abgeschlossenen Zertifizierungsverfahren für innerbetriebliche Prozesse, die eine gleichbleibend hohe Qualität der Behandlung sichern sollen. Empfehlungen (11) = Anzahl der Nennungen als empfehlenswerte Klinik (nur Berlin) für diese Behandlung, umgerechnet in Prozent. Die ausführliche Leseanleitung zur Tabelle mit Erläuterungen zu allen Angaben finden Sie im Internet unter: www.tagesspiegel.de/kliniktest
 Quelle: Iges, Der Tagesspiegel, Tsp/Bartel

Mai 2006
 Quelle: <http://www.tagesspiegel.de/klinikvergleich>

Gestaltung von Verträgen und Entgelten: Qualitätsorientierung in IV-Verträgen

INTEGRIERTE VERSORGUNG:

■ schließt IV-Verträge mit Qualitäts-Bonus ab

Die () hat mit der Karlsruher Klinik für Herzchirurgie und dem SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) von Herz- und Endoprothetik-Patienten abgeschlossen, bei denen die Kliniken einen Bonus erhalten, wenn sie bei bestimmten Qualitätsindikatoren besser abschneiden als der Bundesdurchschnitt. Grundlage für die Bewertung sind dabei die Auswertungen der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Ausschlaggebend für die Bonus-Zahlung

sind bei Herzpatienten zum Beispiel die Anteile der Patienten, bei denen die Sonde des eingebauten Herzschrittmachers verrutscht, die sich bei der Operation eine Infektion im Brustkorb ziehen oder die nach der Herz-Operation im Krankenhaus sterben. Wenn diese Anteile unter dem bundesweiten Durchschnitt in der Herzchirurgie liegen, erhält die Klinik für Herzchirurgie einen Erfolgsbonus.

Bonus

(upr)

16 Klinik Markt Inside 16/2006

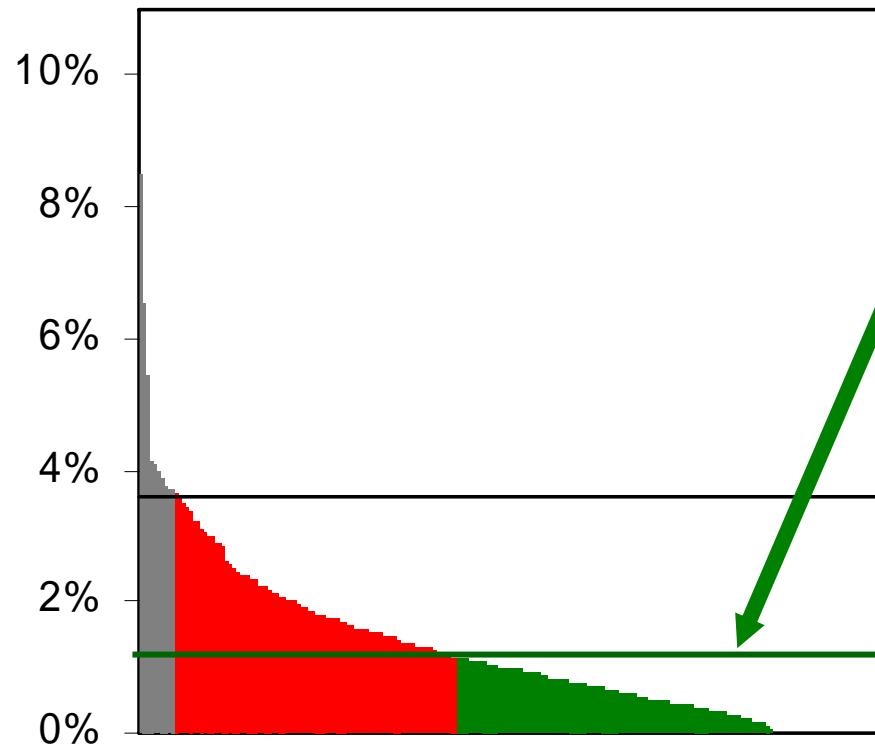
BQS-Qualitätsindikatoren

Überdurchschnittliche Ergebnisse

Quelle: Klinik Markt Inside 4 (2006) 16: 16 (04.09.2006)



Auslöser für IV-Zusatzvergütung: Überdurchschnittliche Ergebnisse



Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen
(n = 364)

Patienten	n = 208.888
Gesamtrate	1,14%
Vertrauensbereich	1,09 - 1,19%
Krankenhäuser	
Median	1,0%
Spannweite	0,0 – 8,5%
Referenzbereich	≤ 3,6% (95%-Perzentile)
Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Ergebnissen	208 (57%) von 364

Gliederung

BQS-Qualitätsmessverfahren

Umgang mit auffälligen Ergebnissen

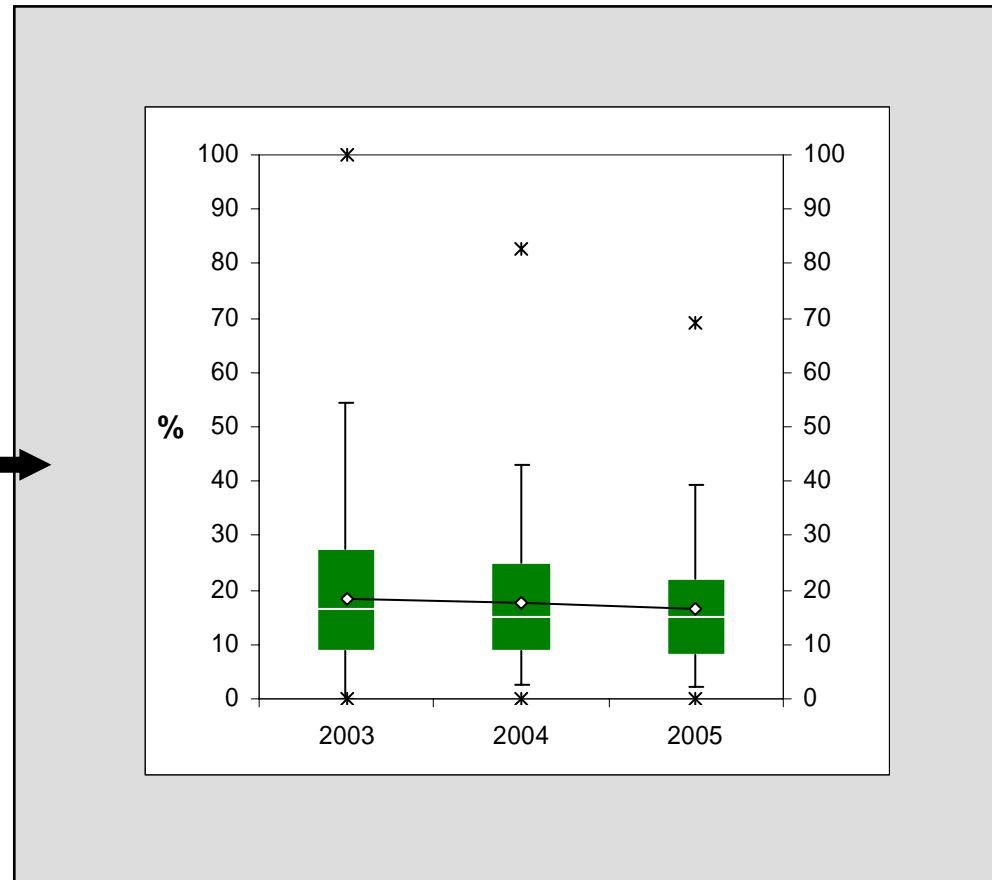
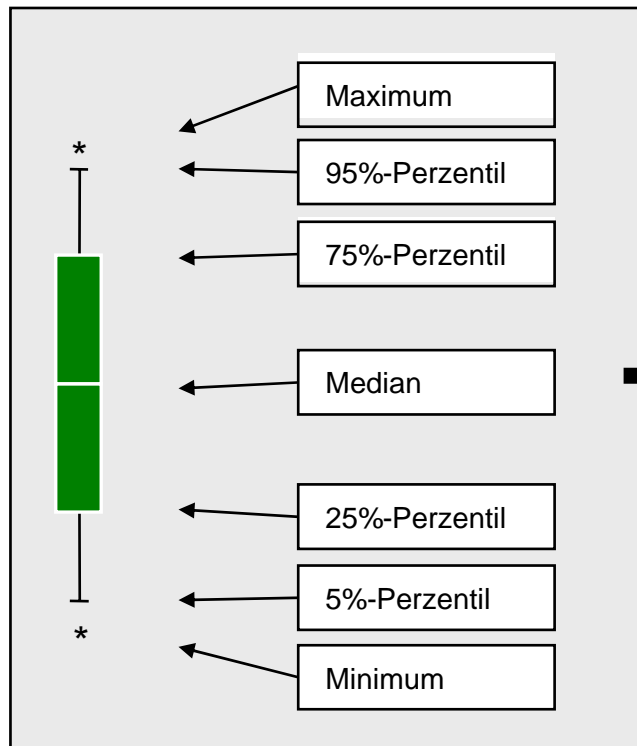
Neue Anwendungsfelder für BQS-Ergebnisse

Ergebnis-Beispiele aus der Herzmedizin 2005

Gesamtbewertung der BQS-Ergebnisse 2005

Ausblick

NEU: Zeitreihen-Darstellung



Herzschrittmacher-Behandlung: Wird das Richtige getan?

BQS-Qualitätsziel:

Möglichst oft **leitlinienkonforme Indikation** bei Herzschrittmacherimplantationen

Indikations-
stellung

Beginn



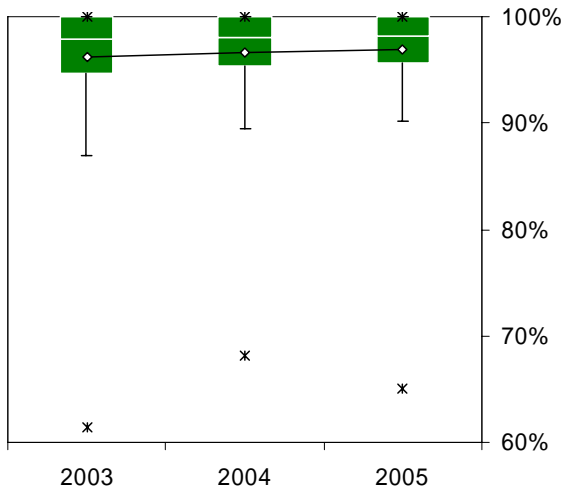
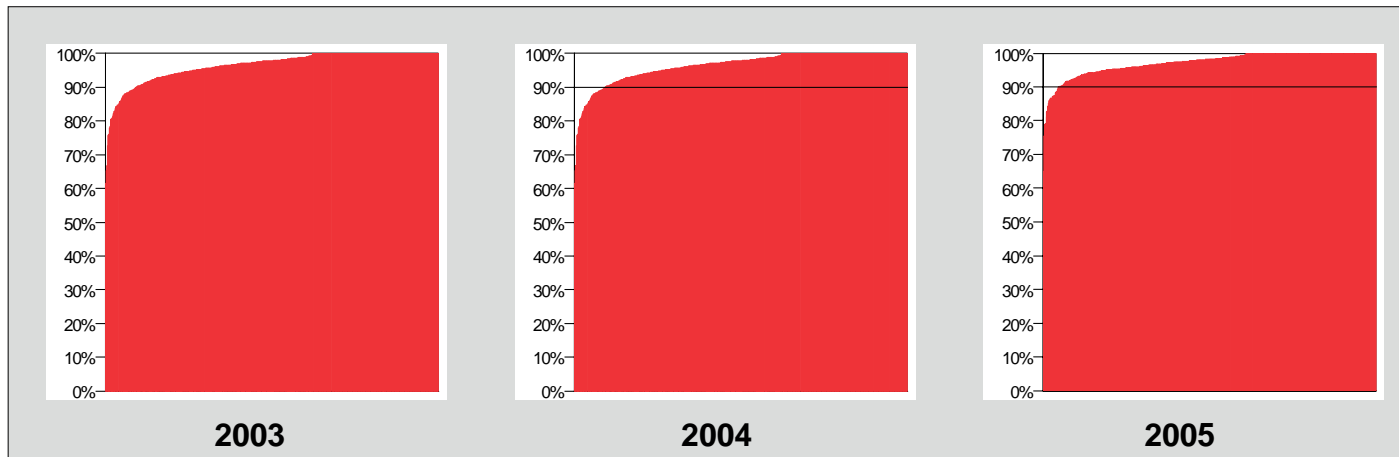
Stationäre Untersuchung und
Behandlung

Ende



Richtiges Herzschrittmachersystem für die vorliegende Herzrhythmusstörung?

Herzschrittmacher-Behandlung: 97% der Entscheidungen nach Leitlinie!



	2003	2004	2005
Patienten	41.429	50.475	53.270
Gesamtrate [%]	96,25	96,63	96,97
Krankenhäuser*	647	748	764
davon auffällig	**	40	35
Referenzbereich [%]	**	>= 90	>= 90
Median [%]	97,8	98,0	98,2
Spannweite [%]	61,4 – 100	68,2 – 100	65,0 – 100

* Krankenhäuser mit >= 20 Fällen in der Grundgesamtheit
 ** keine Angabe, da retrospektiv mit Rechenregel 2005 berechnet

HSM-Erstimplantation 2005: Leitlinienkonforme Indikationsstellung (KeZ 9662)



Herzkatheter-Untersuchungen: Wird das Richtige getan?

BQS-Qualitätsziel:

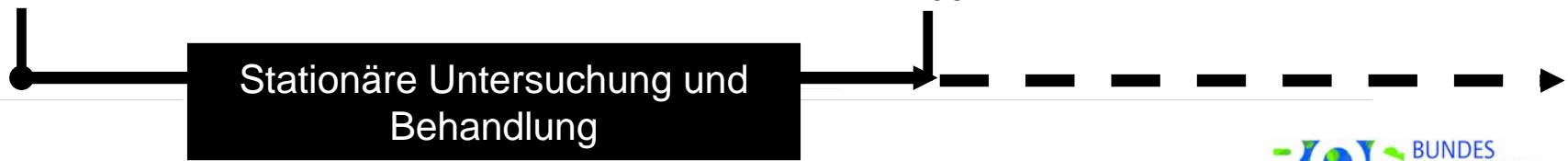
Möglichst oft **Zeichen von Durchblutungsstörungen**
(Ischämie) des Herzens

Indikations-
stellung

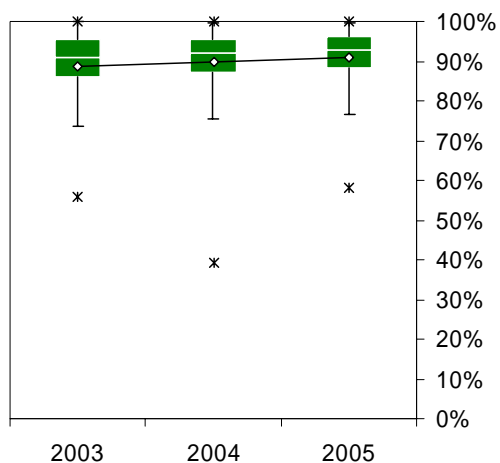
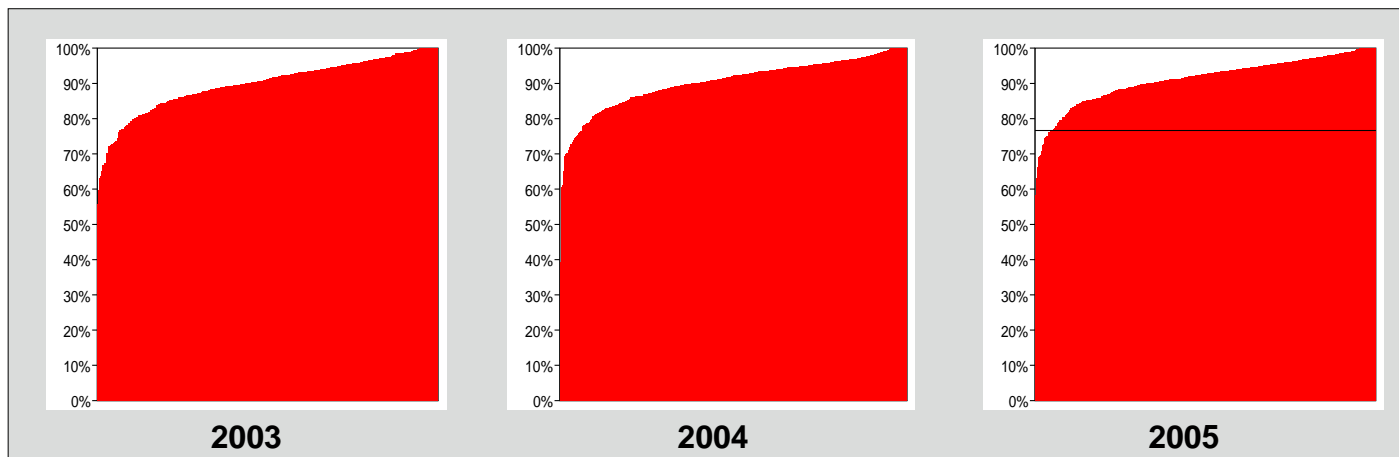


Beginn

Typische Beschwerden des Patienten?
Typische Untersuchungsbefunde?



Herzkatheter-Untersuchungen: 91% mit Indikationskriterien



	2003***	2004	2005
Patienten	282.228	393.699	405.921
Gesamtrate [%]	88,63	89,71	90,80
Krankenhäuser*	327	427	482
davon auffällig	**	**	24
Referenzbereich [%]	**	**	>= 76,6
Median [%]	91,1	92,2	92,7
Spannweite [%]	55,8 - 100	39,2 - 100	58,3 - 100

* Krankenhäuser mit ≥ 20 in der Grundgesamtheit
 ** keine Angabe, da retrospektiv mit der Rechenregel 2005 berechnet
 *** 2003 nur Datensatzversion 6.0

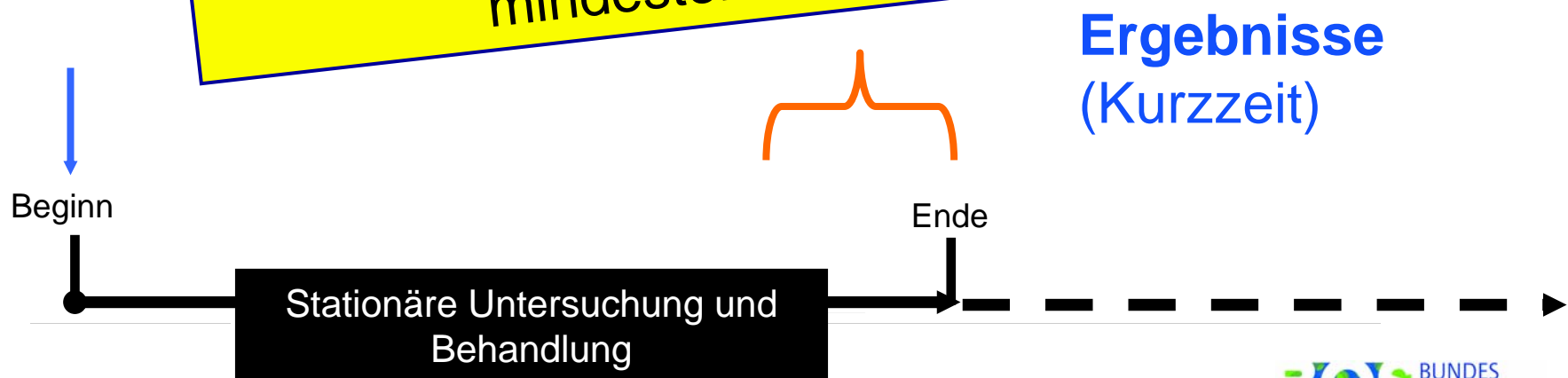
**Koronarangiographie und PTCA 2005:
 Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen (KeZ 43757)**

Katheterintervention an Herzkranzarterien: Was kommt dabei heraus?

BQS-Qualitätsziel:

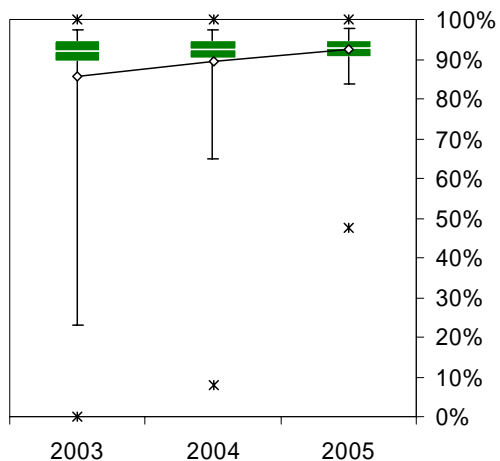
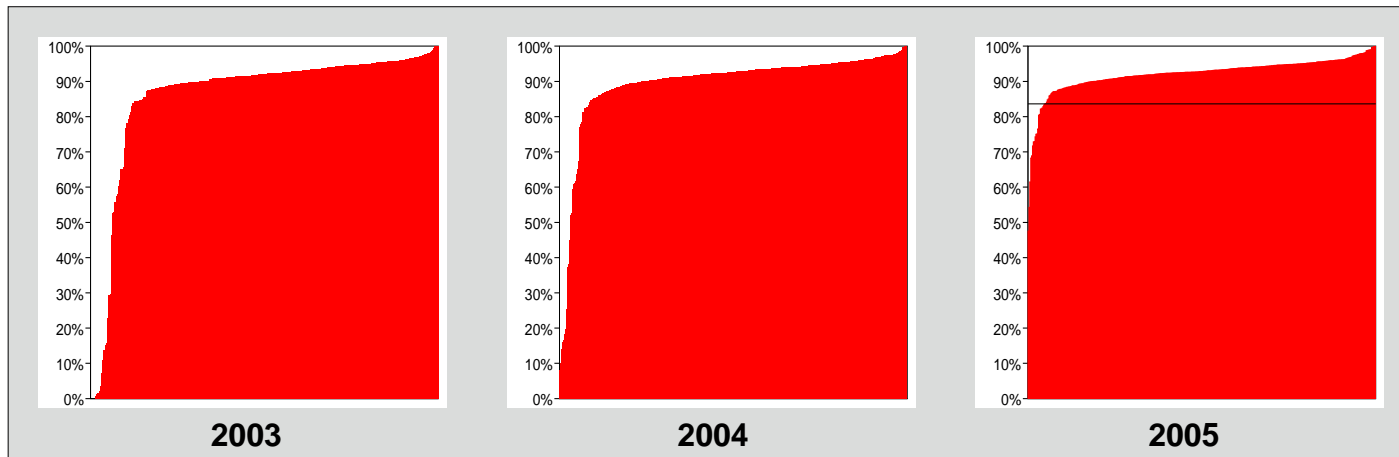
Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PTCA

Betroffenes Gefäß nach Eingriff zu mindestens 50% offen?



Erfolgsgrad: Herzkranzarterie nach PTCA

In **92%** ist sie mindestens halb offen.



	2003***	2004	2005
Patienten	143.630	216.329	236.359
Gesamtrate [%]	85,65	89,43	92,38
Krankenhäuser*	288	364	399
davon auffällig	**	**	19
Referenzbereich [%]	**	**	>= 83,6
Median [%]	92,1	92,6	92,8
Spannweite [%]	0,0 - 100	8,0 - 100	47,5 - 100

* Krankenhäuser mit >= 20 in der Grundgesamtheit

** keine Angabe, da retrospektiv mit der Rechenregel 2005 berechnet

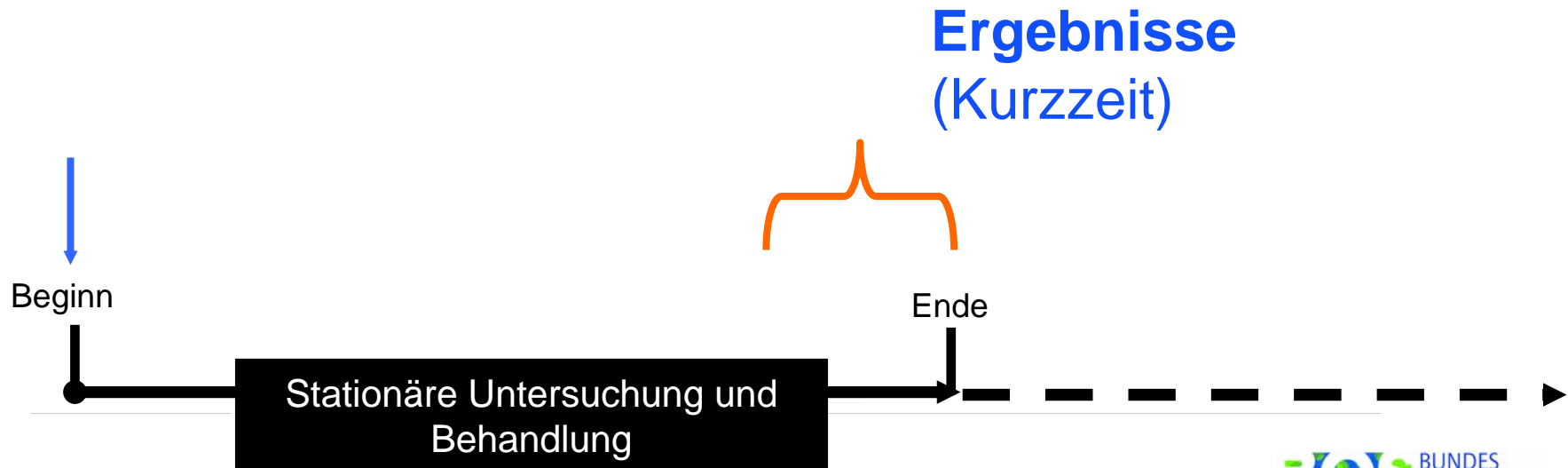
*** 2003 nur Datensatzversion 6.0

**Koronarangiographie und PTCA 2005:
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PTCA (KeZ 69893)**

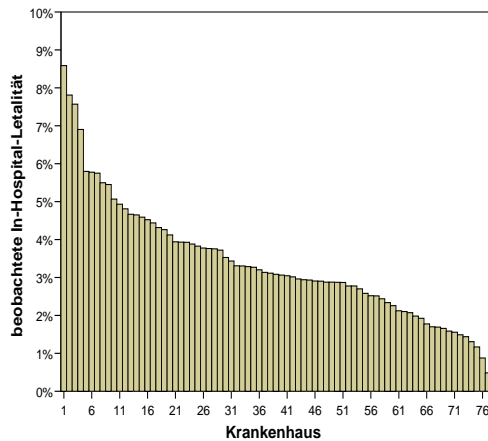
Bypass-Chirurgie am Herzen: Was kommt dabei heraus?

BQS-Qualitätsziel:

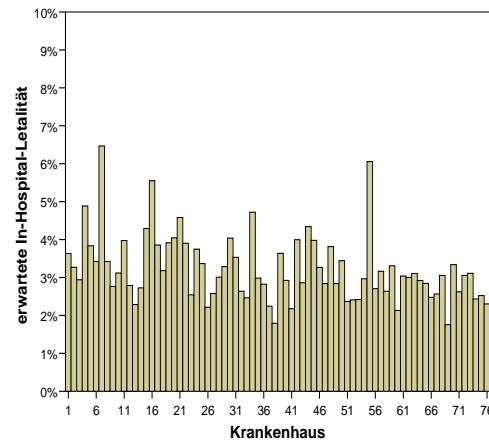
Möglichst **geringe Sterblichkeit**



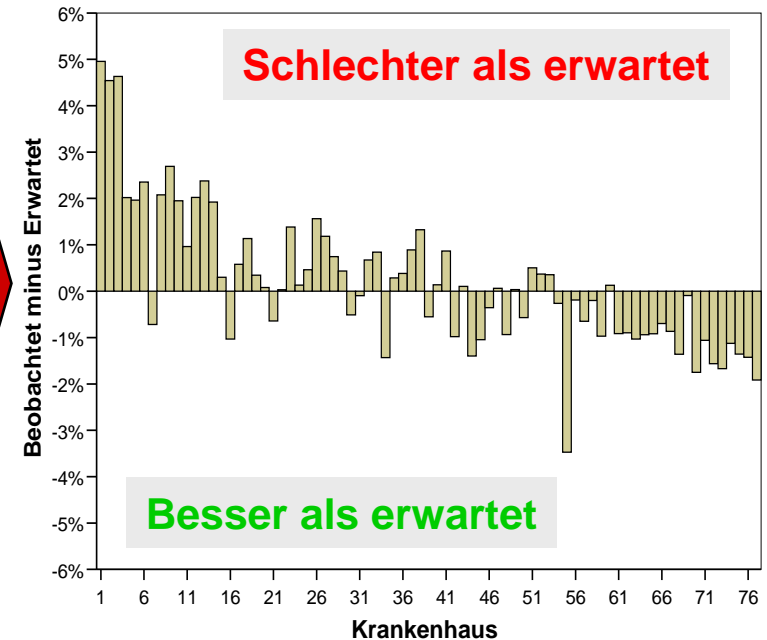
Bypass-Chirurgie am Herzen: Risikoadjustierte Krankenhaus-Sterblichkeit



Beobachtete
Sterberate
(O)

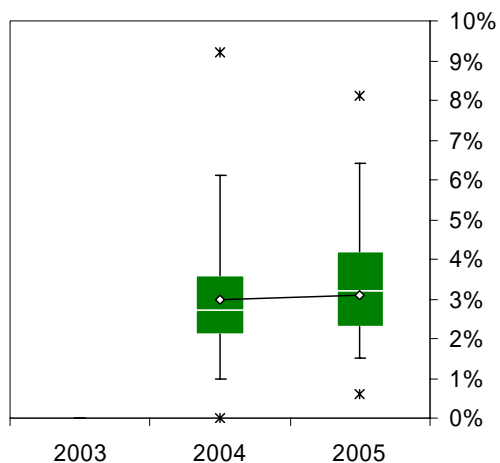
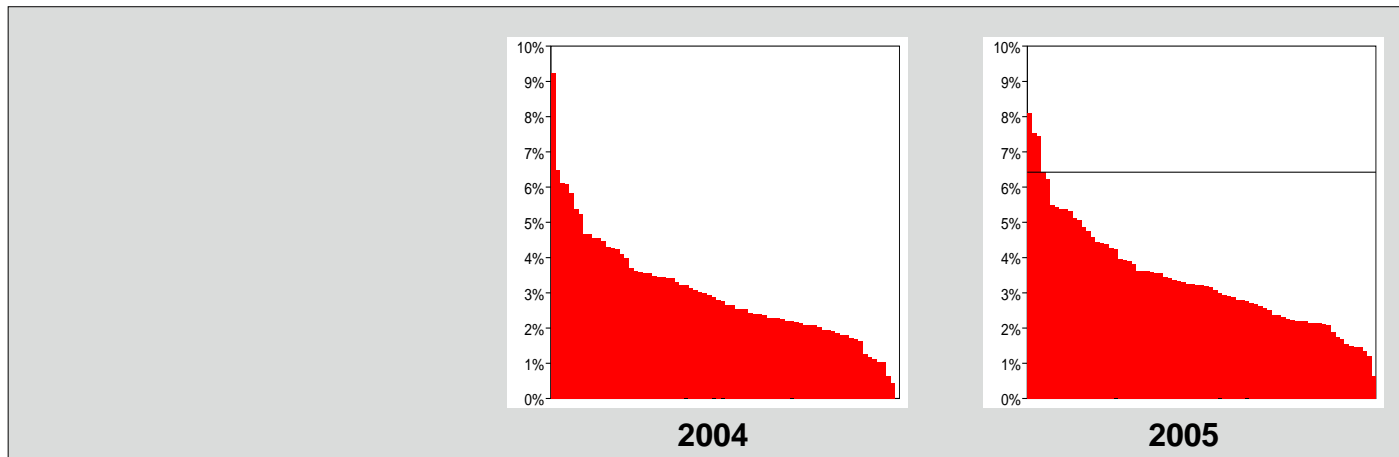


Erwartete
Sterberate
(E)



Risikoadjustierte Sterberate
(O - E)

Bypass-Chirurgie am Herzen: 97% Überleben im Krankenhaus



	2003**	2004	2005
Patienten		48.027	47.033
Gesamtrate [%]		2,97	3,11
Krankenhäuser*		77	77
davon auffällig		–	3
Referenzbereich [%]		–	<= 6,4
Median [%]		2,7	3,2
Spannweite [%]		0,0 – 9,2	0,6 – 8,1

* Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen in der Grundgesamtheit
 ** keine Angabe, da 2003 eine vergleichbare vollständige Information zu den Risikofaktoren Myokardinfarkt und LVEF nicht abbildbar

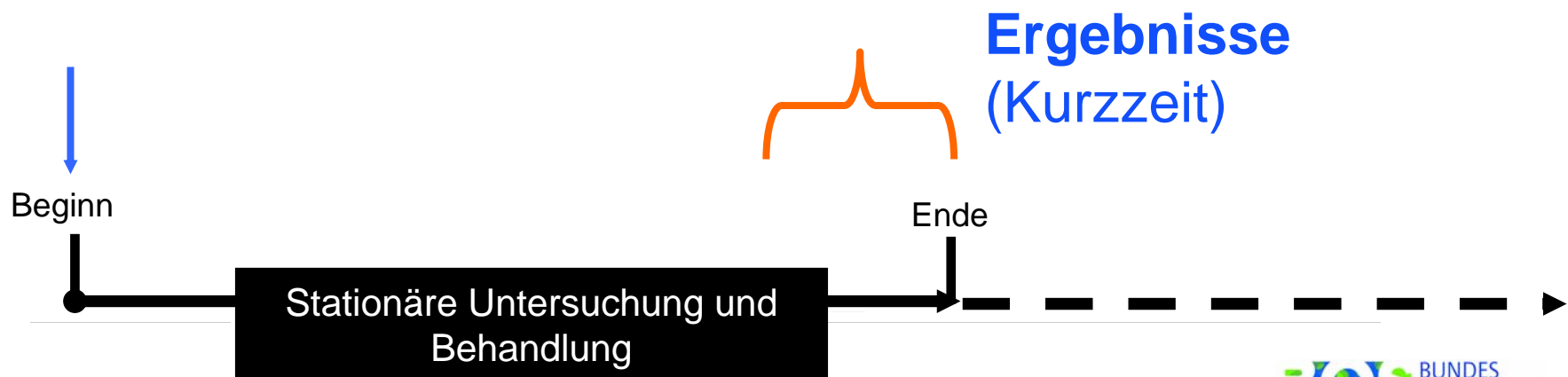
Koronarchirurgie 2005: Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität mit KCH-SCORE (KeZ 69233)



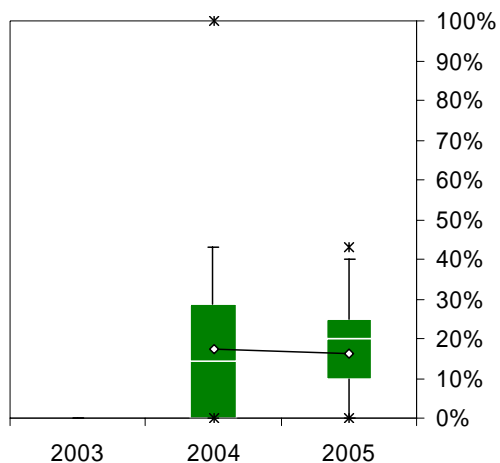
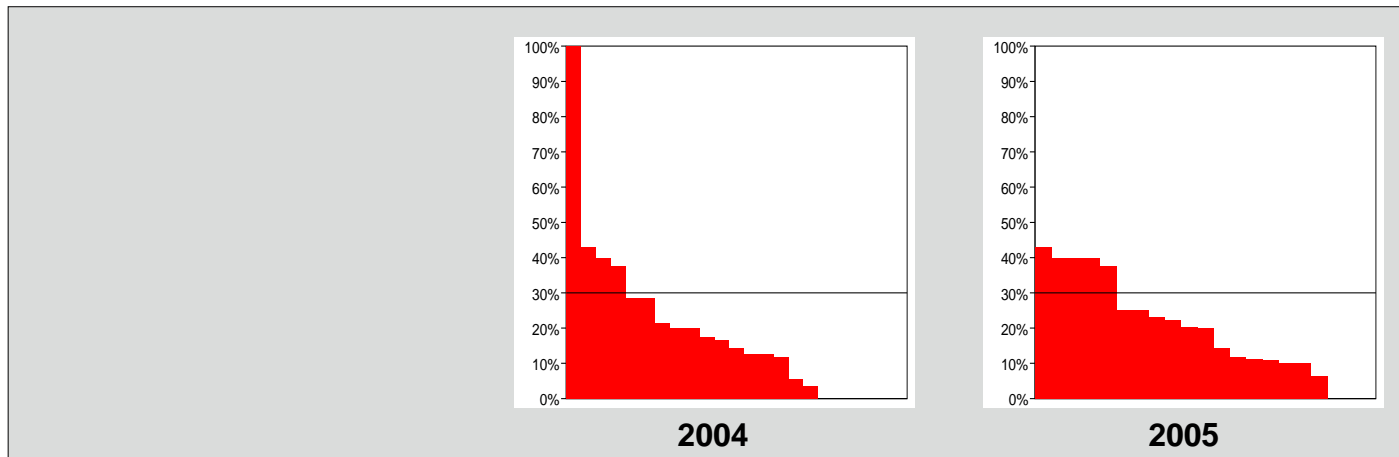
Herztransplantation: Was kommt dabei heraus?

BQS-Qualitätsziel:

Möglichst geringe **In-Hospital**-Letalität



Herztransplantation: 83% Überleben im Krankenhaus



	2003**	2004	2005
Patienten		337	317
Gesamtrate [%]		17,21	16,40
Krankenhäuser*		23	21
davon auffällig		4	5
Referenzbereich [%]		<= 30	<= 30
Median [%]		14,3	20,0
Spannweite [%]		0,0 - 100	0,0 - 42,9

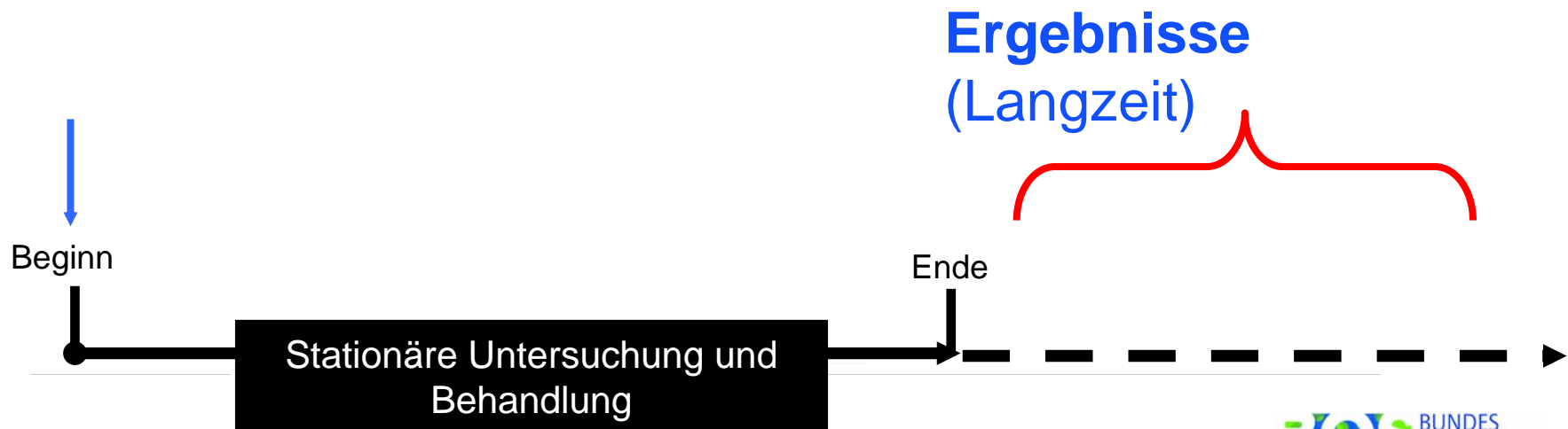
* alle Krankenhäuser in der Grundgesamtheit
** dokumentationspflichtig seit 2004

Herztransplantation 2005: In-Hospital-Letalität (KeZ 65737)

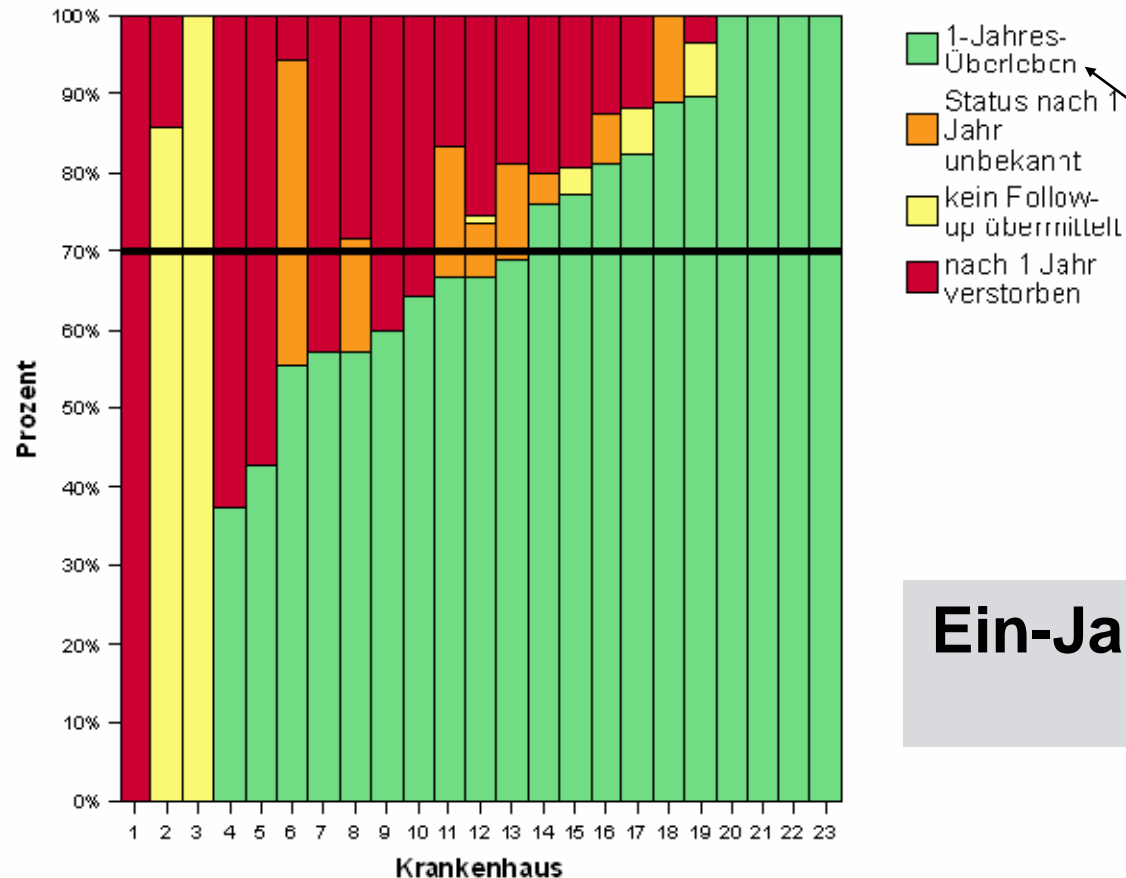
Herztransplantation: Was kommt dabei heraus?

BQS-Qualitätsziel:

Möglichst hohe **Ein-Jahres**-Überlebensrate



Herztransplantierte Patienten: NEU: Verlaufsbeobachtung



**Ein-Jahres-Überlebensrate:
75,65%**

Gliederung

BQS-Qualitätsmessverfahren

Umgang mit auffälligen Ergebnissen

Neue Anwendungsfelder für BQS-Ergebnisse

Ergebnis-Beispiele aus der Herzmedizin 2005

Gesamtbewertung der BQS-Ergebnisse 2005

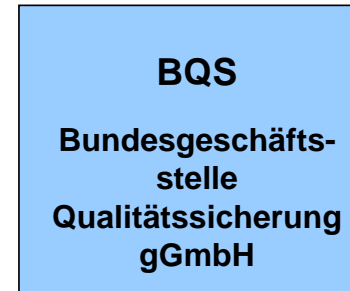
Ausblick

BQS-Bundesdatenpool 2005

Datenflüsse

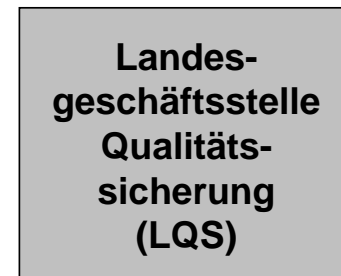
2,624 Mio. Datensätze

Vollständigkeit: **97,81%**



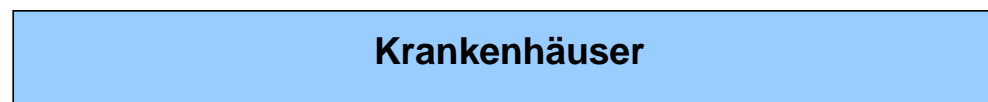
Bundesebene

18 Datenstellen



Landesebene

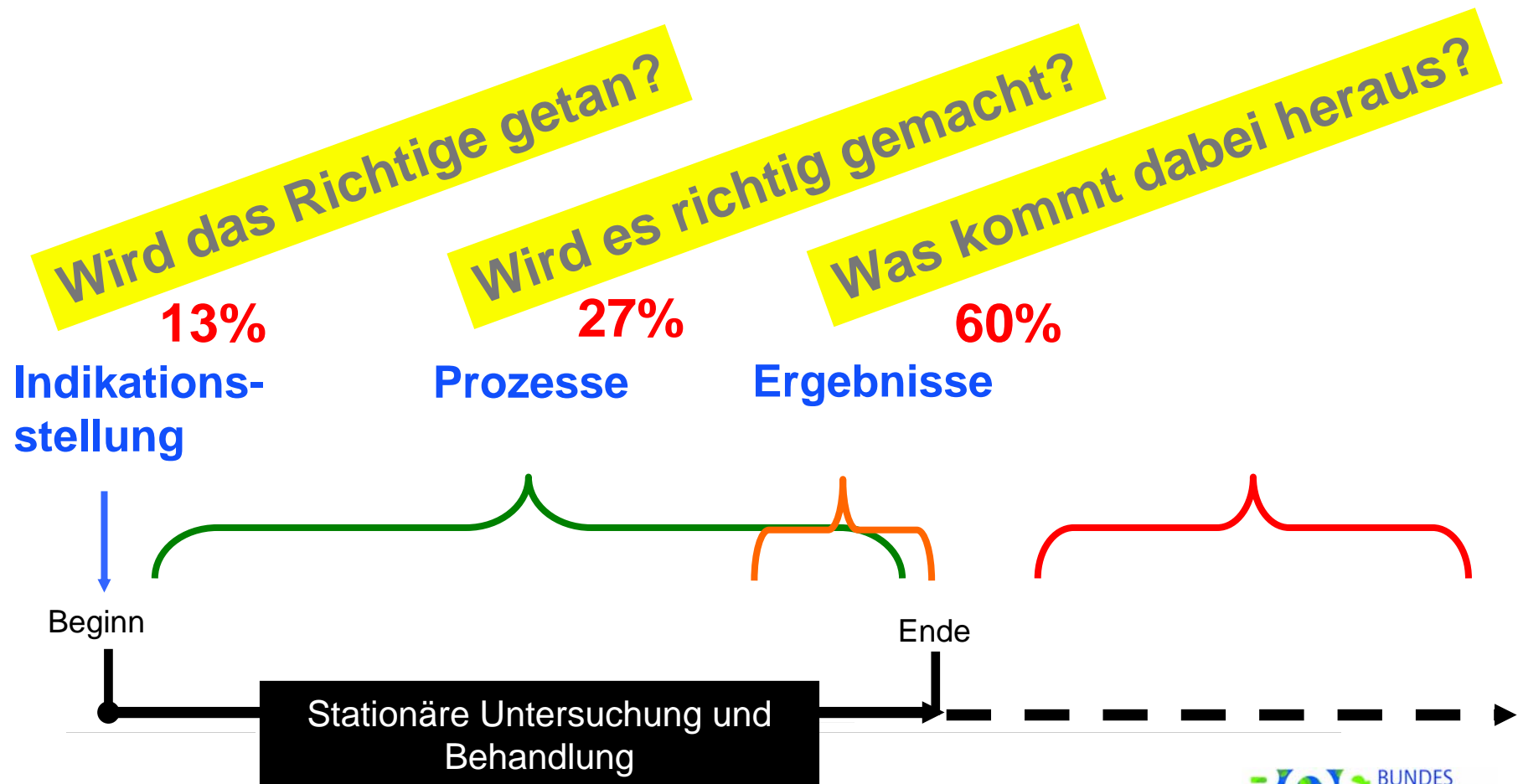
1.708 Krankenhäuser
42 Softwarehersteller



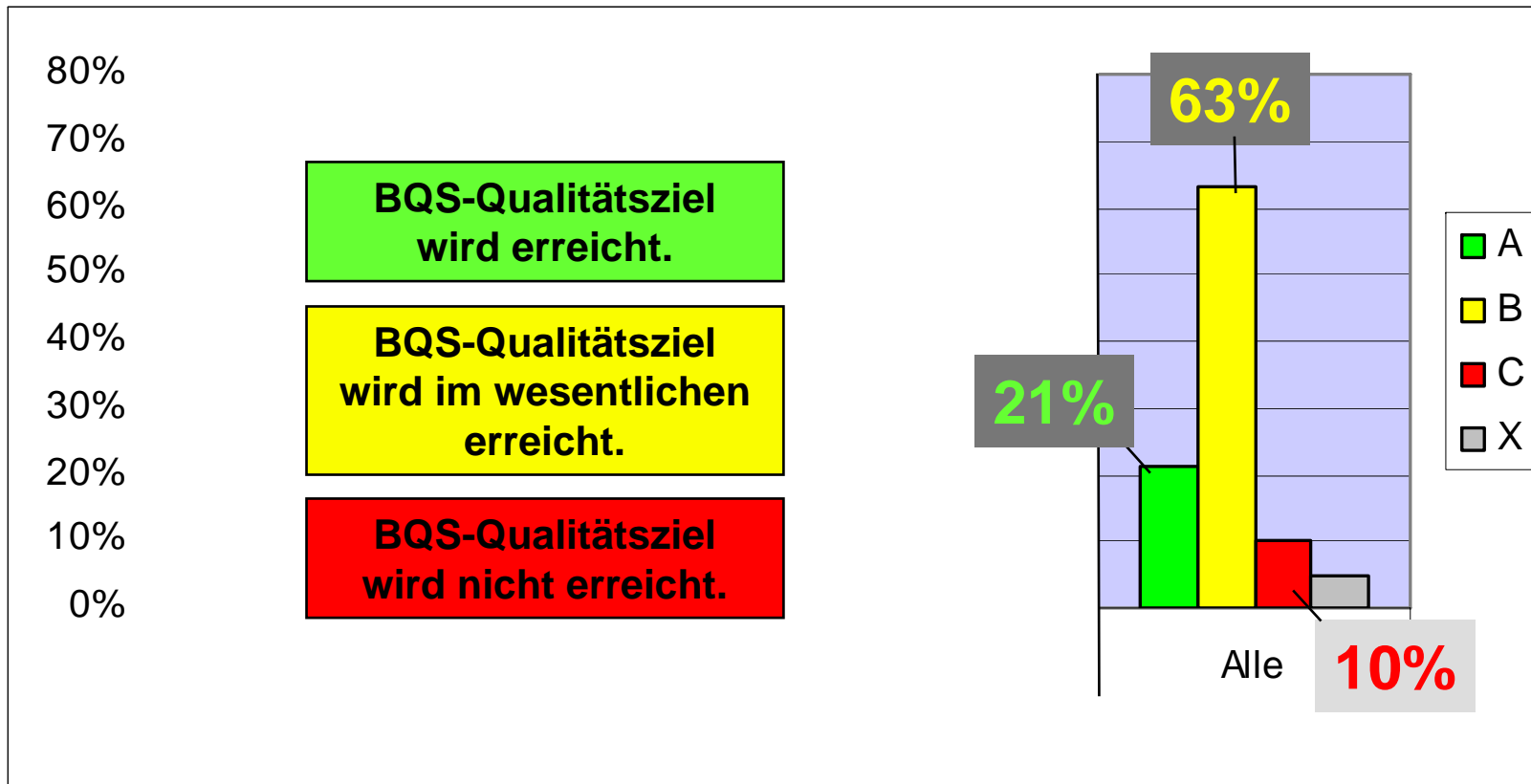
BQS-Stichprobe 2005: Gesunde und kranke Menschen

Neugeborene und ihre Mütter	657.000
Menschen mit	
Herz- und Kreislauferkrankungen	816.000
Dekubitusrisiko	462.000
Frauenerkrankungen	406.000
Knochen- und Gelenkerkrankungen	386.000
Lungenentzündung	187.000
Gallenblasenerkrankung	171.000

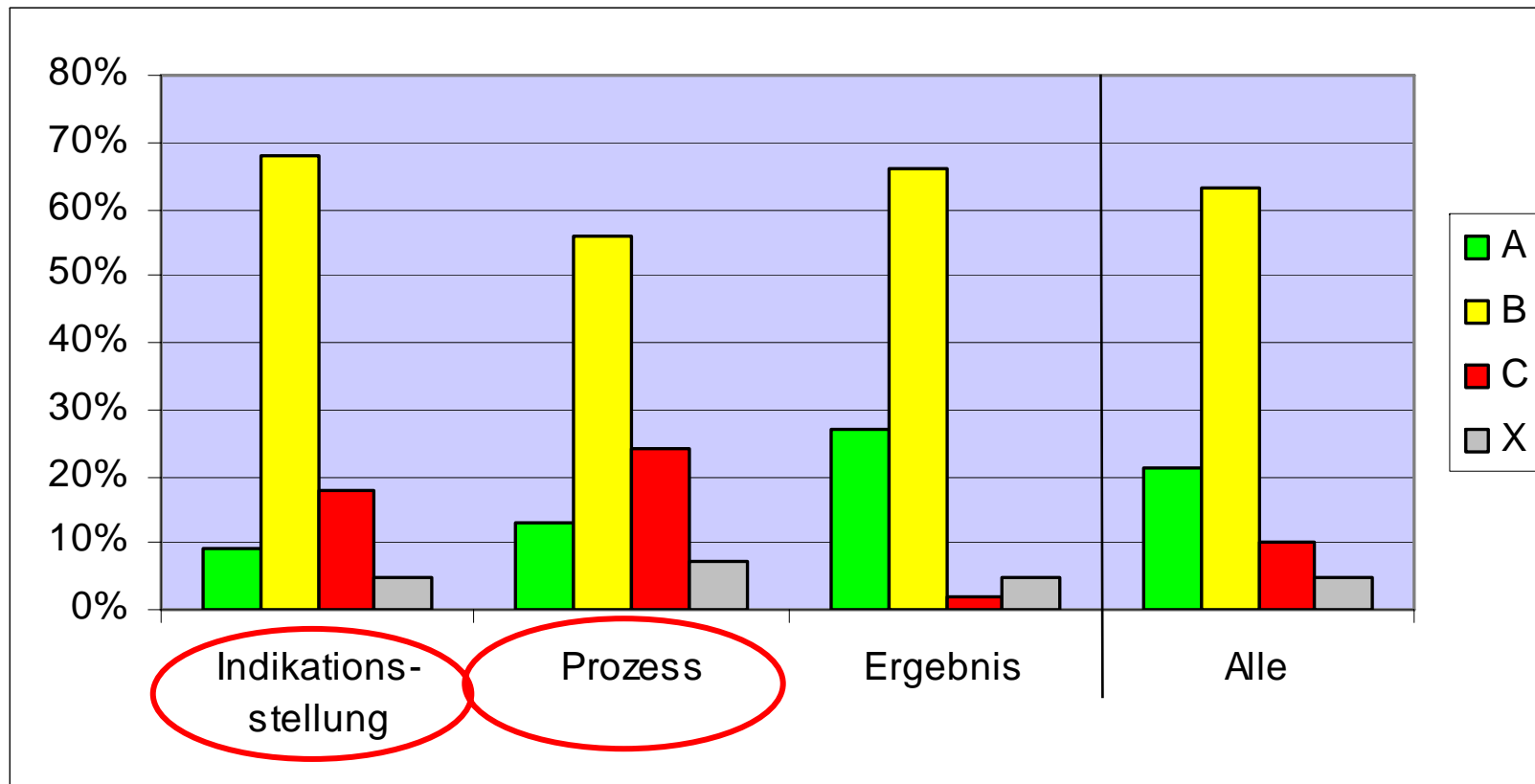
169 BQS-Qualitätsziele 2005: Was wurde untersucht?



169 BQS-Qualitätsziele 2005: Ziele erreicht?

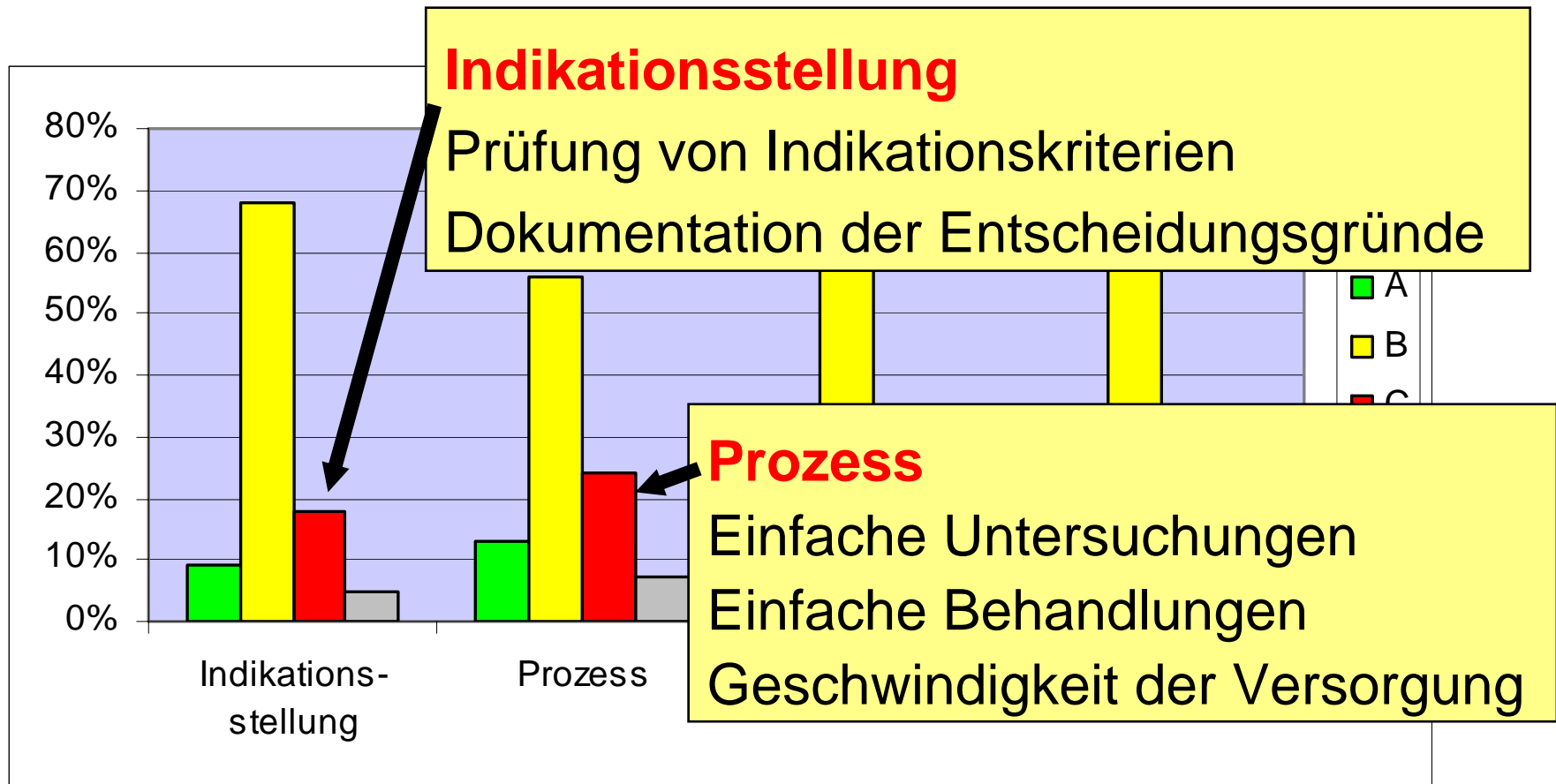


BQS-Qualitätsziele 2005: Ansatzpunkte für Verbesserungen



Quelle: Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2005. Düsseldorf 2006. S. 14-17

BQS-Qualitätsziele 2005: „Problemzonen“



Gliederung

BQS-Qualitätsmessverfahren

Umgang mit auffälligen Ergebnissen

Neue Anwendungsfelder für BQS-Ergebnisse

Ergebnis-Beispiele aus der Herzmedizin 2005

Gesamtbewertung der BQS-Ergebnisse 2005

Ausblick

Warum Qualität sichtbar machen?

Anwendungsfelder und Perspektive

1. Interne Unternehmenssteuerung
2. Verbesserung der Versorgung durch Intervention im geschützten Raum
3. Öffentlicher Vergleich
4. Gestaltung von Verträgen und Entgelten
5. Versorgungsgestaltung
- 6. Entscheidungen der Verbraucher**

BQS-Modellprojekt: Gütekriterien für Qualitätsindikatoren

Auftrag des G-BA an BQS

Identifizieren der für die Information von Patienten und Versicherten geeigneten BQS-Qualitätsindikatoren.

Methode

Transparente und nachvollziehbare Bewertung der BQS-Qualitätsindikatoren anhand von Gütekriterien.

Gleichberechtigte Teilnahme aller Fachgruppen-Mitglieder.

Strukturiertes und anonymes Vorgehen.

BQS-Modellprojekt „Gütekriterien“

Projektschritte

1. Umfassende **Recherche** von Gütekriterien
(Embase; Medline; Internetseiten von Institutionen, die Qualitätsindikatoren einsetzen)
2. Erstellen eines **Katalogs methodischer Gütekriterien**
3. Klare und eindeutige **Definition** für alle Gütekriterien
4. **Operationalisierung** für alle Gütekriterien
5. Identifizieren von **Gütekriterien mit besonderer Bedeutung für die öffentliche Berichterstattung**

Wissenschaftliche Unterstützung:

Prof. Dr. Geraedts, Düsseldorf; Prof. Dr. Jäckel, Freiburg

Kategorie	Gütekriterium
Relevanz	Bedeutung des mit dem QI erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
	Nutzen
	Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz
	Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)
	Reliabilität
	Statistische Unterscheidungsfähigkeit
	Risikoadjustierung
	Sensitivität
	Spezifität
	Validität
Praktikabilität	Verständlichkeit für Patienten und Versicherte
	Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende
	Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung
	Datenverfügbarkeit
	Erhebungsaufwand
	Implementationsbarrieren berücksichtigt
	Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
	Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden
	Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden

Markierte Gütekriterien müssen bewertet werden für die Zielsetzung „Veröffentlichung im Qualitätsbericht“

Kategorie	Gütekriterium		
Relevanz	Bedeutung des mit dem QI erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem		
	Nutzen		
	Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen		
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz		
	Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)		
	Reliabilität		
	Statistische Unterscheidungsfähigkeit		
	Risikoadjustierung		
	Sensitivität		
	Spezifität		
	Validität		
Praktikabilität	Verständlichkeit für Patienten und Versicherte		
	Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende		
	Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung		
	Datenverfügbarkeit		
	Erhebungsaufwand		
	Implementationsbarrieren berücksichtigt		
	Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden		
	Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden		
	Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden		
BQS-Fachgruppe	Biometrie + BQS-Fachgruppe	MP und ggf. BQS-Fachgruppe	BQS

Ziel:

Erfolgsgrad sichtbar machen!

Miteinsatz

Erfolgsgrad

Kosten + Leistung

Qualität

Leistungsmengen

Ausgaben

Personal- und Sachkosten

Patientenrelevante Kennzahlen

Medizinische Kennzahlen

Pflegerische Kennzahlen

GELD

GEGENWERT

Qualität in der Gesundheitsversorgung: Eckpfeiler

Gesamtkonzept zur Versorgungsqualität

Integration aller Beteiligten

Fairness beim Leistungsvergleich

Öffentliche Diskussion von Ergebnissen

Anwendung in der täglichen Versorgung

Kontakt

BQS

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH

Kanzlerstrasse 4, D-40472 Düsseldorf

Telefon: 0211-280729-0

eMail: info@bqs-online.de

<http://www.bqs-online.de>

<http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de>

<http://www.bqs-outcome.de>

<http://www.bqs-qualitaetsreport.de>

