

Wirksamkeit von Plan. QI - Lessons Learned für die datengestützte QS -

14. Qualitätssicherungskonferenz
24. November 2023

Dr. Britta Zander-Jentsch- IQTIG

(basiert auf Zusammenarbeit mit Dr. Ruth Waldherr, Franziska Reber, Nele Philipzik, Stefan Gehrig & Dr. Silvia Klein)

Plan. QI: Welches Ziel sollte erreicht werden?

§ Qualität als Ziel der Krankenhausplanung (§ 1 Abs. 1 KHG)

§ „Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine **qualitativ hochwertige, patienten- und** bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, **qualitativ hochwertig und** eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“

§ „Plankrankenhäuser, die nach in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben **nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität** aufweisen [...], sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides **ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.**“ (§ 8 Abs. 1b KHG)

§ Übermittlung einrichtungsbezogener Auswertungsergebnisse und Bewertungskriterien an Landesbehörden

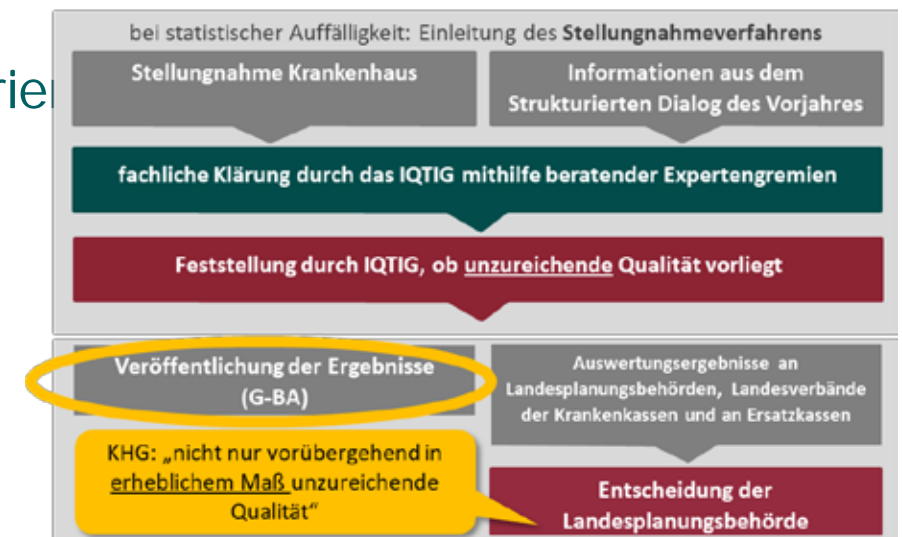
§ Verkürzung und Vereinheitlichung des Strukturierten Dialogs

Plan. QI: Wie wurden diese Ziele durch die Richtlinie operationalisiert

§ Das plan. QI-Verfahren

- § berücksichtigt statistische Unsicherheit bei den auffälligen Ergebnissen,
- § prüft die QS-Dokumentation der Leistungserbringer (LE) systematisch,
- § gibt den LE die Möglichkeit, die statistisch auffälligen Ergebnisse zu erklären, und
- § macht die Ergebnisse final der Öffentlichkeit und politischen Entscheidungsträgern zugänglich.

Ø Kurzer Zeitraum (8 Monate), bundeseinheitliche Kriterien



Evaluation der Richtlinie: Wurden die Ziele erreicht?

- § Im April 2018 Beauftragung der Begleitevaluation der Richtlinie:
 1. Praktikabilität und Umsetzung der geregelten Prozesse in Einführungsphase
 2. Anhand zu entwickelnder Kriterien prüfen, ob die Ziele der RL erreicht wurden (Bewertung der Zweckmäßigkeit gemäß § 2 plan. QI-RL)

- § Identifizierung von insgesamt 8 (5) Kriterien, die 3 Bereichen zugeordnet wurden:

§ Planungsrelevanz der plan. QI

§ Übermittlung von Auswertungsergebnissen sowie Bewertungskriterien

§ Bundesweit einheitliche, qualitätsorientierte Entscheidungen

Limitationen

- I. **„Planungsrelevanz der plan. QI“**: grundsätzliche **Prüfvoraussetzungen** (insb. „Planungsrelevanz der plan. QI“) nicht gegeben bzw. erschwert, da aufgrund der Öffnungsklausel für die Bundesländer (gemäß § 6 Abs. 1a KHG) die Geltung durch Landesrecht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden konnte
 - ∅ daher Fokus auf:
 - § Anwendung der plan. QI-Ergebnisse durch LPB und LV der KK und Ersatzkassen
- II. **„Bundesweit einheitlichen qualitätsorientierten Entscheidungen“**: Entscheidungen zu Aufnahme oder Verbleib eines LE im Krankenhausplan an die Feststellung einer „in erheblichem Maße unzureichenden“ Qualität gebunden (§ 8 Abs. 1 b KHG) → bisher nicht erfolgt, da keine Weiterbeauftragung → **daher Kriterien zur Bewertung ausgesetzt**

Evaluationskriterien

Kriterien	Bereich
Kriterium 1: Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Landeskrankenhausplanung	<i>Planungsrelevanz der plan. QI</i>
Kriterium 2: Nutzung der und Ableitung von Konsequenzen aus den Ergebnissen der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V	<i>Planungsrelevanz der plan. QI</i>
Kriterium 3: Indikatoren werden gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege kontinuierlich weiterentwickelt	<i>Planungsrelevanz der plan. QI</i>
Kriterium 4: Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien durch die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (als Voraussetzung zur Nutzung)	<i>Übermittlung von Auswertungsergebnissen</i>
Kriterium 5: Nutzerfreundlichkeit (i. S. v. guter Verständlichkeit und Anwendung) des Darreichungsformats der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien	<i>Übermittlung von Auswertungsergebnissen</i>

Kriterium 1: Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der plan. QI im Rahmen der Landeskrankenhausplanung

- § Die Landesplanungsbehörden wurden jährlich angeschrieben (2018 – 2023)
 - § Angaben zu Anzahl an Krankenhäuser mit Fachabteilungen; Schließungen aus Qualitätsgründen, sowie
 - § Informationen zur Geltung und Nutzung der plan. QI sowie zum „Behördenverfahren“ und zu weiteren Qualitätsanforderungen für Krankenhausplanung (KHP)
- § Rücklaufquote:
 - § 2018 – 2019: Rückmeldungen aus 13 Bundesländern (BL)
 - § 2020 – 2022: 8 BL (2020), 12 BL (2021) 5 BL (2022), 15 BL (2023)
 - Bayern und Saarland: Rückmeldungen (RM) zu jedem Abfragejahr; Hessen: keine RM
- § Bereitgestellte Informationen sehr heterogen
- § **Wichtig:** Dargestellte Informationen sind selbstberichtet

Kriterium 1: Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der plan. QI im Rahmen der Landeskrankenhausplanung

Geltung der plan. QI durch Landesrecht (§ 6 Absatz 1a Satz 2 KHG)

- § Geltung: 7 Bundesländer (BE; HB; HH; HE; NI; SL; SN)
- § Geltung ausgeschlossen: 9 Bundesländer (BW; BY; BB; MV; NW; RP; ST; SH; TH)

Wie sieht so eine Nutzung aus?

- § **Brandenburg:** Dialog mit LE sowie Einleitung qualitätsfördernder Maßnahmen
- § **Bremen, Niedersachsen:** Beratung der Ergebnisse mit KH-Trägern/KH-Gesellschaft
- § **Saarland:** Dialog mit KH zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Keine Nutzung → 9 BL (BW, BE, MV, NW, RP, SN, ST, SH, TH) – **Hessen?**

Schließungen → Erfolgte bzw. geplante Schließungen aus Qualitätsgründen: Keine über den gesamten Abfragezeitraum nach RM der 15 BL

Kriterium 1: Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen d
plan. QI im Rahmen der Landeskrankenhausplanung

Einrichtung eines Behördenverfahrens: Formalisierter Verwaltungsakt (7 BL)

- Ø Reicht von Austausch mit dem Krankenhaus nach „unzureichender Qualität“ (**Saarland**), über
- Ø Etablierung eines Verfahrens mit Einforderung Stellungnahme und Einleitung von Maßnahmen zur Beseitigung des Mangels (**Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern**)
- Ø **Nordrhein-Westfalen** geht mit einem 3-stufigen Verfahren einen Schritt weiter und setzt bei Nichterfüllung der Maßnahmen eine Frist durch die Aufsichtsbehörde und ggf. Anwenden von Sicherheitsmaßnahmen (Bsp. Verzicht auf Durchführung med. Leistungen) und als letzten Schritt ggf. Prüfen des Feststellungsbescheids (ähnlich auch **Sachsen-Anhalt**)
- Ø **Hamburg** befasst sich im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung mit den Fällen

Evaluationskriterien

Kriterien	Bereich
Kriterium 1: Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Landeskrankenhausplanung	<i>Planungsrelevanz der plan. QI</i>
Kriterium 2: Nutzung der und Ableitung von Konsequenzen aus den Ergebnissen der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V	<i>Planungsrelevanz der plan. QI</i>
Kriterium 3: Indikatoren werden gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege kontinuierlich weiterentwickelt	<i>Planungsrelevanz der plan. QI</i>
Kriterium 4: Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien durch die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (als Voraussetzung zur Nutzung)	<i>Übermittlung von Auswertungsergebnissen</i>
Kriterium 5: Nutzerfreundlichkeit (i. S. v. guter Verständlichkeit und Anwendung) des Darreichungsformats der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien	<i>Übermittlung von Auswertungsergebnissen</i>

Kriterium 3: Kontinuierliche Weiterentwicklung der QI


- § Indikatoren sollen gemäß Gesetzesbegründung zum KHSG dem aktuellen wissenschaftlichem und fachlichen Stand der Forschung entsprechen
- § inhaltliche Vorschläge zur Verfahrenspflege des IQTIG bzgl. der fachlichen Weiterentwicklung der Verfahren und Erhöhung der Validität der Datenfelder → größtenteils durch G-BA abgelehnt
 - § Begründung: „allenfalls solche Änderungen der beschlossenen [...] Indikatoren [sind] vorzunehmen, soweit diese nicht mehr mit dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse in Einklang zu bringen [...] und deren entsprechende Anpassung keinen Aufschub dulde“
 - § Hintergrund war Auflage des BMG, dass mit neuen Indikatoren die Feststellung einer „in erheblichem Maße unzureichenden“ Qualität (§ 8 Abs. 1 b KHG) ermöglicht werden müsste → nach Auffassung des G-BA würde bei jeder inhaltlichen Änderung ein Indikator vorliegen (für den das „erheblich“ gelten sollte)
 - § Eine diesbezügliche Methodik, auf der die Definition der „in erheblichem Maße unzureichenden Qualität“ aufbaut, ist vom G-BA bisher aufgrund der (gesetzlichen) Vorgaben nicht beschlossen

Beurteilung der Evaluationskriterien

Kriterien	Erfüllt?
Kriterium 1: Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Landeskrankenhausplanung	teilweise erfüllt
Kriterium 2: Nutzung der und Ableitung von Konsequenzen aus den Ergebnissen der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V	teilweise erfüllt
Kriterium 3: Indikatoren werden gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege kontinuierlich weiterentwickelt	nicht erfüllt
Kriterium 4: Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien durch die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (als Voraussetzung zur Nutzung)	erfüllt
Kriterium 5: Nutzerfreundlichkeit (i. S. v. guter Verständlichkeit und Anwendung) des Darreichungsformats der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien	erfüllt

Zwischenfazit

- § Der intendierte Einfluss des plan. QI-Verfahrens auf die Umsetzung krankenhauplanerischer Maßnahmen zum derzeitigen Zeitpunkt nicht eindeutig festzustellen
- ∅ Dennoch:
 - § jährliche Abfragen zeigt positive Resonanz, Qualität bei der Krankenhausplanung steuernd zu berücksichtigen
 - § auch wenn bisherige Maßnahmen eher Fokus auf Qualitätsförderung statt Krankenhausplanung (= *fehlende Rechtssicherheit und Fachabteilungsbezug*)
 - § Wir nehmen an, dass der Dialog mit den Landesplanungsbehörden (sowie die veröffentlichten Ergebnisse) weitaus mehr Anreize auf Krankenhäuser ausüben kann als bisherige Qualitätsförderungsmaßnahmen.
- § Bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zeigt sich noch deutlicher die Bereitschaft, Qualitätsergebnisse im Rahmen von Versorgungsverträgen zu nutzen



Hat es sich dennoch gelohnt?

- § Verbesserung Versorgung
- § Verbesserung Dokumentationsverhalten (?)

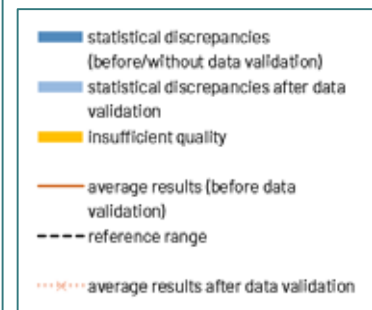
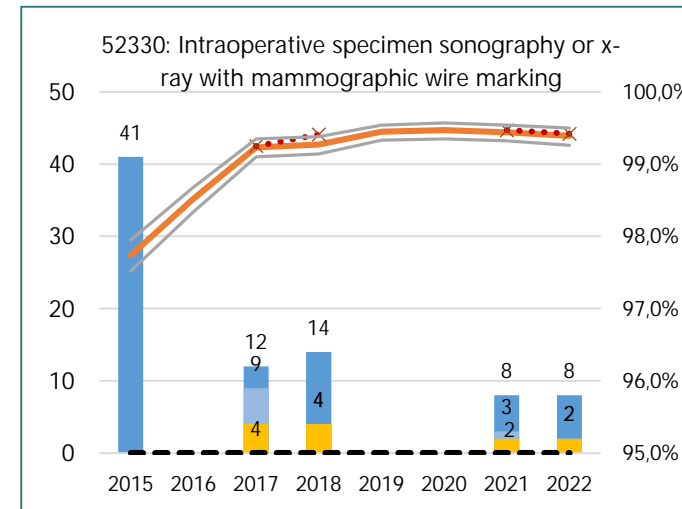
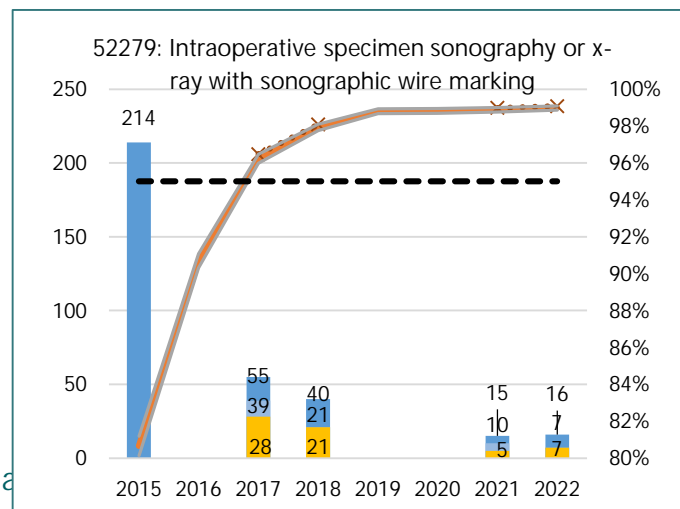
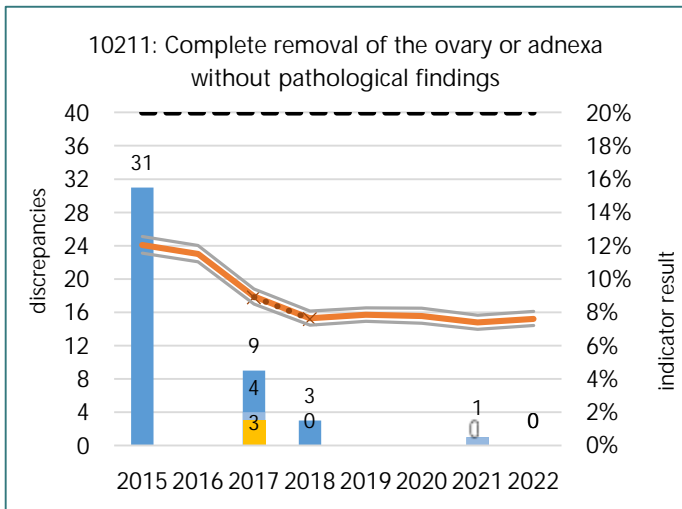
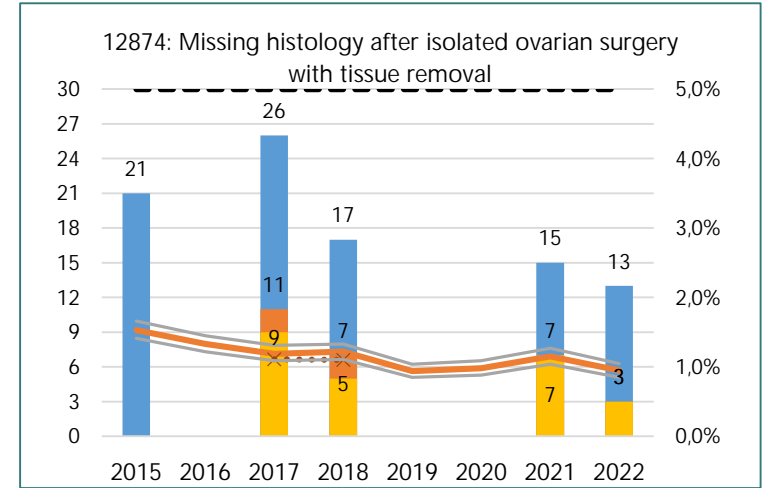
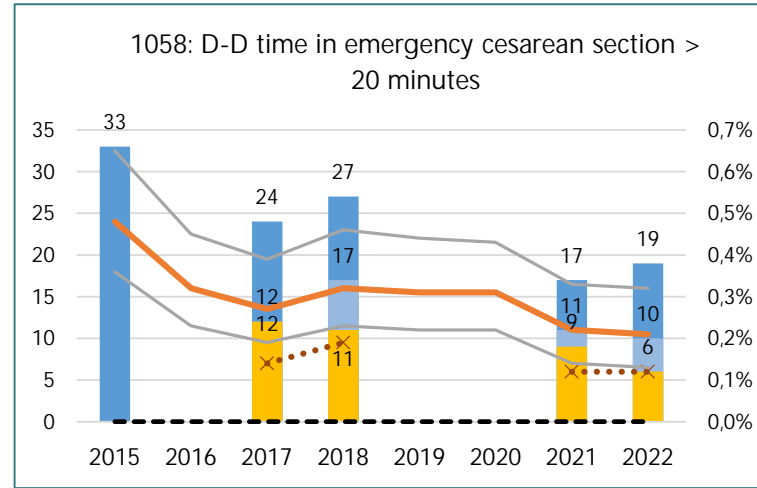
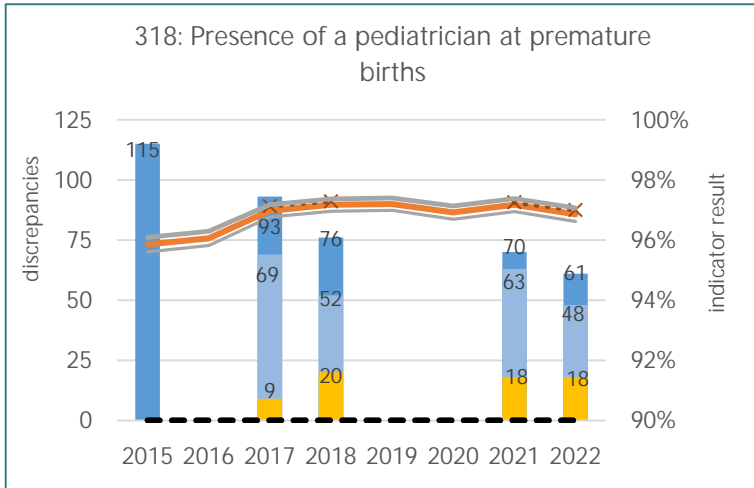
Verbesserung der Versorgungsqualität: Was konnten wir beobachten?

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung		statistisch auffällig nach Datenvalidierung		Bewertung „unzureichende Qualität“	
	EJ 2017	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2022
Gynäkologische Operationen (15/1): Anzahl Auffälligkeiten (Anzahl Standorte)	37 (37)	14 (14)	16 (16)	3 (3) Rückgang um 81%	13 (13)	3 (3)
Perinatalmedizin: Geburtshilfe (16/1): Anzahl Auffälligkeiten (Anzahl Standorte)	150 (141)	85 (81)	97 (94)	62 (58) Rückgang um 37%	28 (28)	28 (26)
Mammachirurgie (18/1): Anzahl Auffälligkeiten (Anzahl Standorte)	71 (68)	27 (25)	50 (47)	11 (11) Rückgang um 78%	32 (31)	9 (9)
Anzahl Auffälligkeiten Gesamt (Standorte)	258 (223)	126 (117)	163 (151)	76 (71) Rückgang um 54%	73 (71)	40 (38)

Verbesserung der Versorgungsqualität: Was konnten wir beobachten?

- § Positiver Trend bei der Anzahl an stat. Auffälligkeiten sowie den Ergebnissen mit der Bewertung „unzureichender Qualität“ erkennbar:
 - § insbesondere in den QS-Verfahren **Gynäkologische Operationen** und **Mammachirurgie**
 - § im **QI 318** „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (**Perinatalmedizin: Geburtshilfe**) war ein Anstieg an QI-Ergebnissen mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ zu verzeichnen
- § Kernfrage: *Können die positiven Effekte der Versorgungsqualität der Einführung der plan. QI-RL zugeschrieben werden?*
 - § wir wissen nicht um die Entwicklung der Indikatoren ohne Einführung der Richtlinie (generelles Problem bei Messen des Policy Impact bei Beobachtungsdaten)
 - § Bsp: Neue Technologien, erhöhte Gesundheitsausgaben oder neue evidenzbasierte klinische Verfahren können Outcomes und Prozesse auch verbessern

Verbesserung der Versorgungsqualität: Ausgewählte Ergebnisse



Können wir einen Einfluss der Richtlinie auf die Versorgungsqualität messen? *Vorgehen, Annahmen, Daten*

§ Vorgehen:

- § Vergleich Vorher-/ Nachher-Trend in den plan. QI mit Nicht-plan. QI
- § Voraussetzung möglichst hohe Vergleichbarkeit zwischen Gruppen → Kriterien
- § Reife im Regelbetrieb (2013 – 2020), fester Referenzbereich, keine Sentinel-Outcome-QI, keine Risikoadjustierung, Vergleichbarkeit

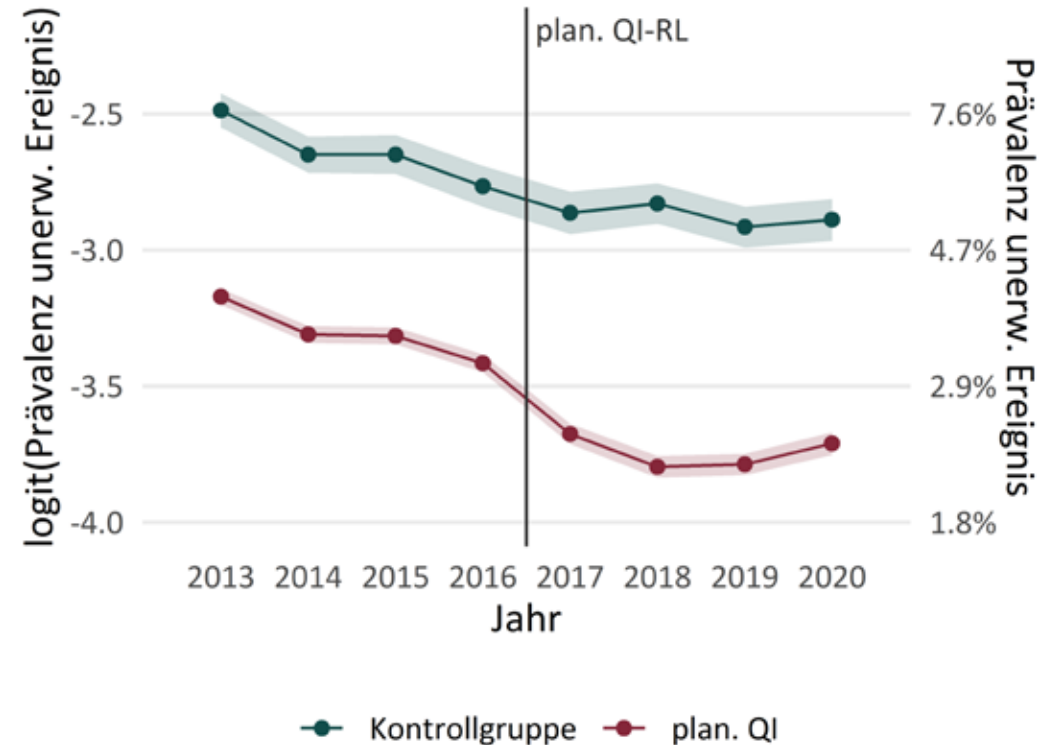
§ Methode: Difference-in-Differences Design (DiD)

1. Unterschied zwischen Vorher/Nachher in den einzelnen Gruppen (zwischen Zeiten)
 2. Unterschied der Vorher/Nachher-Differenz zwischen den Gruppen
- ∅ Annahme: Gleichläufiger (paralleler) Trend in der Ereigniswahrscheinlichkeit ohne Einführung der RL – Kontrollgruppe hilft dabei, den kausalen Effekt auszurechnen
- die Rechenoperation spiegelt den kausalen Effekt wieder, den die RL unter der Annahme hätte

Einfluss der Richtlinie auf die Versorgungsqualität: Ergebnisse

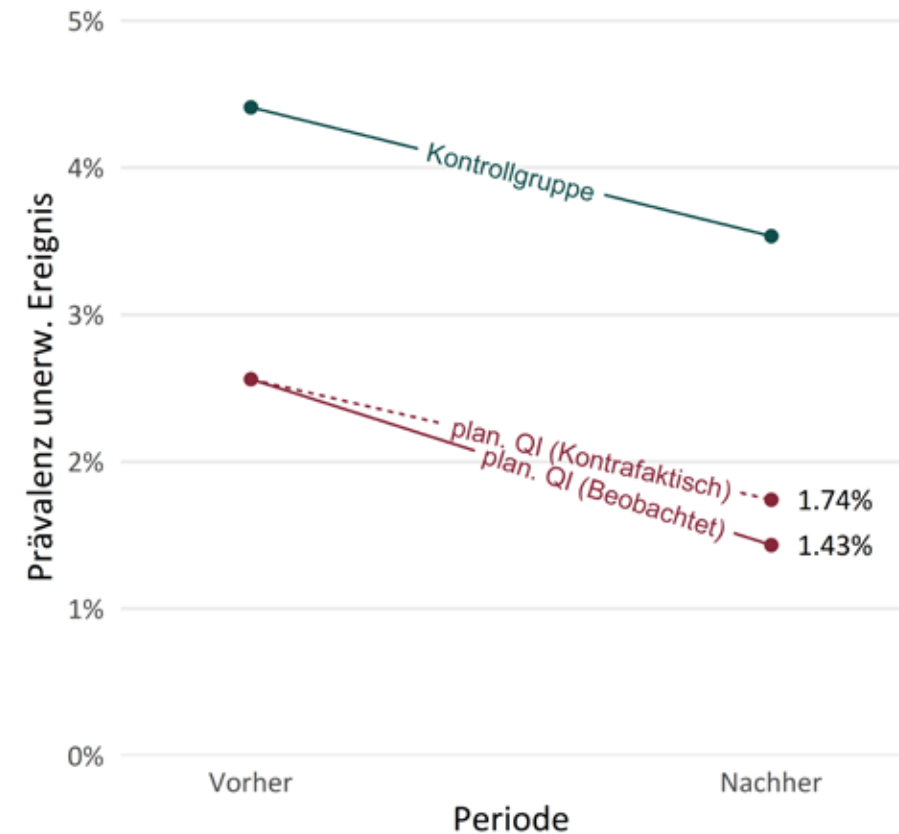
Daten: Datensatz mit 12,5 Mio. Beobachtungen und 0,4 Mio. erwünschten Ereignissen aus 23 QI (7 plan. QI/ 12 DeQS)

- § Parallele Prä-Trends auf logit-Skala
- § Divergenz der Trends unerwünschter Ereignisse ab Einführung der plan. QI-RL



Einfluss der Richtlinie auf die Versorgungsqualität: Ergebnisse

§ Über alle vier Jahre nach Einführung reduziert die plan. QI-RL das Ereignisrisiko
à **Vermeidung unerwünschter Ergebnisse**
um ca. 18%



Einfluss der Richtlinie auf die Versorgungsqualität: Zusammenfassung

- § Deutlicher, mittlerweile abnehmender Effekt
- § Interpretation durch qualitative Beobachtungen:
 - § Einführung der RL (Androhung von Konsequenzen und öffentliche Aufmerksamkeit und Standardisierung des STNV) erhöhte Qualitätsdruck in plan. QI → Potential zur Versorgungsverbesserung wird für plan. QI schnell und stark ausgeschöpft
- § Erklärung für „Schrumpfen“ des Effekts:
 - § Qualitätsdruck sinkt, weil planerische Konsequenzen bislang ausgeblieben
 - § Auch QI außerhalb der RL können mit der Zeit ihr Verbesserungspotenzial realisieren, während sich das der plan. QI erschöpft

Einfluss der Richtlinie auf die Versorgungsqualität: Limitationen

§ Limitationen:

- § Zentrale Annahme der parallelen kontrafaktischen Trends zwischen plan. QI und Nicht-plan. QI nicht testbar
- § Übertragbarkeit oder Reproduzierbarkeit ist unklar → geschätzte Effekt bezieht sich nur auf die ausgewählten plan. QI
- § Auch unklar, dass sie Menge an QI beliebig erweitern lässt bei selber Effektstärke
- § Dokumentations- vs. Qualitätseffekte lassen nicht mit diesem Ansatz nicht sauber trennen

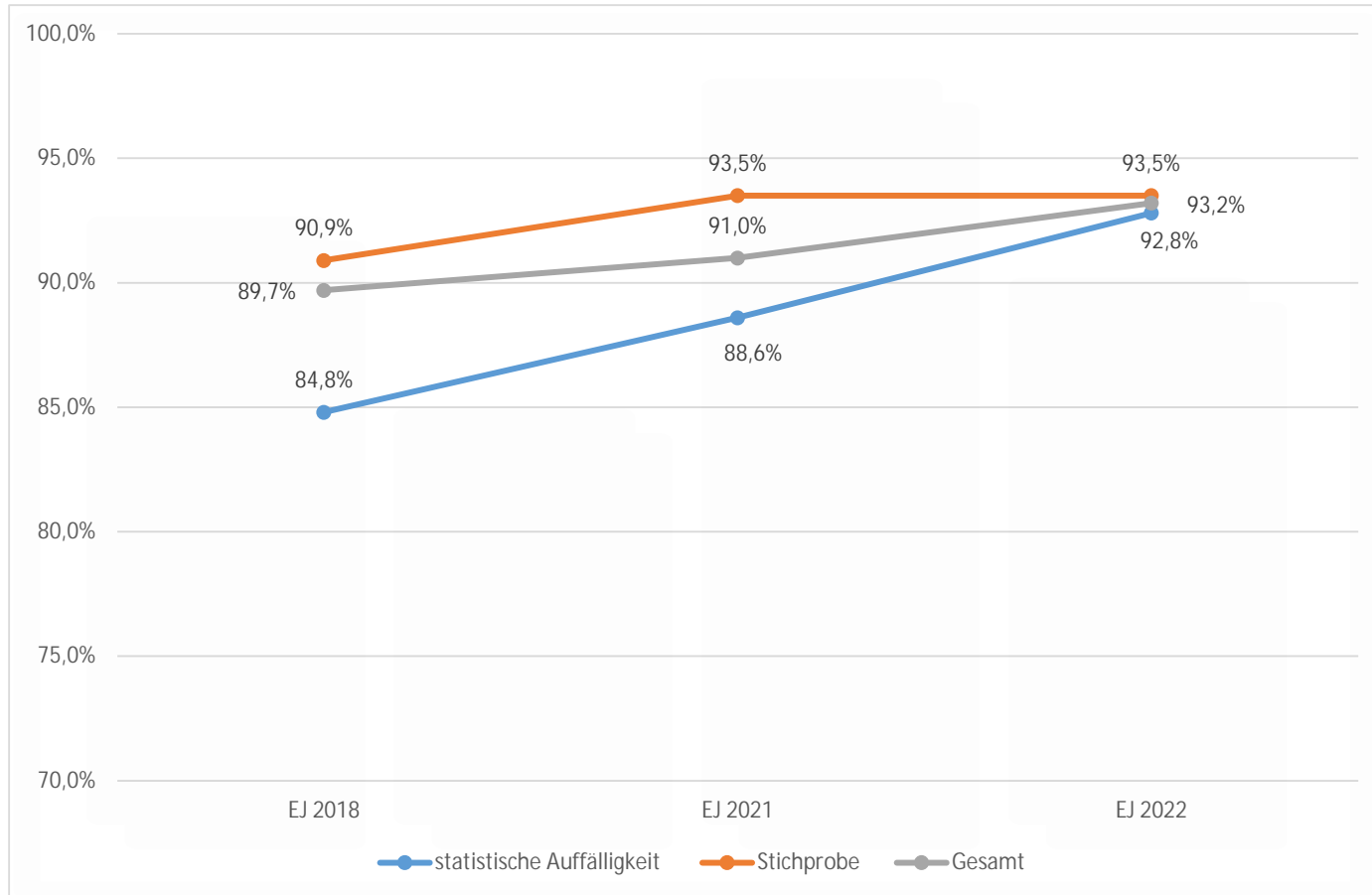


Dokumentationsqualität: Verbesserung?

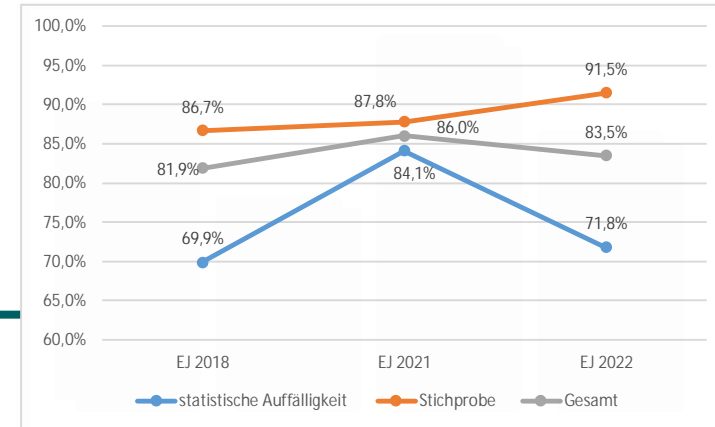
- § Fakt ist: Dokumentationsqualität hat sich durch die Datenvalidierung (DV) verbessert
- § Die Korrektheit der QS-Doku (Dokumentationsverhalten der LE) ist weiterhin nicht optimal, auch wenn leicht positive Tendenz
- § In allen EJ musste die Zahl der stat. auff. Ergebnisse nach DV herunterkorrigiert werden (EJ 2022: **Rückgang 40%**)
 - Perinatalmedizin: Geburtshilfe: geringsten Veränderungen vor/nach DV (**Rückgang 27%**)
 - Gynäkologische Operationen: stärkste Veränderung vor/nach DV, viele Dokumentationsfehler (u.a. weil histologische Belege bei Fallabschluss nicht vorliegen) (**Rückgang 78%**)

Übereinstimmungsrate der Datenfelder

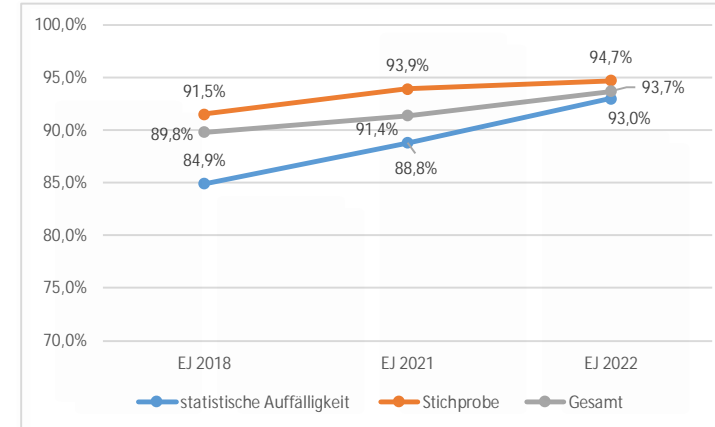
Übereinstimmungsrate Doku Gesamt



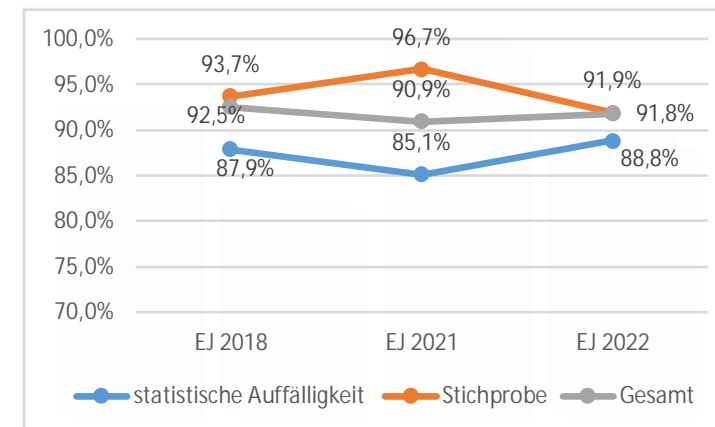
GYN-OP



PM-GEBH



MC



Fokus: Übereinstimmungsrate in %: Beispiele ausgewählter Datenfelder (EJ 2022)

	Datenfeld	Stichprobe	Statistische Auffälligkeit	Gesamt alle Erfassungsgründe
Gynäkologische Operationen	POSTOPERATIVE HISTOLOGIE	99,0%	39,4%	89,8 % (12.561/11.281))*
	FÜHRENDER BEFUND	85,7%	14,7%	
Perinatalmedizin : Geburtshilfe	E-E-ZEIT BEI NOTSEKTIO	80,1%	54,2%	92,3 % (121.245/111.920))*
	PÄDIATER BEI KINDSGEBURT ANWESEND	98,3%	91,5%	
	BASE EXCESS BLUTGASANALYSE NABELSCHNURARTERIE	95,1%	93,2%	
	KAISERSCHNITT-ENTBINDUNG UNTER ANTIBIOTIKA (MUTTER)	91,9%	90,2%	
Mammachirurgie	PRÄOPERATIVE DRAHT-MARKIERUNG VON BRUST-GEWEBE GESTEUERT DURCH BILDGEBENDE VERFAHREN	84,0%	83,2%	87,3 % (7.886/6.890))*
	INTRAOPERATIVE PRÄPARATERADIOGRAFIE ODER -SONOGRAFIE	92,5%	33,3%	

* = (Grundgesamtheit/Übereinstimmung); EJ 2022

Fokus: Übereinstimmungsrate in %: Beispiele ausgewählter Datenfelder (EJ 2022)

	Datenfeld	Stichprobe	Statistische Auffälligkeit	Gesamt alle Erfassungsgründe
Gynäkologische Operationen	POSTOPERATIVE HISTOLOGIE	99,0%	39,4%	89,8 % (12.561/11.281))*
	FÜHRENDER BEFUND	85,7%	14,7%	
Perinatalmedizin : Geburtshilfe	E-E-ZEIT BEI NOTSEKTIO	80,1%	54,2%	92,3 % (121.245/111.920))*
	PÄDIATER BEI KINDSGEBURT ANWESEND	98,3%	91,5%	
	BASE EXCESS BLUTGASANALYSE NABELSCHNURARTERIE	95,1%	93,2%	
	KAISERSCHNITT-ENTBINDUNG UNTER ANTIBIOTIKA (MUTTER)	91,9%	90,2%	
Mammachirurgie	PRÄOPERATIVE DRAHT-MARKIERUNG VON BRUST-GEWEBE GESTEUERT DURCH BILDGEBENDE VERFAHREN	84,0%	83,2%	87,3 % (7.886/6.890))*
	INTRAOPERATIVE PRÄPARATERADIOGRAFIE ODER -SONOGRAFIE	92,5%	33,3%	

* = (Grundgesamtheit/Übereinstimmung); EJ 2022

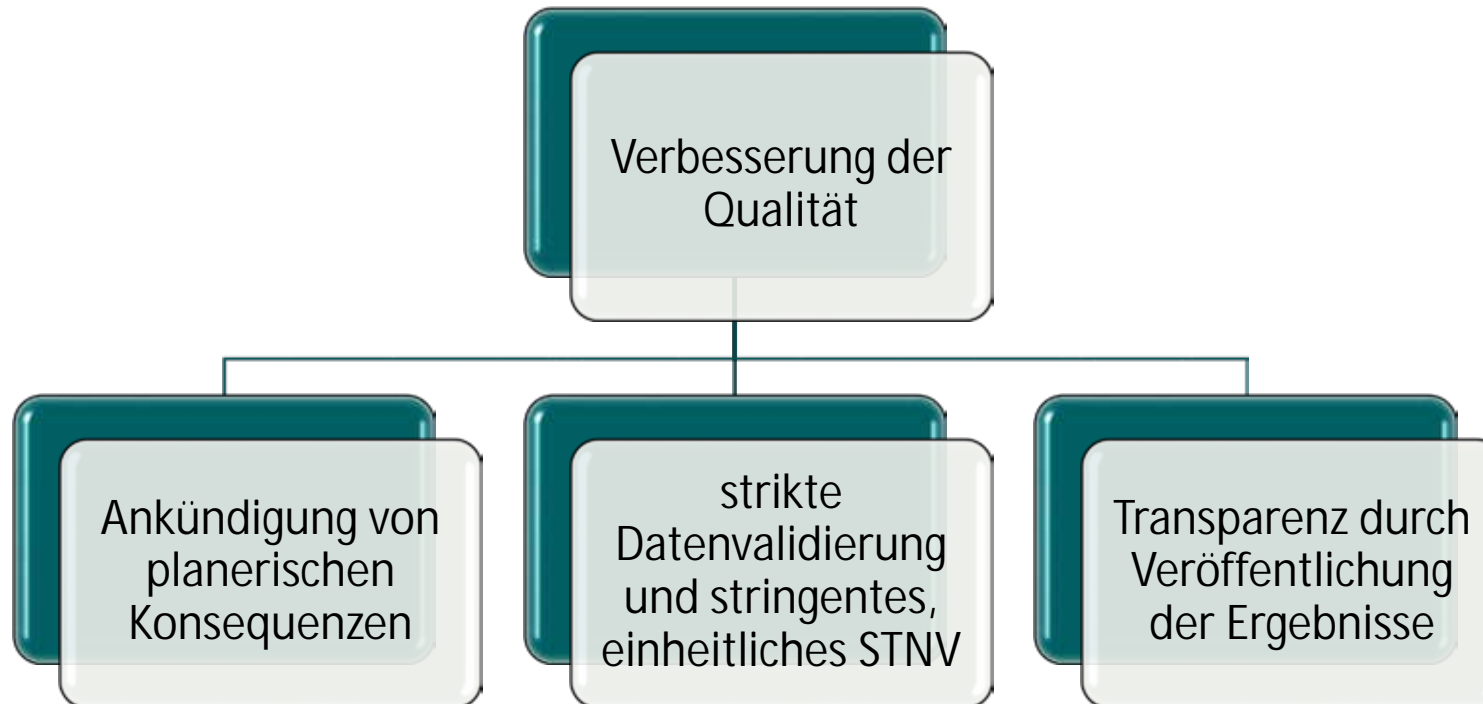
Fokus: Übereinstimmungsrate in %: Beispiele ausgewählter Datenfelder (EJ 2022)

	Datenfeld	Stichprobe	Statistische Auffälligkeit	Gesamt alle Erfassungsgründe
Gynäkologische Operationen	POSTOPERATIVE HISTOLOGIE	99,0%	39,4%	89,8 % (12.561/11.281))*
	FÜHRENDER BEFUND	85,7%	14,7%	
Perinatalmedizin : Geburtshilfe	E-E-ZEIT BEI NOTSEKTIO	80,1%	54,2%	92,3 % (121.245/111.920))*
	PÄDIATER BEI KINDSGEBURT ANWESEND	98,3%	91,5%	
	BASE EXCESS BLUTGASANALYSE NABELSCHNURARTERIE	95,1%	93,2%	
	KAISERSCHNITT-ENTBINDUNG UNTER ANTIBIOTIKA (MUTTER)	91,9%	90,2%	
Mammachirurgie	PRÄOPERATIVE DRAHT-MARKIERUNG VON BRUST-GEWEBE GESTEUERT DURCH BILDGEBENDE VERFAHREN	84,0%	83,2%	87,3 % (7.886/6.890))*
	INTRAOPERATIVE PRÄPARATERADIOGRAFIE ODER -SONOGRAFIE	92,5%	33,3%	

* = (Grundgesamtheit/Übereinstimmung); EJ 2022

LESSONS LEARNED für die datengestützte QS

Wodurch konnte die Qualitätssteigerung erreicht werden?



LESSONS LEARNED für die datengestützte QS?

- ∅ Verbesserung der QS-Dokumentation & Sensibilisierung der LE
- ∅ Erstmals Dialog zwischen Behörden und Krankenhäusern & Auseinandersetzung mit Qualität seitens der Landesplanungsbehörden è indirekter Einfluss auf die KHP
- ∅ Vorteile Bewertung von Leistungen nach bundeseinheitlichen Kriterien im STNV
- ∅ Enge fachliche und inhaltliche Zusammenarbeit mit den LQS/ LAG (!), Fachkommissionen und Gremium zur Systempflege è Weiterentwicklung der relevanten Verfahrenselemente
- ∅ Vorreiter für die gesetzliche QS: **prospektive Rechenregeln, quartalsweise Auswertung, Berücksichtigung von stochastischen Effekten, Datenvalidierung, zeitnahe einheitliche qualitative Bewertung, zeitnahe Berichterstattung**
 - Insbesondere Entwicklung eines „modernen“ Portals für das Stellungnahmeverfahren sowie **Zweiterfassungstool**
 - Anwendung einer remote Datenvalidierung ab 2024 (!)

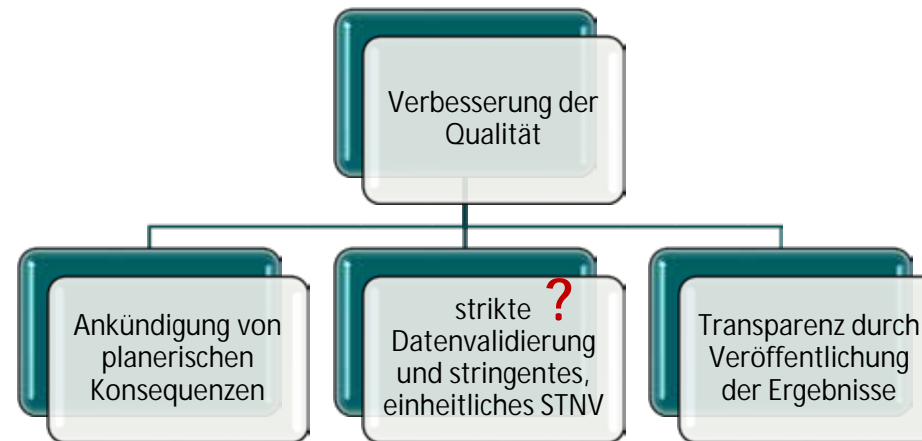
LESSONS LEARNED für die datengestützte QS?

- ∅ **Was durfte ebenfalls gelernt werden?**
 - ∅ Die fehlende Weiterentwicklung der QI und verhinderte Umsetzung der Neukonzeption hat potenzielle positive Effekte gebremst
 - ∅ Teilweise fehlende Abstimmung zw. Plan. QI und DeQS-(bzw. QSKH)-RL führte immer wieder zu Problemen (z. B. Berichtswesen, Stellungnahmeverfahren)
 - ∅ Aufwand/ Nutzen Datenvalidierung sollte geprüft werden

Gedankenexperiment: was wäre wenn ...?

... man die positiven Aspekte auf das aktuelle Vorhaben zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung überträgt?

- Ohne Automatismus (§ 6 Abs. 1a KHG)
- Keine Feststellung von „erheblich unzureichender Qualität“
- Konzept Datenvalidierung fraglich wegen Aufwand?
- Aber: Übermitteln der Ergebnisse an die Landesplanungsbehörden ins Gesetz, und
- Flankierung der Strukturanforderungen in den Leistungsgruppen durch Prozess- und Ergebnisqualität



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**