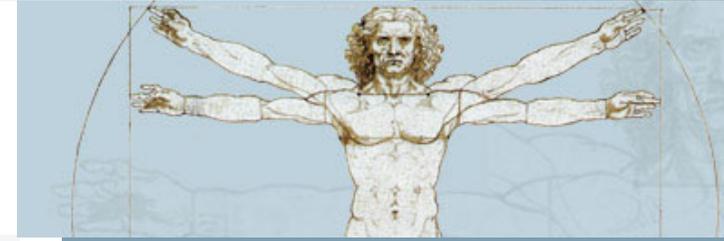


Eckpfeiler der Qualitätssicherung: Transparenz anhand qualitativ hochwertiger Daten

Max Geraedts

Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie

Philipps-Universität Marburg



Darlegung Interessenkonflikte

Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung kein (wirtschaftlicher) Interessenkonflikt vorliegt.

Agenda

- Transparenz
 - Ziel und Rationale
 - Studienlage
- Datenquellen
- Transparenz durch Nutzung (qualitativ hochwertiger?)
(Sekundär-)Daten zur Qualitätssicherung – ein Beispiel
- Fazit

Krankenhaustransparenzgesetz-Begründung

- ... **Patientinnen** und Patienten sowie **einweisende Ärztinnen** und Ärzte sollen informiert werden, welches Krankenhaus welche **Leistungen** in welcher **Qualität** anbietet.
- ... So erhalten Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit, sich über das Leistungsgeschehen des jeweiligen Standorts des Krankenhauses angemessen zu informieren und sie werden in die Lage versetzt, eine **selbstbestimmte und qualitätsorientierte Auswahlentscheidung** für die jeweilige Behandlung treffen zu können.

Rationale der Qualitätsberichterstattung aus der Perspektive des Gesetzgebers (GVWG- BT-Drucksache 19/26822)

Die Veröffentlichung einrichtungsvergleichender Übersichten in einer für die Allgemeinheit verständlichen und zugänglichen Form unterstützt Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Auswahlentscheidung für Leistungserbringende. Wenn die Öffentlichkeit über die Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungserbringenden in ausgewählten Versorgungsbereichen in einer Weise informiert wird, dass dies Qualitätsvergleiche zwischen Einrichtungen ermöglicht, **ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten die Unterschiede bei ihrer Auswahlentscheidung berücksichtigen.** Darüber hinaus **werden die Leistungserbringenden auch im eigenen Interesse weiter an Qualitätsverbesserungen arbeiten**, die der Sicherheit ihrer Patientinnen und Patienten dienen. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass sich die **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** bei den Leistungserbringenden mit der Neuregelung **weiter stetig verbessern** werden.

Bundes-Klinik-Atlas (seit Mai 2024 - Aufbauphase)

- Datenquellen: InEK, IQTIG, Zertifikate-Ersteller
- Leistungsangebot
 - Fallzahlen bei ICD oder OPS (neu: zunächst nur 20 Krankheiten)
 - (65 Leistungsgruppen und Versorgungsstufen (Level))
- personelle Ausstattung
 - umgekehrter Pflegepersonalquotient
 - ([Fach-]Ärztinnen und Ärzte)
- Qualitätsaspekte
 - (einige) Zertifikate
 - (DeQS-R (Fokus Komplikationen, Mortalität);

Welche Länder in Europa bietenden Bürger:innen Vergleichsinformationen zu Ärzt:innen und Krankenhäusern?

Table 13.1 Overview of public reporting initiatives in Europe (2019)

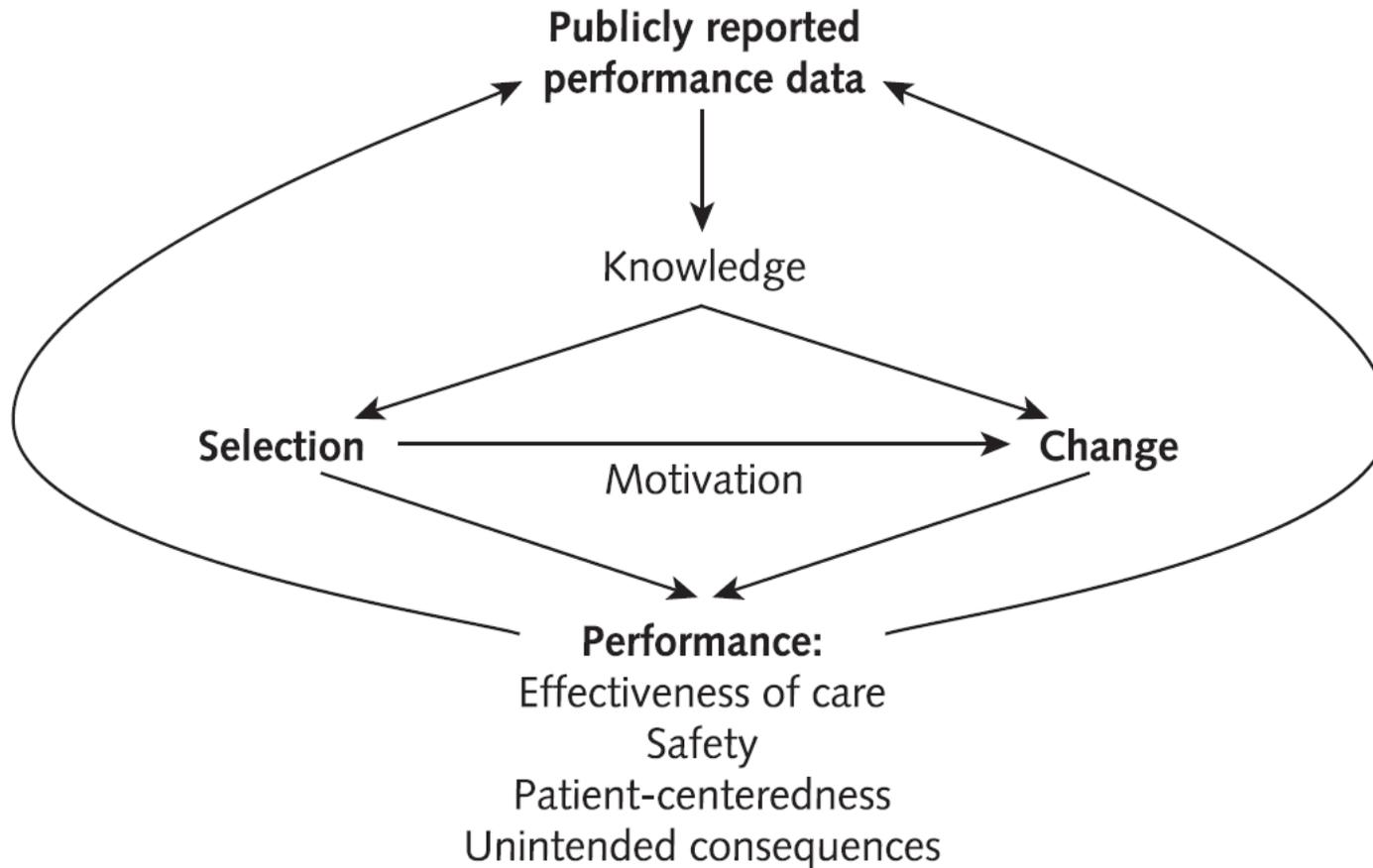
Country	Website	Focus			Sponsorship
		GPs	Specialists	Hospitals	
Austria	kliniksuche.at			✓	public
	docfinder.at	✓	✓		private
Denmark	esundhed.dk	✓	✓		public
	sundhed.dk			✓	public
	sundhetskvalitet.dk			✓	public
Estonia	Quality Bonus Scheme (QBS) ^d	✓			public
France	scopesante.fr			✓	public
Germany	AOK Gesundheitsnavigator ^a	✓	✓	✓	public
	deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de			✓	private
	g-ba-qualitaetsberichte.de			✓	public
	jameda.de ^b	✓	✓		private
	qualitaetskliniken.de ^c			✓	private
	weisse-liste.de	✓	✓	✓	private
Italy	P.Re.Val.E ^e			✓	public
Netherlands	independer.nl	✓	✓	✓	private
	kiesbeter.nl			✓	public
	ziekenhuischeck.nl			✓	private
	zorgkaartnederland.nl	✓	✓		private
Norway	helsenorge.no	✓	✓	✓	public
Sweden	öppna jämförelser ^f			✓	public
	vantetider.se			✓	public
United Kingdom	cqc.org.uk	✓	✓	✓	public
	Hospital Scorecard Scotland ^g			✓	public
	nhs.uk ^h	✓	✓	✓	public
	Quality & Outcomes Framework (QOF) ⁱ	✓			public

Philip

Quelle: Cacace, Geraedts, Berger: Public reporting as a quality strategy. In: Improving healthcare quality in Europe. WHO & OECD, 2019

Modell der Qualitätsberichterstattung

(Fung et al. 2008 nach Berwick et al. 2003)



Cochrane Review (Metcalfe et al. 2018)

- **Authors' conclusions: The existing evidence base is inadequate to directly inform policy and practice.** Further studies should consider whether public release of performance data can improve patient outcomes, as well as healthcare processes.
- 12 Studien aus USA, Canada, Korea, China, Niederlande
- geringe Evidenz dafür, dass Public Reporting (PR) **keine oder geringe Effekte auf die Auswahl** bestimmter Leistungserbringer durch Konsumenten hat
- geringe Evidenz dafür, dass PR **geringfügig einzelne Outcomes verbessert**
- geringe Evidenz dafür, dass PR unterschiedliche Effekte bei benachteiligten Populationen hat
- keine Evidenz dafür, dass PR Kostenträger beeinflusst
- keine Evidenz für nachteilige Effekte des PR

PLOS ONE 2021;16(2): e0247297

Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospitals' performance: A systematic review (2000–2020)

Khic-Houy Prang^{1*}, Roxanne Maritz^{1,2,3}, Hana Sabanovic¹, David Dunt¹, Margaret Kelaher¹

1 Centre for Health Policy, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Carlton, Australia, **2** Rehabilitation Services and Care Unit, Swiss Paraplegic Research, Nottwil, Switzerland, **3** Department of Health Sciences and Health Policy, University of Lucerne, Lucerne, Switzerland

- 45 Studien eingeschlossen
- **>50% der Studien: positive Effekte**
 - auf die **Auswahl** von Leistungserbringern durch Patienten, Kostenträger und andere Leistungserbringer
 - auf **Qualitätsverbesserungsmaßnahmen** in der ambulanten und stationären Versorgung
 - auf **klinische Ergebnisse und Patientenerfahrungen**
- **Effekte des Designs der Berichte und der Implementierung sollten genauer untersucht werden**

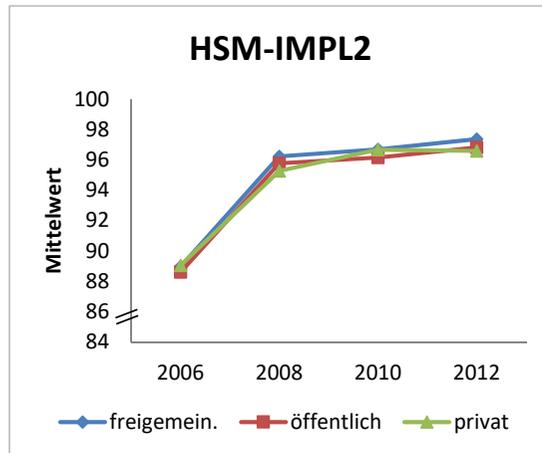


ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

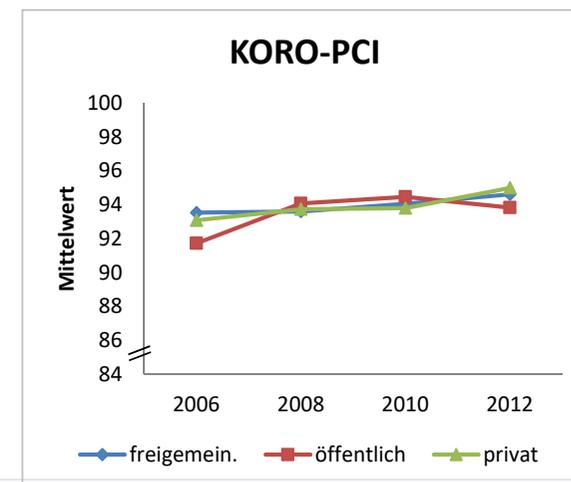
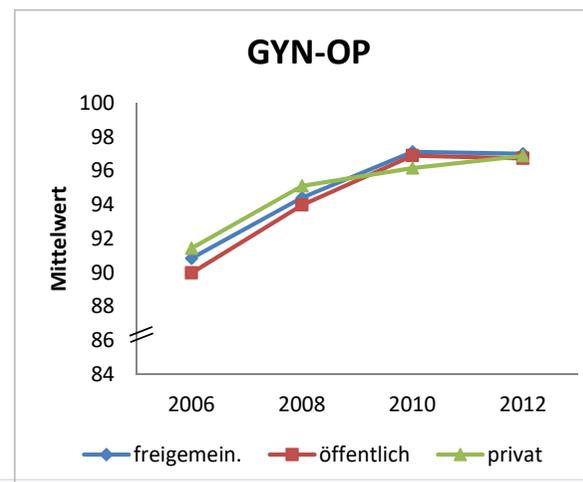
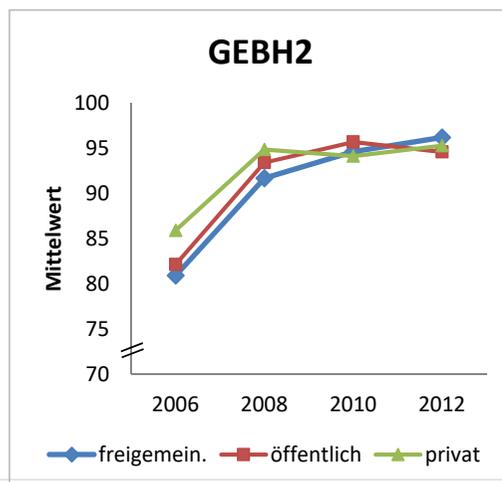
Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



Impact of public reporting on the quality of hospital care in Germany: A controlled before–after analysis based on secondary data

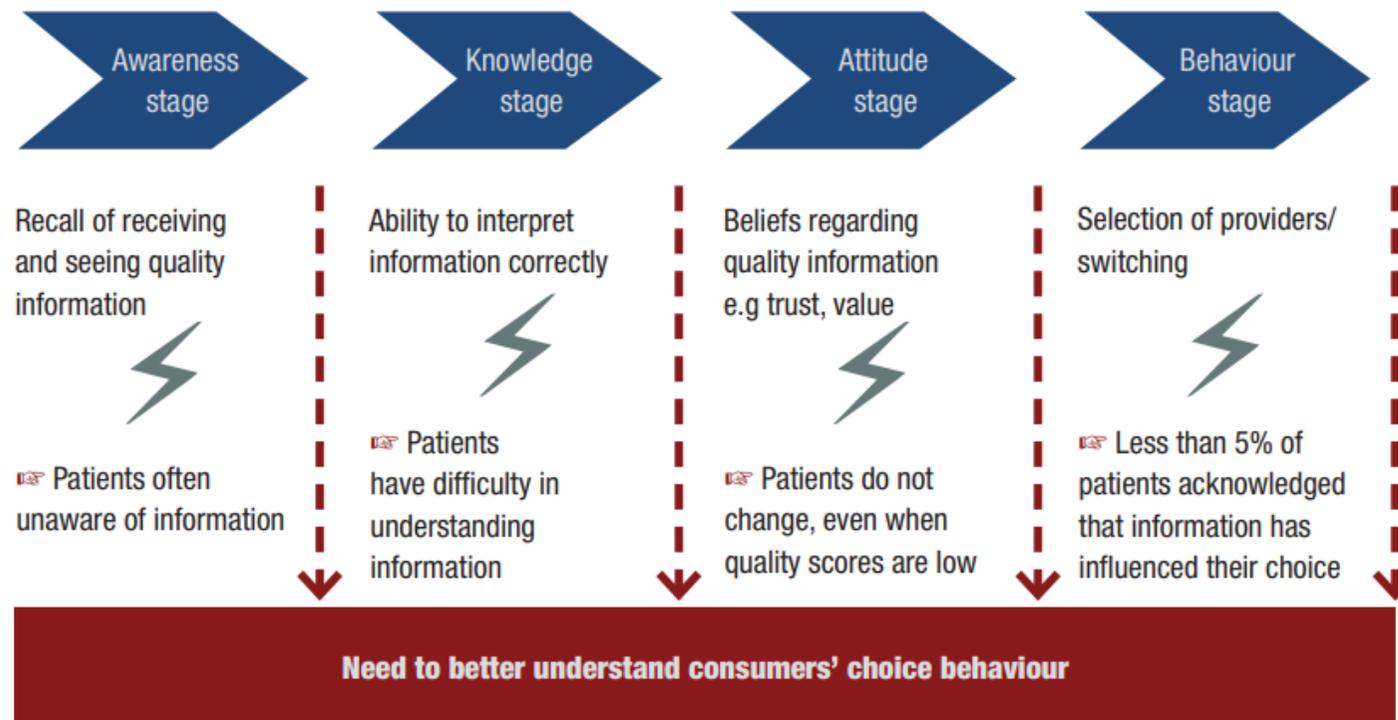
Rike Antje Kraska^{a,*}, Frank Krummenauer^{b,1}, Max Geraedts^{a,2}



Reicht die Transparenz zur Verhaltensänderung?

KAP-GAP-Problem (Wissen-Haltungs-Handlungs-Lücke)

Fig. 13.2 *The consumer choice model*



Source: based on Faber et al., 2009

Quelle: Cacace, Geraedts, Berger: Public reporting as a quality strategy. In: Improving healthcare quality in Europe. WHO & OECD, 2019

Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe?

Zusammenfassung

Hintergrund. Patienten wollen die Behandlungswahl (mit-)entscheiden. Veröffentlichte Qualitätsinformationen sollen hierbei helfen, werden aber selten genutzt. Wie Patienten bei der Krankenhauswahl vor elektiven operativen Eingriffen in Deutschland tatsächlich vorgehen und ob sie die Krankenhausqualitätsberichte nutzen, wurde für den Gemeinsamen Bundesausschuss untersucht.

Methode. In einer querschnittlichen Untersuchung wurden 48 stationäre Patienten aus fünf Fachgebieten nach elektivem Eingriff in vier Krankenhäusern zu ihren Wahlkriterien und Informationsquellen und der Verwendung der gesetzlichen Qualitätsberichte befragt. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse. Patienten ist bei elektivem Krankenhausaufenthalt die eigene Wahl sehr

wichtig, und sie treffen sie auch überwiegend selber. Fast immer besteht ausreichend Zeit, sich vorab zu informieren. Die drei häufigsten Wahlkriterien sind die eigene Vorerfahrung mit dem Krankenhaus, die Wohnortnähe und die Kompetenz der Klinik. Die wichtigsten Informationsquellen sind Angehörige, Vorkontakt in der Krankenhausambulanz und die eigenen ambulanten Behandler; schriftliche Informationen werden nur ergänzend verwendet. **Die gesetzlichen Qualitätsberichte sind nicht bekannt und werden nicht verwendet.**

Schlüsselwörter

Krankenhauswahl · Patientenautonomie · Querschnittsuntersuchung · Deutsches Gesundheitssystem · Elektive operative Eingriffe

RESEARCH ARTICLE

Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study

Werner de Cruppé^{1*}  and Max Geraedts²

Background: In many countries health policy encourages patients to choose their hospital, preferably by considering information of performance reports. Previous studies on hospital choice mainly have focused on patients undergoing elective surgery. This study examined a representative sample of hospital inpatients across disciplines and treatment interventions in Germany. Its research questions were: How many patients decide where to go for hospital treatment? How much time do patients have before admission? Which sources of information do they use, and which criteria are relevant to their decision?

Methods: Cross-sectional observational study covering 1925 inpatients of 46 departments at 17 hospitals in 2012. The stratified survey comprised 11 medical disciplines (internal medicine, gynaecology, obstetrics, paediatrics, psychiatry, orthopaedics, neurology, urology, ENT and geriatrics) on 3 hospital care levels representing 91.9% of all hospital admissions to inpatient care in Germany in 2012. The statistical analysis calculated the frequency distributions and 95% confidence intervals of characteristics related to the hospital choice.

Results: 63.0% [60.9–65.2] of patients in Germany chose the hospital themselves, but **only 21.1% [19.3–22.9] had more than one week to decide prior to admission.** Major sources of information were personal knowledge of hospitals, relatives, outpatient health professionals and the Internet. Main criteria for the decision were personal experience with a hospital, recommendations from relatives and providers of outpatient services, a hospital's reputation and distance from home. **Specific quality information as provided by performance reports were of secondary importance.**

Conclusions: A majority of patients in the German health system choose their hospital freely. Providers of outpatient health care can have an important "agent" function in the quality-oriented hospital choice especially for patients with little time prior to admission and those who do not decide themselves. Hospitals have an impact on patients' future hospital choices by the treatment experience they provide to patients.

Datenquellen für QS und Gesundheitsversorgungsforschung – (prinzipiell)

Primärdaten

- Klinische Daten (u.a. medizinische Verlaufsdaten)
- Befragungsdaten (u.a. PREM, PROM)
- Daten aus (Interventions-)experimenten (für summative und formative Evaluation)
- ...

Sekundärdaten: **cave primärer Verwendungszweck!**

- administrative Daten: Abrechnungs-/Verordnungsdaten (u. a. ambulant, stationär, Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Langzeitpflege (amb/stat), AU)
- Register- /QS-Daten (u.a. Befragungen, PREM, PROM, Klinische Daten/medizinische Verlaufsdaten)
- amtliche Statistiken (evtl. als Tertiärdaten)
- ...

Datenquellen laut SVR Gesundheit Gutachten 2021 (ergänzt)

- Abrechnungsdaten (§ 303a ff SGB V; § 21 KHEntgG)
- Daten aus Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Daten der amtlichen Statistik (Krankenhaus-, Reha-, Pflege-, Todesursachenstatistik)
- Daten aus der gesetzlichen Qualitätssicherung (KH / Pflege)
- Daten aus Registern und Kohortenstudien (u. a. NAKO, KIGGS, GEDA, SOEP)
- Daten aus der ambulanten und stationären Patientenversorgung (klinische Daten)
- Daten aus interventionellen klinischen Studien
- Biobanken
- Daten bei privaten Anbietern (u.a. google?) und beim Bürger (ePA)

Tab. 1 Sektoren und grober Datenkranz der Abrechnungsdaten im Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit) gemäß Datentransparenzverordnung – DaTraV [7]

Sektor	Datenfelder (beispielhaft)	
Stammdaten	Geburtsjahr	Diagnosen (ICD), Art, Lokalisation, Diagnosesicherheit, Datum
	Geschlecht	Prozeduren (OPS), Lokalisation, Datum
	Betriebsnummer Krankenkasse	Angaben zur Zweitmeinung
	Versichertentage (DMP, etc.)	Angaben der Terminservicestelle
	Versichertenstatus	Bewertung und Vertragsnummer nach § 73b, § 140a, § 73c
	Versicherungsverhältnis	Integrierte und hausarztzentrierte Versorgung
	Vitalstatus	Institutionskennzeichen (pseudonymisiert)
	Sterbedatum	Aufnahme- und Entlassungsdatum sowie -grund
	Postleitzahl des Wohnorts	Datum der Behandlung
		Angaben zur Doppeluntersuchung
Ambulanter Sektor	Arztnummer (pseudonymisiert)	Art der Belegleistung
	Betriebsstättennummer (pseudonymisiert)	Diagnosen: Haupt- und primäre sowie sekundäre Neben-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen (ICD), Lokalisation, Diagnoseart
	Art der Behandlung, Beginn, Ende	Leistungsart, Leistungsschlüssel, Datum
	Art der Inanspruchnahme	Prozeduren (OPS), Lokalisation, Datum
	Entbindungsdatum	Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs)
	Fallkosten inkl. Dialysesachkosten	Vor- und nachstationäre Pflegeleistungen sowie Entgelte
	Zahnarztbefund mit Gebührenpositionen, Datum	Beatmungstunden
	Erkrankungs- und Leistungsbereich nach § 116b	Arztnummer (pseudonymisiert) einweisender Arzt
		Institutionskennzeichen bei Verlegung oder Notfallaufnahme
		Bundesgesundheitsbl 2024 · 67:131–138 https://doi.org/10.1007/s00103-023-03831-z © The Author(s) 2024

M. Ludwig · K. Schneider · S. Heß · K. Broich

Aufbau des neuen „Forschungsdatenzentrums Gesundheit“ zur Datenbereitstellung für die Wissenschaft

Cave: „qualitativ hochwertige“ Daten?

Assoziation von Strukturvariablen mit der Versorgungsqualität der Krankenhäuser in Deutschland

Association of Structural Variables with Quality of Care in German Hospitals

Autoren
Lisa Vorbeck*, Dijana Naumoska*, Max Geraedts*

Institut
Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie, Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin, Marburg, Deutschland

Schlüsselwörter
Krankenhaus-Strukturmerkmale, Versorgungsqualität, Qualitätsindikatoren, Qualitätssicherung, Risikoadjustierung

Key words
hospital characteristics, quality of care, quality indicators, quality assurance, risk adjustment

online publiziert 11.03.2021

Bibliografie
Gesundheitswesen 2022; 84: 242–249
DOI 10.1055/a-1341-1246
ISSN 0941-3790

richtigen Strukturen erhalten bleiben, also diejenigen, die bislang Garant positiver Ergebnisse sind.

Ziel Untersuchung der Assoziation verschiedener Strukturmerkmale von Krankenhäusern mit der Versorgungsqualität.

Methode In einer Sekundärdatenanalyse wurde auf Basis von Krankenhaus-Qualitätsberichten die Assoziation zwischen der Versorgungsqualität und den Strukturmerkmalen Krankenhausgröße, Art der Trägerschaft, Region, Lehrstatus und Case-Mix-Index (CMI) verglichen. Dazu wurden anhand ausgewählter Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung (eQS) für jedes Krankenhaus Qualitätsindices berechnet und zunächst univariat mittels Mann-Whitney-U-Test bzw. Kruskal-Wallis-Test sowie anschließend mittels multipler linearer Regressionsanalyse die Assoziationen unter Berücksichtigung der Interaktionseffekte der unabhängigen Variablen untersucht.

Ergebnisse Bei ca. 90% der geprüften Indices lagen signifikante Assoziationen zwischen den Strukturmerkmalen und der Versorgungsqualität vor. Positive Assoziationen mit der Ver-

Ergebnis

- Maximalversorger (> 500 Betten, Lehrkrankenhäuser, öffentliche Trägerschaft, höherer CMI) schneiden schlechter ab, insb. in den Kategorien der Ergebnisqualität: Nosokomiale Infektionen, Komplikationen, Mortalität, Erreichen der Behandlungsziele
- Widerspruch zu bekanntem positiven Zusammenhang von Leistungsmenge und Outcome für diverse medizinische Prozeduren

Erklärungsversuche

- überdurchschnittlich sorgfältiges Erfassen und Dokumentieren von Komplikationen
- Unzureichende Risikoadjustierung zum Ausgleich von patientenbezogenen Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis

QUASCH Studie (Ergebnisse **QUA**litätsgesicherter **SCH**laganfallversorgung – Hessen im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet

Gefördert durch:



FKZ: 01VSF18041

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

- Fragestellung: Effekte der externen Qualitätssicherung (eQS) beim Schlaganfall?
- Methode: retrospektive Kohortenstudie auf der Basis von Sekundärdaten
- Einschlusskriterium: Patienten mind. einmal stationär wegen (G45, I60, I61, I63, I64)
- Daten:
 - eQS-Daten Hessens 2007-2017 (LAGQH)
 - Stichprobe AOK-Versicherter bundesweit, Vollerhebung Hessen
 - DSG-Angabe zu Zertifizierung als Stroke Unit (SU) (2010-2017; gültig ab erster Zertifizierung)
 - LAG-QS zu Netzwerken / „Schlaganfallprojekten“ / ADSR-Regionen
 - Qualitätsberichtsdaten zu Fallzahlen ICD (≥ 250) und Komplexpauschalen (≥ 125 OPS 8-981 / 8-98b) sowie „SU“

Methoden: Variablen & Analysen

- Zielgrößen / outcomes:
 - Gesamt-Sterberisiko und Sterblichkeit (10-, 30-, 90-Tages-, 1-, 2-, 5-Jahres-Sterblichkeit)
 - Rezidive (embolisch, hämorrhagisch)
 - weitere Krankenhausaufenthalte
 - Erhöhung Pflegegrad
- Unabhängige Variable und Kovariate:
 - Alter: < 50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, ≥ 90
 - Geschlecht: männlich, weiblich
 - Komorbidität: Elixhauser Score <4, 4-6, ≥ 7
 - Pflegestufe vor Primärereignis 0, 1, ≥ 2
 - Sozioökonomischer Status: GISD auf Kreisebene ≤ 5, ≥ 6
 - eQS und Klinik mit Stroke Unit (SU) ja/nein
- Deskription: Anteil Überlebender bzw. mit anderen Outcomes in Abhängigkeit von SU-Behandlung; eQS; GQH / andere Bundesländer (Anteil + 95% CI)
- Chiquadrat Tests (Anpassungstests und Unabhängigkeitstest mit Korrektur nach Yates)
- Logistische Regressionen (adjustierte Überlebenswahrscheinlichkeit)
- Cox Regressionen (Sterberisiken / Risiko Pflegegraderhöhung / Risiko für weitere Krankenhausaufenthalte / Rezidive)
- Kaplan Meier-Kurven (Überlebenszeitanalyse)

Sterberisiko in Relation zur eQS- / SU-Klinik-Behandlung und im Zeitverlauf

TABELLE 3

Gesamtsterberisiko der Patienten unter Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen oder unter externer Qualitätssicherung in anderen Bundesländern ohne/mit Stroke-Unit-Behandlung im Zeitverlauf*

Vergleichsgruppe	Variable	2007–2010	2011–2013	2014–2017
		HR [95%-KI] p-Wert	HR [95%-KI] p-Wert	HR [95%-KI] p-Wert
alle Patienten ohne eQS (ohne Stroke-Unit-Behandlung)	GQH ohne Stroke-Unit	0,87 [0,84; 0,91] 0,0000	0,94 [0,89; 0,98] 0,0038	0,93 [0,88; 0,99] 0,0170
	eQS ohne Stroke-Unit	0,95 [0,93; 0,97] 0,0000	0,95 [0,92; 0,98] 0,0007	0,89 [0,86; 0,93] 0,0000
alle Patienten ohne eQS (mit Stroke-Unit-Behandlung)	GQH mit Stroke-Unit	0,95 [0,92; 0,99] 0,0120	0,98 [0,95; 1,02] 0,3940	1,04 [0,99; 1,09] 0,1041
	eQS mit Stroke-Unit	0,95 [0,93; 0,98] 0,0019	0,98 [0,95; 1,02] 0,3310	1,01 [0,97; 1,05] 0,6156
alle Patienten ohne Stroke-Unit-Behandlung	alle Patienten mit Stroke-Unit-Behandlung	0,82 [0,81; 0,83] 0,0000	0,80 [0,79; 0,82] 0,0000	0,72 [0,71; 0,74] 0,0000

* adjustiert für Schlaganfall-Art, Alter, Geschlecht, Komorbidität, Pflegestufe, soziale Deprivation der Wohnregion)

eQS, externe Qualitätssicherung (in anderen Bundesländern); GQH, Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen; HR, Hazard Ratio; 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall

Geraedts et al. DÄB Int 2021

Schätzung potenziell vermeidbarer Todesfälle bei Behandlung in einer Klinik mit vs. ohne Stroke Unit

➤ Ein-Jahres-Sterblichkeitsrisiko in QUASCH-Studie:

- I63: 23,9 % vs. 30,4 %
- I60 & I61: 45,5 % vs. 50 %
- G45 außer G45.4: 9,1 % vs. 12,9 %

➤ **Table 6:**

Potenziell vermeidbare Todesfälle innerhalb eines Jahres nach einem Schlaganfall bei Übertragung der Ergebnisse der QUASCH-Studie auf die aktuelle Versorgung bei Schlaganfall

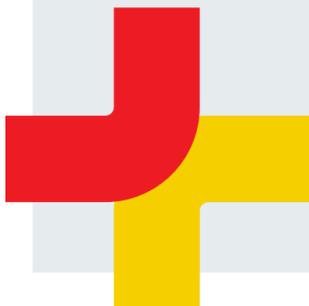
ICD-10-Codes	Fallzahl 2021	Anteil mit SU ¹	Anteil ohne SU	verstorben mit SU	verstorben ohne SU	potenziell verstorben, wenn mit statt ohne SU	vermeidbare Todesfälle
I60 & I61 (Blutung)	42.659	32.762	9.897	14.907	4.949	4.503	445
I63 & I64 (Ischämie)	248.666	190.975	57.691	45.643	17.538	13.788	3.750
G45 exkl. G45.4 (TIA)	87.743	67.387	20.356	6.132	2.626	1.852	774
Summe	379.068	291.124	87.944	66.682	25.112	20.144	4.969



... hochaktuelle Diskussion – QS Schlaganfall

Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung
Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen



Zusammenfassend kann man feststellen, dass die »reine« Wissenschaft, die Lauterbach mit der Bildung der Kommission in die Politik einführen wollte, gar nicht so »rein« ist. Mit dieser Stellungnahme liefert die Kommission **wissenschaftlich unredliche Munition für den laufenden »kalten Strukturwandel«** durch Insolvenzen und die Politik der Schließung kleiner Krankenhäuser. Sie bestätigt damit wieder einmal, was mit der mehrheitlichen personellen Besetzung der Kommission bereits von Anfang an klar war: Das Ziel vieler Mitglieder der Kommission war es nie, eine sachgerechte, wissenschaftlich begründete Politikberatung zu machen, sondern dem **Ziel der Durchsetzung einer neoliberalen Marktordnung im Krankenhauswesen** zu dienen.

NEUES GEGEN-GUTACHTEN

Kritik an Lauterbachs Krankenhausreform – haben die Experten aus dem Gesundheitsministerium geschummelt?

Fachleute des Gesundheitsministers haben in einem Gutachten behauptet, viele Patienten würden in den Krankenhäusern schlecht versorgt. Doch dagegen regt sich Kritik. Das Gegen-Gutachten einer Medizinin Professorin wirft den Regierungsexperten nun vor, **schlampig gearbeitet und falsch gerechnet** zu haben. Von Andreas Hofmann

Erika Raab rechnet derzeit viel. Sitzt spätabends am Schreibtisch, wälzt Gesundheitsstatistiken bis weit nach Mitternacht, neulich grübelte sie bis um zwei Uhr in der Früh über ein Problem, bis sie ihren Mann weckte und fragte: "Stimmt meine Rechnung?" Der schaute kurz auf und nickte.

Quelle: stern.de, 01.08.2023

Die Zahlen zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung im Rahmen von Stroke-Behandlungen bedeuten, dass nachweisbar bereits 2.140 Fälle von der Statistik der vermeidbaren Todesfälle der Regierungskommission abgezogen werden müssen.

KRITISCHE WÜRDIGUNG
DER ANALYSE DER REGIERUNGSKOMMISSION
ZUR
VERBESSERUNG VON QUALITÄT UND SICHERHEIT
DER GESUNDHEITSVERSORGUNG
POTENZIALANALYSE
ANHAND EXEMPLARISCHER ERKRANKUNGEN

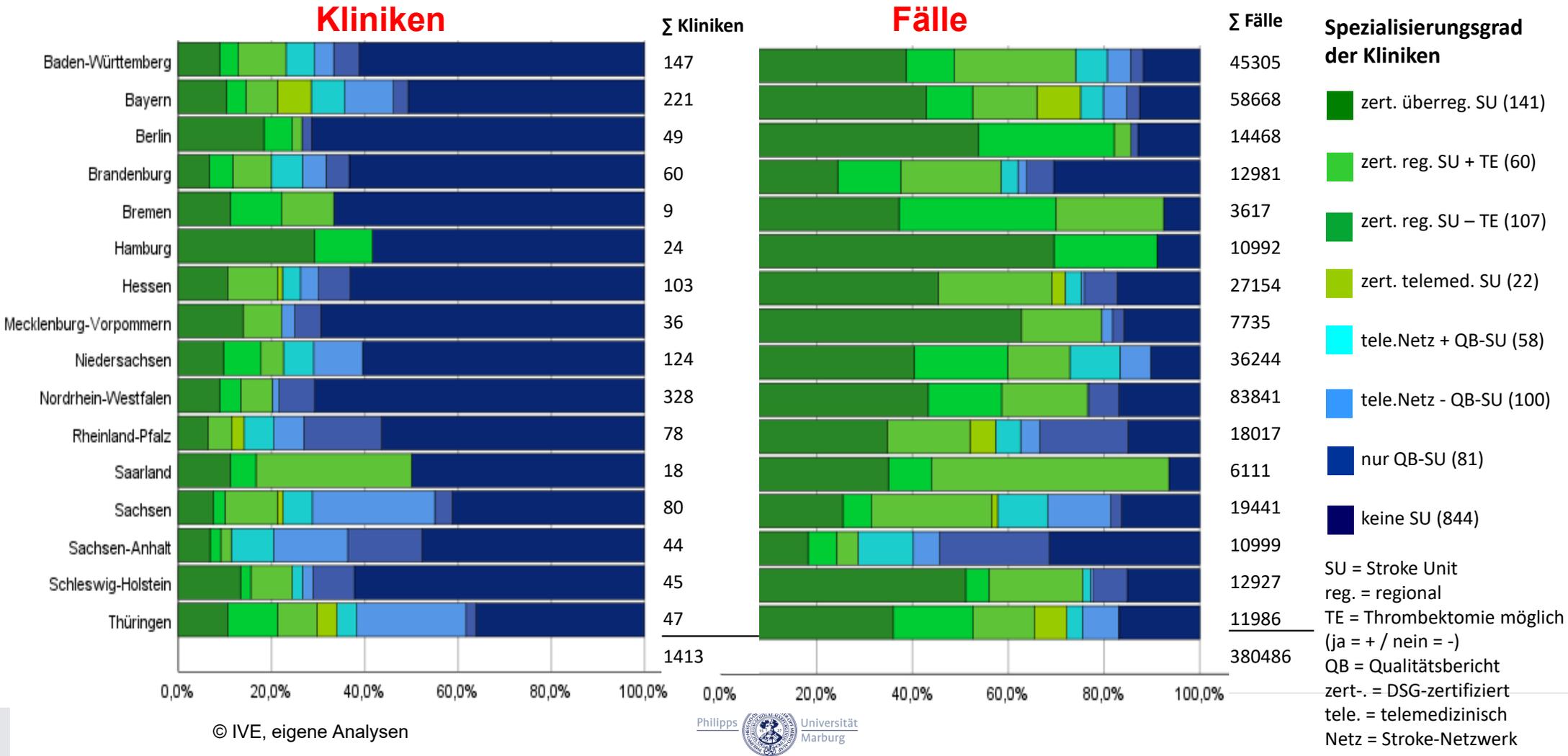
Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab MBA

Professur für Medizincontrolling, Medical School Hamburg, University of Applied Science and Medical University

Vorstandsvorsitzende Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

Geschäftsführerin Kreisklinik Groß-Gerau GmbH

Q-Berichte 2021: Spezialisierungsgrad der Kliniken, die Schlaganfallpatienten behandelt haben – nach Bundesland



Fazit

- das primäre Ziel der Transparenz – mehr Qualität durch informierte Auswahl – scheint bisher noch nicht erreicht zu werden
 - Transparenz erfüllt jedoch Rechenschaftspflicht der Behandelnden
- vielfältige Datenquellen aus der Versorgung stehen zur Verfügung
- deren Qualität und Fallstricke müssen bei der Verwendung bedacht werden
- Transparenz mithilfe der Gesundheitsversorgungsforschung kann Ansatzpunkte für die Qualitätssicherung / -weiterentwicklung aufzeigen