

# Mehr Qualität, mehr Transparenz – eine wissenschaftliche Bewertung der Reformansätze

Max Geraedts

Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie

Philipps-Universität Marburg



# KCQ-Tagung Qualitätssicherung in Zeiten tiefgreifender Gesundheitsreformen

1. März 2024

Hotel Aquino

Berlin

## Darlegung Interessenkonflikte

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

# Agenda

- 5. Stellungnahme der Regierungskommission: Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung - Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen
  - Fokus Schlaganfall
  - Theoretischer Hintergrund
  - Studienlage
- Krankenhaustransparenzgesetz
  - Theoretischer Hintergrund
  - Studienlage
- Fazit

# Ausgangspunkt: **QUASCH** Studie

Ergebnisse **QUAL**itätsgesicherter **SCH**laganfallversorgung – Hessen im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet

Gefördert durch:



FKZ: 01VSF18041

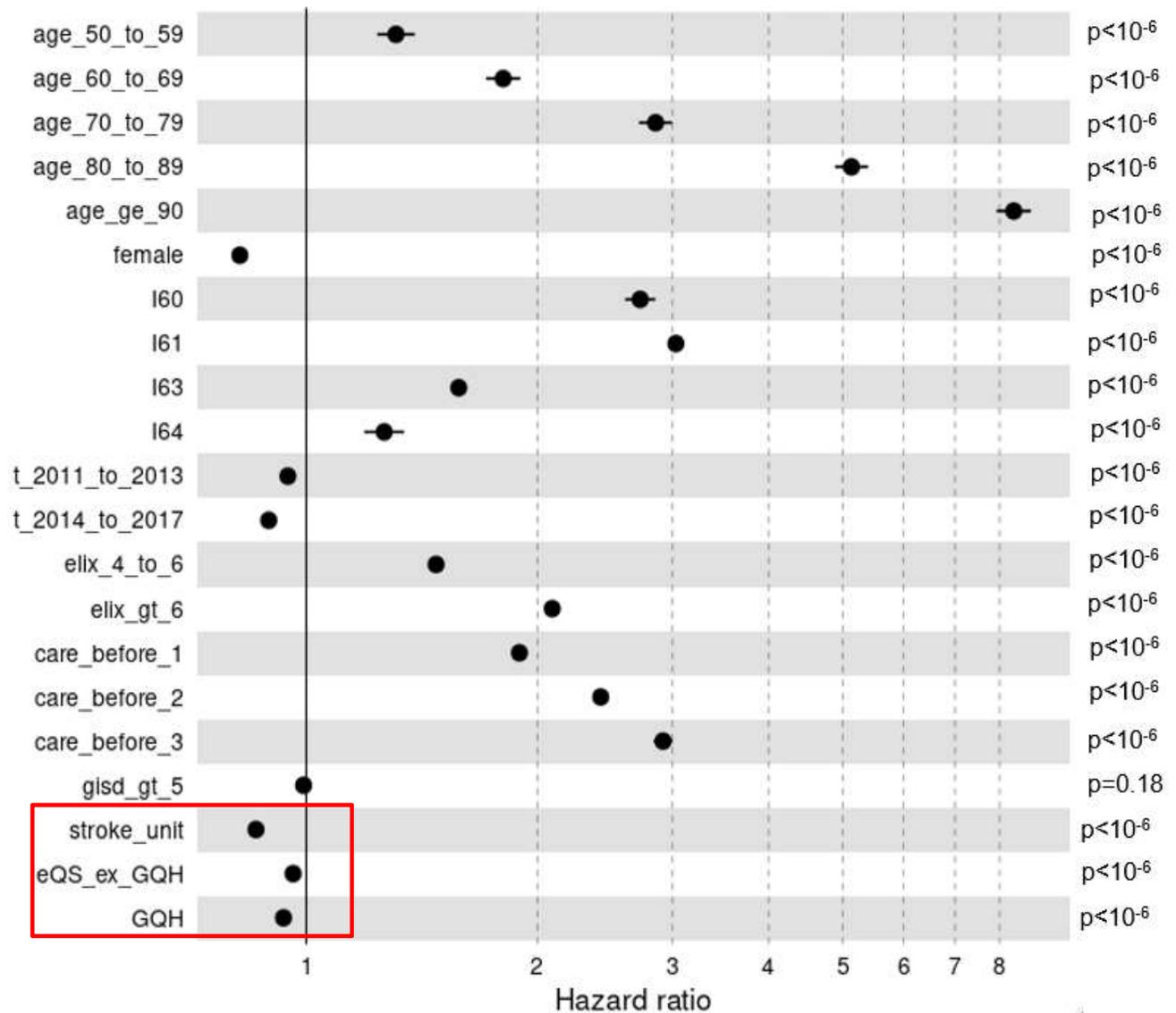
**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

- 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 ( $\geq 250$ ) und Komplexpauschalen ( $\geq 125$  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 zu den unabhängigen Variablen und Kovariaten



# 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

# 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 %

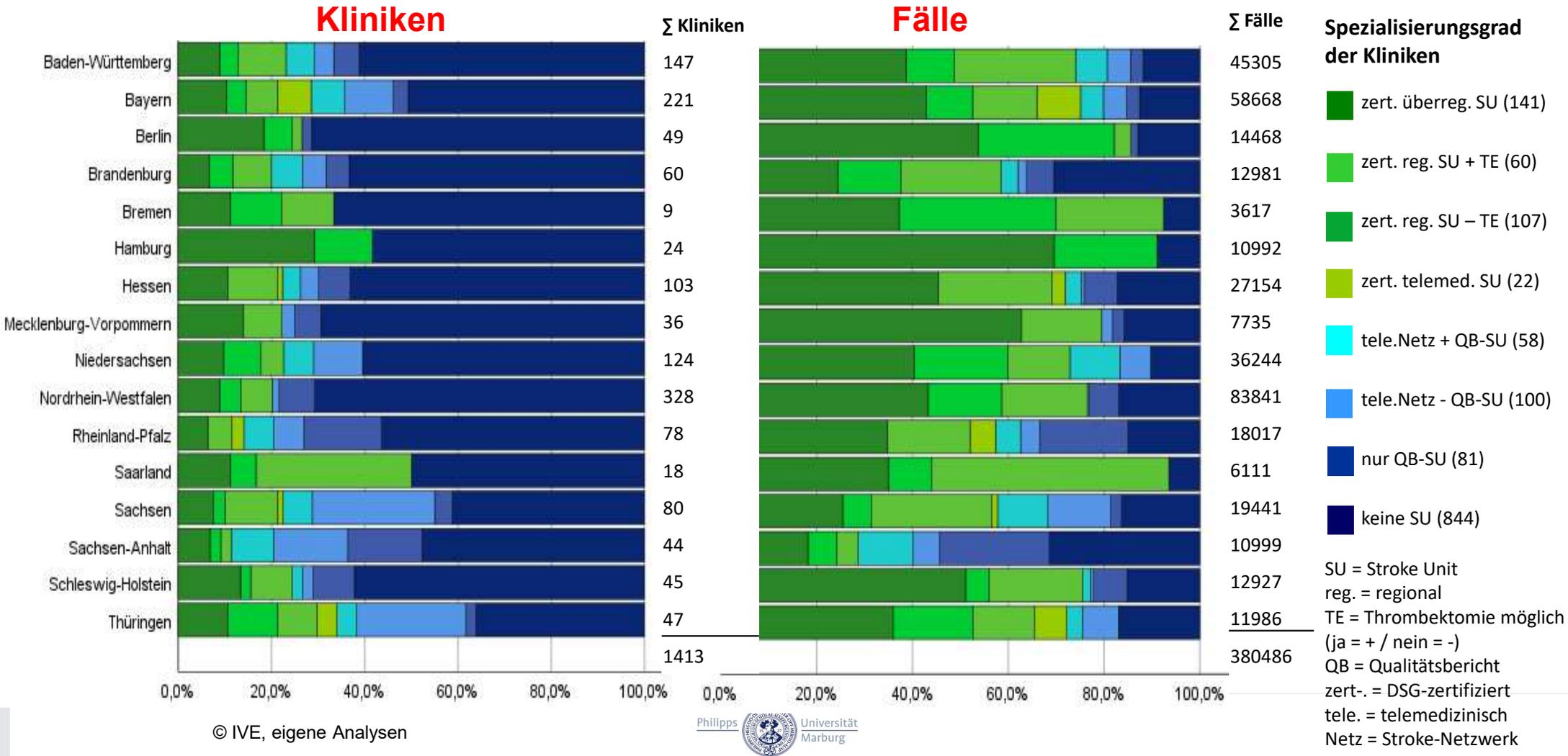
➤ **Table 6:**

**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 <sup>1</sup>	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
<b>Summe</b>	<b>379.068</b>	<b>291.124</b>	<b>87.944</b>	<b>66.682</b>	<b>25.112</b>	<b>20.144</b>	<b>4.969</b>



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



## Krankenhaustransparenzgesetz (18.10.23)

Online-Verzeichnis (ab 1. Mai 2024?):

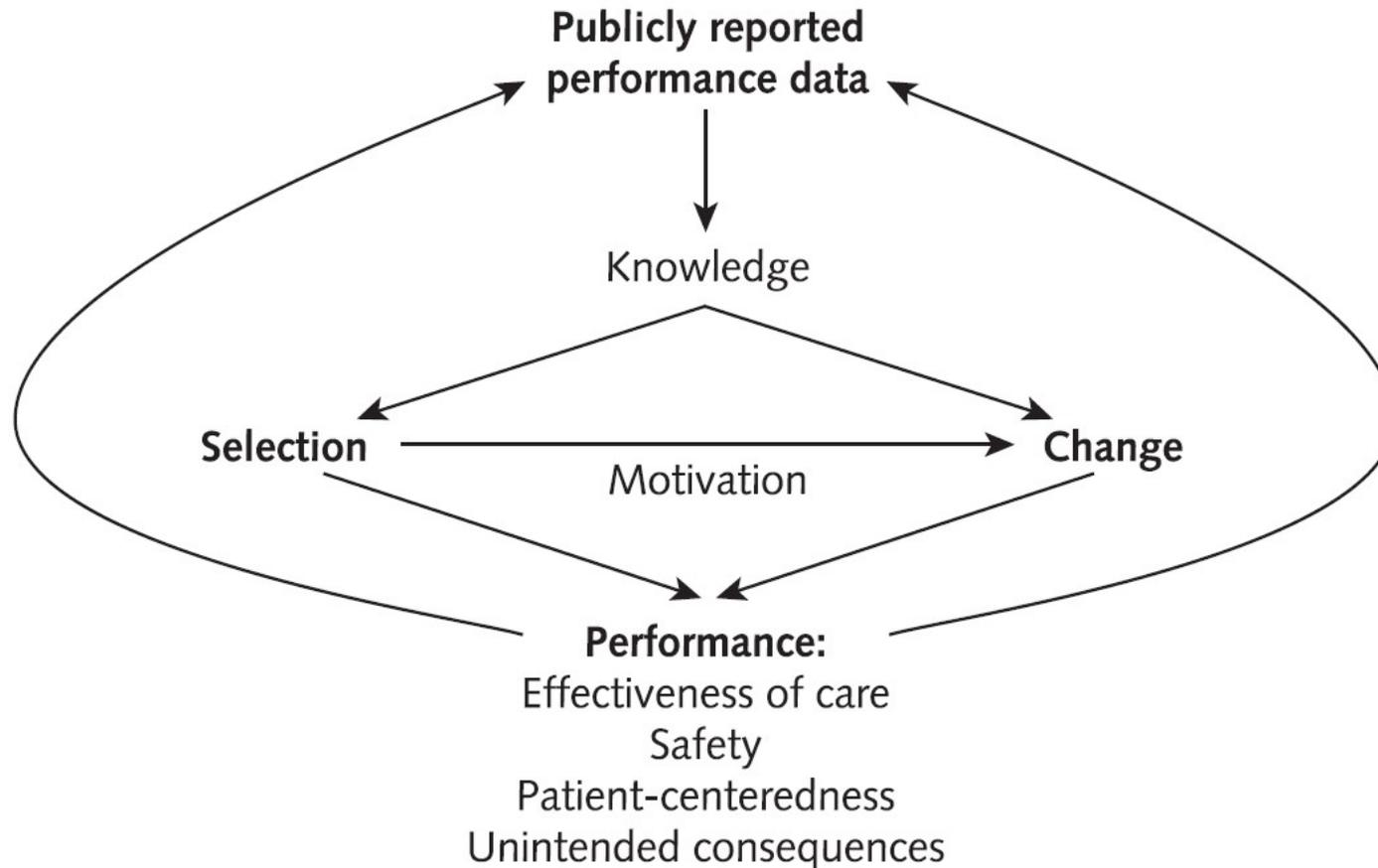
- Leistungsangebot
  - 65 Leistungsgruppen und Versorgungsstufen (Level)
- personelle Ausstattung
- Qualitätsaspekte
  - DeQS-R (Fokus Komplikationen, Mortalität); Zertifikate
- Daten aus InEK und IQTIG

# 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.

# 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

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

Khic-Houy Prang<sup>1\*</sup>, Roxanne Maritz<sup>1,2,3</sup>, Hana Sabanovic<sup>1</sup>, David Dunt<sup>1</sup>, Margaret Kelaher<sup>1</sup>

**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**

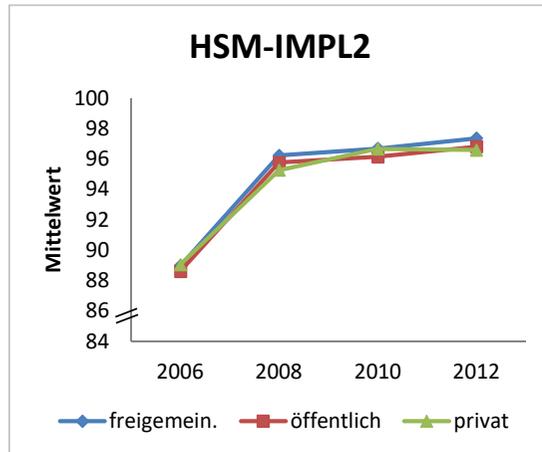


ELSEVIER

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

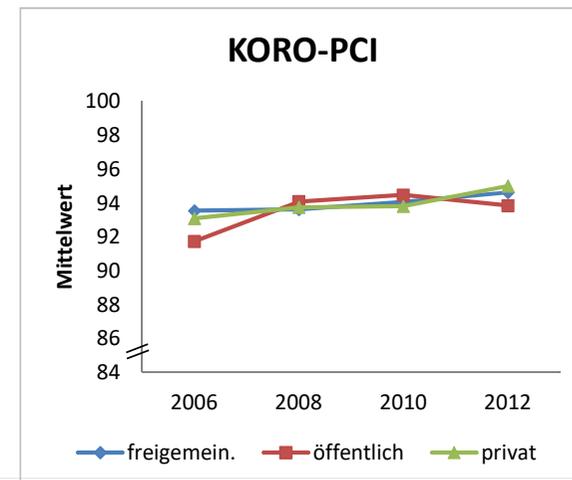
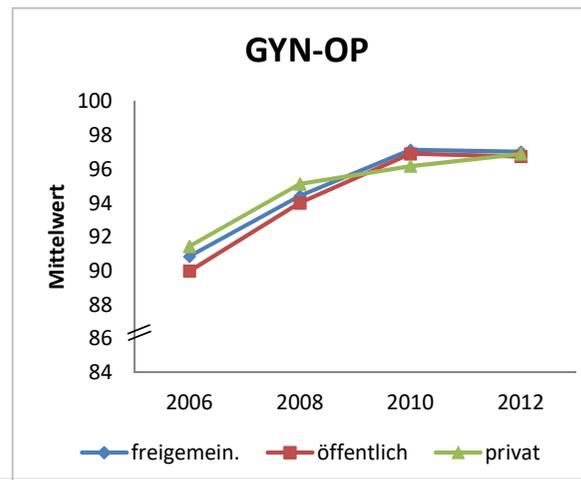
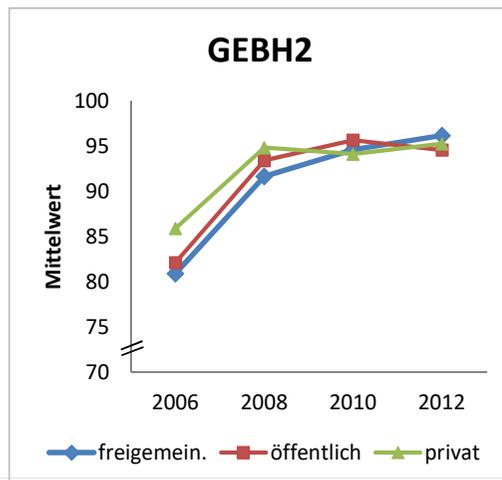
# Health Policy

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://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<sup>a,\*</sup>, Frank Krummenauer<sup>b,1</sup>, Max Geraedts<sup>a,2</sup>



# Fazit

- Krankenhausreform mit dem Effekt der Zentralisierung auf der Basis von Strukturvorgaben birgt hohes Potenzial für Outcome-Verbesserungen bei geringer Beeinträchtigung der Erreichbarkeit
  - Cave Beobachtungsstudien: Bias & unberücksichtigtes Confounding?
- Transparenz erfüllt Rechenschaftspflicht der Behandelnden
- Outcome-Verbesserungen nur in geringem Ausmaß zu erwarten
  - Hinweise auf Qualitätsverbesserungsaktivitäten auf der Basis der öffentlichen Qualitätsberichterstattung („change pathway“)
  - kaum Evidenz für veränderte Auswahlentscheidungen („selection pathway“)
  - Einweisende Ärzt:innen als Informations-Vermittler überzeugen und besser einbinden