



Medizinischer
Dienst



Kompetenz-Centrum
Qualitätssicherung

Indikationsstellung in der elektiven Endoprothetik

Möglichkeiten und Grenzen einer „Qualitätsmessung“

Bild

Berlin, 01.03.2024

Dr.med.Christian Kralewski, Stellvertretender Leiter KCQ

KCQ-Tagung Qualitätssicherung in Zeiten tiefgreifender Gesundheitsreformen

1. März 2024

Hotel Aquino

Berlin



Darlegung Interessenskonflikte

Hiermit erkläre ich, dass hinsichtlich dieser Veranstaltung keine wirtschaftlichen Interessenkonflikte vorliegen.

Das KCQ berät den GKV-SV zu Fragen der Qualitätssicherung.

Berlin, 01.03.2024 Dr. Christian Kralewski

Agenda:



1. Allgemeine Anmerkungen zur Indikationsstellung
2. Spezifische Aspekte zur Indikationsstellung bei elektiver Endoprothetik
3. Indikation: Qualitätssicherung
4. Kernbotschaften und Ausblick

Die Abteilung Daten, Demographie und Qualität (DDQ) erstellt mit der Unterstützung der Arbeitsgruppe Qualität AGQ-FMH* Grundlagenpapiere zu verschiedenen Themen im Bereich Qualität, welche in der Schweizerischen Ärztezzeitung veröffentlicht werden. Die FMH nimmt auf der Basis der erarbeiteten Grundlagen Stellung zum Thema und gelangt über das Papier «Die Meinung der FMH» mit Ihrer Position an die Öffentlichkeit. Nachfolgend werden das Grundlagenpapier sowie die Meinung der FMH zum Thema «Diagnose- und Indikationsqualität» präsentiert.

Grundlagenpapier der DDQ

«We have little information about which treatments work best for which patients» [1]

Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität

Bestimmung der Angemessenheit bei medizinischen Leistungen

Indikationsqualität: leicht gesagt, schwer zu fassen

Johann Steurer

Prof. em. Dr. med., Universität Zürich, Mitglied Ausschuss Qualitätsboard, Universitätsspital Zürich

Bild Arzt – Patient Augenhöhe

The American Academy of
Orthopaedic Surgeons
Expands Choosing Wisely® List



NEWS PROVIDED BY
American Academy of Orthopaedic Surgeons →
15 May, 2020, 11:01 ET



Einführung zum Thema

Internist 2016 - 57:519–520
DOI 10.1007/s00108-016-0077-z
Online publiziert: 27. Mai 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



G. Hasenfuß¹ · E. Märker-Hermann² · M. Hallek³ · C. Sieber^{4,5}

¹Herzzentrum, Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

²Klinik für Innere Medizin IV, Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken GmbH, Wiesbaden, Deutschland

³Klinik für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

⁴Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg, Deutschland

⁵Institut für Biomedizin des Alters (IBA), Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Klug entscheiden

Allem voran die Indikationsqualität

90
PROZENT

Das E-Magazin des GKV-
Spitzenverbandes

AUSGABE 34

Sucheingabe



Indikationsqualität bei künstlichem Hüftgelenkersatz: Welche Operationen sind wirklich sinnvoll?

September 2023

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



Institut für Ethik und
Geschichte der Medizin

Theorie der Indikationsstellung in der Medizin

7. Stellungnahme der Regierungskommission

3.11 Indikationsqualität

Die Indikationsqualität wird bisher in kaum einem Qualitätssicherungsverfahren systematisch überprüft. Dies ist bemerkenswert, da es bei vielen Interventionen sehr starke regionale Unterschiede gibt, was auf regionale Über- oder Unterversorgung hindeutet. Das Augenmerk der Qualitätssicherungsverfahren in Deutschland liegt ausschließlich auf der Beurteilung der Qualität erbrachter Leistung, wofür ebenfalls wichtig ist jedoch die Beurteilung, ob eine Leistung überhaupt erbracht werden sollte.

Indikationsqualität sollte vermehrt in wissenschaftlichen Leitlinien entsprechend sichtbar gemachten Evidenz und Empfehlungsstärke einzelne indizierende Faktoren dargestellt werden. Dadurch würde es

- daraus Qualitätsindikatoren für die datengestützte Qualitätssicherung abzuleiten,
- sie verpflichtend in interdisziplinären Indikationsboards zu nutzen,
- sie in Anforderungskatalogen für fach- oder prozedurenspezifische Zertifikate und Qualitätssiegel einzuschließen und
- sie für die Evaluation in Qualitätsverträgen zu nutzen.

Die Formulierung von Leitlinien mit Indikationskriterien sollte gefördert werden. Sie bilden die Basis für die Ableitung und Überführung in Indikatoren. Nur so wird die evidenzbasierte Indikationsentscheidung systematisch einer Beurteilung zugänglich. Im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung sollten diese Indikatoren vorzugsweise aus Abrechnungsdaten generiert werden. PROMs können hier ergänzende Hinweise

Die Gemeinsam-klug-entscheiden(Choosing-Wisely)-Initiative²⁷ zielt auf wissenschaftlich und ethisch begründete Entscheidungsfindung ab und ist durch Förderung gezielt ausgebaut und mit Leitlinienarbeit und der Entwicklung systematischer verbunden werden.

²⁷ https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads/manual-gemeinsam-klug-entscheiden-deutsch.pdf.

...in kaum einem Verfahren geprüft...(?)

...regionale Unterschiede mit Unter- / Überversorgung.

...sollte eine Leistung überhaupt erbracht werden?

...Forderung nach Leitlinien mit Indikationskriterien.

...Formulierung der Kriterien auf Evidenzbasis.

...Verpflichtende Nutzung in den Indikationsboards.

...Nutzung von Abrechnungsdaten für Indikationsindikatoren in der datengestützten QS.

...PROM's als ergänzende Hinweise.

...wissenschaftliche und ethische Entscheidungsfindung.

Agenda:



- Allgemeine Anmerkungen zur Indikationsqualität
- Spezifische Aspekte zur Indikationsstellung bei elektiver Endoprothetik
- Indikation: Qualitätssicherung
- Kernbotschaften und Ausblick

Röntgenbild li Hüfte a.p.

Coxarthrose GR. IV, Fallbeispiel

**In der elektiven Endoprothetik sind
- neben „technischen Befunden“-
individuelle Patientenfaktoren
für die Indikationsstellung
relevant.
Die Indikationsstellung ist weit
überwiegend
„relativ“.**

- **Diagnosesicherung (Sicherung des objektiven Therapiebedarfs, Bildgebung)**
- **Leidensdruck der Patient*innen (Erfassung des subjektiven Therapiebedarfs)**
- **Prüfung alternativer Therapiemaßnahmen (Prüfung der Zweckmäßigkeit)**
- **Kontraindikationen**
- **Optimierung modifizierbarer Risikofaktoren**
- **Partizipative Entscheidungsfindung**

**Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur
Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose**

S3-Leitlinie der

Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Erstellt im Rahmen der Initiative Evidenz und konsensbasierte Indikation
Totalendoprothese (EKIT-Hüfte)



DGOU Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie



**Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose; S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.; Version: 1.0 (24.03.2021); AWMF-Registernummer 187-001.**

Agenda:



- Allgemeine Anmerkungen zur Indikationsqualität
- Spezifische Aspekte zur Indikationsstellung bei elektiver Endoprothetik
- Indikation: Qualitätssicherung
- Kernbotschaften und Ausblick

Instrumente

Stichproben

Fallebene

Bild - Stichprobe

Ratenbasierte Indikatoren

Einrichtungsebene

Bild - Akten

Instrument 1

Stichproben?

- Größe der Stichprobe (insgesamt und je Einrichtung)?
- Auslösung?
- einheitliche Bewertungen?
- Bewertung durch „Experten“?
- individuelle Krankengeschichte („vollständige“ Dokumentation?)

Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Erfassungsjahr 2022		geliefert			
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	250.880			
	Basisdatensatz	250.880			
	MDS	119			
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	999			
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.141			
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.209	1.204	100,42	

1.141
Auswertungsstand-
orte

Bundesauswertung
EJ 2022 nach DeQS-RL
Hüftendoprothesenversorgung - 54001

Detaillierergebnisse

EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis O/N	Ergebnis O/N
Bund	2020: 157.132 / 160.910 2021: 159.584 / 160.910 2022: 179.797 / 184.080	2020: 97,65 % 2021: 97,65 % 2022: 97,67 %	2020: 97,58 % - 97,72 % 2021: 97,57 % - 97,72 % 2022: 97,60 % - 97,74 %

184.080
Datensätze

Instrument 2:

Ratenbasierte Indikatoren?

- elektronische Datenerfassung
- standardisierte Auswertungen
- Vollerhebung möglich

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsziel

Möglichst oft eine angemessene Indikation

Hintergrund

„möglichst oft“

„angemessen“

„möglichst oft“

„angemessen“

Ergebnisse der Indikatoren

54001: Indikation zur elektiven Hüfte

Qualitätsziel	Möglichst oft eine ange
ID	54001
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Implantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgenommen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score erfüllen ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER bei denen eine Voroperation (Pseudarthrose oder Cut out) vorangegangen ist ODER bei denen eine posttraumatische Hüftkopfnekrose vorliegt ODER die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation erfüllen ODER das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

-fortgeschrittener
Röntgenbefund

-Bewegungs-
einschränkungen

-Schmerzen

≥ 90%

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
ID	54001
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgenommen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score erfüllen ODER die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score erfüllen ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER bei denen eine Voroperation (Pseudarthrose oder Cut out) vorangegangen ist ODER bei denen eine posttraumatische Hüftkopfnekrose vorliegt ODER die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation erfüllen ODER das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

- **Diagnosesicherung (Sicherung des objektiven Therapiebedarfs) - aktuell: Röntgen, Gelenkbeweglichkeit**
- **Leidensdruck der Patient*innen (Erfassung des subjektiven Therapiebedarfs) - aktuell: „Schmerzbefund“**
- **Prüfung alternativer Therapiemaßnahmen (Prüfung der Zweckmäßigkeit)**
- **Kontraindikationen**
- **Optimierung modifizierbarer Risikofaktoren**
- **Partizipative Entscheidungsfindung („informed consent“)**

Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose; S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.; Version: 1.0 (24.03.2021); AWMF-Registernummer 187-001.

Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur
Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose

S3-Leitlinie der

Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Erstellt im Rahmen der Initiative Evidenz und konsensbasierte Indikation
Totalendoprothese (EKIT-Hüfte)

Evidenz und Konsensbasierte
Indikationskriterien
EKIT-Hüfte

DGOU Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie

AE
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

Für die Abschätzung einer „angemessenen“ Indikation werden derzeit im Indikator **BASISANFORDERUNGEN** betrachtet:

- Schmerzen,
- Gelenkbeweglichkeit,
- Grad der radiol. Gelenkzerstörung

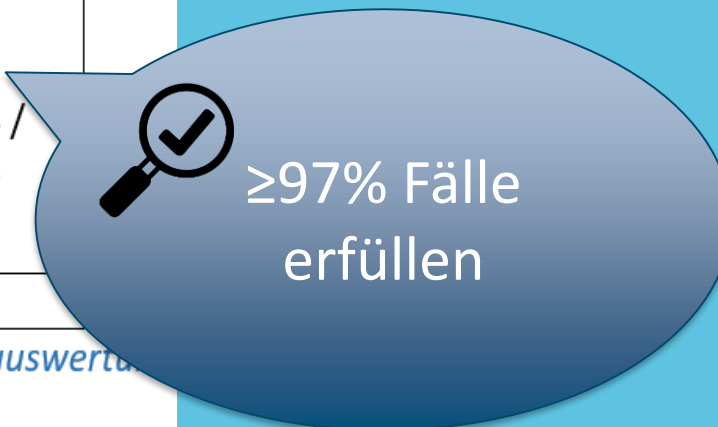
Bereits diese Basisanforderungen erzeugen relativ hohen Aufwand in der Dokumentation und Bewertung.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 54001 Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	97,67 % 179.797/184.080
1.1.1	ID: 19_22000 Belastungsschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	23,47 % 42.196/179.797
1.1.2	ID: 19_22001 Ruheschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	75,39 % 135.546/179.797
	ID: 19_22002 bei rheumatischen Erkrankungen	0,17 % 314/179.797
	der erosiven Gelenkzerstörung	0,88 % 1.579/179.797
	osiven Gelenkzerstörung nach	4,35 % 7.824/179.797
	d mindestens das Stadium 3	3,05 % 5.487/179.797
	in	74,13 % 133.285/179.797
	ränkungskriterium und rten Kellgren-Lawrence-Score	0,85 % 1.535/179.797
	ränkungskriterium und ale-Eek	1,29 % 2.319/179.797
	mechanisches Versagen durch Voroperation und die ICD (orangefarbenes Trauma)	

ERSTIMPLANTATION		bei rheumatischen Erkrankungen	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt!		Liest eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?	
40.61 Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation	48> Ab-/Adduktion 2	58	ID: 19_22002 bei rheumatischen Erkrankungen Liest eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor? 0 = nein 1 = ja
40 Anzahl der Eingriffe	50> Ab-/Adduktion 3	59	
40 Wieviele elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	51> Außen-/Innenrotation 1	60.61 erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	
41-42 Präoperative Anamnese	51> Außen-/Innenrotation 1	52> Außen-/Innenrotation 2	ID: 19_22001 Ruheschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score 0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mullierende Veränderung
41 Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	52> Außen-/Innenrotation 2	53> Außen-/Innenrotation 3	
0 = nein 1 = ja	54.63 Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score	54 Osteophyten	
42> Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor	54 Osteophyten	55 Gelenkspalt	60.61 Femurkopfnkrose
0 = nein 1 = ja	55 Gelenkspalt	56 Sklerose	60 Femurkopfnkrose
43 Schmerzen	56 Sklerose	57 Deformierung	61> atraumatische Femurkopfnkrose nach ARCO-Klassifikation
0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	57 Deformierung		0 = Stadium 0 1 = Stadium I 2 = Stadium II 3 = Stadium III 4 = Stadium IV
44.63 Präoperativer Bewegungsumfang			
44 Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt?			
0 = nein 1 = ja			
45> Extension/Flexion 1			
46> Extension/Flexion 2			

Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001) ²				
Erfassungsjahre	2018	2019	2020	2021
Anteil an Fällen mit erfüllten Indikationskriterien	97,13% (170.630 / 175.677)	97,60% (171.468 / 175.681)	97,65% (157.132 / 160.910)	97,65% (159.584 / 163.429)
Referenzbereich	≥ 90%			



≥97% Fälle erfüllen

Tabelle 1: Daten des Qualitätsindikators ID 54001 für die Erfassungsjahre 2018 bis 2021. Quellen IQTIG Bundesauswertungen EJ 2018 – EJ 2021: [Hüftendoprothesenversorgung \(HEP\) - IQTIG](#); [Hüftgelenkversorgung \(QS HGV\) - IQTIG](#)

Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001)				
Erfassungsjahr	Indikatorenergebnisse insgesamt (Einrichtungen)	Anteil „rechnerisch auffällig“ an allen Indikatorenergebnissen	Anteil „qualitativ auffällig“ nach Stellungnahmeverfahren an allen Indikatorenergebnissen	Anteil Dokumentationsfehler an rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnissen
2018	1.153	87 / 1.153 (7,55%)	12 / 1.153 (1,04%)	22 / 87 (25,29%)
2019	1.138	65 / 1.138 (5,71%)	5 / 1.138 (0,44%)	20 / 65 (30,77%)
2020	1.154	74 / 1.154 (6,41%)	5 / 1.154 (0,43%)	25 / 74 (33,78%)

Tabelle 2: Anteil rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren („strukturiertem Dialog“), Erfassungsjahr 2018 - 2020; Daten aus: Bericht zum Strukturierten Dialog 2019 Erfassungsjahr 2018 - 2020; Gemeinsamen Bundesausschusses Stand: 03. September 2020; https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Bericht-zum-Strukturierten-Dialog-2019_EJ-2018_2020-09-03-barrierefrei.pdf; Bericht zum Strukturierten Dialog 2020 Erfassungsjahr 2019 - 2020; Gemeinsamen Bundesausschusses Stand: 22. November 2020; https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Bericht-zum-Strukturierten-Dialog-2020_EJ-2019_2020-11-22-barrierefrei.pdf; Bundesauswertungen IQTIG, Hüftendoprothesenversorgung EJ 2018 - 2020; [Hüftgelenkversorgung \(QS HGV\) - IQTIG](#)



0,43% aller Einrichtungen „qualitativ auffällig“



**Indikationsstellung in nahezu
100% der Fälle „richtig“ ?**



- Indikator kann nicht zwischen „guter“ oder „schlechter“ Indikation im Einzelfall unterscheiden - sondern nur ob die „Basisanforderungen“ „erfüllt“ / „dokumentiert“.
- Es können Einrichtungen identifiziert werden, die gehäuft ungewöhnliche, möglicherweise qualitativ problematische Indikationen zur elektiven Hüftendoprothese ausweisen.

Agenda:



- Allgemeine Anmerkungen zur Indikationsqualität
- Spezifische Aspekte zur Indikationsstellung bei elektiver Endoprothetik
- Indikation: Qualitätssicherung
- Kernbotschaften und Ausblick

Kernbotschaften:

- Indikationsstellung als „Schlüsseldimension“ der Behandlungsqualität
- elektive Endoprothetik: überwiegend „individuelle“ und „relative“ Indikationen – Patientenperspektive!
- Der komplexe Prozess der individuellen Indikationsstellung scheint nicht vollständig „mathematisierbar“.

Dr. Urban Wiesing, Institut für Ethik und Geschichte in der Medizin, Universität Tübingen, Theorie der Indikationsstellung

Kernbotschaften:

- Bisherige QS: „Basisanforderungen“ einer „angemessenen“ Indikationsstellung (Röntgen, Schmerz, Beweglichkeit).
- Gemessen daran: Versorgungsqualität konstant zureichend (nur wenige Einrichtungen „qualitativ auffällig“)
- ABER (!)...
- Indikator in der aktuellen Form kann nicht zwischen „guter“ oder „schlechter“ Indikation im Einzelfall unterscheiden.

Kernbotschaften:



„Hinweisgeber“ auf besonders abweichende Einrichtungsergebnisse –
valide??

„Grenzen“ der bisherigen Indikations-Indikatoren in der elektiven Endoprothetik sollten klar kommuniziert werden.

Ausblick: Indikationsqualität über Sozialdaten?



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Innovationsausschuss

Innovationsausschuss

Förderbekanntmachungen

> Förderprojekte

Service | Zur Website des G-BA |

🏠 > Förderprojekte > Versorgungsforschung > IndiQ – Entwicklung eines Tools zur Messung von Indikationsqualität in Routinedaten und Identifikation von Handlungsbedarfen und

IndiQ – Entwicklung eines Tools zur Messung von Indikationsqualität in Routinedaten und Identifikation von Handlungsbedarfen und

Themenfeld:
Themenoffen



Projektbeschreibung

Fraglich, da wichtige Indikationskriterien
subjektiver Leidensdruck, in

Expertengremium in den Projekten
„Sozialdaten im Bereich
Orthopädie/Unfallchirurgie“

Ausblick: Indikationsboards? Fallkonferenzen?



Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Siebte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Weiterentwicklung der Qualitäts-
sicherung, des Qualitäts- und
des klinischen Risikomanagements
(QS, QM und kRM)

Mehr Qualität – weniger Bürokratie

Um eine Indikationsausweitung wirksam zu verhindern, sollten auf regionaler Ebene für definierte Eingriffe Indikationsboards zwischen den Gesundheitseinrichtungen etabliert werden, in denen – i. d. R. ausgehend von Level III oder ggf. Level II – levelübergreifend und prospektiv über kritische Indikationsstellungen beraten wird. Verbunden mit retrospektiven Fallkonferenzen könnten sie ebenfalls dazu beitragen, zukünftig Indikationsstellungen zu verbessern. Die nachgewiesenermaßen wirksame Etablierung von Indikationsboards kann für die qualitätsabhängige Vergütung genutzt werden.

Ausblick: Patientenperspektive

Patientenbefragungen:

Alltagsleistungen, Schmerz, Aufklärung („informed consent“)

Endoprothesenregister Deutschland

Eine Initiative der
Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie e. V.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ORTHOPÄDIE UND
ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

mit den Partnern



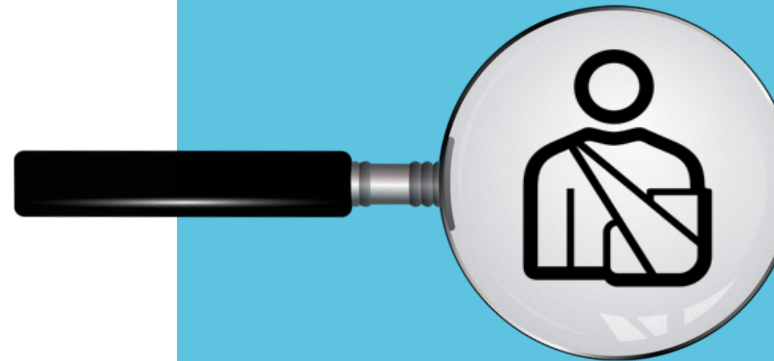
AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.



vdek
Die Ersatzkassen



BV Med
Die Stimme der deutschen
MedTech-Branche



**Röntgenbild
Coxarthrose**

Vielen Dank! Fragen?

**Bild
Fragender**

Medizinischer Dienst
Baden-Württemberg
77933 Lahr/Schwarzwald

