



Universität
Marburg

Externe Qualitätssicherung – Regulierung und Transparenz

Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. San.

Institut für Gesundheitsversorgungsforschung und Klinische Epidemiologie (IGVE)

Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg



Universität
Marburg



Universität
Marburg

KCQ-Symposium

Externe Qualitätssicherung: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft

26. Februar 2026

Hotel Aquino
Berlin

Darlegung Interessenskonflikte

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



Universität
Marburg

Agenda

- Qualitätsregulierung
 - Optionen, Stand und Evidenz
- Qualitätstransparenz
 - Theorie, Formen, Evidenz
- Fazit

Qualitätsregulierung - Optionen

- Vertrauen auf intrinsische Motivation zur ständigen Qualitätsverbesserung / implizite Qualitätskultur der Gesundheitsberufe
- Prüfung vor Leistungserbringung: Vorhandensein der (sachlichen und personellen) Voraussetzungen für gute Qualität
 - Audit, Zertifizierung
- Soll-/Ist-Vergleich nach Leistungserbringung
 - auf der Basis von Selbstauskünften / per Audit
 - bei Auffälligkeit, sporadisch
 - Stichprobe oder Vollerhebung
- Konsequenzen: (Peer-)Beratung, Zielvereinbarungen, Vergütungsabschläge, Entzug des Versorgungsauftrags

Qualitätsregulierung - Entwicklung

- freiwillig bis 1989
- SGBV 1989: Verpflichtung zur Beteiligung an Qualitätssicherung
- 2025: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)
 - QS geht zum Teil von Selbstverwaltung / G-BA (Stellungnahmeberechtigt) hin zu BMG (Rechtsverordnung mit Bundesrat-Zustimmung)
 - Leistungsgruppen-Ausschuss: 61 Leistungsgruppen; Qualitätskriterien für Krankenhausleistungen (Anforderungen an technische Ausstattung/Verfügbarkeit und personelle Ausstattung/Qualifikation/Verfügbarkeit)
 - Prüfung durch Medizinischen Dienst

Qualitätsregulierung – G-BA externe QS

Verfahren	Leistungsbereich	Leistungs- erbringer (N) a/s ²	Qualitäts- indikatoren (N)	Datensätze (N)
Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	Gefäßchirurgie	~580 a, s	20	~35.000
Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	Gynäkologie	~960 s	7	~200.000
Mammachirurgie (QS MC)	Gynäkologie	~640 s	14	~100.000
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)	Kardiologie / Herzchirurgie	~290 s	60	~760.000
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)	Kardiologie / Herzchirurgie	~1200 a, s	38	~3 Mio.
Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	Kardiologie / Herzchirurgie	~890 s	38	~230.000
Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	Orthopädie / Unfallchirurgie	~1.100 s	21	~360.000
Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	Orthopädie / Unfallchirurgie	~980 s	12	~230.000
Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx)	Orthopädie / Unfallchirurgie	noch keine Daten	noch keine Daten	noch keine Daten
Perinatalmedizin (QS PM)	Perinatalmedizin	~650 s	39	~150.000
Qualität der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener (NICU)	Perinatalmedizin (Strukturabfrage)	309	-	-
Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	Pflege	~1.600 s	5	~280.000
Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS Ambulante Psychotherapie)	Psychiatrische / Psychotherapeutische Versorgung	~7.000 a (nur NRW: Erprobung)	18	noch keine Daten
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (QS PPP)	Psychiatrische / Psychotherapeutische Versorgung	noch keine Daten	noch keine Daten	noch keine Daten
Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	Transplantationsmedizin / Nierenersatztherapie	~520 a, s	52	~4,7 Mio.
Transplantationsmedizin (QS TX)	Transplantationsmedizin / Nierenersatztherapie	~60 s	55	~2.900
Cholezystektomie (QS CHE)	Viszeralchirurgie	~1.100 s	7	~1,1 Mio.
Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	Hygiene / Infektionsmanagement	~1.300 s	10	~400.000
Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	Hygiene / Infektionsmanagement	~5.000 a, s	18	~7,1 Mio.
Summe Verfahren = 16 aktiv für alle (19 entwickelt)	10	60-7.000	396	~19 Mill.

Stand 2025: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

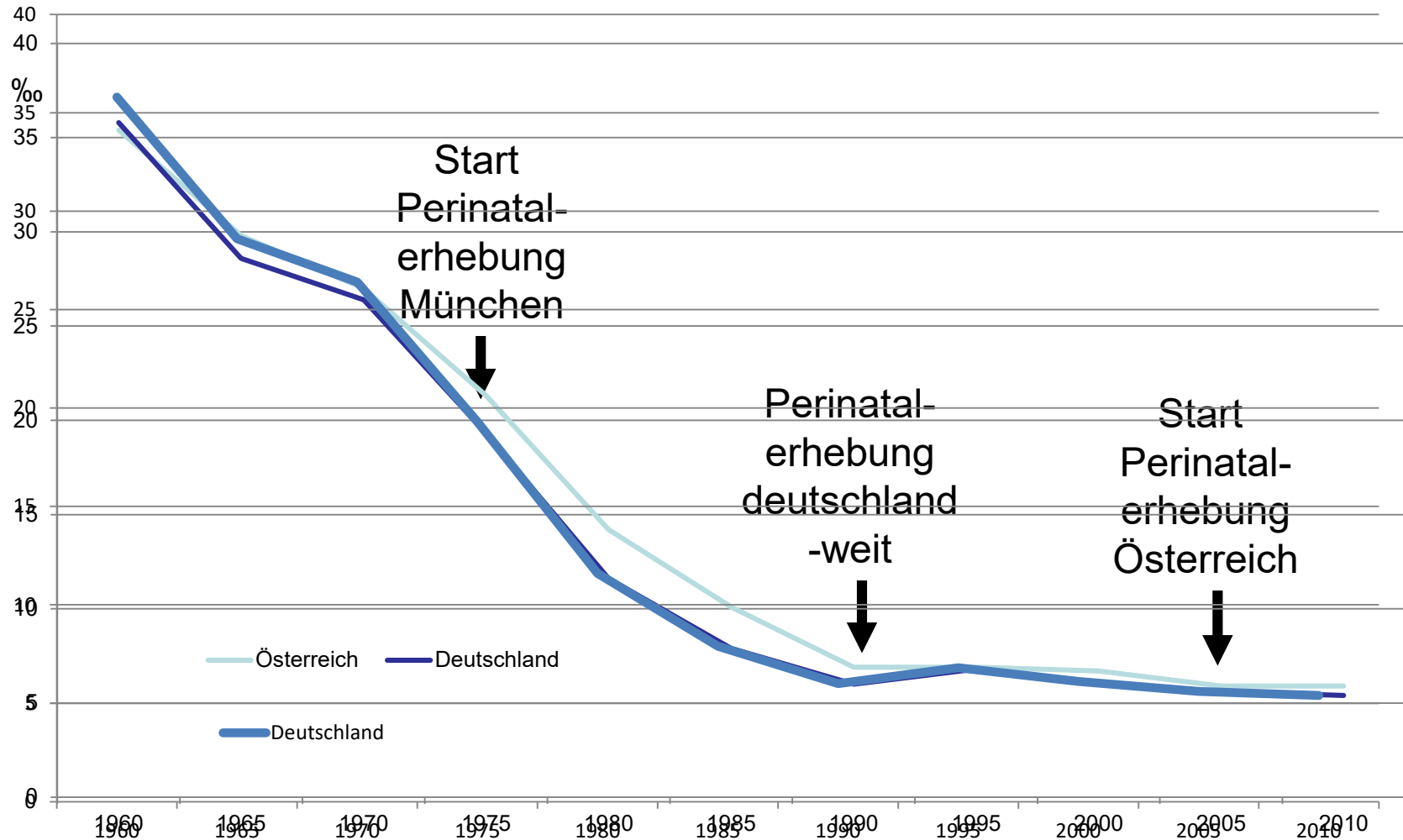
Qualitätsregulierung – datengestützte QS

- Auswahl der Verfahren nur historisch zu erklären
(freiwillige Verfahren, FP/SE-Einführung,
Mindestmengen, nosokomiale Infektionen, ...)
- Fragliche Zielorientierung an z.B. Qualitätsmängeln,
Repräsentativität
(oder JCAHO: high risk, high volume, problem prone)
- Aktuell: Umbruchphase / Weiterentwicklungen
(Sozialdaten, PREM, Strukturabfragen)
- Anleihen bei anderen Akteuren: AOK-QSR, IQM - G-IQI

Qualitätsregulierung – Evidenz

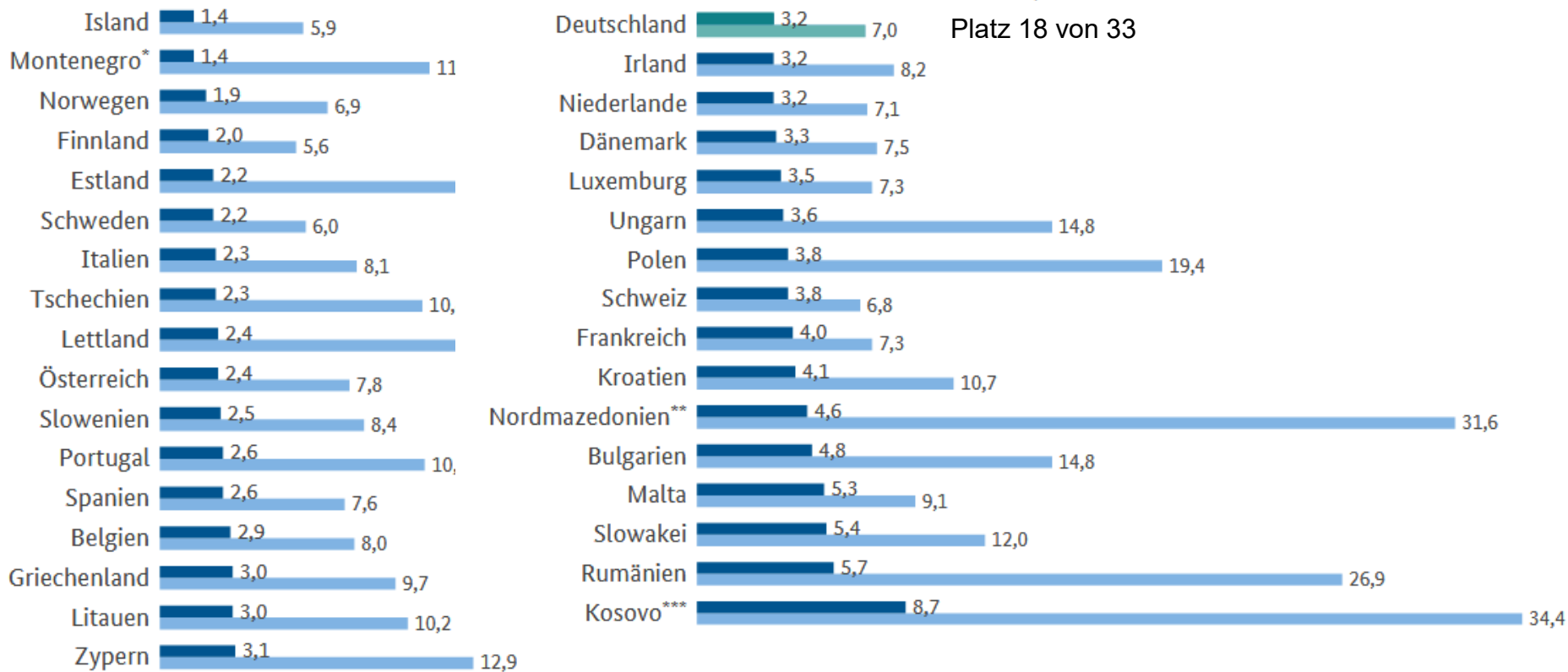
- Audit and feedback (Cochrane Review, Ivers et al. 2025)
 - ➔ nur moderate Effekte
(eher Prozess- als Ergebnisverbesserungen; am besten bei großem Verbesserungspotenzial; verschiedene Rückmeldeformate nutzen; konkrete Hilfestellungen zur Qualitätsverbesserung anbieten)
- Akkreditierung / Zertifizierung: Review von Alhawarjeh et al. (2023)
 - ➔ nur inkonsistent mit Qualitätsverbesserungen einhergehend
- Zusammenstellung verschiedener qualitätsregulierender Verfahren (+ Qualifikationsvorgaben für Gesundheitsberufe, Vorgabe klinischer Versorgungspfade, leistungsabhängige Vergütung) (Quentin et al. 2019)
 - ➔ Evidenz für Qualitätsverbesserungen unzureichend

Indikatorausprägungen im Zeitverlauf: perinatale Sterblichkeit 1960-2010



Säuglingssterblichkeit (1990 und 2022)

Gestorbene Säuglinge im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene



Platz 18 von 33

2022

1990

* 1991 statt 1990

** 2021 statt 2022

*** 2019 statt 2022

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)

Datenquelle: Eurostat

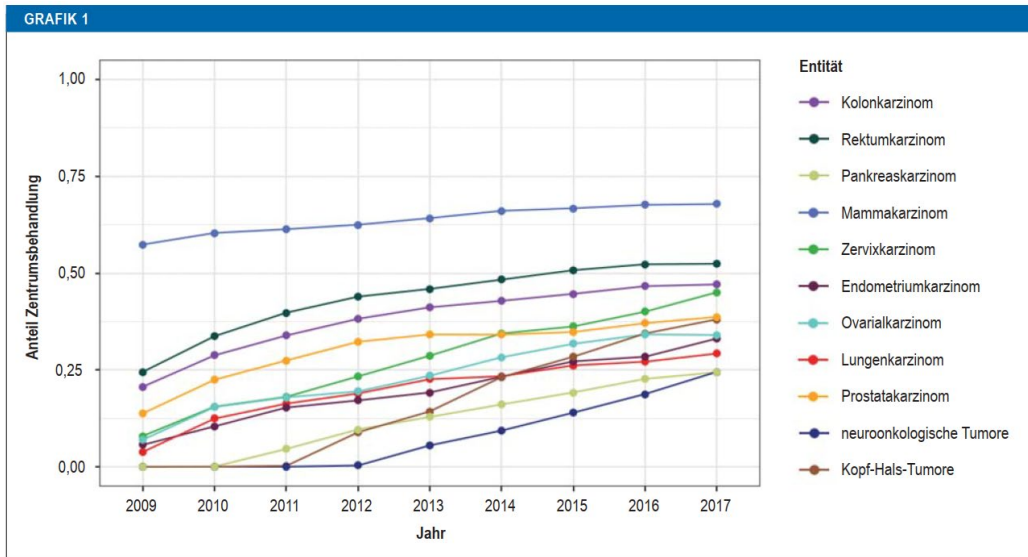


Quelle: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S41-Saeuglingssterblichkeit-Europa-1990u2022.html?nn=116880>

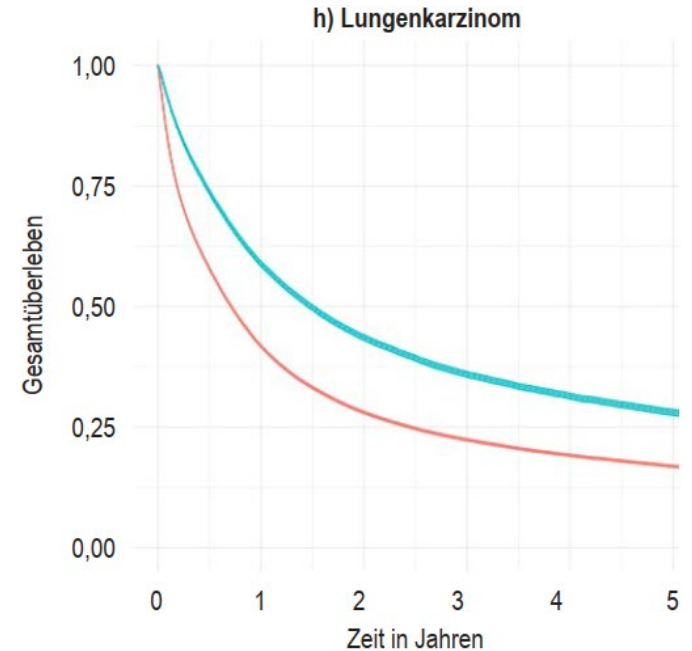
Krebserstbehandlung in zertifizierten versus nichtzertifizierten Krankenhäusern

Ergebnisse der vergleichenden Kohortenstudie WiZen

Jochen Schmitt*¹, Monika Klinkhammer-Schalke*¹, Veronika Bierbaum, Michael Gerken, Christoph Bobeth, Martin Rößler, Patrik Dröge, Thomas Ruhnke, Christian Günster, Kees Kleihues-van Tol, Olaf Schoffer, für die WiZen-Studiengruppe*²
 Dtsch Arztebl Int 2023; 12: online first. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0169



Anteil zentrumsbehandelter Patientinnen und Patienten nach Entität im Zeitverlauf, GKV-Daten



QUASCH = Ergebnisse **qualitäts**gesicherter **Sch**laganfallversorgung – Hessen im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet



N. Timmesfeld



C. Günster
P. Dröge



K. Berger



B. Misselwitz



M. Kaps

Gefördert durch:



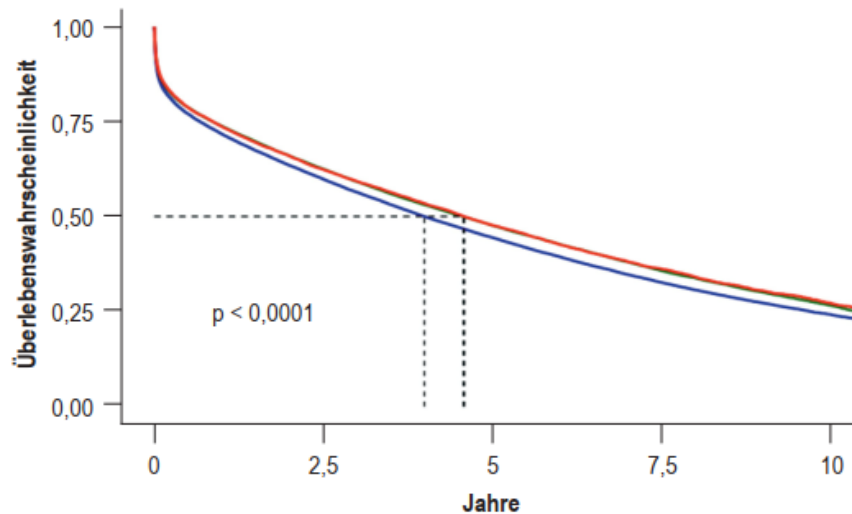
FKZ: 01VSF18041

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Überleben nach Schlaganfall: Einfluss von eQS und Zentren – QUASCH-Studie

	N	Todesfälle	Überlebenszeit (Jahre, Median)	95%-KI
ohne eQS	95 929	57 469	3,99	[3,94; 4,06]
eQS ex GQH	63 055	35 223	4,57	[4,48; 4,65]
GQH	17 871	9 938	4,59	[4,47; 4,73]

eQS, externe Qualitätssicherung; eQS ex GQH, mit eQS, nicht GQH-registriert;
 GQH, Patienten mit Registrierung bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen;
 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall

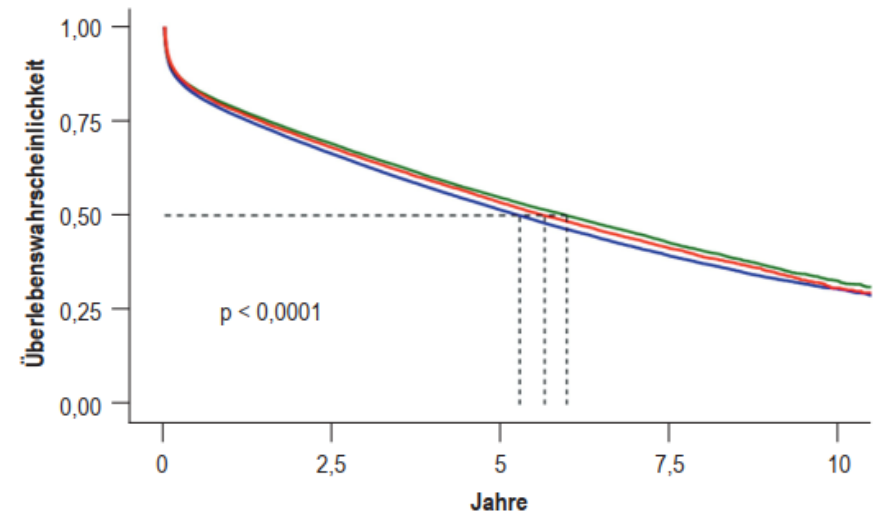


externe Qualitätssicherung (eQS): ■ ohne eQS ■ eQS ex GQH ■ GQH

Behandlung ohne Stroke Units im Zeitraum 2007–2017. Kaplan-Meier-Kurven der Überlebenszeit von Schlaganfallpatienten, die nicht in einer Stroke Unit behandelt wurden, in Abhängigkeit von der Behandlung ohne eQS, mit eQS (außer GQH) und unter GQH-Bedingungen

	N	Todesfälle	Überlebenszeit (Jahre, Median)	95%-KI
ohne eQS	100 843	45 339	5,28	[5,2; 5,34]
eQS ex GQH	58 036	23 790	5,98	[5,88; 6,09]
GQH	28 166	12 376	5,65	[5,51; 5,82]

eQS, externe Qualitätssicherung; eQS ex GQH, mit eQS, nicht GQH-registriert;
 GQH, Patienten mit Registrierung bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen;
 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall



externe Qualitätssicherung (eQS): ■ ohne eQS ■ eQS ex GQH ■ GQH

Behandlung in Stroke Units im Zeitraum 2007–2017. Kaplan-Meier-Kurven der Überlebenszeit von Schlaganfallpatienten, die in einer Stroke Unit behandelt wurden, in Abhängigkeit von der Behandlung ohne eQS, mit eQS (außer GQH) und unter GQH-Bedingungen

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

Qualitätstransparenz: Rationale 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.**



Qualitätstransparenz - Theorie

~30 Theorien zur Verhaltensänderung (Brown et al. 2019):

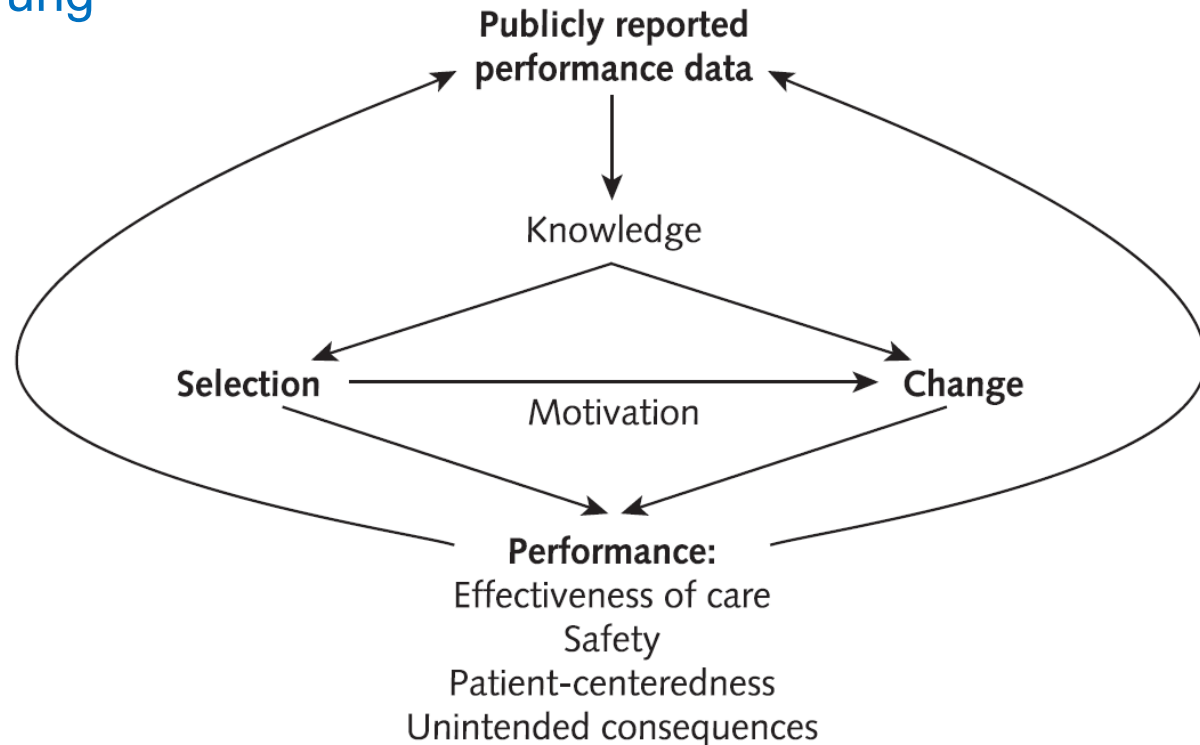
u.a. sozialkognitive Lerntheorie / Lernen am Modell (Bandura & Walters 1963):

➤ Rückmeldung / Transparenz-Bewusstsein

➔ Motivation zur Orientierung
an den Besten

Modell der Qualitäts- berichterstattung

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



Clinical Performance Feedback Intervention Theory (CP-FIT)

Brown et al. Implementation Science (2019) 14:40

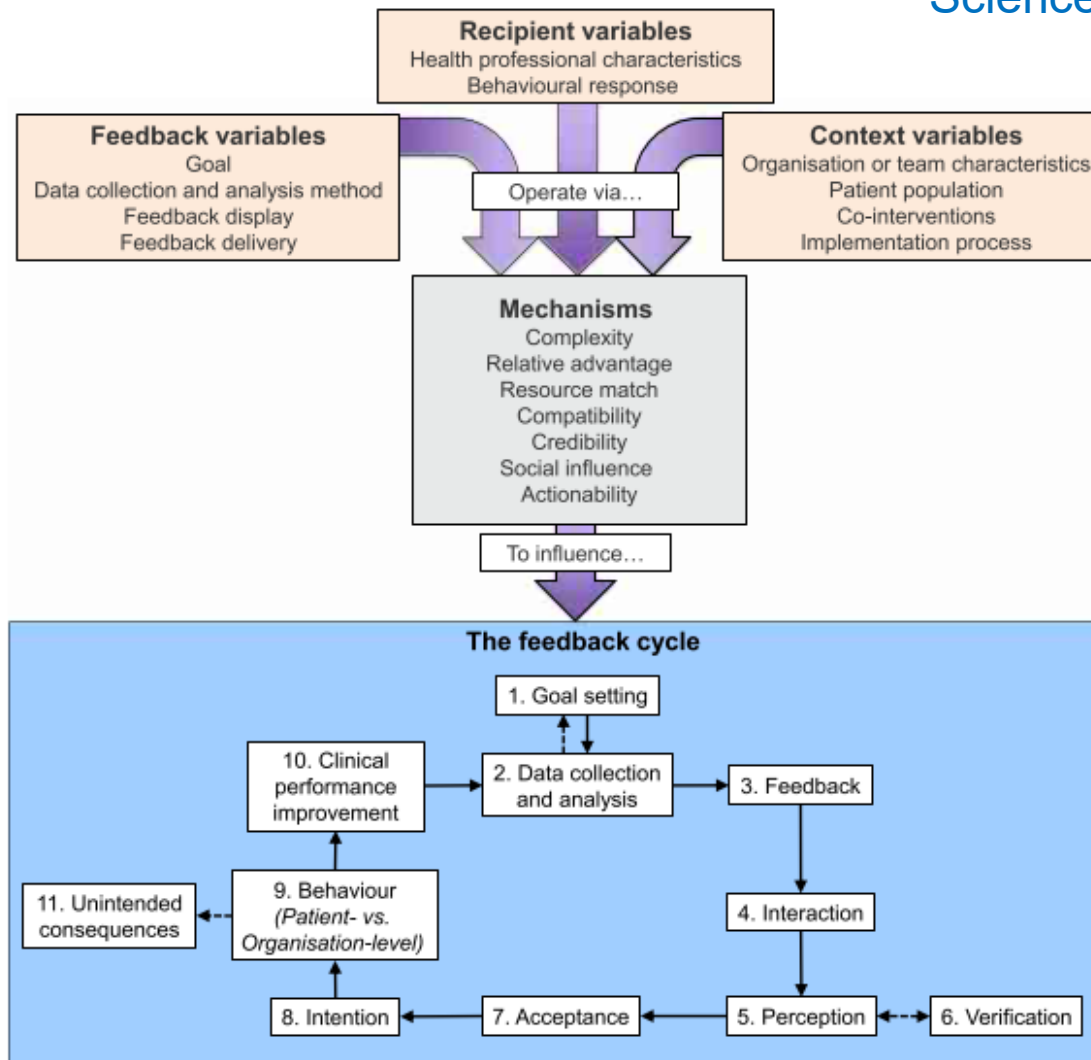


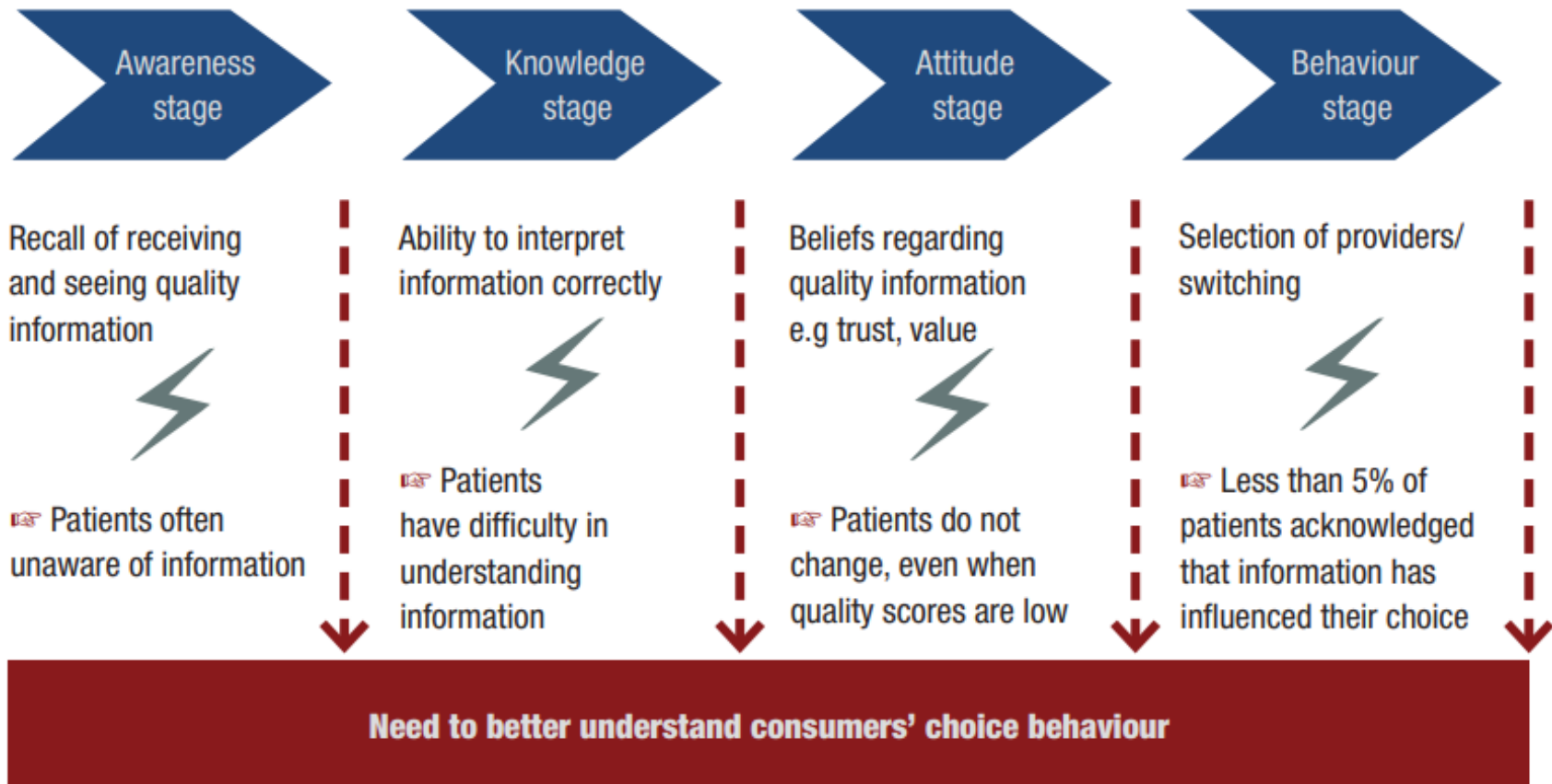
Fig. 3 Clinical Performance Feedback Intervention Theory's variables and explanatory mechanisms, and their influence on the feedback cycle. Solid arrows are necessary pathways for successful feedback. Dotted arrows represent potential pathways

Qualitätstransparenz: Informationsbedarf

- Leistungserbringende halten zur Behandlung notwendige Strukturen vor (Personal und Sachmittel)
- Behandlung erfolgt auf der Basis der jeweils effektivsten Verfahren
- nur eindeutig indizierte Prozeduren werden durchgeführt
- Behandlung erfolgt patientenzentriert (PRE)
- Behandlungsergebnisse fallen positiv aus (klinisch + PRO)
- Patientensicherheit ist gewährleistet
- Mittel werden kosteneffektiv eingesetzt

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

Fig. 13.2 *The consumer choice model*



Source: based on Faber et al., 2009

Qualitätstransparenz: Nebenwirkungen (Peter Smith 1995)

- Tunnelblick: Fokussierung der bewerteten Versorgungsaspekte auf Kosten anderer wichtiger Aspekte
- Suboptimierung: Verfolgung zu enger, anstatt organisationsweiter Ziele
- Kurzsichtigkeit: Verfolgung nur kurzfristig erreichbarer Ziele
- Messgrößenfixierung: Versuch, die Messgrößenausprägung zu optimieren, anstatt der dahinter liegenden Ziele
- Falschangaben: entweder in Form verzerrt positiver Interpretationen oder offenen Betrugs
- Missdeutung: fehlerhafte Interpretation von Daten zum Beispiel aufgrund der Nichtbeachtung unterschiedlicher Umgebungsfaktoren (u. a. der Versorgungsstrukturen)
- „Gaming“: formal korrektes, aber gegen die Absichten verstoßendes, geschicktes Ausnutzen von Vorgaben, Strukturen und Regeln (z. B. Risikoselektion oder -vermeidung)
- Verknöcherung: Erstarrung des Systems durch Konzentration auf extrem rigide Performanzmessungen

Qualitätstransparenz: Entwicklung

- seit 1986 in USA Vergleiche der Krankenhaussterblichkeit (HCFA)
- seit 1994 FOCUS-Kliniklisten
- seit 2005 (Daten von 2004) Qualitätsberichte (QB) der Krankenhäuser (zunächst zwei-/später jährlich)
- seit 2007 inklusive eQS-QI-Ergebnisse (2024: 266 = 61% der bewerteten 439 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht zur Veröffentlichung empfohlen)
- Nutzung der QB durch Krankenkassen (AOK: ergänzt durch QSR), Dt. Krankenhausgesellschaft
- Nutzung durch (nicht-)kommerzielle Anbieter von Vergleichen (u. a. Klinik-Kompass, Weisse Liste der Bertelsmann Stiftung – PRE eingefügt)
- seit 2025: Bundes-Klinik-Atlas (Fallzahl, Pflegepersonalquotient, Zertifikate, Notfallversorgungsstufe)

2023

Referenzbericht

Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das
Jahr 2023

Übermittelt am: 25.11.2024
Automatisch erstellt am: 23.01.2025
Layoutversion vom: 23.01.2025

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standard Wundversorgung Verbandwechsel	
Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert	nein
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	40,00
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	114,00

Qualitätstransparenz: Formen – B-K-A

Quelle:
B-K-A für
UKGM
Standort
Marburg
02/2026

Sie sehen Informationen zum gewählten Behandlungsanlass

Halsschlagader: Operation und Stent

Behandlungsanlass ändern →

Behandlungsfälle





75 (sehr viele)

Pflegepersonalquotient (krankenhausweit)




54,15 (unterdurchschnittlich)

Zahl der Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft unter Berücksichtigung der Fallschwere. Je niedriger der Wert, desto besser. 


837 Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung am Krankenhausstandort 

Notfallversorgung

Bitte wenden Sie sich in akuten Notfällen direkt an das Krankenhaus oder an die Notrufnummern 112 bzw. 116117.

Notfallstufe: 

Stufe 3 - Umfassende Notfallversorgung

Das Krankenhaus übermittelte folgende Module der speziellen Notfallversorgung: 

Notfallversorgung von Kindern (Stufe 3)

Qualitätstransparenz: Formen

Welche Länder in Europa bieten Vergleichs- informationen zu Ärzt:innen und Krankenhäusern?

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

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

Qualitätstransparenz: Formen - Krankenhausvergleiche in den Niederlanden

Algemene kwaliteit	Behandelresultaten	
Patiënttevredenheid	Amandelontsteking	Halslagadervernauwing
Aantal patiënten	Blaaskanker	Heupslijtage
Wachttijden	Borstkanker	Knieletsel
Heropnames	Buiklagaderverwijding	Knieslijtage
Lange opnames	Darmkanker	Longkanker
Medicijncontrole	Galblaas	Prostaatcancer
Ouderenzorg	Geboortezorg	Staar
Overlijden	Heropname na de operatie	
Pijncontrole	<p>1,70%</p> <p>Anna Ziekenhuis</p>	<p>2,44%</p> <p>Landelijk gemiddelde</p>
	<p>In 2020 is 1,70% van de patiënten in het Anna Ziekenhuis opnieuw opgenomen vanwege een complicatie na een galblaasverwijding.</p> <p>Toelichting van het ziekenhuis: Wilt u meer informatie over galblaasbehandeling in het Anna Ziekenhuis? Kijk dan op https://www.st-anna.nl/behandelingen/galblaasbehandeling/regulier/.</p>	

Qualitätstransparenz: Formen - Leistungserbringervergleiche in England



Use our inspection reports to find and compare care services

- Care homes**
Residential care and nursing homes....
See all care home reports
- Hospitals**
NHS and independent hospitals.
See all hospital reports
- Dental services**
NHS and private dentists.
See all dental reports
- Clinics**
Includes family planning & slimming.
See all clinic services reports
- Services in your home**
Including home care agencies.
See all services in your home reports
- GP services**
Includes walk-in and out-of-hours services.
See all GP reports
- Mental health**
Hospital and community-based services.
See all mental health service reports
- In the community**
Community-based health and care services.
See all community service reports

Tell us about your care

Your information helps us decide when, where and what to inspect. Let's make care better together.

Poor care? Good care? Tell us now...

Worcestershire Royal Hospital Requires improvement

Charles Hastings Way, Worcester, WR5 1DD
(01562) 513240
Provided by: Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust

CQC inspection area ratings

(Latest report published on 19 February 2021)

Safe	Requires improvement ●
Effective	Good ●
Caring	Good ●
Responsive	Good ●
Well-led	Requires improvement ●

CQC Inspections and ratings of specific services

(Latest report published on 19 February 2021)

Medical care (including older people's care)	Requires improvement ●
Services for children & young people	Good ●
Critical care	Requires improvement ●
End of life care	Good ●
Surgery	Requires improvement ●
Urgent and emergency services	Inadequate ●
Maternity	Requires improvement ●
Diagnostic imaging	Requires improvement ●
Outpatients	Requires improvement ●

Full Details >

Give your feedback Email alert sign-up

Quelle: <https://www.cqc.org.uk/>



Qualitätstransparenz: Evidenz

- Cochrane Review (Metcalf et al. 2018) (12 Studien): “The existing evidence base is inadequate to directly inform policy and practice”
- Systematic Review (Prang et al. 2021)
45 Studien, >50% mit positiven Effekten
 - auf die Auswahl von Leistungserbringern durch Patienten, Kostenträger und andere Leistungserbringer
 - auf Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung
 - auf klinische Ergebnisse und Patientenerfahrungen
- Berichtsgestaltung (Cacace et al. 2019)
 - für die jeweiligen Nutzer in unterschiedlichen Formaten
 - Informationspräferenzen und Verständnisniveau und Zugänglichkeit berücksichtigen
 - unterschiedliche Aggregationslevel ermöglichen



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

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}

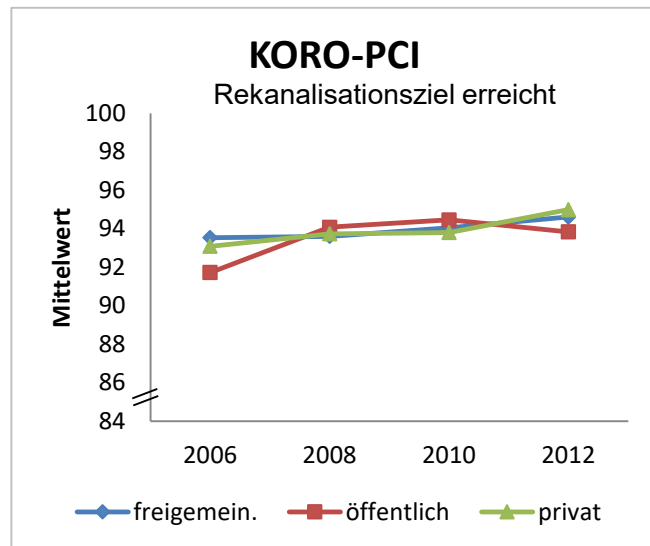
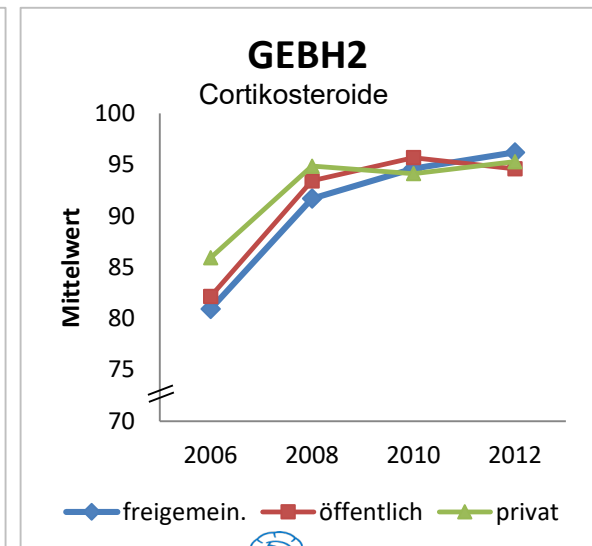
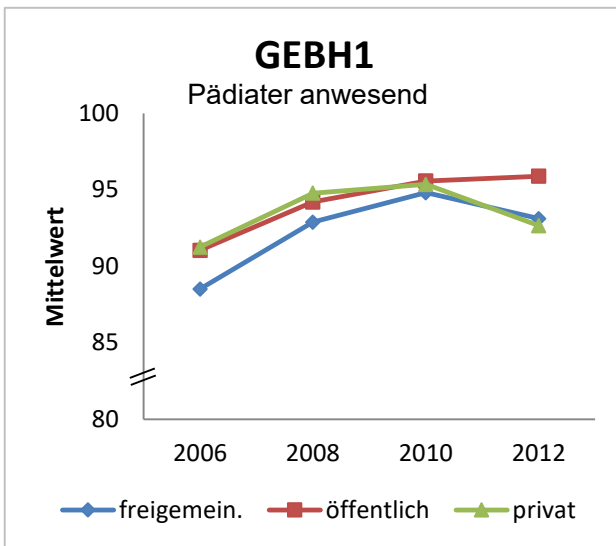
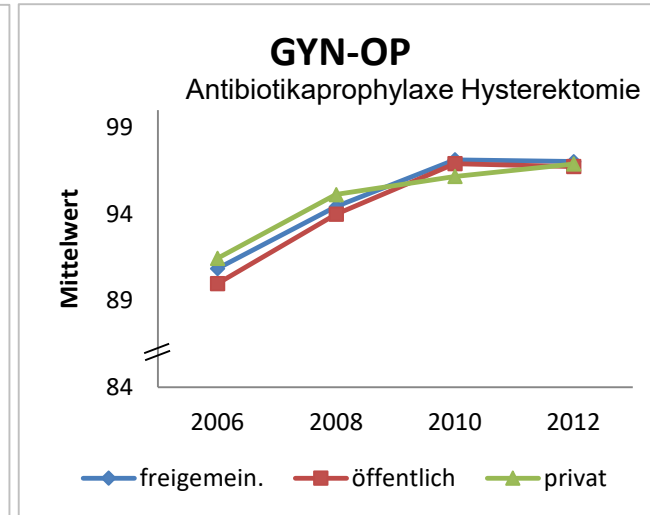
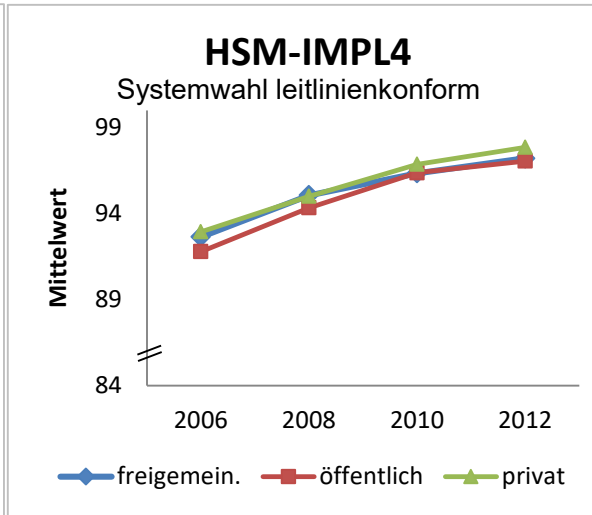
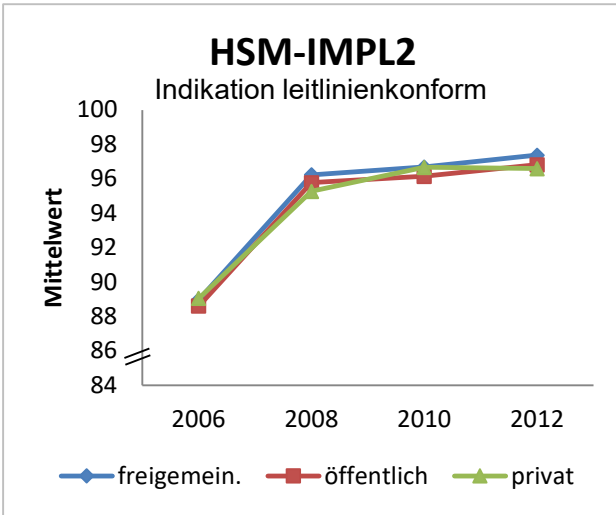


Universität
Marburg

Indikatorverbesserung nach Veröffentlichungspflicht

Impact of public reporting on the quality of hospital care in Germany: A controlled before–after analysis based on secondary data [Health Policy 120 \(2016\) 770–779](#)

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



de Cruppé and Geraedts *BMC Health Services Research* (2017) 17:720
DOI 10.1186/s12913-017-2712-3

BMC Health

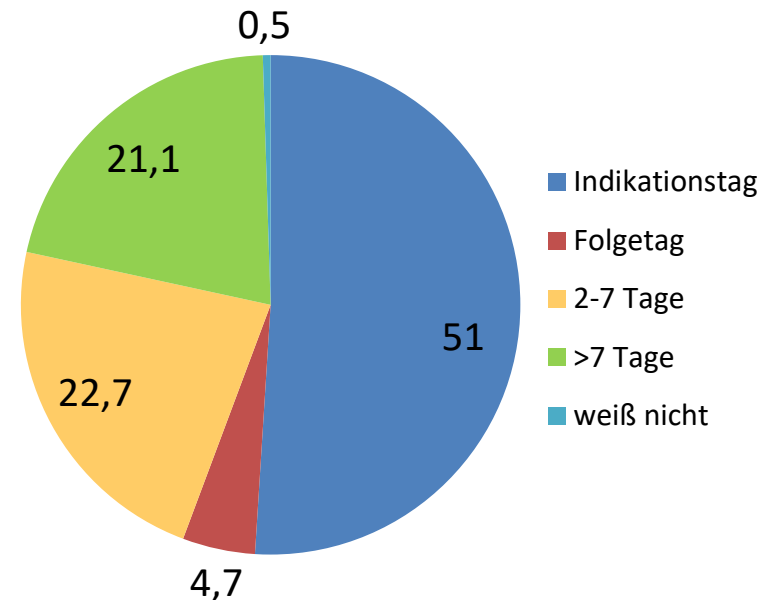
RESEARCH ARTICLE

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

Werner de Cruppé^{1*}  and Max Geraedts²

Können Patient:innen überhaupt QB nutzen, um zu wählen?

- BMBF-Studie Krankenhauswahlverhalten
- 1925 stationäre Patienten befragt in 17 Krankenhäusern (3 Größenklassen) in NRW, je 50 konsekutiv in 46 Fachabteilungen / disproportional geschichtete Stichprobe aus 11 Fachgebieten mit 92% aller stationären Fälle
- Patienten im Durchschnitt 59 Jahre (22 J. SD); 51% Frauen
- 6% erster Krankenhausaufenthalt, 42% 1-5 Mal, 52% mehr als fünf Voraufenthalte
- Zeit für die Entscheidung: nur **21% haben >7 Tage Zeit**
- Nur 9% nutzten Internet vor KH-Wahl



Krankenpfleger Niels Högel soll 106 Menschen umgebracht haben

Der ehemalige Krankenpfleger Niels Högel sitzt in Haft, weil er in Kliniken Patienten tötete. Die Ermittler gehen inzwischen davon aus, dass er mehr als hundert Menschen umgebracht hat.

Warum stoppte niemand Niels Högel?



Qualitätsbericht 2004



Städtische Kliniken Delmenhorst
31.08.2005



E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt in erster Linie den Patienten zugute. Im Zuge des zunehmenden Wettbewerbs wird Qualität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus immer stärker zu einem Faktor des Unternehmenserfolges. Ferner ist Qualitätsmanagement Ausdruck der guten Zusammenarbeit aller an der Versorgung des Patienten Beteiligten und muss durch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Leben gefüllt und sowohl im Außenverhältnis durch die tägliche Arbeit am Patienten als auch im Innenverhältnis für die Mitarbeiter spürbar werden.

In den Städtischen Kliniken Delmenhorst wurde im Jahre 2001 eine an die Krankenhausleitung gebundene Stabsstelle „Medizincontrolling und Qualitätsmanagement“ eingerichtet und besetzt. Von hier werden alle Aktivitäten koordiniert, die eingesetzt werden, um Qualität zu steuern und zu lenken. **Im Mittelpunkt der Prozessorientierung steht der Patient.**

In Teilbereichen des Krankenhauses arbeiten ausgebildete Qualitätsmanager, die kontinuierlich Verbesserungsmöglichkeiten prüfen und umsetzen. Sie informieren Krankenhausmitarbeiter über Qualitätsmanagement und – Sicherung und vermitteln dem Personal ein verstärktes Qualitätsbewusstsein.

In allen Abteilungen sind Mitarbeiter mit speziellen Aufgaben betraut, wie z.B. Beauftragte für Transfusion, Arzneimittel, Antibiotika, Hygiene, Strahlenschutz, Suchtprävention, Arbeitszeit, Arbeitssicherheit, Medizingeräte, EDV, DRG, Datenschutz, Dokumentation, Kosten, Internat.

Die begonnene Aufbauorganisation wird im Rahmen der regionalen Kooperation in Zukunft vertieft werden und eine Zertifizierung nach KTQ angestrebt werden.



Fazit

- vielfältige Maßnahmen der Qualitätsregulierung und Qualitätstransparenz in den letzten 35 Jahren eingeführt
 - hoher Aufwand für die Leistungserbringenden
 - unzureichende Abdeckung des patientenrelevanten Leistungsgeschehens
 - unklare Wirksamkeit der eingeführten Maßnahmen im Hinblick auf die Qualität der Versorgung
- ➔ Weiterentwicklungsbedarf für externe QS! (value!)
- Balance nötig zwischen Dokumentationspflichten und Etablierung einer Qualitätskultur, die Freude an Qualitätsverbesserung zum Wohl der Patientinnen und Patienten ermöglicht
- Qualitätstransparenz darf nicht Misstrauen hervorrufen, sondern muss Ausgangspunkt freiwilliger interner Qualitätsregulierung bilden