Technische Universität Berlin



Methoden zur Qualitätsmessung im Vergleich

Th. Mansky, ehem. TU Berlin // Qualitätsmedizin Schweiz, Academy, Bern 28.05.2026

Themenübersicht

Grundsätzliches / Statistische Limitationen

Statistische Aussagekraft (Funnel Plot etc.)
Prozesse vs. Outcome
Inhaltliche Aussagekraft der Indikatoren

Datenerhebungen

Erhebungsdaten gesetzlich (IQTIG)
Erhebungsdaten Register
Routinedaten Klinik (IQM)
Routinedaten Bundesebene (G-IQI)
Routinedaten/Sozialdaten Krankenkasse (QSR)
PROM
PREM

Interne Kontrollen und Management

Einhaltung Leitlinien
Hygiene
CIRS
Never events
M&M Konferenz

Fachintern

Peer-Review randomisiert vs. gezielt
Zertifizierung mit Anforderungen und Audit
IQM / QSR

Externe Steuerung

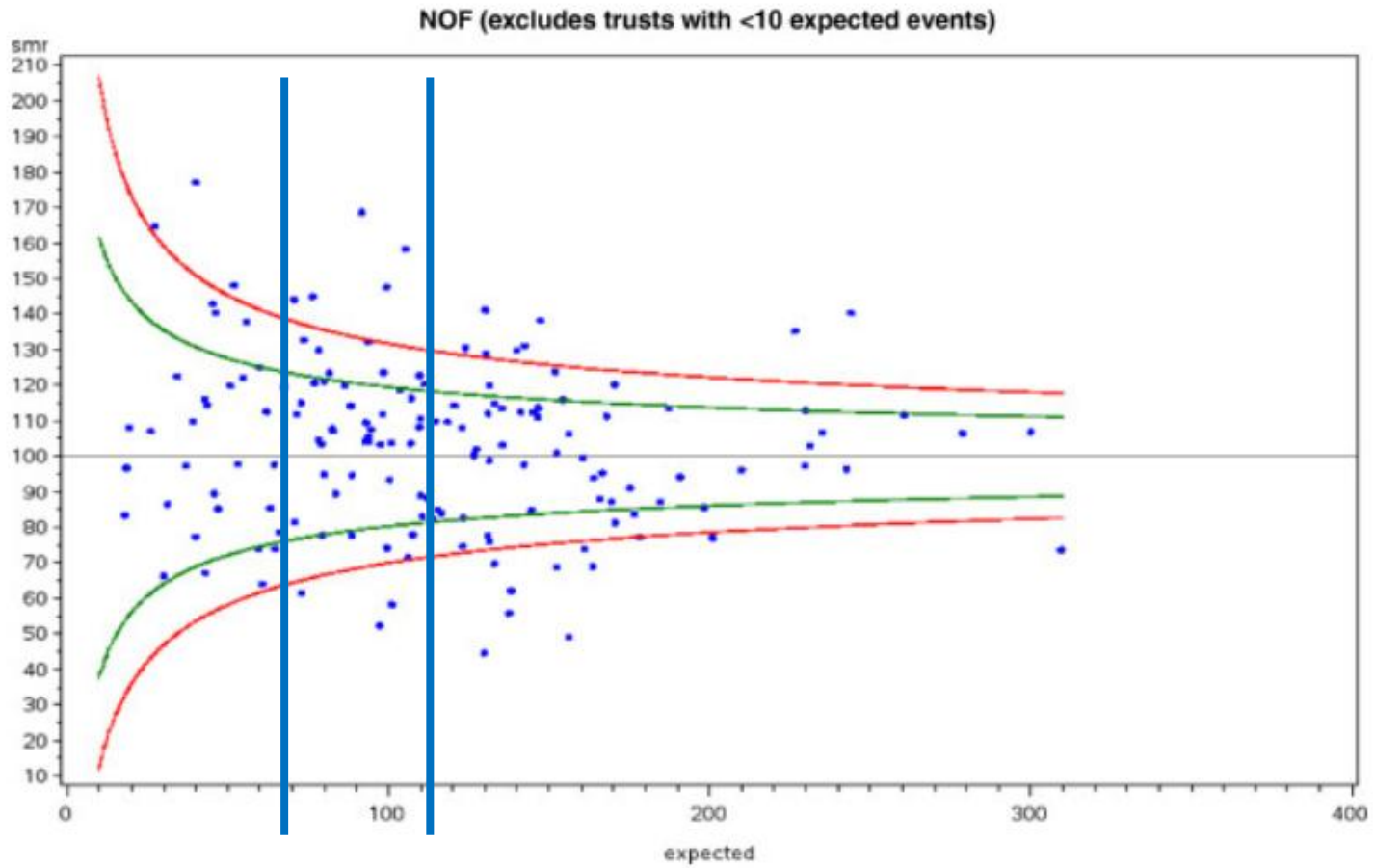
Problem Justiziabilität !
Mindestmengen
Strukturen
P4P

Statistische Limitationen der Qualitätsmessung

- Die statistische Genauigkeit einer Messung hängt von der Höhe des Messwertes (z.B. Sterblichkeit, Komplikationsrate) und der Fallzahl ab
- Dies gilt unabhängig davon, was genau bzw. welcher Qualitätsparameter gemessen wird
- Dies bedeutet, dass bei kleinen Fallzahlen das Konfidenzintervall (üblich 95%, 99%) so groß wird, dass eine sinnvolle Entscheidung über die Qualität nicht möglich ist
- Ein externer Beobachter kann hier nicht beweisen, dass z.B. eine hohe Komplikationsrate signifikant schlechter als der Durchschnitt ist
- Der Leistungserbringer kann andererseits nicht beweisen, dass eine niedrige Komplikationsrate signifikant besser als der Durchschnitt ist
- Daraus folgt, dass eine aus Patientensicht sinnvolle Qualitätsmessung über Indikatoren bei kleinen Fallzahlen nicht möglich ist

Mindestmengen und QS über Indikatoren sind komplementär – Wir brauchen Beides

Illustration des Prinzips anhand eines Funnel Plots



Beachte:
bei < 10
abgeschnitten

QS durch Mindestmengen

QS über Qualitätsindikatoren

European Society for Blood and Marrow Transplantation
One-year mortality for allogeneic stem cell transplantations

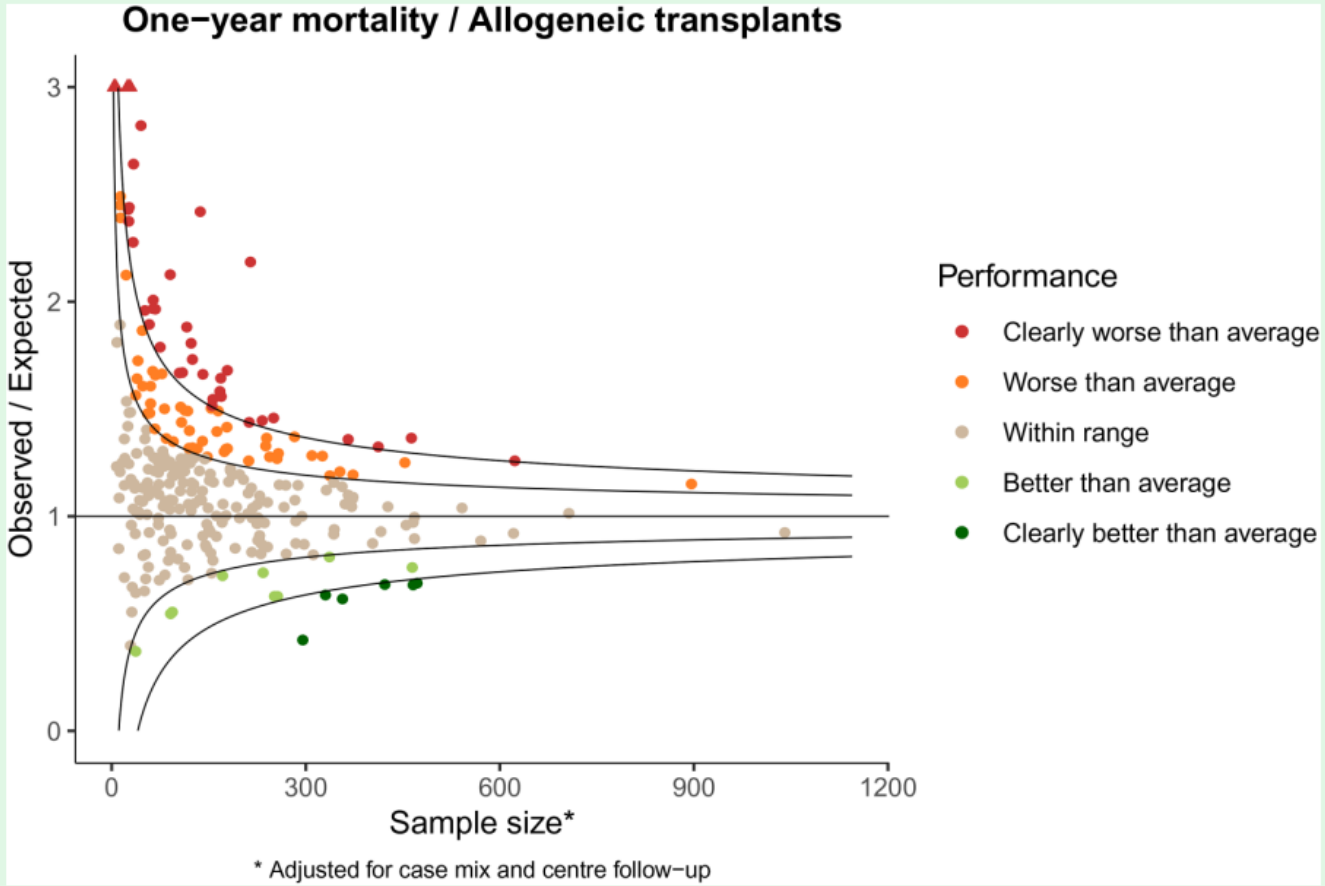


Figure 1. Observed/expected representation of funnel plot of death within one-year.

https://doi.org/10.1177/09622802221084130

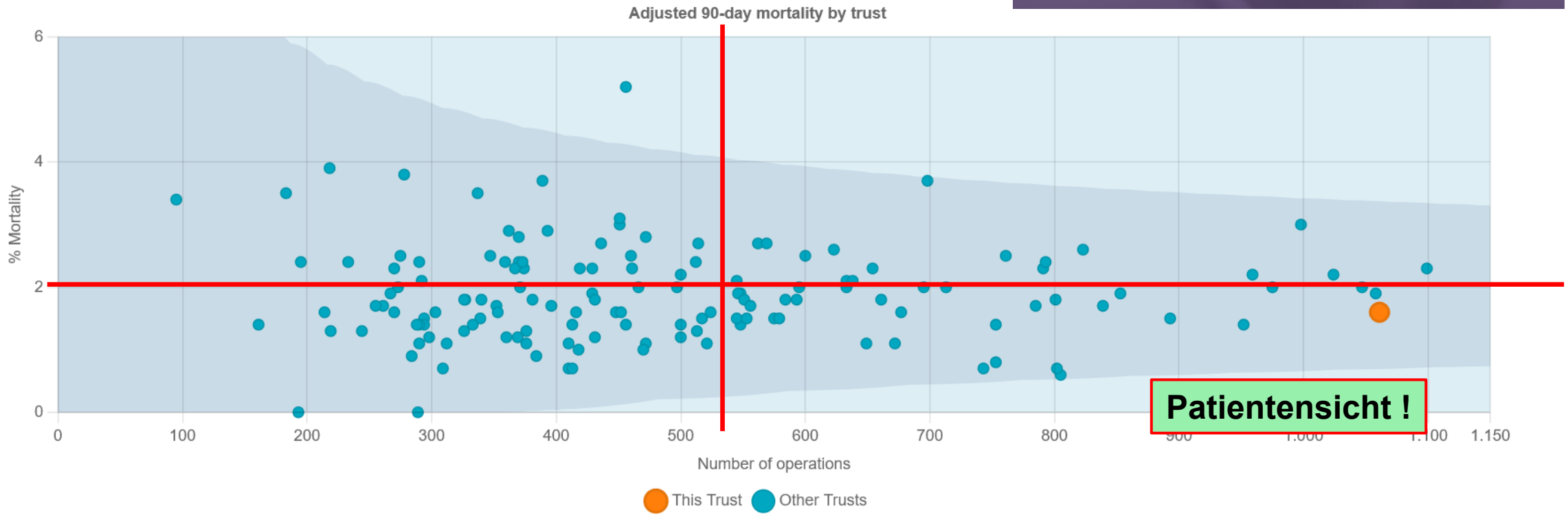
Colorectal surgery for cancer patients

The Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland

Home | Patients | ACPGBI

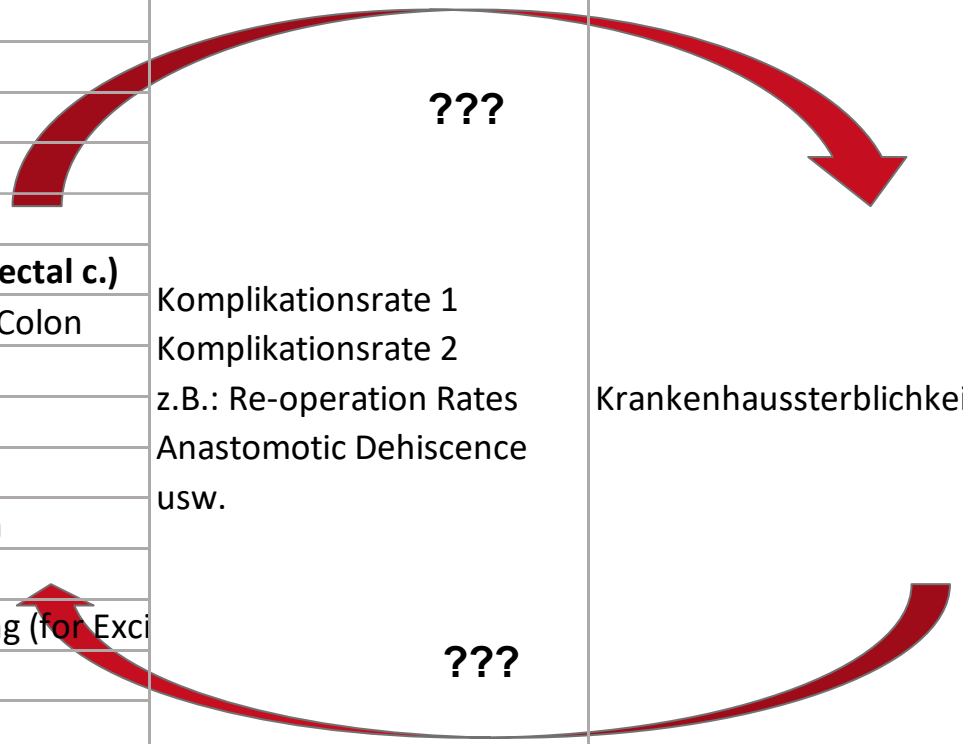
Outcome Data

Mortality by trust



https://www.acpgbi.org.uk/patients/outcome_data/trust/76/norfolk_and_norwich_university_hospitals_nhs_foundation_trust

Prozesse	Outcome 1	Outcome 2	Outcome 3
Krankenhaus			z.B. QSR, Forschung
z.B. ESC Herzinfarkt			
Time for fibrinolytic therapy			
Door to needle time			
Radial access			
LVEF assessment			
dual antiplatelet therapy			
Beta-blockers if LVEF < 40%			
z.B. Scottish Cancer Taskforce (colorectal c.)			
QPI 2: Pre-Treatment Imaging of the Colon	Komplikationsrate 1 Komplikationsrate 2 z.B.: Re-operation Rates Anastomotic Dehiscence usw.	Krankenhaussterblichkeit	Mortalität 30 / 90 Tage, 1 Jahr Kaplan-Meier-Kurven rezidivfreies Überleben
QPI 7: Surgical Margins			
QPI 11: Adjuvant Chemotherapy			
QPI 15: Colorectal Liver Metastases			
QPI 18: Volume of Cases per Surgeon			
QPI 19: Minimally Invasive Surgery			
QPI 20: Complete Pathology Reporting (for Exci			
+ diverse			
Prozess x1			
Prozess x2			
+++			
Prozess xn			



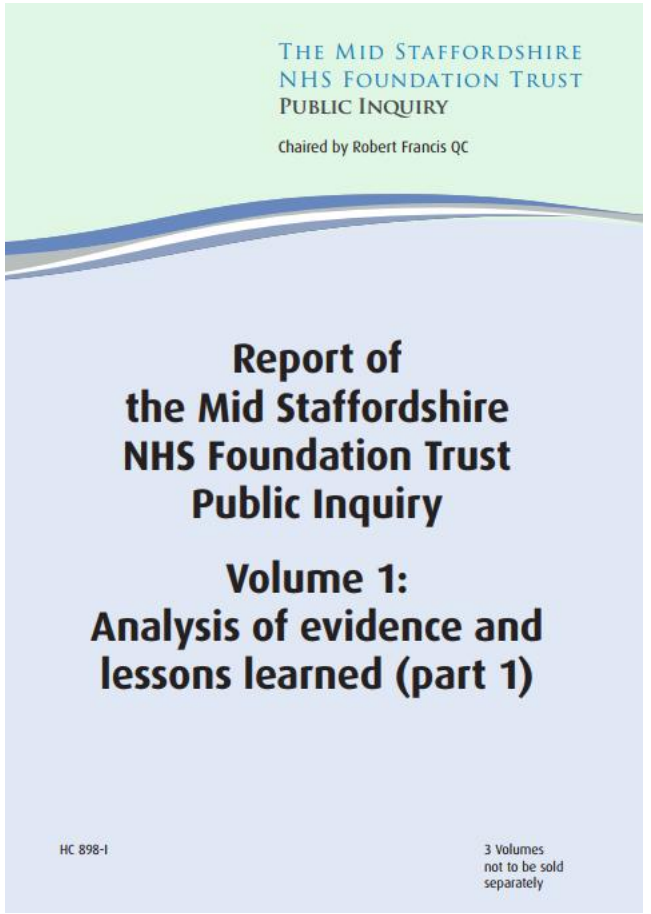
Indikatoren: Worauf kommt es an ?
Der Wald und die Bäume

It was the scandal that shamed the NHS.

Hundreds of hospital patients died needlessly. In the wards, people lay starving, thirsty and in soiled bedclothes, buzzers droning hopelessly as their cries for help went ignored. Some received the wrong medication; some, none at all.

(Telegraph 6.1.2013)

- Die erhöhte Sterblichkeit wurde trotz Überwachung der Indikatoren (Quality Care Commission) nicht erkannt
- Dies war u.a. darauf zurückzuführen, dass die Mortalität mit anderen, unwesentlicheren Prozessindikatoren in einer Aggregatkennzahl zusammengefasst wurde, die in der Summe unauffällig war



Methoden der Datenerfassung

Erhebungsdaten

z.B. Register, gesetzliche Qualitätssicherung des IQTIG

Nachteile

- Teilnahme-Bias Klinik (wenn freiwillig)
- Erhebungs-Bias (Patient, Parameter)
- Erheblicher zusätzlicher Erfassungsaufwand in der Klinik (Kostenfaktor!)
- Erfassungsqualität ungleichmäßig
- Sowohl unbeabsichtigte als auch gezielte Nicht-Meldung möglich
- Auch in Stichprobenkontrollen, insbesondere bei im Mittel niedrigen Komplikationsraten, kaum nachweisbar

Vorteile

- Prinzipiell können beliebige klinische Parameter erfasst werden
- Eine (standardisierte, ärztliche) Bewertung der Parameter ist möglich
- Auch klinisch komplexere Fragestellungen können erfasst / bearbeitet werden

Nachuntersuchung: Spanish registry of patients with an acute coronary syndrome:
Of the 50 hospitals participating in MASCARA, only 17 agreed to undergo scrutiny
These 17 hospitals had enrolled 3265 patients in the registry.
In the same time period, another 1439 eligible patients were not enrolled.
In-hospital mortality was almost 3 times higher in the missed population

Routinedaten (= administrative Daten, Sozialdaten) auf Klinikebene

Nachteile

- Es können nur Daten ausgewertet werden, die im EDV-System routinemäßig in standardisierter Form erfasst werden
- Das sind primär zunächst Abrechnungsdaten mit ICD / OPS / CHOP (prinzipiell erweiterbar, z.B. Labor)
- Erfassungsbias in Richtung abrechnungsrelevante Daten (muss bei der Auswertung berücksichtigt werden)
- Klinische Zusammenhänge / Verläufe sind in der Regel nicht abbildbar
- Mögliche Inhalte sind durch die Kodiersysteme (ICD, CHOP) vorgegeben

Vorteile

- Vollständige Erfassung ALLER Fälle ohne **Zusatz-**aufwand
- Wesentliche Diagnosen und Prozeduren werden in der Regel zuverlässig kodiert
- Es können beliebig komplexe Kombinationen von demographischen, medizinischen und administrativen Daten ausgewertet werden
- d.h.: Es können auch nachträglich komplexe Indikatoren gebildet werden
- Wichtige Sachverhalte (z.B. Todesfall) sind sehr zuverlässig erfasst
- Es finden regelhafte Kontrollen der kodierten Daten statt (Krankenkassen, Medizinischer Dienst)

Routinedaten: Auswertungsfehler

- Die Auswertung der Routinedaten erfordert genaue Kenntnisse der Kodierschlüssel und ihrer praktischen klinischen Anwendung
- Es gibt teilweise unsinnige Auswertungen von Routinedaten, insbesondere wenn sie von nicht-medizinischen Einrichtungen ausgewertet werden
- Beispiel: In einer älteren Arbeit (USA), die Ergebnisse zum „Schlaganfall“ untersucht hat, wurden nicht nur die ICD-9-Codes zum Schlaganfall ausgewertet, sondern das gesamte Kapitel „Krankheiten des zerebrovaskulären Systems“ (u.a. Aneurysma, Carotisstenose etc.)
- Dies war nur bei genauem Blick in den Methodenanhang erkennbar
- Die Ergebnisse hatten daher nur wenig bis nichts mit der Krankheit „Schlaganfall“ zu tun (GIGO = garbage in, garbage out !)
- Daran sind nicht die Daten schuld !!

Routinedaten (= administrative Daten, Sozialdaten) auf Ebene des Statistischen Bundesamtes

Nachteile

- Es gelten die gleichen Punkte wie auf Klinikebene
- +
- Das **Statistische Bundesamt** erhält nur einen Auszug der von den Kliniken an das DRG-Institut (InEK) gemeldeten Daten, der allerdings alle demographischen und Kodierinformationen enthält
- Es handelt sich auch hier nur um die Falldaten der Krankenhäuser

- Nach Gesetzesänderungen derzeit offen: Erfassung Ambulante OPs am KH, Hybrid-DRGs ?

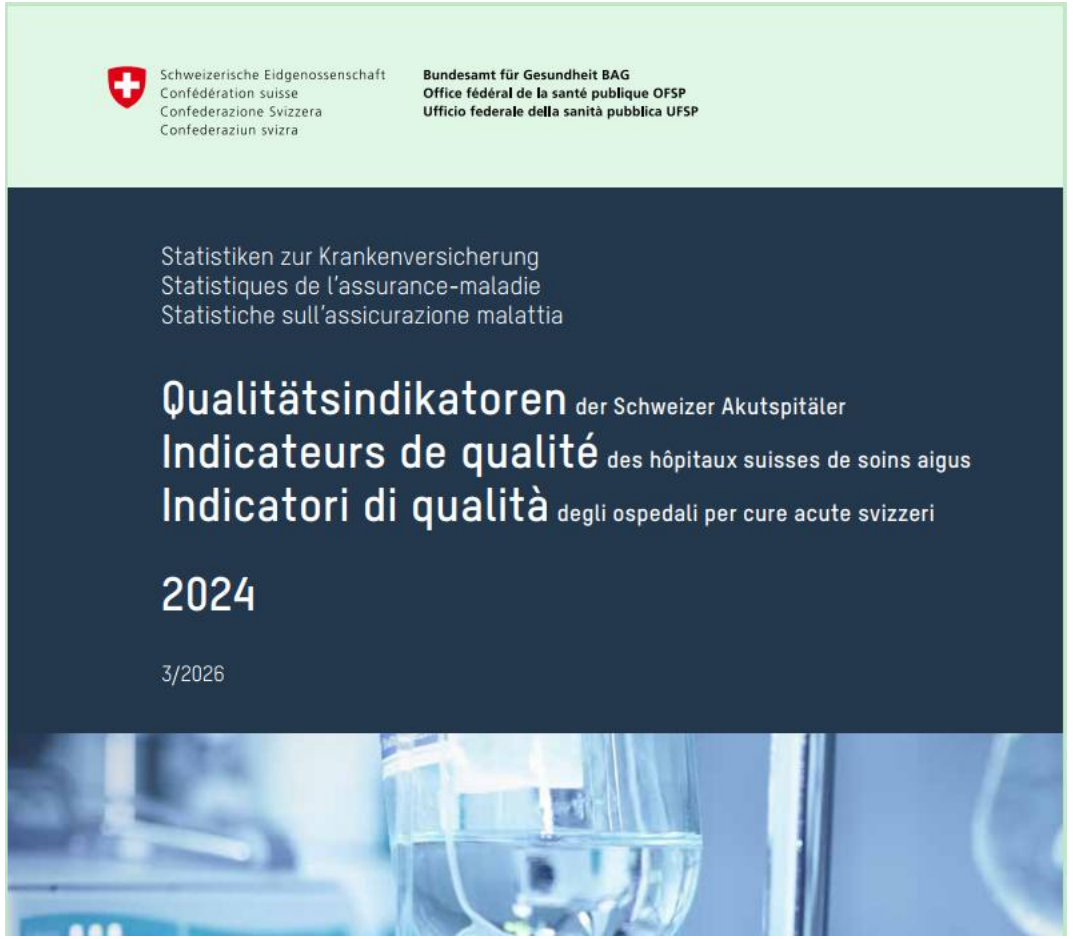
Vorteile

- Wie auf Klinikebene
- +
- Gesetzlich geregelter Zugang (primär Forschunseinrichtungen) per Datenfernverarbeitung
- Kombinierte Indikatoren ebenfalls frei programmierbar
- Es werden die Daten ALLER somatischen Krankenhausfälle erfasst
- Erstmals ist damit die Auswertung aller Krankenhausfälle möglich (Grundgesamtheit, keine Stichprobe!)

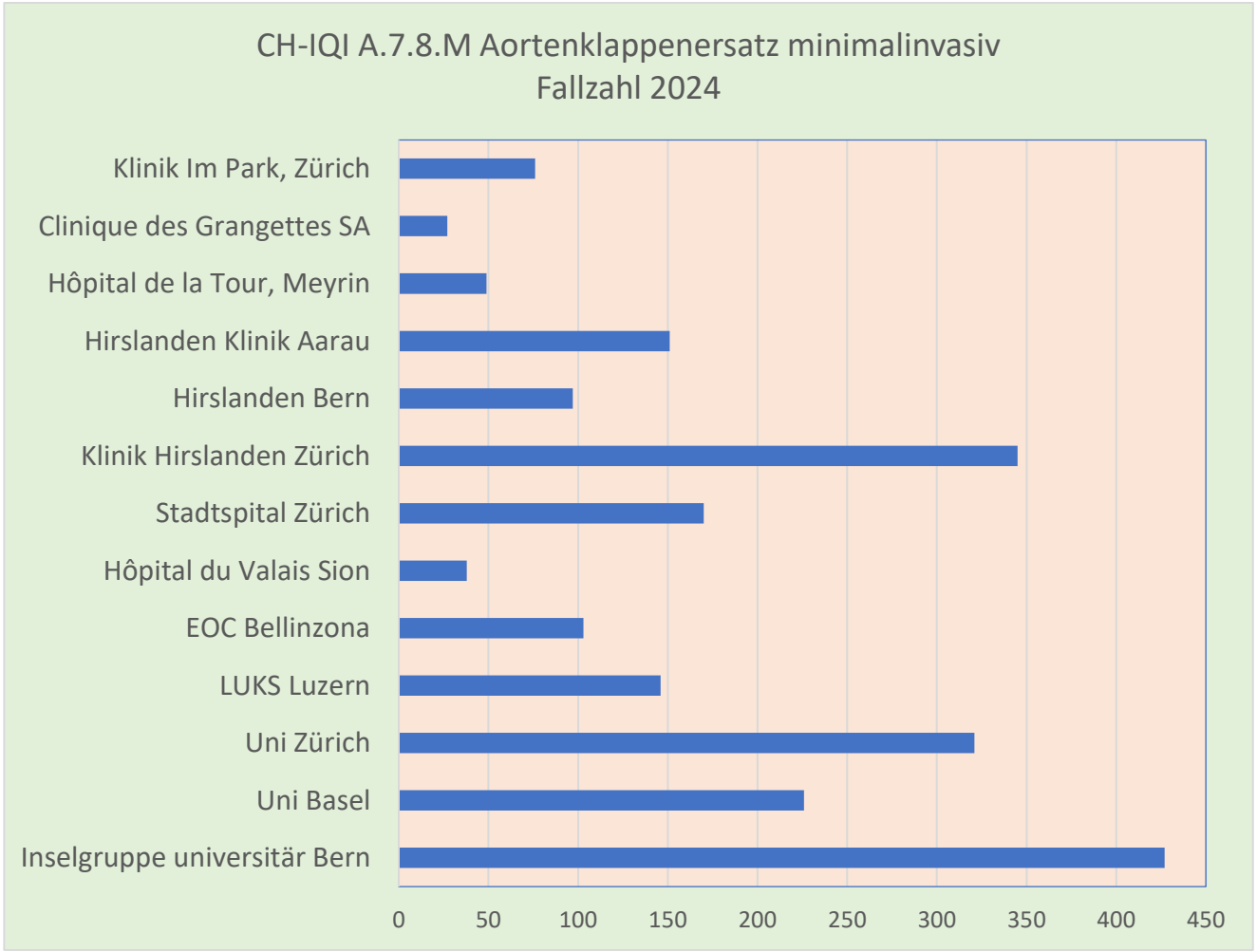
Routindaten auf Bundesebene
Schweiz – CH-IQI

- In der Schweiz sind die Indikatorauswertungen aus den DRG-Daten auf Bundesebene für jede Klinik veröffentlicht

- https://www.bag.admin.ch/de/qualitaetsindikatoren-wegleitung
- https://spitalstatistik-ld.bagapps.ch/data/download/qip24_publikation.pdf?v=1776672062



Beispiel aus der Schweizer Bundesauswertung:
Fallzahl 2024: Aortenklappenersatz minimalinvasiv



Routinedaten (= administrative Daten, Sozialdaten)
auf Ebene der Krankenkassen

Nachteile

- gleiche Punkte wie zuvor

- Der Zugang zu den Daten der **Krankenkassen** ist eingeschränkt
- Die erweiterten Daten verschiedener Krankenkassen werden bisher nicht zusammengeführt

Vorteile

- gleiche Punkte wie zuvor
- +
- Die KH-Daten können mit anderen Daten der Kassen zusammengeführt werden:
- ambulante Vor-/Nachbehandlung, Reha, Heilmittel, Arzneiverordungen, Pflegestufen
- Es sind Verläufe gleichartiger Patienten (keine Einzelpersonen) auswertbar
- Es können Vor- und Nachbehandlungen analysiert werden
- Spätere Todesfälle sind erfasst (Langzeitfolgen!)
- Abgesehen von Programmierung kein Zusatzaufwand

Patient-Reported Experience Measures (PREMs)
Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)

Nachteile

- Erheblicher Bias möglich:
- „Non-response bias, collection method related bias, fatigue bias, timing bias, language bias, proxy response bias, and recall bias“ (https://doi.org/10.3390/ijerph182312445)
- Nur eingeschränkt anwendbar bei schweren Krankheitsbildern (Herzinfarkt, Schlaganfall, Demenz, komplexe OPs): Tote oder behinderte Patienten können nicht antworten
- Misst nicht nur Qualität, sondern auch Kommunikationsfähigkeit / Erwartungsmanagement der Ärzte
- Komplexe Krankheitsbilder: Patient kann nicht beurteilen, was ein guter oder schlechter Verlauf ist

Vorteile

- Für das interne Management können die Befragungen wertvoll sein, insbesondere zentrale Fragen wie z.B. „Würden Sie unsere Klinik Ihren Freunden weiter empfehlen?“
- Ggf. können schwere Mängel im Prozess erkannt werden (wenn das Management dies auch will !)
- Die direkte, subjektive Einschätzung der Einrichtung (PREM) bzw. des Behandlungsergebnisses (PROM) durch den Patienten ergänzt objektive, standardisierte Messungen in sinnvoller Weise

PREM / PROM: Beispiel

- Patient-reported experience, patient-reported outcome and overall satisfaction with care: What matters most to people with diabetes?

Primary Care Diabetes, Volume 20, Pages 88-98

Highlights

- This study examines the interplay between PREMs, PROMs, and patient satisfaction among individuals with diabetes.
- Patient-centered care (PCC) significantly enhances patients' experiences, outcomes, and satisfaction.
- Emotional support and family involvement positively influence both PROMs and PREMs.
- Access to care is a strong predictor of overall patient satisfaction in diabetes care.
- Findings underscore the importance of integrating PCC into quality improvement strategies in primary care.

- Sehr gute Punkte, wenn sie auch umgesetzt werden.
- Als Arzt würde ich aber gerne **auch** die HbA1c-Ergebnisse sehen!

PREM / PROM: Response rates (Beispiel !)

Development and Integration of Patient-Reported Measures into E-Health System: Pilot Feasibility Study
Healthcare 2023, 11, 2290. https://doi.org/10.3390/healthcare11162290 (Litauen)

Table 2. Response rate and completion time for electronic PROM and PREM questionnaires.

Groups	N	Response Rate, N (%)				Completion Time, Minutes					
		PROM		PREM		PROM			PREM		
		N (%)	p [1]	N (%)	p [1]	N [2]	Median (IQR)	p [3]	N [4]	Median (IQR)	p [3]
Total	175	85 (48.6)	-	94 (53.7)	-	84	2 (1.3, 2.8)	-	93	3.7 (2.6, 5.3)	-
Sex											
Male	108	49 (45.4)	0.282	55 (50.9)	0.348	48	2.1 (1.4, 3.1)	0.327	54	3.7 (2.5, 5.3)	0.981
Female	67	36 (53.7)		39 (58.2)		36	2 (1.2, 2.5)		39	3.7 (2.6, 5.2)	
Age group											
18–34	25	9 (36)	0.753	11 (44)	0.679	9	1.3 (1.1, 2)	<0.001	11	3.6 (2.1, 4.8)	0.042
35–44	32	16 (50)		20 (62.5)		15	1.1 (0.8, 1.7)		20	2.6 (1.9, 3.4)	
45–54	46	24 (52.2)		24 (52.2)		24	2.2 (1.3, 2.5)		24	4.3 (2.9, 6)	
55–64	44	22 (50)		25 (56.8)		22	2.6 (1.9, 4.7)		25	3.9 (2.8, 5)	
65+	28	14 (50)		14 (50)		14	2.4 (1.9, 2.8)		13	4.0 (3.1, 6.2)	

Weitere Verfahren

Einhaltung der Leitlinien

- Die Qualität der Leitlinien selbst hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert (S3-Leitlinien)
- Sie sind zunächst ein Instrument für die interne Qualitätssicherung (Weiterbildung etc)
- Viele Untersuchungen sprechen dafür, dass die Einhaltung der Leitlinien (mit begründeten Ausnahmen!) die Ergebnisqualität verbessert
- Die in Deutschland zuständige AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) fordert zunehmend, dass die Leitlinienautoren zu den Leitlinienanforderungen überprüfbare Qualitätsindikatoren definieren
- Damit werden die Umsetzung selbst und der Umsetzungserfolg in Zukunft besser messbar

- Näheres zur Prüfung der Leitlinienadhärenz über Routinedaten bei Herrn Günster

Hygiene

- Krankenhaushygiene ist ein sehr wesentlicher Baustein der Qualitätssicherung
- Vorgehen und Probleme sind aber hinreichend bekannt und ausgiebig diskutiert, daher hier aus Zeitgründen nur erwähnt!

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Nachteile

- Erheblicher Meldebias
- Es ist keine systematische Fehlersuche
- Bei falscher Anwendung (Managementproblem) kann eine unbeabsichtigte Nähe zur Denunziation entstehen

Vorteile

- Bei richtiger Implentierung ist es ein „Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus, welches dem überregionalen, interprofessionellen und interdisziplinären Lernen dient.“ (KH-CIRS-Netz 2.0)
- Hilft bei der Entdeckung wichtiger, manchmal auch seltener Fehlerquellen, die über Indikatoren allein nicht aufgefallen wären
- Der richtige Umgang ist entscheidend !

Nur bei falscher Implementierung gilt:
Hoffmann von Fallersleben
„Der größte Lump im ganzen Land ist und bleibt der Denunziant“

Never Events

Aktionsbündnis Patientensicherheit (s. Anhang):

„Never-Events sind Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auftreten und folgende Kriterien erfüllen:

a) Never-Events gelten als verhinderbar, wenn Sicherheitsbarrieren einrichtungsspezifisch wirksam implementiert sind.
b) Sie können zu schwerwiegenden Schäden bis hin zum Tod führen. Ein schwerwiegender Schaden muss nicht eingetreten sein, damit das Ereignis als Never-Event eingestuft wird.
c) Sie sind eindeutig identifizierbar.“

z.B. OP falscher Patient (→→ „Team timeout“ vor OP), Fehlapplikation Medikament usw

Primär Aufgabe des internen Managements, in manchen Fällen direkte oder indirekte Kontrolle über Routinedaten möglich (z.B. Reoperationen bei vergessenem Fremdkörper)

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M Konferenzen)

- M&M Konferenzen können ganz wesentlich zur Weiterbildung beitragen: Aus Fehlern lernen !
- Entscheidend ist, dass die vorgestellten Fälle mit diesem Ziel ausgesucht werden, d.h. es sollten z.B. unerwartete Todesfälle insbesondere bei jüngeren Patienten ausgewählt werden, wo die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Abläufe groß ist („Vermutete Vermeidbarkeit“ Zitat s. unten)
- „Um Risiken nachhaltig zu reduzieren, ist es wichtig, den Fokus nicht nur auf das Individuum, sondern auch auf die Arbeitsorganisation, die Prozesse und die Strukturen zu richten.“ (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, s. Anhang)
- In den USA Teil der Weiterbildungsordnung: Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)

Zum Fehlerverständnis

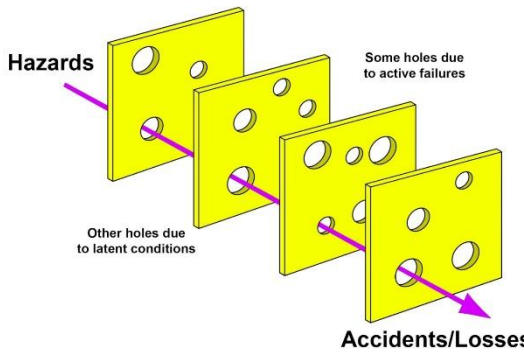
- Lernen aus der Luftfahrt
- Menschliche Fehler können sehr oft als Fehler in der Arbeitsorganisation verstanden werden
- Dazu James Reason in „Managing Maintenance Error: A Practical Guide“ (2003):

  1. Human error is both universal and inevitable.

  2. Errors are not intrinsically bad.

  3. You cannot change the human condition, but you can change the conditions in which humans work.

  ….



https://higherplaneofanesthesia.substack.com/p/professor-james-reason-the-swiss

Peer Review Verfahren

- Peer Review Verfahren ähneln im Prinzip M&M Konferenzen
- Es dreht sich darum, Fehlerfälle zu finden und daraus zu lernen
- Die externen Reviewer, die aus verschiedenen Fachgebieten kommen sollten, haben bessere Chancen, Fehler zu finden, da sie unvoreingenommen sind (Vermeidung von „Betriebsblindheit“)
- Eine gezielte Vorauswahl der Review Fälle erhöht die Effizienz
- Beispiel: Man nehme an, die Sterblichkeit liege aufgrund organisatorischer Probleme bei 4% statt 2%
- Bei randomisierter Durchsicht von 100 Akten liegt die Wahrscheinlichkeit, Fehler zu finden, bei 2%
- Bei Durchsicht von 8 Akten von Todesfällen liegt die Wahrscheinlichkeit bei 50%

Zertifizierungen

Nachteile

- Die Qualität der Zertifizierungsverfahren ist unterschiedlich
- Etablierte Verfahren der Fachgesellschaften sind aber in der Regel eine wertvolle Hilfe (z.B. Onkozert)
- Erhöhter Aufwand bei der Erst-Zertifizierung
- Je nach Verfahren überschaubarer Aufwand im Folgebetrieb
- Missbrauch von (inhaltlich schwachen) Zertifikaten zu Werbezwecken

Vorteile

- Die Fachgesellschaften können in den freiwilligen Verfahren höhere, in der Regel sinnvolle Anforderungen festlegen als in eventuellen gesetzlichen Mindestvorgaben
- Je nach Verfahren schärfere Vorgaben für Strukturen, Prozesse und Mindestmengen
- Die fachinternen Rückmeldungen und Audit-Verfahren sind oft eine sinnvolle „Hilfe zur Selbsthilfe“

Mindestmengen

Nachteile

- Es gibt keine objektive, fallgenaue Mindestmenge
- Die Festlegung erfordert immer auch eine politische Entscheidung
- Diese kann wissenschaftlich unterstützt werden: z.B. Fallzahl, von der ab im statistischen Mittel die mittlere bundesweite Sterblichkeit unterschritten wird

Vorteile

- Es gibt für sehr viele Behandlungen eine hohe Evidenz für volume/outcome Zusammenhänge
- Dies ist auch inhaltlich nachvollziehbar (Erfahrung, Ausstattung)

- Eine gesetzlich festgelegte MM bei signifikantem v/o Zusammenhang ist justiziabel
- Es gibt bei der Interpretation kein Konfidenzintervall

Strukturanforderungen

Nachteile

- Es wird in den meisten Fällen keine empirischen Publikationen zur Wirksamkeit der Strukturanforderungen geben
- Aber es gibt Mindestanforderungen, auf die sich die Experten auf jeden Fall einigen können

- Beispiel:
- Für eine ganzjährige fachärztliche Betreuung muss die Klinik mindestens 3 Fachärzte vorhalten
- Für eine leitliniengerechte Behandlung des Herzinfarktes muss die Klinik über einen Linksherzkatheterplatz verfügen /möglichst 24/7)

Vorteile

- Wenn die Strukturanforderungen gesetzlich vorgegeben sind, sind sie justiziabel
- Es gibt bei der Interpretation kein Konfidenzintervall

- allerdings Problem Ausnahmeregelungen der Länder

Hospital Value based purchasing (VBP) Programm der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

Pay for Performance (P4P)

Nachteile

- Indikatoren beruhen teils auf Routinedaten, teils auf Reporting
- „Gaming“ bzw. mehr oder minder direkte Manipulation ist möglich
- In den USA drohen allerdings sehr erhebliche Strafen! (weniger Kontrolle, eher Abschreckung!)

- Es ist denkbar, dass das Management sich zu einseitig auf die VBP Indikatoren fixiert und andere Felder, die Aufmerksamkeit erfordern, vernachlässigt
- Auch hier statistisches Problem bei niedrigen Fallzahlen (Ausschlussgrenzen)

Vorteile

- Die Geschäftsführung bzw. das Management müssen sich erstmals direkt mit der Sicherstellung der medizinischen Qualität befassen, da diese direkt den ökonomischen Erfolg beeinflusst
- Die zugrunde liegenden Indikatoren sind sinnvoll ausgewählt und betreffen wichtige Themen der Krankenhausbehandlung

Fiscal Year 2028 Hospital Value-Based Purchasing Program Quick Reference Guide

Payment adjustment effective for discharges from October 1, 2027, to September 30, 2028

Clinical Outcomes — 25%

Mortality Measures

Baseline Period July 1, 2018–June 30, 2021* **Performance Period** July 1, 2023–June 30, 2026

	Measure ID	Measure Name	Achievement Threshold	Benchmark
	MORT-30-AMI	Acute Myocardial Infarction 30-Day Mortality	0.876418	0.892690
	MORT-30-CABG	Coronary Artery Bypass Graft Surgery 30-Day Mortality	0.971030	0.980599
	MORT-30-COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease 30-Day Mortality	0.913612	0.929537
	MORT-30-HF	Heart Failure 30-Day Mortality	0.885285	0.910502
	MORT-30-PN	Pneumonia 30-Day Mortality	0.822345	0.858756

Complication Measure

Baseline Period April 1, 2018–March 31, 2021* **Performance Period** April 1,2023–March 31, 2026

	Measure ID	Measure Name	Achievement Threshold	Benchmark
⬇	COMP-HIP-KNEE***	Total Hip Arthroplasty/ Total Knee Arthroplasty Complication	0.019126	0.013911

Person and Community Engagement — 25%

Baseline Period Jan. 1, 2024–Dec. 31, 2024 **Performance Period** Jan. 1, 2026–Dec. 31, 2026

HCAHPS Survey Dimensions**	Floor (%)	Achievement Threshold (%)	Benchmark (%)
Communication with Nurses	57.00	77.81	86.65
Communication with Doctors	55.70	77.79	86.52
Responsiveness of Hospital Staff	X	X	X
Communication about Medicines	37.55	58.47	70.19
Hospital Cleanliness and Quietness	40.30	64.05	78.01
Discharge Information	65.76	86.34	91.63
Care Transition	X	X	X
Overall Rating of Hospital	35.22	69.45	84.37

Safety — 25%

Healthcare-Associated Infections

Baseline Period Jan. 1, 2024–Dec. 31, 2024 **Performance Period** Jan. 1, 2026–Dec. 31, 2026

	Measure ID	Measure Name	Achievement Threshold	Benchmark
⬇	CAUTI	Catheter-Associated Urinary Tract Infection	0.443	0.000
⬇	CDI	Clostridium *difficile* Infection	0.314	0.000
⬇	CLABSI	Central Line-Associated Bloodstream Infection	0.519	0.000
⬇	MRSA	Methicillin-Resistant Staphylococcus *aureus*	0.596	0.000
⬇	SSI	Colon Surgery Abdominal Hysterectomy	0.730 0.907	0.000 0.000

Process of Care

Baseline Period Jan. 1, 2024–Dec. 31, 2024 **Performance Period** Jan. 1, 2026–Dec. 31, 2026

	SEP-1	Severe Sepsis & Septic Shock	0.635714	0.86454

Efficiency and Cost Reduction — 25%

Baseline Period Jan. 1, 2024–Dec. 31, 2024 **Performance Period** Jan. 1, 2026–Dec. 31, 2026

	Measure ID	Measure Name	Achievement Threshold	Benchmark
⬇	MSPB	Medicare Spending per Beneficiary	Median MSPB ratio across all hospitals during the performance period	Mean of lowest decile of MSPB ratios across all hospitals during the performance period

⬇ Indicates lower values are better for the measure.

*These baseline periods are impacted by the Extraordinary Circumstances Exception granted by CMS on March 22,2020. Qualifying claims will be excluded from the measure

Kurzes Fazit – Anregungen

Was ist sinnvoll ?
Qualitätsmanagement intern

- Es funktioniert nur, wenn es als Managementaufgabe verstanden wird
- Oberster Qualitätssicherer ist der Chefarzt und nicht als Alibi der Qualitätsbeauftragte
- Instrumente (Auswahl):
- Interne Ablauforganisation ! (nur ggf. formalisiert als SOP)
- M&M Konferenzen mit ehrlicher Auswahl der Problemfälle
- Überprüfung von Never-Events mit Aktenreview
- Regelmäßige Literatur- und Leitlinienworkshops
- Teilnahme an freiwilligen externen Projekten und Peer Review Verfahren
- Dort, wo sinnvoll, Zertifizierung mit Audits (aber nicht als Werbemaßnahme)
- Natürlich Beachtung der externen Qualitätssicherung

Qualitätssicherung extern
Fachgesellschaften und freiwillige Gruppen

- Externe Verfahren im Rahmen der Fachgesellschaften (z.B. Onkozert), in freiwilligen Gruppen (z.B. IQM) oder in institutionalisierten Verfahren (z.B. IQTIG, AOK/WIdO QSR) sind sehr hilfreich
- Die Rückmeldung von Indikatoren bzw. der Vergleich mit den Peers fördern einen konstruktiven Wettbewerb
- Externe Audits bzw. Peer Reviews eröffnen eine neue konstruktive Sicht auf die Abläufe in geschütztem Rahmen und können ggf. helfen, die bei jedem Menschen unvermeidbare „Betriebsblindheit“ zu überwinden

Qualitätssicherung extern
im Rahmen von Qualitätsvereinbarungen

- Externe Verträge zwischen einzelnen Leistungserbringern und Versicherern sind problematisch
- Soweit sich solche Vereinbarungen auf Indikatoren beziehen, ist zu fordern, dass es sich um Indikatoren handelt, die allgemein durch andere Institutionen gemessen werden
- Einzelne Leistungserbringer / Versicherer haben in der Regel nicht die Möglichkeit und Fachkompetenz, um eigene valide Indikatoren zu definieren.
- Deren separate Messung für Subpopulationen wäre auch nicht sinnvoll (u.a. Fallzahlproblem)
- Strukturmerkmale sowie **hausbezogene** Mindestmengen und Indikatoren (+ggf. natürlich Servicevereinbarungen) wären aber sinnvolle Elemente einer Vereinbarung
- **MERKE: Gute Qualität lebt von der Standardisierung der Abläufe und entsprechender Routine. Eine Klinik kann insgesamt besser oder schlechter sein. Eine Differenzierung der medizinischen Abläufe z.B. für bestimmte Versicherte verschlechtert das Ergebnis**

Standardisierung →→ Qualität

- Ein Flugzeug stürzt entweder ganz ab oder gar nicht !
- Es gibt keinen Fall, bei dem die Economy abgestürzt ist und die First Class weitergeflogen!



Qualitätssicherung extern, Politik

- Der Einsatz von derzeit bestehenden (IQTIG) Indikatoren in D für die Krankenhausplanung ist gescheitert
- Die Einführung eines P4P/VBP Systems analog CMS würde erhebliche Ausweitungen der Qualitätsmessung und der Kontrollmechanismen in Deutschland erfordern
- Mindestmengen sind für viele komplexere Eingriffe ein sinnvolles und vor allem durchsetzbares und justiziables Instrument
- Strukturvorgaben im Zusammenhang mit den neuen Leistungsgruppen sind ebenfalls sinnvoll, prinzipiell durchsetzbar und justiziabel und haben in Nordrhein-Westfalen auch bereits gewirkt
- Es ist allerdings anzumerken, dass die Länder in Deutschland tendenziell Struktur- und Mindestmengenvorgaben mit Ausnahmeregelungen unterlaufen und die erforderlichen Krankenhausschließungen weiter verschleppen

Literaturhinweise

Die Zitate stellen lediglich eine Stichprobenauswahl dar ohne Anspruch auf Repräsentativität.

Die Zitate sind verkürzt und folgen in der Form nicht den Standards, sind aber nachvollziehbar.

Internet-Links ohne Gewähr.

Indikatoren

- G-IQI – German Inpatient Quality Indicators Version 5.5 (mit Bundesreferenzwerten 2023). https://doi.org/10.14279/depositonce-23855
- BAG: Qualitätsindikatoren CH-IQI Spezifikationen. https://www.bag.admin.ch/de/qualitaetsindikatoren-ch-iqi-spezifikationen
- Manfred Langenegger, Theres Schneider, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler. CHSS 2012-5, 313, https://sozialesicherheit.ch/wp-content/uploads/2025/04/dCHSS_2012_5.pdf
- Prof. Dr. med. Thomas Mansky, «Qualitätsindikatoren helfen den Krankenhäusern, noch besser zu werden». CHSS 2012-5, 315, https://sozialesicherheit.ch/wp-content/uploads/2025/04/dCHSS_2012_5.pdf
- CH-IQI Qualitätsindikatoren Schweiz https://www.bag.admin.ch/de/qualitaetsindikatoren-wegleitung
- https://spitalstatistik-ld.bagapps.ch/data/download/qip24_publikation.pdf?v=1776672062
- WIdO / AOK, Qualitätssicherung mit Routinedaten: https://www.wido.de/publikationen-produkte/analytik/qsr/
- 2020 Update of the quality indicators for acute myocardial infarction: a position paper of the Association for Acute Cardiovascular Care: the study group for quality indicators from the ACVC and the NSTE-ACS guideline group, *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, Volume 10, Issue 2, February 2021, Pages 224–233, https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuaa037
- Scottish Cancer Strategic Board, National Cancer Quality Improvement Board, Colorectal Cancer Clinical Quality Performance Indicators, https://www.healthcareimprovementscotland.scot/wp-content/uploads/2025/12/Colorectal-Cancer-quality-performance-indicators-december-2025.pdf
- Gesetzliche Qualitätssicherung in Deutschland – IQTIG: https://iqtig.org/
- CMS, Quality Measures: https://www.cms.gov/medicare/quality/measures

Register

- Registration bias in a clinical quality register, Endosc Int Open 2019; 07(01): E90-E98, https://doi.org/10.1055/a-0806-7006
- Registries and Selection Bias, Circulation: Cardiovascular Quality and OutcomesVolume 2, Issue 6, November 2009; Pages 517-518, https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.916601
- Patient Registries of Acute Coronary Syndrome, Circulation: Cardiovascular Quality and OutcomesVolume 2, Issue 6, November 2009; Pages 540-547, https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.844399

PREM / PROM

- https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/prems-proms/index.html
- https://www.ahrq.gov/cahps/helpful-resources/index.html
- Understanding and Implementing PROMs and PREMs in Healthcare Quality Frameworks, Global Journal on Quality and Safety in Healthcare (JQSH) (jqsh.org), DOI: 10.36401/JQSH-25-X8
- A Narrative Literature Review of Bias in Collecting Patient Reported Outcomes Measures (PROMs), Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18(23), 12445; https://doi.org/10.3390/ijerph182312445
- Strategic Risk Management: Reducing Malpractice Claims Through More Effective Patient-Doctor Communication, American Journal of Medical Quality, Vol. 14, No. 4, 153-159 (1999), DOI: 10.1177/106286069901400402
- Why health services should use generic PROMs and PREMs, BMJ Open Quality, 2025;14:e003435. doi:10.1136/bmjoq-2025-003435, https://bmjopenquality.bmj.com/content/14/4/e003435

Leitlinien

- AWMF: https://register.awmf.org/de/start
- Kopp: Von Leitlinien zur Qualitätssicherung, Bundesgesundheitsbl 2011 · 54:160–165, http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/publikationen_zu_leitlinien/Von_Leitlinien_zur_Qualitaetssicherung.pdf
- Clinical Practice Guidelines Adherence and the Impact on Health Outcomes in Oncology: A Systematic Review and Meta-Analysis; Clinical and Public Health Guidelines, 2025; 2:e70030 1 of 19, https://doi.org/10.1002/gin2.70030
- Clinical guidelines and patient related outcomes: summary of evidence and recommendations, International Journal of Health Governance (2019) 24 (3): 230–238. https://doi.org/10.1108/IJHG-12-2018-0073
- How Clinical Guidelines Improve Patient Outcomes, Journal of General Practice, Commentary - (2024) Volume 12, Issue 6 , https://www.hilarispublisher.com/open-access/how-clinical-guidelines-improve-patient-outcomes-112051.html

Fehlermeldesysteme / Critical Incident Reporting System (CIRS)

- Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0, https://www.kh-cirs.de/
- Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Aktionsbündnis Patientensicherheit, Patientensicherheit Schweiz, Plattform Patientensicherheit. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf
- G-BA: https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/einrichtungsuebergreifende-fehlermeldesysteme/
- https://www.aerzteblatt.de/archiv/qualitaetssicherung-zehn-jahre-fehlermeldesysteme-5aee74b7-cd6f-4684-a947-1cffadc309d4
- Addressing Patient Safety Hazards Using Critical Incident Reporting in Hospitals: A Systematic Review. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9788933/
- https://doi.org/10.21241/ssoar.64803

Never events

- Die APS-Never-Event-Liste. 2023 https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/APS-Never-Event-Liste.pdf
- ELIMINATING SERIOUS, PREVENTABLE, AND COSTLY MEDICAL ERRORS - NEVER EVENT, 2006, https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/eliminating-serious-preventable-and-costly-medical-errors-never-events
- Identifying a list of healthcare 'never events' to effect system change: a systematic review and narrative synthesis. BMJ Open Qual. 2023 Jun 22;12(2):e002264. doi: 10.1136/bmjoq-2023-002264
- AHRQ: zum Abfragezeitpunkt technisch nicht erreichbar

M&M Konferenz

- Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, https://patientensicherheit.ch/wp-content/uploads/2023/03/Leitfaden_Morbiditaets-_und_Mortalitaetskonferenzen.pdf
- Bundesärztekammer: Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK), https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf
- Evolving from Morbidity and Mortality to a Case-based Error Reduction Conference: Evidence-based Best Practices from the Council of Emergency Medicine Residency Directors, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7673891/
- Learning Outcomes from an Academic Internal Medicine Morbidity and Mortality Conference, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9296807/
- The Use of a Multi-disciplinary Morbidity and Mortality Conference to Incorporate ACGME General Competencies, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3128423/

Peer Review

- Peer Review in der Medizin (PRiM), LEITFADEN der Bundesärztekammer 2025, https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/kursbuecher-curricula-leitfaeden#c10282

- Improving outcomes using German Inpatient Quality Indicators in conjunction with peer review procedures. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26699254/
- https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(15)00241-X/abstract
- Quality measurement combined with peer review improved German in-hospital mortality rates for four diseases . https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24019367/

- Das „Schweizer-Käse“-Modell: zum Tod von James Reason. Arzneiverordnung in der Praxis Band 52 Heft 1 April 2025, https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/2025-01/055.pdf
- Pilot error and its relationship with higher organizational levels: HFACS analysis of 523 accidents. Aviat Space Environ Med. 2006 Oct;77(10):1056-61. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17042251/
- Werfelman, Error Management. Aerosafetyworld 2009, https://flightsafety.org/asw/feb09/asw_feb09_p26-31.pdf

VBP / P4P

- CMS: https://qualitynet.cms.gov/inpatient/hvbp
- Evaluating the robustness of the CMS Hospital Value-Based Purchasing measurement system. Health Serv Res. 2021 Jan 4;56(3):464–473. doi: 10.1111/1475-6773.13608

- Tatjana Völzke, Dr. Nikolas Matthes, Prof. Dr. Thomas Mansky, Einen Schritt voraus (VBP USA): f&w 4/2015, 256