

10. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses

am 24. und 25. September 2018, MERCURE Hotel MOA BERLIN

Peer Review Verfahren Cholezystektomie. Wie sieht es aus und welche Erfahrungen gibt es ?

für die Mitglieder des erweiterten Fachausschuss Peer Review in der Viszeralchirurgie,
der GQH und der LÄK-Hessen

Prof. Dr.med. Dr.med.habil A. Zielke MBA



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Peer Review Verfahren Cholezystektomie. Wie sieht es aus und welche Erfahrungen gibt es ?

Agenda

Potentiale des Strukturierten Dialogs aus Sicht der LQS

Aufbau des Peer Review Verfahrens Cholezystektomie

Ergebnisse 2014-2018

Wirksamkeitsnachweise

Zukunft des Verfahrens

Potentiale des Strukturierten Dialogs aus Sicht der LQS

Potentiale des Strukturierten Dialogs aus Sicht der LQS

2012 LQS Hessen

... die Validierung der EsQS mit Daten nach § 21,2 KHEntgG weist auf bedeutsame Mängel hin – **fehlende Validität**

... Begehung von Kliniken und vor-Ort Datenvalidierung (**Aktenreview**)

... der Anschein der Beschreibung der Qualität mit den EsQS Daten war nicht zutreffend – **fehlende Spezifität**

Indikator zur Indikation		Referenzbereich	Ergebnis 2012
217 Seite 4	Cholezystektomie bei nicht erfüllten Indikationskriterien	Ziel: <= 5 % Auffälligkeit: > 5 % Ø in Hessen: 1,2 %	4,4 % [2,6 ; 7,6] 12 / 271 Fällen
Indikatoren zu Ergebnissen			
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)			
613 Seite 5	Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	Ziel: <= 5,9 % Auffälligkeit: > 5,9 % Ø in Hessen: 2,2 %	3,7 % [2 ; 6,8] 10 / 267 Fällen
50786 Seite 6	Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen - Okklusion oder Durchtrennung des DHC Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: <= 5,9 Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,1	0,00 [0 ; 0] 0 / 271 Fällen
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen			
224 Seite 7	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen alle Patienten	Ziel: <= 7,2 % Auffälligkeit: > 7,2 % Ø in Hessen: 2,7 %	3 % [1,5 ; 5,7] 8 / 271 Fällen
225 Seite 8	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	Ziel: <= 5,8 % Auffälligkeit: > 5,8 % Ø in Hessen: 2,2 %	3 % [1,5 ; 5,8] 8 / 267 Fällen
226 Seite 9	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	Ziel: <= 33,2 % Auffälligkeit: > 33,2 % Ø in Hessen: 14,1 %	0 % [0 ; 49] 0 / 4 Fällen
Reintervention aufgrund von Komplikationen			
50791 Seite 10	Reintervention aufgrund von Komplikationen Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: <= 1 Auffälligkeit: > 2,92 Ø in Hessen: 1,2	1,70 [0,83 ; 3,45] 7 / 271 Fällen
227 Seite 11	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer OP	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 1,3 %	1,9 % [0,6 ; 5,4] 3 / 159 Fällen
51391 Seite 12	Letalität Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: <= 1 Auffälligkeit: > 4 Ø in Hessen: 1,0	2,1 [0,82 ; 5,35] 4 / 271 Fällen
Sentinel Events			
220 Seite 13	Selten eingriffsspezifische Komplikationen Okklusion oder Durchtrennung des DHC	Auffälligkeit: sentinel event Ø in Hessen: 0,1 %	0 Fälle
50824 Seite 14	Geringe Letalität bei niedriger Sterbewahrscheinlichkeit	Auffälligkeit: sentinel event Ø in Hessen: 0 %	1 Fall

Indikator zur Indikation		Referenzbereich	Ergebnis 2012
217 Seite 4	Cholezystektomie bei nicht erfüllten Indikationskriterien	Ziel: <= 5 % Auffälligkeit: > 5 % Ø in Hessen: 1,2 %	4,4 % [2,6 ; 6] 12 / 271 Fällen
Indikatoren zu Ergebnissen			
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikationen			
613 Seite 5	Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	Ziel: <= 5,9 % Auffälligkeit: > 5,9 % Ø in Hessen: 2,2 %	3,7 % [1,8 ; 6,8] 10 / 267 Fällen
50786 Seite 6	Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen - Okklusion oder Durchtrennung des DHC Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: <= 5,9 % Auffälligkeit: > 5,9 % Ø in Hessen: 0,7 %	0,0 % [0 ; 0] 0 / 271 Fällen
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen			
224 Seite 7	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen alle Patienten	Ziel: <= 7,2 % Auffälligkeit: > 7,2 % Ø in Hessen: 2,7 %	3 % [1,5 ; 5,7] 8 / 271 Fällen
225 Seite 8	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	Ziel: <= 5,8 % Auffälligkeit: > 5,8 % Ø in Hessen: 2,2 %	3 % [1,5 ; 5,8] 8 / 267 Fällen
226 Seite 9	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	Ziel: <= 33,2 % Auffälligkeit: > 33,2 % Ø in Hessen: 14,1 %	0 % [0 ; 49] 0 / 4 Fällen
Reintervention aufgrund von Komplikationen			
50791 Seite 10	Reintervention aufgrund von Komplikationen Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: <= 1 Auffälligkeit: > 2,92 Ø in Hessen: 1,2 %	1,70 [0,83 ; 3,45] 7 / 271 Fällen
227 Seite 11	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer OP	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 1,3 %	1,9 % [0,6 ; 5,4] 3 / 159 Fällen
51391 Seite 12	Letalität Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: <= 1 Auffälligkeit: > 4 Ø in Hessen: 1,0	2,1 [0,82 ; 5,35] 4 / 271 Fällen
Sentinel Events			
220 Seite 13	Selten eingriffsspezifische Komplikationen Okklusion oder Durchtrennung des DHC	Auffälligkeit: sentinel event Ø in Hessen: 0,1 %	0 Fälle
50824 Seite 14	Geringe Letalität bei niedriger Sterbewahrscheinlichkeit	Auffälligkeit: sentinel event Ø in Hessen: 0 %	1 Fall

Zertifizierte Qualität!
Hier ist alles Super! ***

**Keine Komplikation angegeben
obwohl Komplikationen anzeigende Diagnosen kodiert waren**

2214401	Eingabefehler	Intraop. Blutung (ohne Folgen) nicht angegeben
2240501	Eingabefehler	Verlust eines präop. eingelegten Galiengangsstents verschlüsselt (via naturalis abgegangen)
2520301	Eingabefehler	Postop. Leckage Leberbett: ERC+Endoprothese nicht dokumentiert Nicht dikumentiert
2596701	Eingabefehler	Postop. Galleleckage: ERC+Endoprothese Nicht dokumentiert
2628601	Eingabefehler	Wundheilungsstörung: Wundspreizung im Bett
2629001	Eingabefehler	Intraop. Duodenumübernähung
2629401	Eingabefehler	Komplexer Fall: intraop. Verletzung akzessor. Gallengang und persist. Galleleckage nicht dokumentiert

Reintervention dokumentiert, aber keine behandlungsbedürftige Komplikation angegeben

2249301	Eingabefehler	Keine Komplikation, keine Reintervention erfolgt
2390401	Eingabefehler	Residualstein: postop. ERC+EPT nicht dokumentiert
2503101	Eingabefehler	Residualstein im Gallengang: postop. ERC, EPT +Endoprothese
2554001	Eingabefehler	Postop. Sepsis bei nekrot. Faszitis, warum Reintervention dokumentiert?
2645501	Eingabefehler	Keine Komplikation, keine Reintervention

Behandlungsbedürftige Komplikation angegeben aber keine Reintervention dokumentiert

2101701	Eingabefehler	Residualstein im Gallengang: postop. ERC, EPT
2248701	Kein Fehler!	Wundheilungsstörung: Wundspreizung im Bett
2266801	Eingabefehler	Residualstein/Cholangitis: postop ERC, EPT +Endoprothese
2124201	Kein Fehler!	Intraop. Blutung mit Naht versorgt, keine Reintervention erforderlich
2253501	Eingabefehler	Zystikusstumpfsuffizienz: postop. ERC, EPT +Endoprothese
2266901	Eingabefehler	Keine Komplikation, Pat. am 3.Tag entlassen
2333601	Eingabefehler	Postop. Galleleckage unklarer Lokalisation: ERC +Endoprothese
2212002	Eingabefehler	Keine eingriffsspezif. Komplikation, Pat. wegen kardiopulmonaler Dekompensation bei metastas. Bronchialca. verstorben
2263901	Eingabefehler	Gallensteinileus bei cholezystoduodenaler Fistel, Komplikation: Wundheilungsstörung, mehrfach Vakuumversiegelung bis zur Sekundärnaht
2312501	Eingabefehler	Residualstein im Gallengang: postop. ERC, EPT
2333701	Kein Fehler!	Postop. Pankreatitis konservativ behandelt
2216201	Kein Fehler!	Offene Cholezystektomie bei M. Crohn, Z.n. Rechtshemicolektomie, intraop. Dünndarmresektion erforderlich, unauffälliger postop. Verlauf, keine Reintervention
2266501	Eingabefehler	Keine Komplikation, Pat. am 4.Tag entlassen
2312601	Eingabefehler	Residualstein im Gallengang: postop. ERC, EPT
2342801	Eingabefehler	Keine Komplikation, Pat. am 5.Tag entlassen

27 von 271 Fällen mit Komplikations - Diagnosen (T81,- , T85,- T88,-):

23 Fälle mit gravierenden Dokumentationsfehlern

5 Fälle mit Gallenwegsleckage

1 Fall mit komplexer Verletzung der Gallenwege

6 Fälle mit verbliebenen Gallenwegssteinen

27 von 271 Fällen mit Komplikations - Diagnosen (T81,- , T85,- T88,-):

23 Fälle mit gravierenden Dokumentationsfehlern

5 Fälle mit Gallenwegsleckage

1 Fall mit komplexer Verletzung der Gallenwege

6 Fälle mit verbliebenen Gallenwegssteinen

Das ist nicht super !

Fazit des internen QM der EsQS

Zweifel an der Validität der Quelldaten

Zweifel an der Validität unserer Aussagen und der abgeleiteten strategischen Entscheidungen (Q-Zuschläge oder Abschlüsse, P4P, Selektiver Leistungsausschluss)

Das ist nicht super !

Potentiale des Strukturierten Dialogs aus Sicht der LQS

Kritik & Perspektive zum Strukturierten Dialog der LQS

Problem der **Validität** der Quelldaten

Problem der **Spezifität** für das Erkennen von Q-defiziten

Nur Indikatorbezogene Bewertung, **kein Bezug auf den Leistungsbereich**

Latenz der Informationsübermittlung an die Leistungserbringer

Fehlen allgemeiner Arbeits- und Berichtshilfen

keine einheitliche Darstellung der Q-defizite

keine Ableitung der erforderlichen Q-Maßnahmen

keine Identifikation beispielhafter Versorgungsmodelle „Best Practices“

Potentiale des Strukturierten Dialogs aus Sicht der LQS

	2011	2014
<i>Rechnerische Auffälligkeiten</i>	21.053	17.233
Qualitativ Auffällig	4,1%	10,2% (17,9%)
Dokumentationsfehler	3,9%	8,7% (15,2%)
Hinweise	7.474	7.131
Stellungnahmen	10.227	9.975
Kollegiale Gespräche	208 (0,99 %)	236 (1,37%)
Begehungen	28 (0,13 %)	39 (0,23 %)

Potentiale des Strukturierten Dialogs aus Sicht der LQS

Was tun ?

Aufbau des Peer Review Cholecystektomie

Was tun ?

„Revitalisierung des Dialogs“



Aufbau des Peer Review Cholecystektomie

PR Intensivmedizin (DGAI, DIVI, BDA)

PR Cholecystektomie (GQH, LÄKH)

PR Transfusionsmedizin (ÄKB)

PR Allgemeinmedizin (LÄKSH)

PR Patientensicherheit in der Praxis (LÄKN)

PR-RL Pathologie (LÄKS)

PR Endoprotetik/Orthopädie (LÄKNR/WL)



Aufbau des Peer Review Cholecystektomie

Bewertet den gesamten Leistungsbereich

Berichtet standardisiert und formalisiert

Identifiziert konkret Qualitätspotentiale

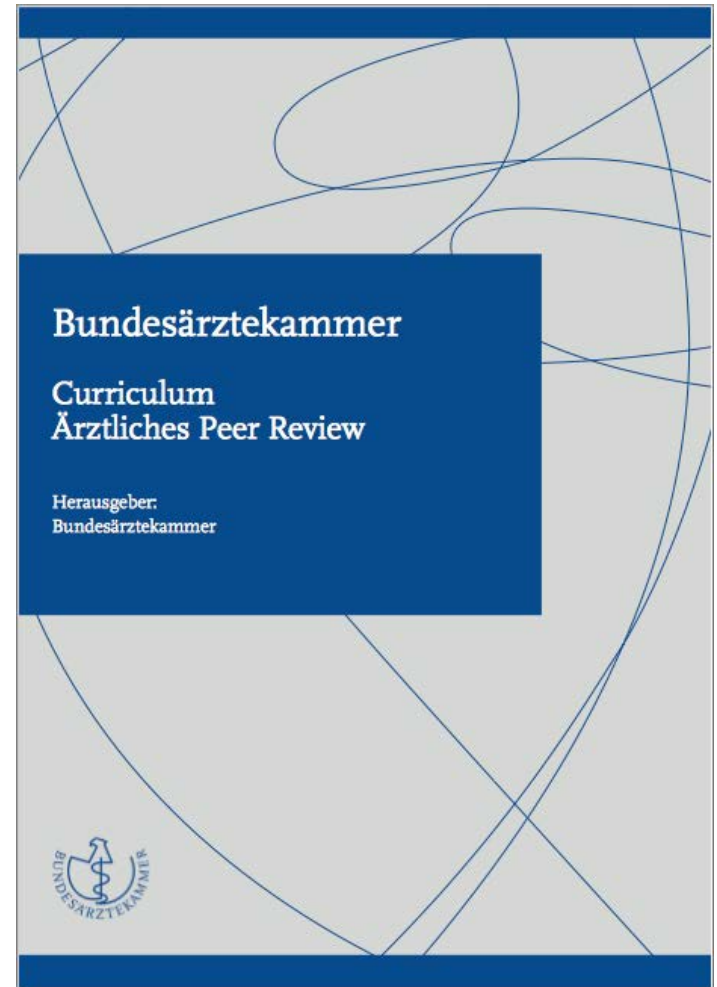
Leitet konkrete Qualitätsaktivitäten ab

Identifiziert Best Practices

Nützlichkeit in der EsQS:

Validiert Quelldaten und Indikatoren

Schafft Vergleichbarkeit der Daten



Aufbau des Peer Review Cholecystektomie

... ergibt sich aus der Richtlinie

1. Selbsteinschätzung der QS-Aktivitäten durch die Abteilung und Fremdbewertung im Rahmen einer Begehung der Abteilung
2. Begehung des Orts der Leistungsausbringung (Begleitung einer OP)
3. Akteneinsicht zum Datenabgleich (Validierung der EsQS-Quelldaten und Prüfung der Plausibilität der Dokumentation)

Richtlinie



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V
über Maßnahmen der Qualitätssicherung für
nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser**

Aufbau des Peer Review Cholecystektomie

... ergibt sich aus der Richtlinie

4. Auslösemechanismus des Strukturierten Dialogs Interpretiert für die Zwecke des Peer Review (Freiwilligkeit)

- Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren
 - Auffälligkeiten bei den „hessischen“ QS-Indikatoren
 - zufällige Stichprobe und freiwillige Meldungen
- } 50 %
- 50 %

5. Begehung durch 2 als Peer ausgebildete Chirurgen und ärztlichen Mitarbeitern der LQS und der LÄK

Wie sieht das Peer Review Cholecystektomie aus ?

Wie sieht das Peer Review Cholecystektomie aus ?

<https://www.gqhnet.de/leistungsbereiche/Cholezystektomie/aerztliches-peer-review>



GQH

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen

Verfahrensrahmen zum Peer Review Cholezystektomie der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) in Kooperation mit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH)

Hintergrund

„Peer Review“ bedeutet in der Medizin die Konsultation eines Kollegen, der auf Augenhöhe im kollegialen Miteinander medizinische Sachverhalte analysiert und beim Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen und entsprechenden Lösungsansätzen behilflich ist. Wichtig sind die Bereitschaft, voneinander lernen zu wollen, gegenseitiger Respekt und Wertschätzung. Die Größe oder der Versorgungsauftrag der Abteilung oder des Krankenhauses spielen hierbei keine Rolle, Stärken oder Schwächen werden in jeder Einrichtung beobachtet.

Es gibt in Deutschland mehrere medizinische Bereiche, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Behandlungsqualität dadurch zu verbessern, dass evidenzbasierte Erkenntnisse im

Wie sieht das Peer Review Cholezyste

PEER REVIEW CHOLEZYSTEKTOMIE

Fremdbewertung zur Strukturqualität

zur Vorbereitung des Peer Review am
im

Hygiene:	Angabe Klinik	Angabe Klinik	Bewertung Peer
Personal			
<input type="checkbox"/> Hygieniker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
<input type="checkbox"/> Hygiene-Beauftragter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
<input type="checkbox"/> Hygiene-Fachkraft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
Hygienebegehung			
Station Datum der letzten Begehung:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
OP Datum der letzten Begehung:			
Resistenzstatistik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
Hygienestandards	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
Fort- und Weiterbildung:			
Fortbildungsplan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
Freistellung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
Strukturierter WB-Plan (Curriculum)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
Einarbeitungsstandards	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
Umsetzung von Gesetzesvorgaben:			
Transfusionsgesetz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
<input type="checkbox"/> Transfusions-Beauftragter			
Medizinproduktegesetz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		
<input type="checkbox"/> Gerätepass			

Wie sieht das Peer Review Cholezyste

PEER REVIEW CHOLEZYSTEKTOMIE
Fremdbewertung zur Strukturqualität
zur Vorbereitung des Peer Review am
im

PEER REVIEW CHOLEZYSTEKTOMIE
FREMBEWERTUNG zur Prozessqualität
zur Vorbereitung des Peer Review am
im

- 1 = trifft nicht zu
- 2 = in sichtbarer Planung/Umsetzung
- 3 = trifft teilweise zu
- 4 = trifft zu

Frage 4: Prä- und postoperatives Prozedere ist definiert.	□ □ □ □ 1 2 3 4		□ □ □ □ 1 2 3 4	
In welcher Weise werden präoperative Checklisten genutzt und beinhalten sie die wichtigsten Punkte?				
Wie werden Standards zum postoperativen Management vermittelt und genutzt?				
Wie sind die postoperativen Kontrollen in Ihrer Klinik festgelegt und wie und wie oft werden Sie geschult?				

Klinik	Angabe Klinik	Bewertung Peer
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		
<input type="checkbox"/>		
3 4		

Wie sieht das Peer Review Cholecyste

PEER REVIEW CHOLEZYSTEKTOMIE
Fremdbewertung zur Strukturqualität

zur Vorbereitung des Peer Review am

Angabe Klinik	Angabe Klinik	Bewertung Peer
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

PEER REVIEW CHOLEZYSTEKTOMIE
FREMBBEWERTUNG zur Prozessqualität
zur Vorbereitung des Peer Review am
im

Frage 4: Prä- und postoperatives Prozedere ist definiert.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4
In welcher Weise werden präoperative Checklisten genutzt und beinhalten sie die wichtigsten Punkte?	
Wie werden Standards zum postoperativen Management vermittelt und genutzt?	
Wie sind die postoperativen Kontrollen in Ihrer Klinik festgelegt und wie und wie oft werden Sie geschult?	

Version 17.04.2015

PEER REVIEW CHOLEZYSTEKTOMIE
FREMBBEWERTUNG zur Prozessqualität
zur Vorbereitung des Peer Review am
im

- 1 = trifft nicht zu
- 2 = in sichtbarer Planung/Umsetzung
- 3 = trifft teilweise zu
- 4 = trifft zu

III. Organisation der Abläufe im OP bei der Cholezystektomie

(Bitte beschreiben Sie in Stichworten und legen Sie evtl. Formulare oder Dokumente bei)

Frage 1: Die OP-Planung erfolgt strukturiert.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4	
Wie rechtzeitig werden das vorläufige und das verbindliche OP-Programm festgelegt und kommuniziert?				
Frage 2: Die Zusammensetzung des OP-Teams erfolgt standardisiert.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4	
Wo ist die typische Zusammensetzung des OP-Teams definiert und schriftlich festgelegt?				
Durch wen und wann wird die Zusammensetzung des OP-Teams festgelegt und kommuniziert?				

Version 17.04.2015

Wie sieht das Peer Review Cholecystektomie aus ?

Zeitlich und inhaltlich strukturierte Begehung einer Klinik mit
3 Fremdbewertungen

FB 1 : Diskussion der Selbstauskunft und Abgleich mit den Eindrücken
während der Begehung des Leistungsbereichs

FB 2 : Begleitung einer Gallenblasen-OP

FB 3 : Aktenvergleich mit EsQS-Daten (Random-Akten und Auffälligkeitsakten)

SWOT-Analyse und Kollegialer Dialog

Ableitung konkreter Ziele und Zeitachsen

Identifikation von „Best Practices“

Wie sieht das Peer Review Cholecystektomie aus ?

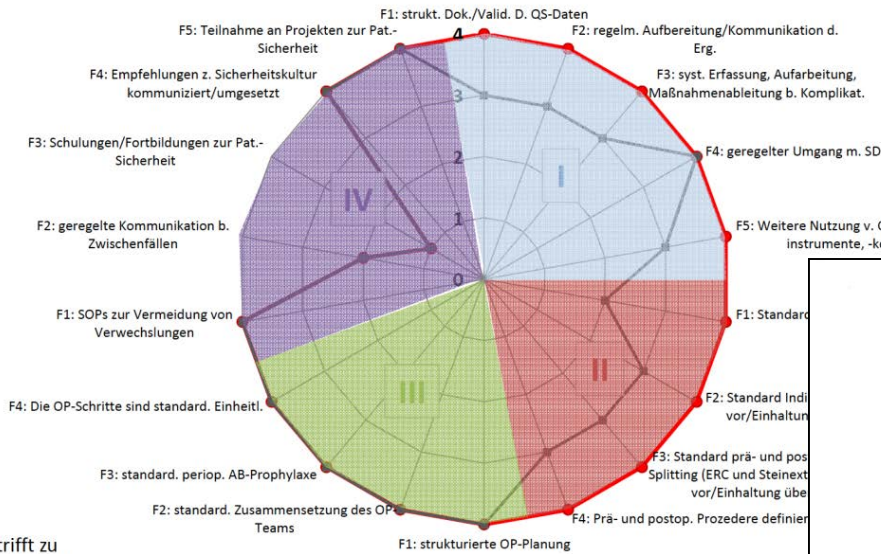
Bewertung gesamt



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

GQH

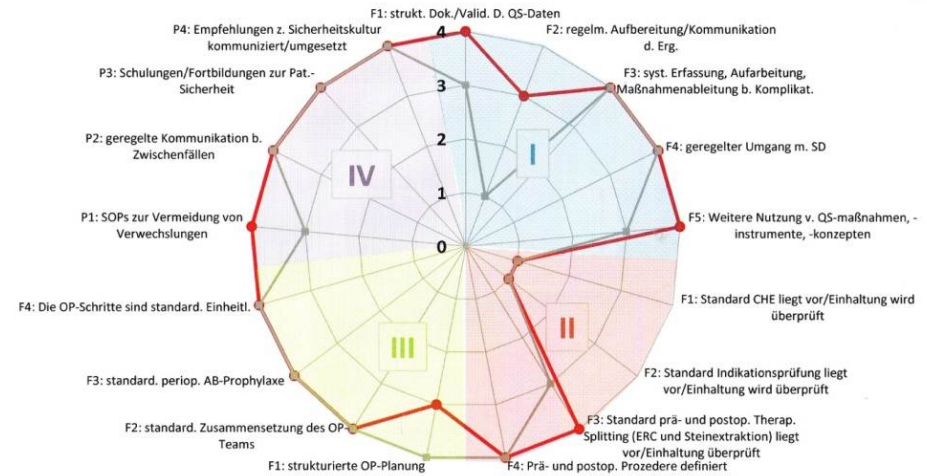
Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen



4 = trifft zu
 3 = trifft teilweise zu
 2 = in sichtbarer Planung/Umsetzung
 1 = trifft nicht zu

● Bewertung Klinik ● Bewertung Peers

Selbstbewertung versus Fremdbewertung - Übersichtsdarstellung



● Bewertung Klinik ● Bewertung Peers

I: Organisation der gesetzliche Qualitätssicherung
 II: Prä- und Postoperative Behandlung
 III: Organisation der Abläufe im OP
 IV: Prozesse der Sicherheitskultur

Wie sieht das Peer Review Cholecystektomie aus ?

PEER REVIEW „Galle“ - VORABVERSION

4

OPERATIONSTEILNAHME

Im Operationstrakt herrscht eine freundliche und alle Berufsgruppen betreffende wertschätzende Atmosphäre. Die Standards der Patientensicherheit werden in vorbildlicher Weise gelebt von Einschleusung bis Operationsende. Die Operationsschritte konnten gut nachvollzogen werden, die Sicherheitsstandards wurden eingehalten. Die OP-Dokumentation erfolgt direkt postoperativ incl. Qualitätssicherung, die sichere Zuordnung der OP-Präparate ist gewährleistet.

ERGEBNISSE: SWOT-ANALYSE

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> ! Fallkohärenz: Patienten werden von der Ambulanz über die Aufnahme und Operation bis zur Entlassung von einem Arzt /einer Ärztin betreut. Diese Form der Arzt-Patientenbeziehung ist vorbildlich und trägt auch sehr zum Behandlungserfolg bei ! Operation: Offener, wohlwollender Kommunikationsstil über alle Berufsgruppen hinweg ! Dokumentation für die Qualitätssicherung ohne verfahrensrelevante Probleme. 	<ul style="list-style-type: none"> ! M&M-Konferenzen: Keine Systematische Aufarbeitung – Protokollierung bisher nur „Handmade“ ! Interdisziplinäre Schnittstellen (z.B. zur Inneren Abteilung) sind bisher in den Behandlungsplänen nicht richtig abgebildet. Es fehlt bisher ein Behandlungspfad zur akuten Cholezystitis. Ziel 1
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> ! Hygienebegehung: Ärzte (besser) in Kommunikationsroutine bezüglich geplanter Kontrollen und ggf. auch daraus abgeleiteter Maßnahmen einbeziehen ! M&M-Konferenz: Die bereits auf Power-Point vorbereiteten M&M-Konferenzen sollten systematisch und am besten auch softwaregestützt (primär EXCEL, ggf. in Zukunft über Orbis) aufgearbeitet werden. Ziel 2 ! Externe Qualitätssicherung: Kommunikation der QS-Ergebnisse z.B. im Rahmen der M&M-Konferenzen. Auch „positive“ Ergebnisse (im Hessenvergleich) herausarbeiten und nach innen und ggf. auch nach außen kommunizieren. Ziel 3 ! Behandlungspfade: Systematische Einarbeitung von Abweichungspfaden in die aktuellen Behandlungspfade: Ziel 4 ! Postoperative Verweildauer: Bei unkomplizierten ASA 1-2 Patienten besteht die Möglichkeit die Verweildauer entgegen dem vorliegenden Pfad um einen Tag zu verkürzen. 	<ul style="list-style-type: none"> Aktenlage: Die Papierakten sind (wenn die Stichprobe als repräsentativ gewertet wird) nicht vollzählig. Es fehlen wichtige Dokumente (Labor, Anästhesieprotokoll, Histologie...) sodass die vorhandenen Dokumente vor Gericht ggf. nicht ausreichen und somit der Klinik auch schaden können. Die Papierakten sind (bisher noch) nicht mit Registern versehen was zur Ordnung und Vollzähligkeit beitragen könnte. Das Haus befindet sich zurzeit in einer Umbruchphase von papiergestützter Dokumentation auf eine elektronische Dokumentation. Es findet eine sukzessive Digitalisierung der Akten statt. Ziel 5 ! Schulungen oder Fortbildungen zur Patientensicherheit werden bisher im Haus nicht angeboten. Ziel 6 ! Behandlungspfade: Es existieren bisher keine Abweichungskontrollen wenn vom „normalen“ Pfad abgewichen werden muss (Bsp. Akute Galle). In solchen Fällen potentielles Risiko von Fehlbehandlung. ! Intraoperative Cholangiographie: Aufgrund

PEER REVIEW „Galle“ - VORABVERSION

5

ZIELE

NR.	KONKRET VEREINBARTES ZIEL	ZEITPUNKT DER UMSETZUNG	VERANTWORTLICH
1	Festlegung operativer Standards	30.06.2018	Dr. XXX
2	Anamnesebögen harmonisieren, ausfüllen und in Patientenakte einfügen	30.03.2018	Dr. XXX
3	Zeitnahe QS-Dokumentation	30.03.2018	Dr. XXX
4	Aktualisierung der interdisziplinären Flowcharts	30.03.2018	OA XXX
5	Programmierung Pflichtfeld Komplikationsbogen	30.06.2018	Dr. XXX

BEST PRACTICE:

Die im [REDACTED] gelebte hohe Fallkohärenz (Ein/e Arzt/Ärztin ist von der ambulanten Erstuntersuchung über Aufklärung und Operation bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus für einen Patienten zuständig) ist maßgeblich für eine hohe Patientenzufriedenheit sowie dem Behandlungserfolg.

Protokoll von

Ergebnisse 2014 – 2018

Ergebnisse 2014 – 2018

Anzahl Peer Reviews

Summe: 29 von 84 hessischen Kliniken (ca. 35%)

8 Reviews für 2019 (ca. 45%)

1 Absage (PR angeboten wg. Auffälligkeiten im SD)

Anzahl der Zielvereinbarungen

Mittelwert: 4,25 (Bereich 2-8, Median 4)

Ergebnisse 2014 – 2018

Peer Review Tag - Follow UP

	voll und ganz zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Frage 1: Wie zufrieden waren Sie mit der Terminplanung?	17	2	0	0

	Hervorragend	gut	weniger gut	enttäuschend
Frage 2: Wie fanden Sie die Organisation des Peer Reviews?	13	6	0	0
Frage 3: Wie gut wurden Sie zu Beginn über den geplanten Ablauf informiert?	11	6	2	0
Frage 4: Wie war das Peer-Review-Team vorbereitet?	16	3	0	0

	ja	nein	noch nicht
Frage 5: Waren Sie mit dem Ablauf des Peer Reviews einverstanden?	19	0	0

	zu lang	genau richtig	zu kurz
Frage 6: Wie war die Dauer des Peer Review?	2	17	0

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Frage 7: War die Atmosphäre des Peer Review förderlich für die Vertrauensbildung?	19	0	0	0

	hervorragend	gut	weniger gut	enttäuschend
Frage 8: Bitte beurteilen Sie die fachliche Kompetenz des Peer-Review-Teams	17	2	0	0

	sehr hilfreich	eher hilfreich	wenig hilfreich	gar nicht hilfreich
Frage 9: Wie hilfreich waren die Verbesserungsvorschläge?	12	7	0	0

	voll erfüllt	teilweise erfüllt	gar nicht erfüllt
Frage 10: Wurden Ihre Erwartungen an dieses Peer Review erfüllt?	18	1	0

	ja	nein
Frage 11: Würden Sie diese Art des kollegialen Austausches weiterempfehlen?	19	0

Ergebnisse 2014 – 2018

Peer Review - 6 Monats Follow UP

	voll und ganz zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Frage 1: Waren Sie mit dem Peer Review zufrieden?	15	2	0	0

	ja	nein	noch nicht
Frage 2: Haben Sie den Peer-Review-Bericht mit den ärztlichen Mitarbeitern besprochen?	17	0	0

	ja	nein	noch nicht
Frage 3: Haben Sie den Peer-Review-Bericht mit der Geschäftsführung besprochen?	14	2	1

	sehr hilfreich	eher hilfreich	wenig hilfreich	gar nicht hilfreich
Frage 4: Wie wurde der Peer-Review-Bericht von Ihren Mitarbeitern aufgenommen?	6	11	0	0

	ja	nein	noch nicht
Frage 5: Würden Sie nochmal an einem Peer Review teilnehmen?	15	1	1

Frage 6: Haben Sie nach dem Peer Review die vorgeschlagenen Änderungs- bzw. Verbesserungsvorschläge umgesetzt?				
Klinik	Anzahl Ziele	Ziel erreicht: ja	Ziel erreicht: teilweise	Ziel erreicht : nein
1	6	5	1	0
2	3	0	2	1
3	7	7	0	0
4	6	4	1	1
5	5	3	1	1
6	6	6	0	0
7	5	2	3	0
8	3	2	1	0
9	3	2	1	0
10	7	5	2	0
11	3	3	0	0
12	3	3	0	0
13	4	3	0	1 (Zeitpunkt der Umsetzung erst 2019)
14	4	2	1	1 (Zeitpunkt der Umsetzung erst 2019)

Wirksamkeitsnachweise ?

Effektivitätsmaße

- Zielvereinbarungen

Umsetzungsstand der bzw. Status der Erledigung

- Indikatoren

Anzahl der dokumentierten Ereignisse (nimmt zu)

QS-Indikatoren (mehr Auffälligkeiten)

Vollständigkeit und Plausibilität der ESQS-Daten (nimmt zu)

Wirksamkeitsnachweise ?

Siehe Seite	Indikator zur Indikation	Referenzbereich	Ergebnis 1HJ2017 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Ergebnis 2014 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
Seite 4	Cholezystektomie bei nicht erfüllten Indikationskriterien	Ziel: ≤ 2,59 %	1,36 % [0,84 ; 2,19] 16 / 1180 Fällen	1,65 % [1,23 ; 2,21] 44 / 2664 Fällen
		Auffälligkeit: > 2,59 %		
		Ø in Hessen: 1,21 %		

Indikatoren zu Prozessen / Ergebnissen

Seite 5 HE12104 (613)	Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation (ohne Okklu. / Durchtrenn. des DHC)	Ziel: ≤ 4,10 %	1,49 % [0,93 ; 2,37] 17 / 1143 Fällen	2,20 % [1,70 ; 2,85] 56 / 2546 Fällen
		Auffälligkeit: > 4,10 %		
		Ø in Hessen: 1,31 %		
Seite 6 HE12105 (50786)	Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (Okklusion / Durchtrennung des DHC) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: ≤ 1,00	0,95 [0,17 ; 5,36] 1 / 1180 Fällen (0,08 %)	1,67 [0,65 ; 4,29] 4 / 2664 Fällen (0,15 %)
		Auffälligkeit: > 1,00		
		Hessen: 0,1 % O/E= 1,17		
Seite 7 HE12112	Verlängerte präoperative Verweildauer bei aktueller Cholezystitis	Ziel: n.d.	24,52 % [20,63 ; 28,87] 102 / 416 Fällen	0,00 % [0,00 ; 0,41] 0 / 941 Fällen
		Auffälligkeit: n.d.		
		Ø in Hessen: 25,11 %		
Seite 8 HE12106 (225)	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	Ziel: ≤ 4,47 %	2,19 % [1,49 ; 3,21] 25 / 1143 Fällen	1,81 % [1,36 ; 2,40] 46 / 2546 Fällen
		Auffälligkeit: > 4,47 %		
		Ø in Hessen: 1,57 %		
Seite 9 HE12107 (226)	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	Ziel: ≤ 29,45 %	22,22 % [11,72 ; 38,09] 8 / 36 Fällen	18,26 % [12,27 ; 26,31] 21 / 115 Fällen
		Auffälligkeit: > 29,45 %		
		Ø in Hessen: 10,94 %		
Seite 10 HE12108 (50791)	Reintervention aufgrund von Komplikationen Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: ≤ 1,00	1,13 [0,76 ; 1,68] 24 / 1180 Fällen (2,03 %)	1,43 [1,14 ; 1,80] 71 / 2664 Fällen (2,67 %)
		Auffälligkeit: > 2,30		
		Hessen: 1,85 % O/E= 1,03		
Seite 11 HE12109 (227)	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer OP	Ziel: ≤ 2,83 %	0,87 % [0,40 ; 1,89] 6 / 686 Fällen	1,32 % [0,86 ; 2,04] 20 / 1511 Fällen
		Auffälligkeit: > 2,83 %		
		Ø in Hessen: 0,85 %		
Seite 12 HE12110 (51391)	Letalität Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: ≤ 1,00	1,00 [0,53 ; 1,89] 9 / 1180 Fällen (0,76 %)	1,18 [0,81 ; 1,72] 26 / 2664 Fällen (0,98 %)
		Auffälligkeit: > 1,92		
		Hessen: 0,54 % O/E= 0,81		



Sentinel Events

Seite 13 HE12103	Letalität bei Umsteiger-OP	Auffälligkeit: Sentinel Event	2 Fälle	5 Fälle
		in Hessen: 2 Fälle		
Seite 14 HE12111 (50824)	Geringe Letalität bei niedriger Sterbewahrscheinlichkeit	Auffälligkeit: Sentinel Event	0 Fälle	2 Fälle
		in Hessen: 1 Fall		

Wirksamkeitsnachweise ?

Siehe Seite	Indikator zur Indikation	Referenzbereich	Ergebnis 1HJ2017 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Ergebnis 2014 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
Seite 4	Cholezystektomie bei nicht erfüllten Indikationskriterien	Ziel: ≤ 2,59 % Auffälligkeit: > 2,59 % Ø in Hessen: 1,21 %	1,36 % [0,84 ; 2,19] 16 / 1180 Fällen	1,65 % [1,23 ; 2,21] 44 / 2664 Fällen



Indikatoren zu Prozessen / Ergebnissen

HE12104 (613) Seite 5	Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation (ohne Okklu. / Durchtrenn. des DHC)	Ziel: ≤ 4,10 % Auffälligkeit: > 4,10 % Ø in Hessen: 1,31 %	1,49 % [0,93 ; 2,37] 17 / 1143 Fällen	2,20 % [1,70 ; 2,85] 56 / 2546 Fällen
HE12105 (50786) Seite 6	Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (Okklusion / Durchtrennung des DHC) Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 1,00 Hessen:0,1 % O/E= 1,17	0,95 [0,17 ; 5,36] 1 / 1180 Fällen (0,08 %)	1,67 [0,65 ; 4,29] 4 / 2664 Fällen (0,15 %)
HE12112 Seite 7	Verlängerte präoperative Verweildauer bei aktueller Cholezystitis	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 25,11 %	24,52 % [20,63 ; 28,87] 102 / 416 Fällen	0,00 % [0,00 ; 0,41] 0 / 941 Fällen
HE12106 (225) Seite 8	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	Ziel: ≤ 4,47 % Auffälligkeit: > 4,47 % Ø in Hessen: 1,57 %	2,19 % [1,49 ; 3,21] 25 / 1143 Fällen	1,81 % [1,36 ; 2,40] 46 / 2546 Fällen
HE12107 (226) Seite 9	Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	Ziel: ≤ 29,45 % Auffälligkeit: > 29,45 % Ø in Hessen: 10,94 %	22,22 % [11,72 ; 38,09] 8 / 36 Fällen	18,26 % [12,27 ; 26,31] 21 / 115 Fällen
HE12108 (50791) Seite 10	Reintervention aufgrund von Komplikationen Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 2,30 Hessen:1,85 % O/E= 1,03	1,13 [0,76 ; 1,68] 24 / 1180 Fällen (2,03 %)	1,43 [1,14 ; 1,80] 71 / 2664 Fällen (2,67 %)
HE12109 (227) Seite 11	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer OP	Ziel: ≤ 2,83 % Auffälligkeit: > 2,83 % Ø in Hessen: 0,85 %	0,87 % [0,40 ; 1,89] 6 / 686 Fällen	1,32 % [0,86 ; 2,04] 20 / 1511 Fällen
HE12110 (51391) Seite 12	Letalität Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 1,92 Hessen:0,54 % O/E= 0,81	1,00 [0,53 ; 1,89] 9 / 1180 Fällen (0,76 %)	1,18 [0,81 ; 1,72] 26 / 2664 Fällen (0,98 %)



Sentinel Events

HE12103 Seite 13	Letalität bei Umsteiger-OP	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 2 Fälle	2 Fälle	5 Fälle
HE12111 (50824) Seite 14	Geringe Letalität bei niedriger Sterbewahrscheinlichkeit	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 1 Fall	0 Fälle	2 Fälle

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Die Prognose für den Strukturierten Dialog ist gut

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Die Prognose für den Strukturierten Dialog ist gut

denn

auch das **neue** auf Sozialdaten fassende Verfahren hat noch immer die **alten** Themen:

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Die Prognose für den Strukturierten Dialog ist gut

denn

auch das **neue** auf Sozialdaten fassende Verfahren hat noch immer die **alten** Themen:

Spezifität, Validität und Latenz (diese wird sogar noch grösser)

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Peer Review tut dem Strukturierten Dialog gut

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Peer Review tut dem Strukturierten Dialog gut

denn es ...

- ... nutzt etablierte Methodik und Ergebnisdarstellung
- ... bewertet den Leistungsbereich als Ganzes
- ... beschreibt präzise Stärken und Schwächen
- ... leitet konkrete, überprüfbare QS-Aktivitäten ab
- ... identifiziert beispielhafte Versorgungsmodelle

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Peer Review ergänzt den Strukturierten Dialog

weil es ...

- ... auffällige Indikatoren mit Q.-Potentialen verknüpft (Spezifität)
- ... die EsQS Dateneingabe validiert
- ... ermöglicht Q.-Verbesserung per Indikatoren abzubilden
- ... einen Effekt auf die Versorgung hat

Danke, dass Sie mir zugehört haben !

für die **Mitglieder des Fachausschuss-Peer Review Viszeralchirurgie**, der GQH und LÄK-Hessen:

Univ.-Prof. Dr. med. D. Bartsch, Univ.-Prof. Dr. med. W.-O. Bechstein, Dr. med. R. Beichert, Dr. med. Ch. Berkhoff, Dr. med. A. Brüggemann, Dr. med. M. Brauckmann, PD Dr. med. K. A. Gawad, Univ.-Prof. Dr. med. M. Glanemann, Dr. med. M. Habekost, Dr. med. H.-J. Hain, Prof. Dr. med. E. Hanisch, PD Dr. med. J. Heimbucher, Dr. med. A. Hensel, PD Dr. med. U.A. Heuschel, PD Dr. med. A. Hellinger, C. Herrler, MSc, Dr. Dipl. Psych Chr. Kuch, PD Dr. med. Ch. Kuntz, Prof. Dr. med. P. Langer, Prof. Dr.med.Dr. med.habil K.-H. Link, Dr. med. B. Misselwitz MPH, S. Nahlinger MPH, Dr. med. M. Schelden, Dr. med. B. Schmitt-Reißer, Prof. Dr. med. M. Seelig, Dr. med. J .Schott, Dr.med. R. Thattil MaHM, PD Dr. med. P. Vogel, N. Walter MA

Prof. Dr. med Dr.med.habil Andreas Zielke MBA
FACS, FEBS, EBSQ Endocrine Surgery



Disclosures (potentielle Interessenkonflikte)

Anstellungsverhältnisse	Diakonie Klinikum Stuttgart
Führungspositionen	Chefarzt Endokrine Chirurgie Sprecher, Endokrines Zentrum Stuttgart
Beratungstätigkeit	Jansen-Cilag, MSD, Eisai, Johnson & Johnson
Aktienbesitz	.-
Honorare, Reisekosten	Jansen-Cilag, Johnson&Johnson, Eisai LÄK-Hessen, GQH, BQS
Finanzierung wiss. Studien	DFG, BMFB, MSD, Future Diagnostics
Gutachtertätigkeit	.-
Andere finanzielle Beziehungen	.-

Danke, dass Sie mir zugehört haben !

für die **Mitglieder des Fachausschuss-Peer Review Viszeralchirurgie**, der GQH und LÄK-Hessen:

Univ.-Prof. Dr. med. D. Bartsch, Univ.-Prof. Dr. med. W.-O. Bechstein, Dr. med. R. Beichert, Dr. med. Ch. Berkhoff, Dr. med. A. Brüggemann, Dr. med. M. Brauckmann, PD. Dr. med. K. A. Gawad, Univ.-Prof. Dr. med. M. Glanemann, Dr. med. M. Habekost, Dr. med. H.-J. Hain, Prof. Dr. med. E. Hanisch, PD. Dr. med. J. Heimbucher, Dr. med. A. Hensel, PD. Dr. med. U.A. Heuschel, PD. Dr. med. A. Hellinger, C. Herrler, MSc, Dr. Dipl. Psych Chr. Kuch, PD. Dr. med. Ch. Kuntz, Prof. Dr. med. P. Langer, Prof. Dr.med.Dr. med.habil K.-H. Link, Dr. med. B. Misselwitz MPH, S. Nahlinger MPH, Dr. med. M. Schelden, Dr. med. B. Schmitt-Reißer, Prof. Dr. med. M. Seelig, Dr. med. J .Schott, Dr.med. R. Thattil MaHM, PD. Dr. med. P. Vogel, N. Walter MA

Prof. Dr. med Dr.med.habil Andreas Zielke MBA
FACS, FEBS, EBSQ Endocrine Surgery



- Erstes indikatorbasiertes PR-Verfahren in der Viszeralchirurgie
- Seine Wirksamkeit ist darstellbar
- Gemeinschaftliche esQS –Aktivität der leitenden Krankenhausärzte zusammen mit der LÄKH und der LQS

Dr. Gabriele Winkler-Komp/Dr. Björn Misselwitz/Frauke Kupfernagel M.A./
Dipl.-Kffr. Christiane van Emmerich/Dr. Klaus Döbler

Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern: Strukturierter Dialog – Strukturen und Prozesse

Ergebnis einer Umfrage des Gemeinsamen Bundesausschusses bei den auf Landesebene
beauftragten Stellen und der Institution nach § 137 a SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Umfrage durchgeführt, bei der Strukturen und Prozesse zur Durchführung der Maßnahmen des sogenannten Strukturierten Dialogs gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern erfragt wurden. Zielsetzung war, einen aktuellen Sachstand und eine Informationsbasis zu erhalten, um eventuelles Veränderungs- und Optimierungspotenzial erkennen und realisieren zu können. Die Ergebnisse sind nachfolgend dargestellt.

Potentiale des Strukturierten Dialogs aus Sicht der LQS

Was wären Erfolgsfaktoren im Strukturierten Dialog ?

Zeitnahe und bedeutsame Informationen

Bewertung des Leistungsbereichs als Ganzes

Etablierte Methodik und Ergebnisdarstellung

Präzise Beschreibung von Stärken und Schwächen

Ableiten konkreter, überprüfbarer QS-Aktivitäten

Identifikation beispielhafter Versorgungsmodelle

Spezifität – verknüpft rechnerische Auffälligkeiten mit Q-potentialen

Indikatorbezogene Bewertung mit Bezug auf den ganzen Leistungsbereich

Unterfütterung mit longitudinalen ESQS-Daten

Verfolgbarkeit der Veränderung der ESQS Daten

Evidenzbasiertheit, standardisierte Darstellung der Q-potentiale,

Darstellung konkret eingeleiteter Q-Massnahmen

Relevanter Effekt auf die Versorgung

Ein SGB V – Verfahren für im LKP zugelassene Krankenhäuser

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Zukunft des Strukturierten Dialogs

Der Strukturierte Dialog ist unverzichtbar

Zukunft des Strukturierten Dialogs

„ Der Strukturierte Dialog ist das zentrale Element der EsQS ...
... wird die unzureichende Methodik / Risikoadjustierung der eingesetzten
Qualitätsindikatoren ausgeglichen ...
... nur er bietet die Möglichkeit über rechnerisch auffällige Ergebnisse
wirkliche Qualitätsprobleme zu identifizieren und zu bekämpfen ... “

G-BA Workshop 18.03.2013