

# Neue Wege in der Qualitätssicherung: breiter aufgestellt und näher am Patienten

**Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH**  
Hochschulmedizin Dresden

■ IQTIG „Jubiläums-Symposium“ | Berlin, 29.4.2025

# Verantwortung für Deutschland

Koalitionsvertrag zwischen  
CDU, CSU und SPD

21. Legislaturperiode

## 4.3. Kommunen, Sport und Ehrenamt

Der funktionierende Staat fängt auf kommunaler Ebene an. Wir wollen, dass unsere Kommunen auch in Zukunft lebenswert und leistungsfähig sind. Allerdings ist die Lage der Kommunen ernst und spitzt sich finanziell zu. Insbesondere die Ausgaben für Personal, Bürokratie und Soziales treiben ihr Defizit an – sie steigen deutlich schneller als die Investitionsausgaben. Die Kommunen brauchen

3672 Gleichwertige Lebensverhältnisse

3673 Wir bekennen uns ausdrücklich zum verfassungsrechtlichen Auftrag, gleichwertige Lebensverhältnisse

3674 in ganz Deutschland zu fördern und zu erhalten. Wir stellen die auskömmliche Finanzierung und

3675 Absicherung der notwendigen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in der Stadt und auf dem Land

3676 sicher. Besonders wichtig ist, dass kurzfristig eine Soforthilfe für versorgungsnotwendige

3677 Krankenhäuser als Überbrückung bis zum Inkrafttreten der Krankenhausreform geschaffen wird.

3678 Sicherer öffentlicher Personennahverkehr

## Gesamtgesellschaftliche Herausforderungen

- Demographischer Wandel
- Fachkräftemangel
- Starke Konkurrenz um limitierte finanzielle Mittel
- Unzufriedenheit eines relevanten Teils der Bevölkerung
- Rückstand bei Digitaler Transformation

### Strukturelle Probleme stationärer Bereich

- Unzureichende Leistungskonzentration
- Unzureichende Steuerung
- Starke Fallzahlenreize
- Unzureichende Ambulantisierung
- Mangelnde Investitionsfinanzierung
- Sehr viel Bürokratie



### Ungehobene Qualitätspotenziale

- Notwendige KH-Behandlungen ohne qualitative Mindestausstattung
- Suboptimales Patientenoutcome (mit konsekutivem Folgebedarf)
- Große regionale Unterschiede



### Nicht bedarfsgerechte Bindung knapper Ressourcen

- Nicht notwendige KH-Behandlungen
- Zunehmender Fachkräftemangel



### Ineffizienz des derzeitigen Systems

- Zu hohe Kosten des solidarisch finanzierten Systems
- Kalter Strukturwandel
- Unzufriedenheit bei allen Beteiligten

# Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

8.7.2022

Erste Stellungnahme und Empfehlung  
der Regierungskommission für eine  
moderne und bedarfsgerechte Kranken-  
hausversorgung

Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe  
für eine kurzfristige Reform der stationären Versorgung  
für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

6.12.2022

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

Grundlegende Reform  
der Krankenhausvergütung



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

22.6.2023

Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhaus-  
versorgung

Verbesserung von Qualität und  
Sicherheit der Gesundheitsversorgung  
Potenzialanalyse anhand exemplarischer  
Erkrankungen



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

20.10.2023

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

Weiterentwicklung der Qualitäts-  
sicherung, des Qualitäts- und  
des klinischen Risikomanagements  
(QS, QM und KRM)  
Mehr Qualität – weniger Bürokratie



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

7.9.2023

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

Reform der Notfall- und Akutversorgung:  
Rettungsdienst und Finanzierung



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

14.11.2024

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

Abbau überbordender Bürokratie



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

07.03.2025

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

Reform der Investitionskosten-  
finanzierung für die Krankenhäuser  
in Deutschland  
Bestandsinvestitionen und  
Strukturinvestitionen



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

22.9.2022

Zweite Stellungnahme und Empfehlung  
der Regierungskommission für eine  
moderne und bedarfsgerechte Kranken-  
hausversorgung

Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen  
Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

13.2.2023

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

Reform der Notfall- und Akut-  
versorgung in Deutschland  
Integrierte Notfallzentren und  
Integrierte Leitstellen



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

29.9.2023

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

Empfehlungen der Regierungskommission  
für eine kurz-, mittel- und langfristige  
Reform der konservativen und operativen  
Kinder- und Jugendmedizin



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

29.9.2023

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

Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder-  
und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“):  
Reform und Weiterentwicklung der  
Krankenhausversorgung



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

3.5.2024

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

Überwindung der Sektorengrenzen des  
deutschen Gesundheitssystems



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

14.11.2024

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

Zukunftsfähige flächendeckende  
geburtshilfliche Versorgung



Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

07.03.2025

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

Krankenhausversorgung in  
Deutschland 2035  
Zielbild der Reformen – zukünftige  
Aufgaben und Bedeutung der  
Krankenhäuser



## Leitgedanke

Konzentration  
Steuerung  
Ambulantisierung

**führen zu**  
besserer

Qualität  
Effizienz (Finanzmittel und Personal)  
Daseinsvorsorge

## Grundprinzipien des Reformvorschlags

- Leistungsgruppen mit dezidiertem Definition des Leistungsspektrums lösen Fachabteilungen ab.
- Strukturqualität im Vordergrund stehend
- Jeder Leistungsgruppe wird ein Versorgungslevel zugeordnet (Wesentliche Vorarbeiten: G-BA mit Notfallstufen Level I-III)
- Für jede Leistungsgruppe ein Vorhalteanteil in der Vergütung festgelegt → Vergütung soll aus einer Vorhalte- und einer Mengenkomponekte bestehen.
- Level 1i: integrierte ambulant-stationäre Grundversorgung

Verbindung von **Planung und Vergütung** zur Verbesserung der (Struktur)**Qualität**



- Länder pochen auf Planungskompetenz
- Qualität und Erreichbarkeit werden gleichgesetzt



Potenzialanalyse der Regierungskommission (5. Stellungnahme)

Ziel: Versachlichung der Diskussion durch  
*Schätzung von Qualitätseffekten durch Konzentration*

# Potenzialanalyse der Regierungskommission

## Kriterien für Auswahl der Fallbeispiele:

- Publierte Evidenz für Qualitätspotenzial in Deutschland
- Relevanz für Definition von Leistungsgruppen
- Relevanz für Bevölkerung
- Zugang zu versorgungsnahen Daten zur Ermittlung der tatsächlichen Versorgungsrealität

→ Fallbeispiele sind: Krebs, Schlaganfall und Endoprothetik (künstlicher Gelenkersatz)

## Arbeitsschritte

1. Darstellung der zugrundeliegenden Studienevidenz
2. Darstellung der Versorgungsrealität (2021)
3. Berechnung des Potenzials der Konzentration der Versorgung auf Kliniken mit hoher Strukturqualität
4. Auswirkungen der Konzentration der Versorgung auf Kliniken mit entsprechender Strukturqualität auf die Erreichbarkeit für die Bürgerinnen und Bürgern



# Fallbeispiel Krebs

16. Juni 2008: Nationaler Krebsplan

**Evidenzbasierte  
Leitlinien**

**Evidenzbasierte  
Qualitätsindikatoren\***

**Klinische  
Krebsregister**

**Erfassung der  
Qualitätsindikatoren**

**Zertifizierung  
von Kliniken**

**Überprüfung der  
Qualitätsindikatoren**

\* verpflichtend mit leitlinienbezogenen Qualitätsindikatoren

v.a.  
Prozessqualität

v.a.  
Ergebnisqualität

v.a.  
Strukturqualität



# Methodik der WiZen-Studie

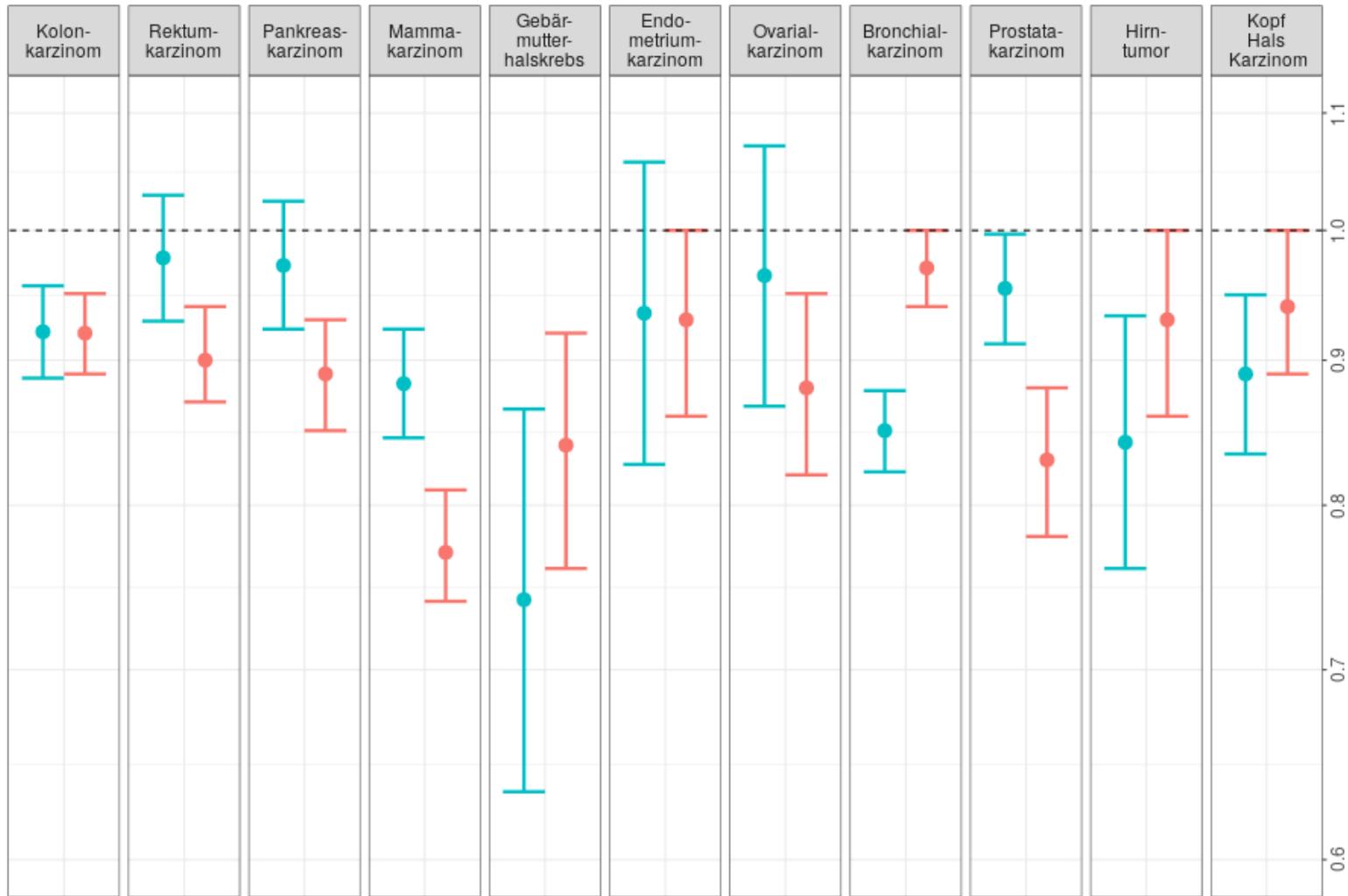
- Komplementäre, longitudinale Beobachtungsstudien mit Kontrollgruppen
- Randomisierung ethisch nicht möglich (Nationaler Krebsplan!)
- Zielpopulation: Menschen mit inzidenter Krebserkrankung
- Intervention: Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum
- Kontrolle: Erstbehandlung in nicht-zertifiziertem Zentrum
- Falldefinitionen unter Einbezug systematischer klinischer Expertise
- Outcomes: Gesamtüberleben, rezidivfreies Überleben
- Daten: bundesweite GKV-Daten, regionale KKR-Daten, SQB-Daten, Zertifizierungsdaten, Zeitraum 2009-2017
- Statistik: Cox-Regression (Hazard ratio des Zertifizierungsstatus) mit Shared frailty
- Berücksichtigung von Confoundern: Adjustierung für patientenseitige Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Schweregrad, Sekundärmalignom), Strukturmerkmale der Krankenhäuser (z.B. Bettenzahl, Trägerschaft) und zeitliche Trends



**Hochwertige Evidenz unter gegebenen Bedingungen**

# Ergebnis der WiZen-Studie

## KKR+GKV: Gesamtüberleben und Zertifizierung (Cox-Regression)



⇒ Signifikante Überlebensvorteile für Patient:innen in zertifizierten Zentren für einen Großteil der Krebsarten

⇒ Ergebnisse einheitlich und robust

# Fallbeispiel Krebs

## Darstellung zugrunde liegender Studienevidenz



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

---

Pressemitteilung | Innovationsfonds

## Innovationsfonds-Projekt zeigt: Zertifizierte onkologische Zentren behandeln besser – Erkenntnisse sollen in die Versorgung einfließen

Berlin, 17. Oktober 2022 – Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Eine Behandlung an zertifizierten onkologischen Zentren kann die Überlebenschancen für Patientinnen und Patienten jedoch deutlich erhöhen. Dies konnte das Versorgungsforschungsprojekt "WiZen – Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren" anhand umfangreicher Datenauswertung belegen und überzeugte damit den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Auch das Verknüpfen verschiedener Datensätze im Projekt – Daten der gesetzlichen Krankenversicherung und Registerdaten – stufte der Innovationsausschuss als wegweisend für weitere Forschungen ein. Wegen der hohen Relevanz der Erkenntnisse regt der Innovationsausschuss daher gegenüber verschiedenen Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen an zu prüfen, ob und wie die Projektergeb-

# Fallbeispiel Krebs: Versorgungsrealität 2021

Krebsart	Relativer Vorteil im Gesamt-überleben bei Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum (%)	Inzidenz	Anteil Behandlung inzidenter Fälle in zertifizierten Zentren 2021 <sup>#&amp;</sup>	Anzahl zertifizierte Standorte Deutschland
	GKV-Daten, WiZen	RKI-Daten (GKV-Daten bei Hirntm)	DKG**-Daten	DKG**-Daten
<b>Kolonkarzinom</b>	8 %	39.939	<b>42 %</b>	<b>295</b>
Rektumkarzinom	10 %	17.895	50 %	295
Pankreaskarzinom	11 %	19.685	35 %	125
<b>Mammakarzinom</b>	23 %	78.135	<b>84 %</b>	<b>263</b>
Zervixkarzinom	16 %	4.575	62 %	168
Endometriumkarzinom	7 %	11.266	47 %	168
Ovarialkarzinom	12 %	7.319	61 %	168
Lungenkarzinom	3 %	59.151	39 %	79
<b>Prostatakarzinom</b>	17 %	27.619*	<b>81%</b>	<b>131</b>
<b>Hirntumore</b>	8 %	14.721	<b>73 %</b>	<b>49</b>
Kopf-Hals Tumore	6 %	18.628	54 %	65

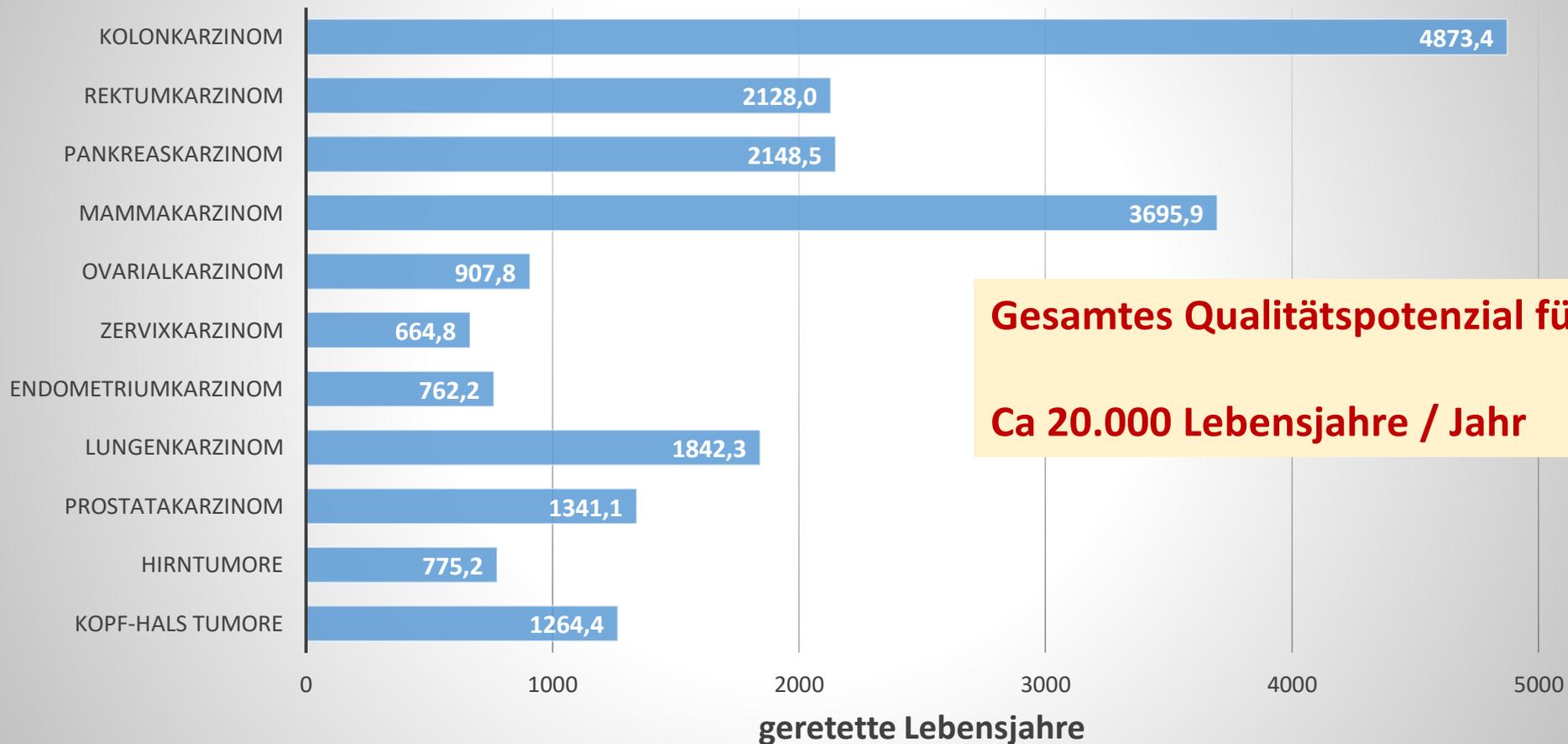
\* nur radikale Prostatektomien berücksichtigt; Deutsche Krebsgesellschaft

→ Relative Konzentration der Erstbehandlung in zertifizierten Krankenhäusern bei Brustkrebs, Prostatakrebs, Hirntumoren

# Fallbeispiel Krebs:

## Berechnung des Potenzials der Konzentration der Erstbehandlung von Krebs in zertifizierten Zentren

**Potenzial der Konzentration der Erstbehandlung von Krebs auf DKG-zertifizierte Krankenhäuser (gerettete Lebensjahre pro Jahr)**



**Gesamtes Qualitätspotenzial für alle Krebsarten:  
Ca 20.000 Lebensjahre / Jahr**

# Fallbeispiel Krebs: Auswirkungen auf Erreichbarkeit

## Beispielhafte Analyse für

- Brustkrebs: Häufig, bereits relative Konzentration, Effekt stark
- Kolonkarzinom: Häufig, keine Konzentration, relativ viele zertifizierte Zentren
- Prostatakarzinom: Häufig, bereits relative Konzentration, weniger zertifizierte Zentren
- Hirntumore Seltener, bereits relative Konzentration, 49 zertifizierte Zentren

→ Berechnung der Erreichbarkeit des vom Wohnort nächstgelegenen DKG-zertifizierten Zentrums bezogen auf Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Krebsart	Mediane Erreichbarkeit (Minuten)	Anteil der Bevölkerung in Erreichbarkeitskategorie				
		≤ 10 Minuten	11 bis 20 Minuten	21 bis 30 Minuten	31 bis 40 Minuten	>40 Minuten
Kolonkarzinom	16,4	29,1%	30,3%	18,5%	11,2%	11,0%
Mammakarzinom	17,5	25,2%	31,6%	19,5%	12,1%	11,6%
Prostatakarzinom	22,3	18,4%	26,8%	19,5%	14,9%	20,5%
Hirntumore	32,0	9,5%	21,0%	16,9%	13,1%	39,4%

*Bevölkerungsbezogene Fahrzeiten zu DKG-zertifizierten Krebszentren*

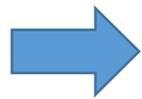
# Fallbeispiel Krebs: Zusammenfassung

- Konzentration der Erstbehandlung auf zertifizierte Krankenhausstandorte birgt ein sehr hohes Potenzial für die Verbesserung der Prognose und des Behandlungsergebnisses für Menschen mit Krebs. (Potenzial ca. 20.000 LJ / Jahr)
- Erreichbarkeit von zertifizierten Krankenhausstandorten für die Bevölkerung ist gut.
- Schätzung ist konservativ, es besteht wissenschaftliche Evidenz für weiteren Patientennutzen, zum Beispiel:
  - Prostatakarzinom: seltener Inkontinenz, weniger unvollständige (R1) Operationen
  - Darmkrebs: weniger Anastomoseninsuffizienzen und 5-Jahres Rezidive
  - Kopf-Hals Tumore: kürzere Intensivbehandlung, weniger Bluttransfusionen
  - Entitätsübergreifend: längeres Rezidiv-freies Überleben
- Hohe mediale Aufmerksamkeit
- Breite Öffentlichkeit überrascht von Qualitätsunterschieden

# Planung der Länder muss Strukturverbesserungen induzieren !

## Schlüsselfragen

Welche Standorte sind bedarfsnotwendig? Wo bestehen spezifische Transformationsbedarfe?



**Simulationsinstrument der AG Potenzialanalyse der Regierungskommission und des GKV-SV**

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH  
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc  
Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky  
Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH FFPH  
Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis  
Franz Krause  
Ronald Schwarz MSc  
Dipl.-Volkswirt Johannes Wolff  
Prof. Dr. med. Tom Bschor

**Krankenhausreform in  
Deutschland: Popula-  
tionsbezogenes Be-  
rechnungs- und Simula-  
tionsmodell zur Planung  
und Folgenabschätzung**

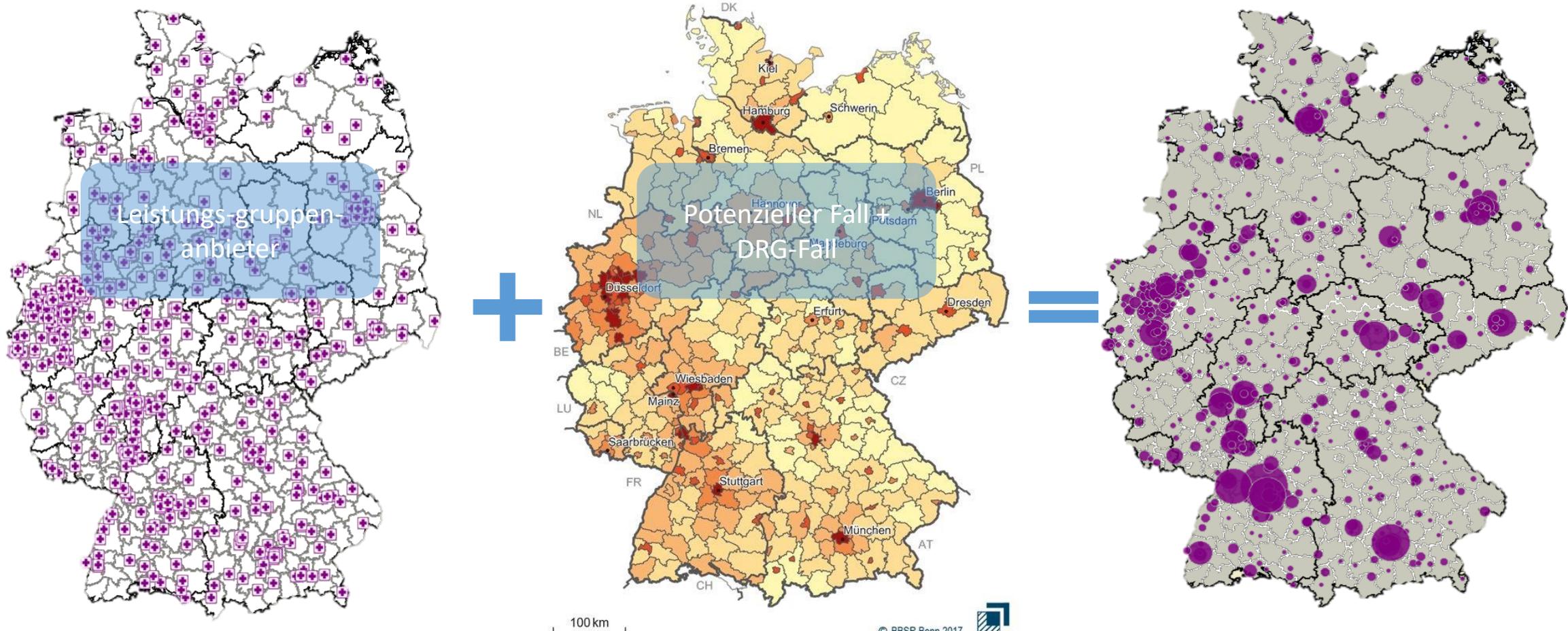
### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Aufgrund des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels, überproportional steigender Kosten und unzureichender Behandlungsqualität plant Deutschland eine grundlegende Krankenhausreform. Die Regierungskommission hat hierfür die zentralen Konzepte erarbeitet. So soll mit einer Planung nach Leistungsgruppen, denen definierte Vorgaben zur Strukturqualität zugrunde liegen, mit einer Reduktion des ökonomischen Drucks auf eine Fallzahlausweitung durch die Einführung einer Vorhaltevergütung und mit einer Einteilung der Krankenhäuser in Level – zumindest in Form einer transparenten Information der Allgemeinheit – eine Zentralisierung der Krankenhausangebote in den überversorgten Ballungsgebieten erreicht werden. Bislang fehlt aber ein generisches Modell, das populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts bezüglich Behandlungszahl und -schwere ein Maß für die Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit der Krankenhäuser ermittelt.

**Methoden:** Wir entwickelten ein generisches Modell zur Ermittlung der krankenshausstandort-bezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit für die unterschiedlichen Leistungsgruppen. Die so ermittelten Maße für die Bedarfsnotwendigkeit könnten auch bei der Bemessung der Vorhaltefinanzierung Anwendung finden. Für das Modell wurden die Leistungsgruppen nach Spezialisierungsgrad und Dringlichkeit in vier Kategorien mit Erreichbarkeitsgrenzen von 30, 45, 90 und 180 Minuten eingeteilt. Zur Simulation der populationsbezogenen Versorgungsbedeutung kamen Gravitationsmodelle zum Einsatz. Im Basismodell erfolgte die Bestimmung der Versorgungsbedeutung ausschließlich anhand der Erreichbarkeit für die innerhalb des jeweiligen Erreichbarkeitskorridors lebende Bevölkerung. In erweiterten Modellen wurden zusätzlich die historische Fallzahl und deren Fallschwere berücksichtigt, um aktuelle Versorgungskapazitäten und bestehende Wahlentscheidungen der Bevölkerung u. a. bezüglich der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Das Modell wurde basierend auf bundesweiten § 21-Daten implementiert und Auswirkungen der Gewichtung der drei Einflussgrößen (i) Population, (ii) Fallzahl und (iii) Fallschwere auf die Verteilung Versorgungsbedeutung der Krankenhausstandorte ermittelt. Am Beispiel der „Endoprothetik Knie“ (LG 14.2 in NRW) im Bundesland Sachsen wurde die Auswirkung der Konzentration auf

- Versichertenperspektive
- Bedarfskomponente
- Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse

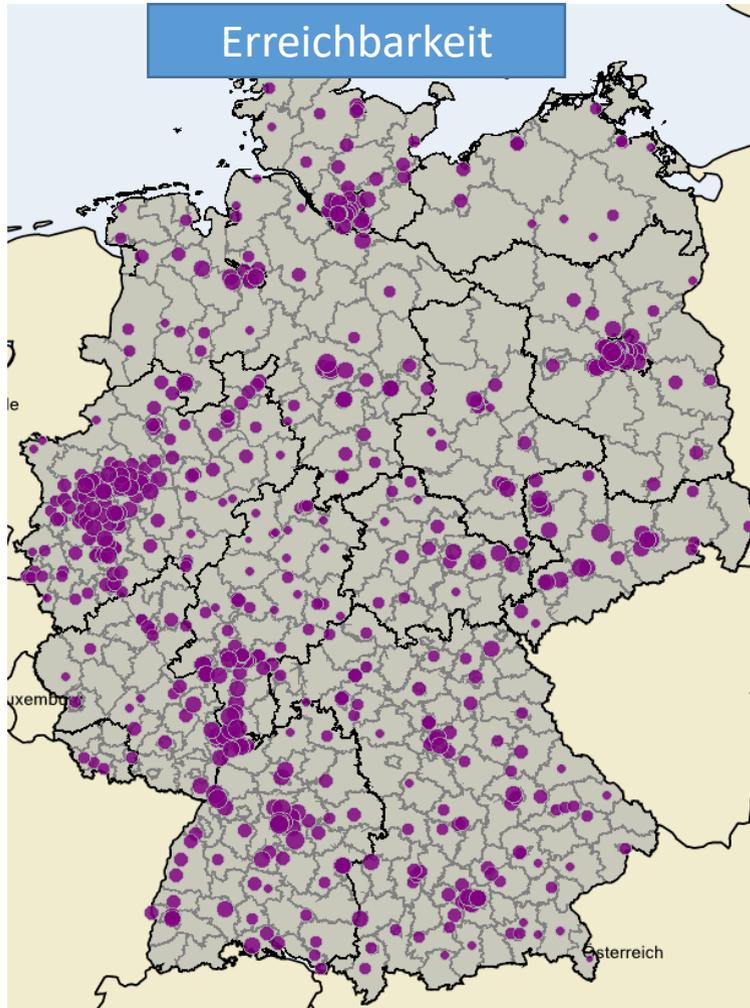
# Abgleich: Angebot mit Nachfrage (DRG) und pot. Nachfrage



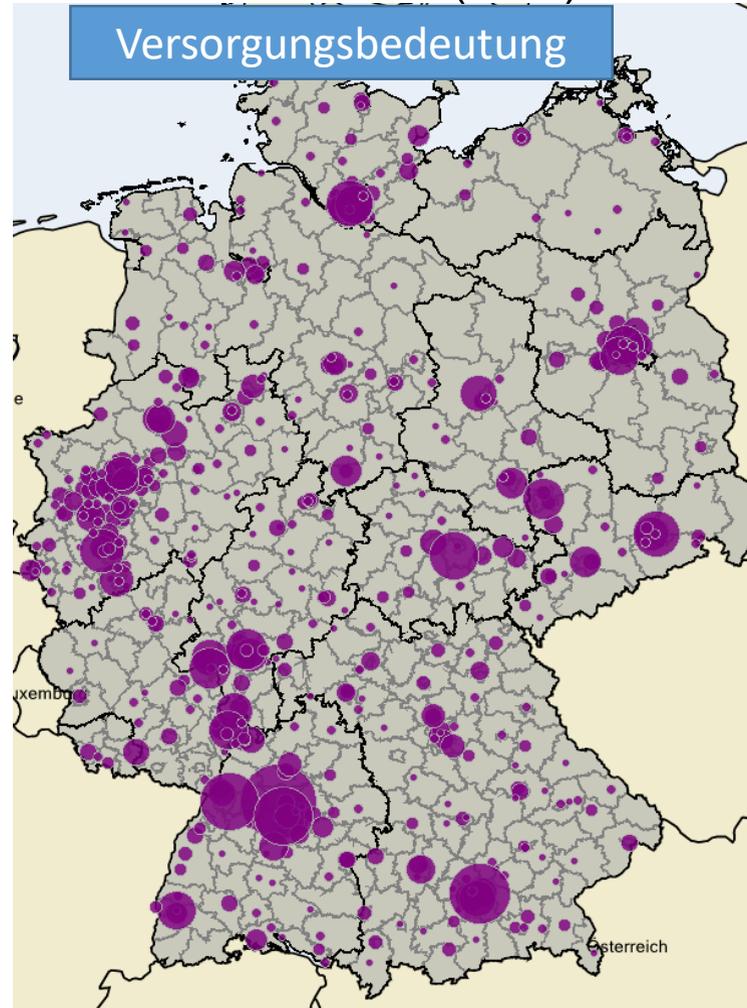
# Modellierung Bedarfsnotwendigkeit und Transformationsbedarfe

Beispiel Wirbelsäuleneingriffe (LG 14.5)

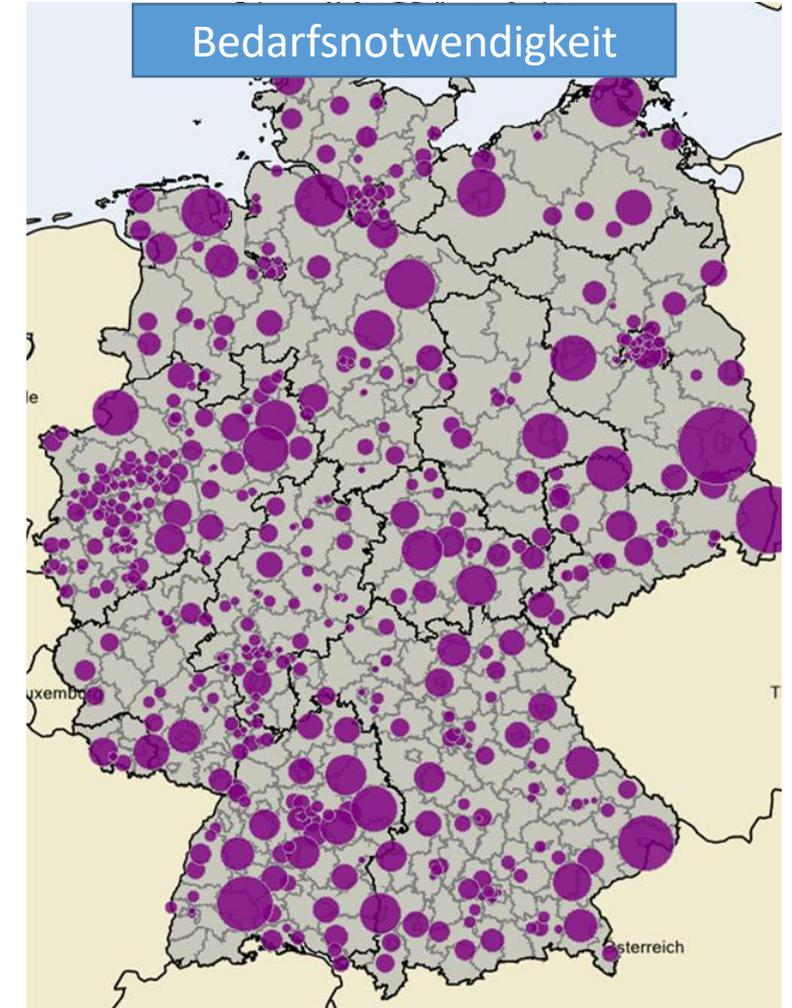
Population



Population + Fallzahl  
+ Fallschwere (CMI)



Singularitätsmodell



April 2024: Prototypisches Modell zur Unterstützung der KH-Planung unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit für Bevölkerung und Leistungsfähigkeit der KH

- **Ziel A: Hebung regionaler Qualitätspotenziale durch KH-Planung**
- **Ziel B: Vermeidung von Fehlversorgung durch unzureichende Fachkompetenz**

MVF Online First

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH  
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc  
Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky  
Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH FFPH  
Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis  
Franz Krause  
Ronald Schwarz MSc  
Dipl.-Volkswirt Johannes Wolff  
Prof. Dr. med. Tom Bschor

**Krankenhausreform in  
Deutschland: Popula-  
tionsbezogenes Be-  
rechnungs- und Simula-  
tionsmodell zur Planung  
und Folgenabschätzung**

BMG beauftragt Fa BinDoc zur Überführung von Teilen des Modells in Tool für Auswirkungsanalysen der Länder (Auslieferung 10/24)

Ab 08/2024: Verbund aus ZEGV, GKV-SV und AOK-BV entwickelt Modell weiter mit Ziel der Überführung in ausgereiftes Planungstool; (Kooperation mit interessierten Ländern und Regionen)

# Frühe Meilensteine des Qualitätsmanagements

## Ostdeutschland:

Prof. Dr. Ingeborg Rapoport

1969: 1. Lehrstuhl für Neonatologie in Europa (Charité)

Aufgabe: Senkung der Säuglingssterblichkeit in DDR

→ Interdisziplinarität

→ **Zentralisierung** (Ausgangspunkt für Perinatalzentren)

## Westdeutschland:

1970: Perinatologische Arbeitsgemeinschaft im Raum München

→ Münchner Perinatalstudie → Bayerische Perinatalstudie

→ Perinatalerhebung (zunächst freiwillig)

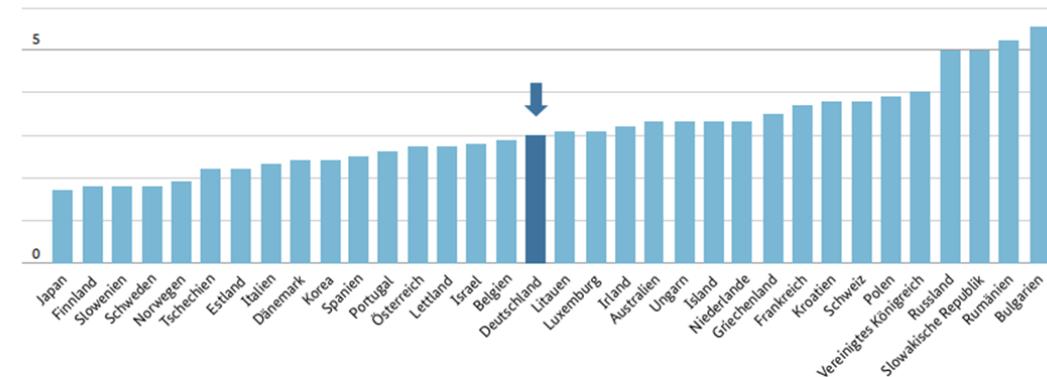
1978: Initiative der MHH zur Neonatalerhebung (zunächst freiwillig)

Freiwillige Maßnahmen der QS in Chirurgie und Herzchirurgie

... 1989: Einführung verpflichtender **externer Qualitätssicherung** (Geburtshilfe, Neonatologie, Chirurgie und Herzchirurgie)



<https://www.tagesschau.de/investigativ/br-recherche/geburtskliniken-risikoschwangerschaften-100.html>



► **Abbildung 1:** Säuglingssterblichkeit in Promille in europäischen Ländern, OECD-Daten (2022 oder jüngste verfügbare)<sup>9</sup>

## Externe QS kann Ergebnisqualität verbessern

### to do: Überprüfung der Wirkung der gesetzlichen eQS

Ansonsten droht mglw Streichung aus falsch verstandenem „Bürokratieabbau“

TABELLE 2

**Assoziation der externen Qualitätssicherung sowie der Kovariaten – inklusive der Stroke-Unit-Behandlung – mit dem adjustierten Gesamtsterberisiko\* von Schlaganfallpatienten**

Vergleichsgruppe	Variable/Kovariate	HR* [95%-KI]
Bundesländer ohne externe QS	Geschäftsstelle QS Hessen (GQH)	0,93 [0,92; 0,95]
	externe Qualitätssicherung ohne GQH	0,96 [0,95; 0,97]
keine Stroke Unit	Stroke Unit	0,86 [0,85; 0,87]
Alter < 50 Jahre	Alter 50–59	1,31 [1,24; 1,38]
	Alter 60–69	1,81 [1,72; 1,90]
	Alter 70–79	2,85 [2,71; 3,00]
	Alter 80–89	5,13 [4,88; 5,39]
	Alter > 89	8,35 [7,93; 8,79]
männlich	weiblich	0,82 [0,81; 0,83]
ICD-10-G45 (zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome)	ICD-10-I60 (Subarachnoidalblutung)	2,72 [2,60; 2,85]
	ICD-10-I61 (intrazerebrale Blutung)	3,03 [2,97; 3,09]
	ICD-10-I63 (Hirninfarkt)	1,58 [1,56; 1,60]
	ICD-10-I64 (sonstiger Schlaganfall)	1,26 [1,19; 1,34]
Jahre 2007–10	Jahre 2011–13	0,95 [0,94; 0,96]
	Jahre 2014–17	0,89 [0,88; 0,91]
Elixhauser-Index < 4 (Komorbiditätsscore)	Elixhauser 4–6	1,48 [1,46; 1,49]
	Elixhauser > 6	2,09 [2,05; 2,13]
keine Pflegestufe vor zerebralem Insult	Pflegestufe 1 vor zerebralem Insult	1,90 [1,87; 1,92]
	Pflegestufe 2 vor zerebralem Insult	2,42 [2,38; 2,46]
	Pflegestufe 3 vor zerebralem Insult	2,92 [2,83; 3,00]
GISD < 6	GISD > 5 (höhere soziale Deprivation der Wohnregion des Patienten)	0,99 [0,98; 1,00]

\*1 Gesamtsterberisiko adjustiert für Schlaganfall-Art, Alter, Geschlecht, Komorbidität, Pflegestufe, soziale Deprivation der Wohnregion

\*2 alle HR außer zu GISD statistisch signifikant ( $p < 10^{-5}$ )

GISD, German Index of Social Deprivation; HR, Hazard Ratio; QS, Qualitätssicherung; 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall

# Zentrale Bedeutung der datengestützten Qualitätssicherung

## - Wesentliche Errungenschaft des IQTIG!

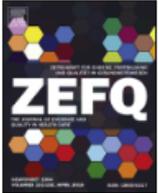
- Weiterentwicklung notwendig:
  - auch konservativer Bereich sowie psychische Gesundheit
  - auch im ambulanten Bereich
  - auch Area Indikatoren
- Breitere Datenquellen notwendig
  - Versorgungsnahe Daten wie GKV-Routinedaten
  - Möglichst geringer Zeitverzug ist wesentlich (Pandemie hat die Möglichkeiten gezeigt)
  - Patietensicherheit muss vor Geschäftsgeheimnissen und vor Datenschutz stehen!
  - Patientenperspektive ist wichtig (PROMs und PREMs)
- Streitpunkt Risikoadjustierung
  - Differenzierte Betrachtung notwendig
  - Beispiel: Innovationsfondsprojekt Hybrid QI
  - Direkte Schlussfolgerung und fachlicher Dialog schließen sich nicht aus



# Methodischer Standard zur Entwicklung leitlinienbasierter QI

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 160 (2021) 21–33

Contents lists available at ScienceDirect

 Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung / Quality and Safety in Health Care

**Methodischer Standard für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen von S3-Leitlinien – Ergebnisse einer strukturierten Konsensfindung**

*Methodological Standard for the Development of Quality Indicators within Clinical Practice Guidelines – Results of a structured consensus process*

Stefanie Deckert<sup>a,\*</sup>, Katrin Arnold<sup>a</sup>, Monika Becker<sup>b</sup>, Max Geraedts<sup>c</sup>, Marie Brombach<sup>a</sup>, Jessica Breuing<sup>b</sup>, Marie Bolster<sup>d</sup>, Cornelia Assion<sup>e</sup>, Norbert Birkner<sup>f</sup>, Eva Buchholz<sup>g,h</sup>, Ernst-Günther Carl<sup>i</sup>, Franziska Diel<sup>j</sup>, Klaus Döbler<sup>k</sup>, Markus Follmann<sup>l</sup>, Timo Harfst<sup>m</sup>, Monika Klinkhammer-Schalke<sup>n</sup>, Ina Kopp<sup>d</sup>, Burkhard Lebert<sup>o</sup>, Dagmar Lühmann<sup>p</sup>, Claudia Meiling<sup>q</sup>, Tim Niehues<sup>r</sup>, Thomas Petzold<sup>s</sup>, Susanne Schorr<sup>t</sup>, Reina Tholen<sup>u</sup>, Simone Wesselmann<sup>v</sup>, Karen Voigt<sup>w,x</sup>, Gerald Willms<sup>y</sup>, Edmund Neugebauer<sup>b,z</sup>, Dawid Pieper<sup>b</sup>, Monika Nothacker<sup>d,1</sup>, Jochen Schmitt<sup>a,1</sup>



 Deutsche Forschungsgemeinschaft



Multimethodischer Ansatz

- Reviews
- Qualitative Forschung
- Delphi-Verfahren

# Indikationsqualität

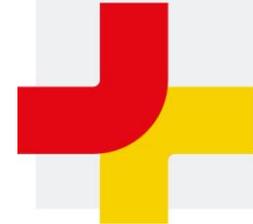
Es ist eine zentrale Frage (...) „**ob etwas nicht nur richtig, sondern ob überhaupt das Richtige gemacht wird**“<sup>1</sup>

→ Beispiel einer spezifischen ärztlichen Initiative aus der Orthopädie

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

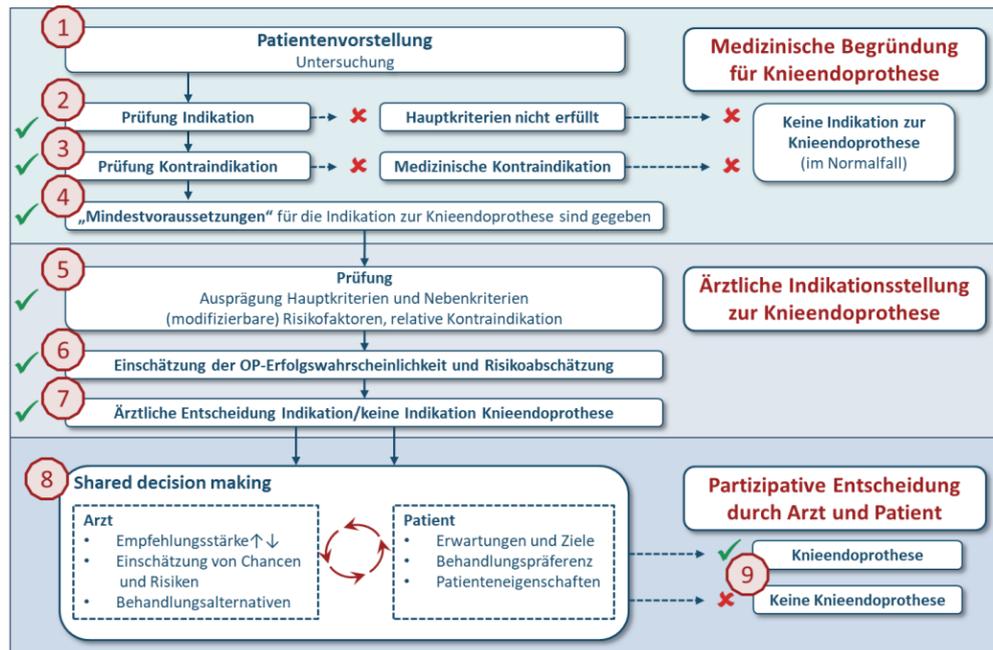
Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM)

Mehr Qualität – weniger Bürokratie



## Initiative Evidenz- und konsensbasierte Indikation Knie-TEP

– Output 1: Konsentierung von *Indikationskriterien* für Knie-TEP



From the Sections – AE German Society of Endoprotehetics Thieme

### Indication Criteria for Total Knee Arthroplasty in Patients with Osteoarthritis – A Multi-perspective Consensus Study

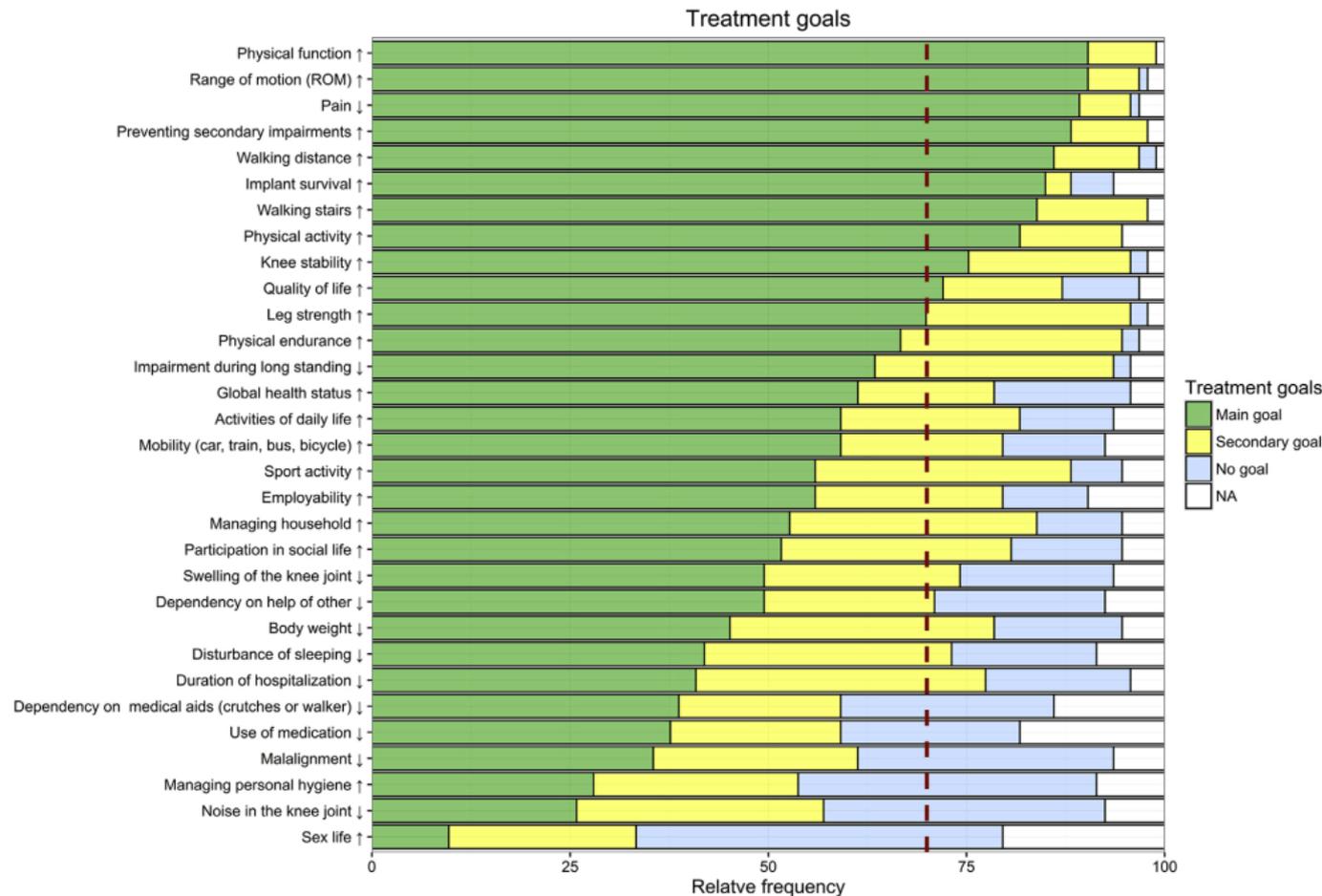
#### Indikationskriterien für den endoprothetischen Gelenkersatz bei Gonarthrose – eine multiperspektivische Konsensstudie

Authors  
 Jochen Schmitt<sup>1\*</sup>, Toni Lange<sup>1,2\*</sup>, Klaus-Peter Günther<sup>2</sup>, Christian Kopkow<sup>1,3</sup>, Elisabeth Rataj<sup>1</sup>, Christian Apfelbacher<sup>4</sup>, Martin Aringer<sup>5</sup>, Eckhardt Böhle<sup>6</sup>, Hartmut Bork<sup>7</sup>, Karsten Dreinhöfer<sup>8</sup>, Niklaus Friederich<sup>9</sup>, Karl-Heinz Frosch<sup>10,11</sup>, Sascha Gravius<sup>12</sup>, Erika Gromnica-Ihle<sup>13</sup>, Karl-Dieter Heller<sup>14,15</sup>, Stephan Kirschner<sup>14</sup>, Bernd Kladny<sup>16</sup>, Hendrik Kohlhof<sup>12</sup>, Michael Kremer<sup>10</sup>, Nicolai Leuchten<sup>5</sup>, Maïke Lippmann<sup>17</sup>, Jürgen Malzahn<sup>18</sup>, Heiko Meyer<sup>14</sup>, Rainer Sabatowski<sup>19</sup>, Hanns-Peter Scharf<sup>20</sup>, Johannes Stoeve<sup>12</sup>, Richard Wagner<sup>21</sup>, Jörg Lützner<sup>2</sup>

# Initiative Evidenz- und konsensbasierte Indikation

## Knie-TEP

— Output 2: Erarbeitung von *Therapiezielen aus der Patientenperspektive*



The Journal of Arthroplasty 32 (2017) 2093–2099

Contents lists available at ScienceDirect

**The Journal of Arthroplasty**

journal homepage: [www.arthroplastyjournal.org](http://www.arthroplastyjournal.org)

ELSEVIER

Primary Arthroplasty

**What Do Patients Expect From Total Knee Arthroplasty? A Delphi Consensus Study on Patient Treatment Goals**

Toni Lange, MD, MPH <sup>a,b,\*</sup>, Jochen Schmitt, MPH, MD <sup>a</sup>, Christian Kopkow, MPH <sup>a</sup>, Elisabeth Rataj, MPH <sup>a,b</sup>, Klaus-Peter Günther, MD <sup>b</sup>, Jörg Lützner, MD <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Center for Evidence-Based Healthcare, University Hospital and Medical Faculty Carl Gustav Carus, TU Dresden, Dresden, Germany  
<sup>b</sup> University Center of Orthopaedics and Traumatology, University Medicine Carl Gustav Carus Dresden, TU Dresden, Dresden, Germany

# Initiative Evidenz- und konsensbasierte Indikation Knie-TEP

— Output 3: Leitlinienempfehlungen zur Indikationsstellung

publiziert bei:  AWMF online  
 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Register Nr. 187-004 Klasse: S2k

S2k-Leitlinie Indikation Knieendoprothese

S2k-Leitlinie der  
 Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

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

 EKIT-Knie

 Deutsche Gesellschaft für  
 Orthopädie und Unfallchirurgie

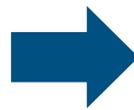
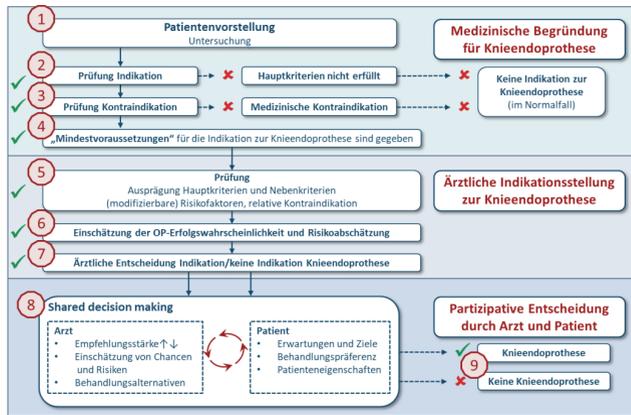
 DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

Langfassung

Erstfassung 01/2018  
 Update 1 04/2023

Hauptkriterien zur Indikation				
<b>Strukturschaden</b> (mind. eindeutige Gelenkspaltverschmälerung)				
▪ Arthrosegrad n. Kelgren&Lawrence: _____				
<b>Schmerz</b>				
▪ Seit wann: _____				
<input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> nachts				
▪ Häufigkeit: _____				
▪ Stärke: _____				
<b>Konservative Therapie</b>				
▪ Seit wann: _____				
<input type="checkbox"/> Medikamentös <input type="checkbox"/> Nicht-medikamentös				
<b>Einschränkung der Lebensqualität durch Knie</b>				
▪ Wie gemessen (Ggf. Score Wert): _____				
▪ Wodurch: _____				
<b>Subjektiver Leidensdruck durch Knie</b>				
▪ Wodurch: _____				
Relevante Nebenkriterien (fakultativ, obligatorisch falls Hauptkriterien nicht vollständig erfüllt)				
▪ Welche: _____				
▪ Welche: _____				
▪ Welche: _____				
Kontraindikationen			Ja	Nein
<b>Florider Infekt</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BMI &gt; 40 (kg/m<sup>2</sup>)</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ BMI?: _____				
<b>Deutlich verkürzte Lebenserwartung</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Wodurch?: _____				
<b>Sonstige Kontraindikationen gegen OP</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Welche?: _____				
<b>Indikation zur Knie TEP?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				





Umsetzung im Versorgungsalltag kann durch **Entscheidungshilfen** unterstützt werden

**ENTSCHEIDUNGSHILFE** (IQWiG, 2021)

**Kniearthrose:**  
Wann kommt ein Gelenkersatz infrage und welche Alternativen gibt es?

Vielleicht hat Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen zu einem künstlichen Kniegelenk geraten, um Ihre Beschwerden zu lindern. Es gibt aber auch verschiedene andere Behandlungen, die helfen können. Mit ihrer Hilfe lässt sich eine Operation manchmal hinauszögern oder sogar vermeiden. Diese Entscheidungshilfe soll Sie dabei unterstützen, sich für eine geeignete Behandlung zu entscheiden.

Kniearthrose entsteht, wenn sich der Knorpel im Kniegelenk abnutzt. Heilen lässt sich Arthrose nicht – es gibt aber verschiedene Möglichkeiten, um die Beschwerden zu lindern. Wichtig ist, aktiv zu bleiben: Gut ausgebildete Muskeln stabilisieren und schützen das Gelenk. Außerdem braucht der Knorpel Bewegung: Die Nährstoffe aus der Gelenkflüssigkeit erreichen den Knorpel nur durch Druck, der zum Beispiel beim Gehen oder durch gezieltes Training ausgeübt wird.

Kniearthrose kann unterschiedlich verlaufen. Meist nehmen die Beschwerden über viele Jahre hinweg zu oder bleiben stabil. Sie können auch in Schüben auftreten – dann wechseln sich Phasen mit beschwerdefreien oder -armen Phasen ab.

**ES GIBT FOLGENDE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN:**

**Konservative (nicht operative) Behandlungen:**

- Physiotherapie (zum Auftragen, ...)
- ... (zum Auftragen, ...)
- ... (zum Auftragen, ...)
- Spritzen ins Gelenk

**Operationen:**

- Total-Endoprothese (Knie-TEP): Die gesamten Gelenkflächen werden durch eine Prothese ersetzt.
- Teil-Endoprothese (Hemi-Schillten): Teile der Gelenkflächen werden durch eine Prothese ersetzt.
- Umstellungs-Osteotomie: Es werden Fehlstellungen korrigiert, die das Knie einseitig belasten und für die Arthrose verantwortlich sind.

Eine Teil-Endoprothese oder Umstellungs-Osteotomie kommt nicht bei allen Menschen infrage (unter anderem muss die Arthrose auf einen Bereich des Knies beschränkt sein).

**PERSÖNLICHE ENTSCHEIDUNG**

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Knieoperation spielen vielen Faktoren eine Rolle. Dazu gehören das Alter, die Stärke und Dauer der Beschwerden, der Erfolg anderer Behandlungen, die gesundheitlichen Voraussetzungen und die persönlichen Ziele und Erwartungen. Diese Entscheidungshilfe stellt die Vor- und Nachteile von Gelenkersatz und konservativer Behandlung gegenüber. Sie enthält aber nicht alle Informationen, die für eine Entscheidung wichtig sind. Sie soll das Arztgespräch unterstützen, nicht ersetzen. Hinweise auf ausführlichere Informationen finden Sie auch auf der letzten Seite.

**WICHTIG:** Lassen Sie sich bei Ihrer Entscheidung nicht unter Druck setzen! Sie können sich die Zeit nehmen, die Sie brauchen und sich in Ruhe informieren. Sie haben auch das Recht, sich eine zweite Meinung einzuholen.

*Die Vor- und Nachteile der Behandlungen sind auf den folgenden Seiten dargestellt.*

nicht individualisiert & digitalisiert



**ValueBased  
TKR**

**Gemeinsamer  
Bundesausschuss  
Innovationsausschuss**

publiziert bei: **AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Register Nr.: 187-004 Klasse: S2k

S2k-Leitlinie Indikation Knieendoprothese

**S2k-Leitlinie der**  
Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Erstellt im Rahmen der Initiative Evidenz und Konsensbasierte Indikation Totalendoprothese (EKIT-Knie)

**EKIT-Knie**

DGOU Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

**Langfassung**

Erstfassung 01/2018  
Update 1 04/2023



Evidenz- und konsensbasierte  
Indikation Totalendoprothese  
**EKIT-Knie**

+

**ValueBased  
TKR**

=



**EKIT-Tool**



Progress bar: 1. Untersuchungsbefunde (checked), 2. Übersicht (active), 3. Einordnung des Gesundheitszustandes, 4. Gesundheitsinfo, 5. EKIT-Zielerreichung, 6. Therapieempfehlung und -Entscheidung

Schriftgröße: A A A ID: DD1682

**Hauptkriterien**

- ✓ Strukturschaden
- ✓ Knieschmerz
  - Dauer: 3-6 Monate
  - Häufigkeit: mehrfach wöchentlich
- ✓ Konservative Therapie
- ✓ Einschränkung Lebensqualität\*
- ✓ Subjektiver Leidensdruck\*

\* Der Schwellenwert von >3 wurde im Rahmen dieses Forschungsprojektes festgelegt und ist nicht Bestandteil der Leitlinie "Indikation Knieendoprothese".

ZURÜCK WEITER

↑ Entscheidungsqualität

↑ Indikationsqualität

Auszug

## Nutzen des EKIT-Tools laut Expertenworkshop im Rahmen von Value-based TKR

### ■ Effektiv in Bezug auf

- Qualitätssicherung,
- Sicherung einer leitliniengerechten Indikation (Indikationsqualität),
- Patientenorientierung
- Sicherstellung realistischer Erwartungen seitens der Patienten/Patientinnen
- Vermeidung von Überversorgung
- Schaffen von Versorgungsgerechtigkeit

### ABER

→ **Indikationsqualität + partizipative Entscheidungsfindung = Novum in D**

→ **bisher kein *konkretes* Implementierungskonzept für das EKIT-Tool**

# Zusammenfassung und Fazit

- Für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ist die Versorgungsqualität maßgeblich.
- Die Krankenhausreform setzt primär auf Strukturqualität.
- Aus Sicht der Solidargemeinschaft zählen Ergebnisqualität und systemische Effizienz – beides gehört zusammen!
- Betriebswirtschaftlich agierende Einzelversorger sind zur Erreichung dieser Ziele weniger gut geeignet.
- Transparenz ist entscheidend, u.a. hier hat sich das IQTIG sehr verdient gemacht.
- Versorgungsnahe Daten sind Goldstandard für Herstellung einer hohen Versorgungstransparenz.
- Für die Beurteilung der Versorgungsqualität ist auch die Patientenperspektive entscheidend, auch hier hat das IQTIG wichtige Impulse gesetzt.
- Impulse zur Erfassung und Verbesserung der Versorgungsqualität kommen häufig von Ärztinnen und Ärzten. Häufig münden diese Impulse aber nicht in nachhaltig durchsetzungsfähigen Maßnahmen.
- Vielleicht ist ein Grund dafür, dass stationär tätige Ärztinnen und Ärzte nicht angemessen im GBA vertreten sind.

# Neue Wege in der Qualitätssicherung: breiter aufgestellt und näher am Patienten

**Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH**  
Hochschulmedizin Dresden

■ IQTIG „Jubiläums-Symposium“ | Berlin, 29.4.2025

## Innovationsfondsprojekt „Hybrid-QI“

### Hybride Qualitätsindikatoren mittels Machine Learning-Methoden – Förderkennzeichen: 01VSF20013

**Projektpartner:** Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV, Universitätsklinikum und Med. Fakultät TU Dresden), Institut für Medizinische Informatik und Biometrie (IMB, TU Dresden), Unabhängige Treuhandstelle (TU Dresden), Helios Kliniken GmbH und weitere Kooperationspartner

**Projektziel:** Verbesserung der Risikoadjustierung der Qualitätsmessung mit GKV-Routinedaten durch gezielte Ergänzung um medizinisch fundierte klinische Daten

**Methodik:** Diese retrospektive Kohortenstudie verknüpfte GKV-Routinedaten der AOK (2015-2021) auf Patientenebene mit klinischen Daten von 15 teilnehmenden Kliniken. Es wurde ein (OMOP) Common Data Model (CDM) genutzt.

**Ergebnisse:** Die Studienpopulation umfasste stationäre Fälle mit akutem Myokardinfarkt (n=165.130 [AOK], 3.148 [Hybrid]), endoprothetischer und osteosynthetischer Behandlung proximaler Humerusfrakturen (n=34.912 [AOK]), Hirninfarkt/intrazerebraler Blutung (n=5.012 [Hybrid]) und Kolon-/Rektumoperation bei Karzinom (n=494 [Hybrid]). Für den akuten Myokardinfarkt und den Schlaganfall konnten klinische Faktoren mit einem Einfluss auf die Risikoadjustierung identifiziert werden. Für den akuten Myokardinfarkt konnte dieser klinische Faktor (eGFR) durch Surrogate basierend auf GKV-Routinedaten approximiert werden. Für den Hirninfarkt/intrazerebraler Blutung zeigte der NIHSS einen signifikanten Einfluss auf die Risikoadjustierung.

## Patientensicherheit im Innovationsfonds – Charakterisierung, Resultate und Bewertung abgeschlossener Projekte: Ergebnisse eines Scoping Reviews

### Patient safety in the Innovation Fund – Characterization, results and evaluation of completed projects: Results of a scoping review



Autorinnen/Autoren  
Lorenz Harst<sup>1</sup>, Felix Walther<sup>1,2</sup>, Lilly Rüttrich<sup>1</sup>, Laura Keßler<sup>2</sup>, Christina Lindemann<sup>4</sup>, Martin Härter<sup>2,3,4,5</sup>, Erik Farin-Glattacker<sup>6</sup>, Max Geraedts<sup>7</sup>, Jochen Schmitt<sup>1,2</sup>

Projekt	Ergebnis	Empfehlung: Weiterleitung an...
QMPR	14 QI (12 machbar) zur Qualitätsmessung und Testung in der Pflege mit Routinedaten	...Qualitätsausschuss Pflege, GKV-Spitzenverband, MD-Bund, Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene
PV-Monitor	auf Abrechnungsdaten basierende Verarbeitungsketten sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Spontanmelderegister für unerwünschte Arzneimittelwirkungen	...BfArM und PEI
QUASCH	in Hessen implementierte eQS Maßnahmen zum Schlaganfall sind mit einer Reduktion des Sterberisikos assoziiert	...Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, DSG und Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA
IMPRESS	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Evidenz für einen kausalen Effekt des IQM-Peer-Reviews zur Beatmung &gt; 24 h auf die Krankenhausmortalität</li> <li>Verbesserungspotentiale des IQM durch Erfassung der Erwartungshaltung, Ziele, verwendeten Auslösetrigger, Fokus, Konzeption und Durchführung</li> </ul>	... BÄK, DIVI und AWMF
PAWEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kein Zusammenhang bei kardiovaskulären Eingriffen zwischen Eingriff und Delirium nach Implementierung von Risikoscreening und Schulungsmaßnahmen</li> <li>Signifikanter Zusammenhang bei nicht kardiovaskulären Eingriffen</li> </ul>	...DKG, BÄK, AWMF + an Leitlinienentwicklung zu beteiligenden Fachgesellschaften, IQTIG, DPR und DBfK
CISforte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesteigerte Nutzung praxisinterner CIRS-Systeme</li> <li>Sicherheitsklima in den Praxen signifikant verbessert</li> <li>verbessertes Wissen über Fehleraufarbeitung</li> <li>Ableiten präventiver Maßnahmen signifikant erhöht</li> </ul>	... Unterausschuss Qualitätssicherung zur Weiterentwicklung der QFM-RL + Weiterleitung an BÄK und Kven
PAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>14,2% der gewichteten Stichprobe berichteten durchschnittlich 1,8 PSI aus den vergangenen 12 Monaten.</li> <li>43,7% der PSI traten beim Hausarzt, 56,3% bei einem Facharzt auf.</li> </ul>	... BÄK, KBV und informatorisch an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und das APS

# Zukunft: Herausforderung eine sichere Geburt in der Region zu gewährleisten

## ✓ Eine Empfehlung und Unterstützung

Zwölfte Stellungnahme und Empfehlung der **Regierungskommission** für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

*Zukunftsfähige flächendeckende geburtshilfliche Versorgung*

### 3.1 Perinatalmedizinische Kompetenzverbünde

Durch die Schaffung eines flächendeckenden Netzes von perinatalmedizinischen Kompetenzverbänden inklusive telemedizinischer Konsilstrukturen soll eine risikoadaptierte Geburtshilfe realisiert werden. Die Kompetenzverbünde bestehen aus

- › einem Maximalversorger des Levels I,
- › zwei bis vier Perinatalzentren des Levels II
- › und einigen perinatologischen Schwerpunktkliniken.

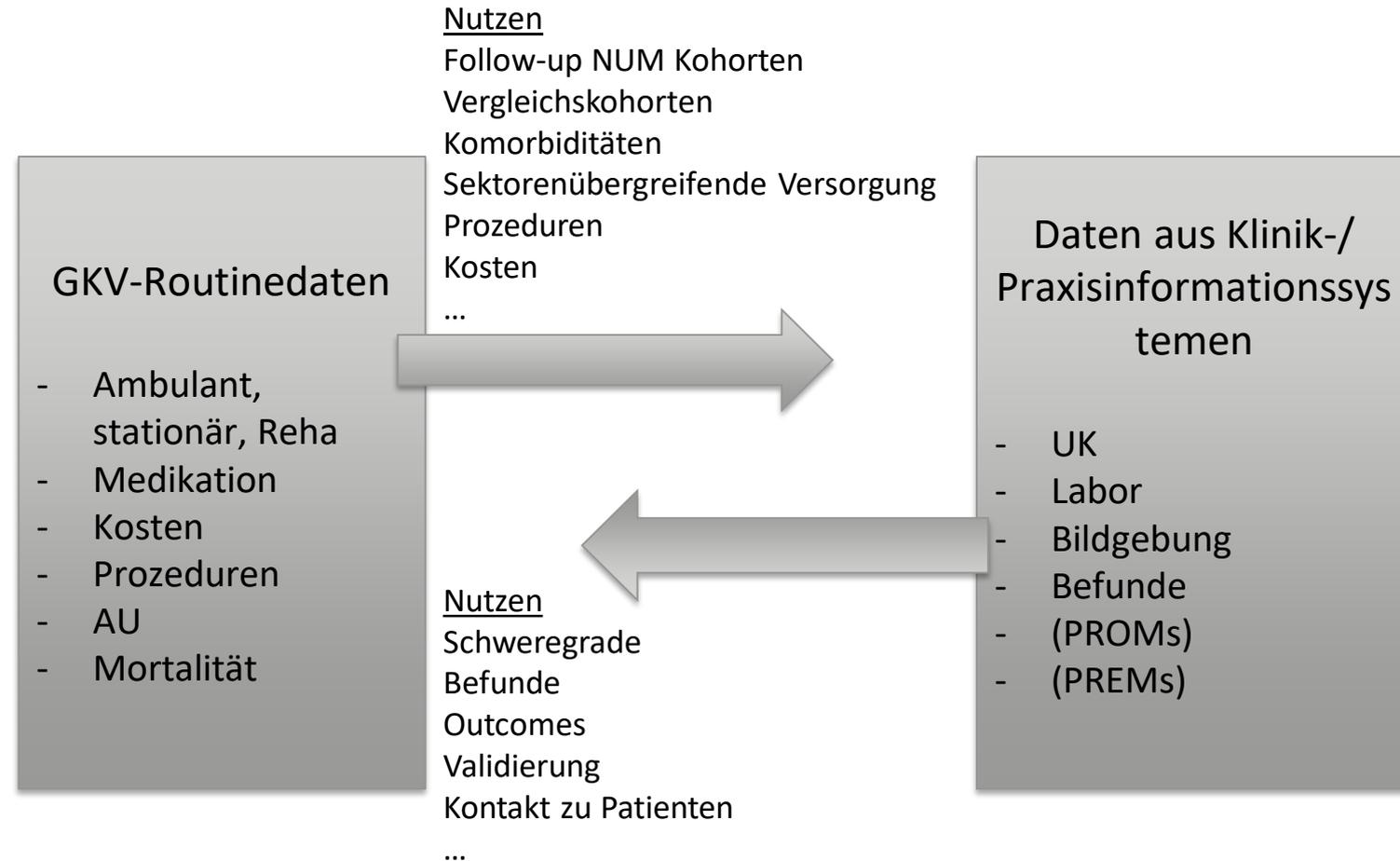


**Stellungnahme zu den Empfehlungen der Regierungskommission und dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)**

Stellungnahme der DGPM, DGGG und AGG, GNPI, DGPGM, DGKJ; in der Fassung vom 25.11.2024



# Datengestützte Qualitätssicherung: Vision Datenlinkage



**Diese Vision ist leider in weiter Ferne: Übertriebener Datenschutz, Verzug bei digitaler Transformation und Beharren auf Partikularinteressen**

**gefährden die Patientensicherheit und führen zu sehr viel vermeidbarer Bürokratie**