



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Ziele und Instrumente der externen Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses – Gegenwart und Zukunft

Berlin | 07. März 2014

Dr. Regina Klakow-Franck, M. A.

Unparteiisches Mitglied

Agenda

- Historie
- Qesü-Richtlinie
- Aktueller Sachstand sektorenübergreifende QS-Verfahren
- Lessons learned: Problemanalyse und Schlussfolgerungen
- Ausblick
- Zusammenfassung und Diskussion

Historie

sektorenübergreifende Weiterentwicklung von QS/QM

Auszug aus der Begründung zum GKV-WSG:

schluss zu treffen sind. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass eine sektorenbezogene Betrachtung in der Regel nicht ausreicht, um insbesondere die Ergebnisqualität der Behandlung sachgerecht bewerten zu können. Gerade vor dem Hintergrund einer immer kürzer werdenden Verweildauer in den Krankenhäusern ist es erforderlich, die Behandlungsergebnisse bei einer sich ggf. anschließenden Versorgung bewerten zu müssen. Hinzu kommt, dass es verstärkt erforderlich sein wird, beispielsweise indikationsbezogenen Behandlungsverläufe zu dokumentieren und zu bewerten, um eine sachgerechte Beurteilung der Qualität zu ermöglichen. Nur in

Warum?

- Patientenorientierung: Messung von Ergebnisqualität, insbesondere Langzeitergebnisse, macht sektorenübergreifende Longitudinalbeobachtung unverzichtbar
- Schnittstelle ambulant –stationär: immer mehr Leistungen werden sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhäusern erbracht



Historie

sektorenübergreifende Qualitätssicherung

2007

GKV-Wettbewerbs-
stärkungsgesetz
(GKV-WSG)
vom 26.03.2007

Neufassung § 137 SGB V:

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind **sektorenübergreifend** zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.

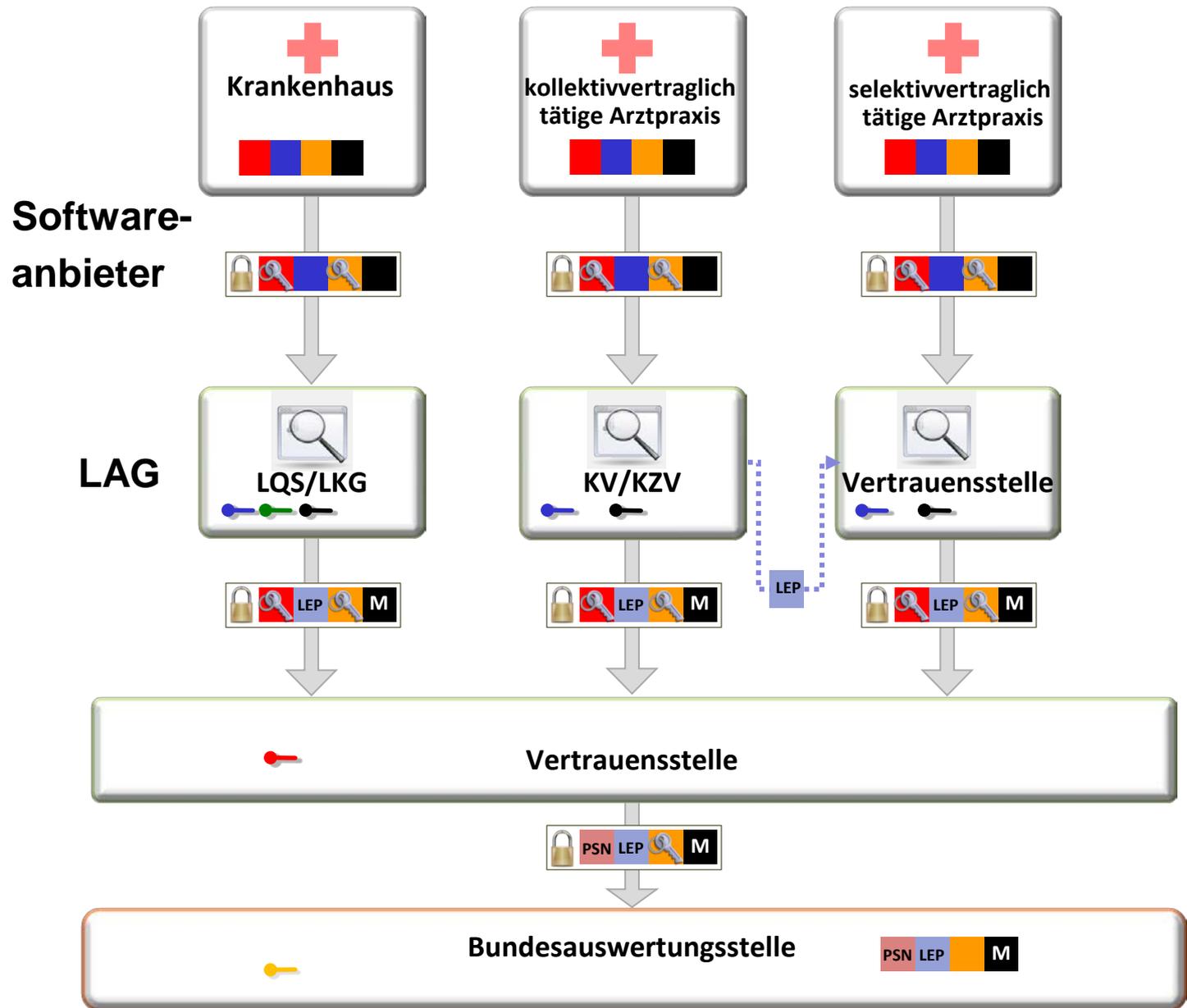


Qesü-Richtlinie

Datenflussmodell

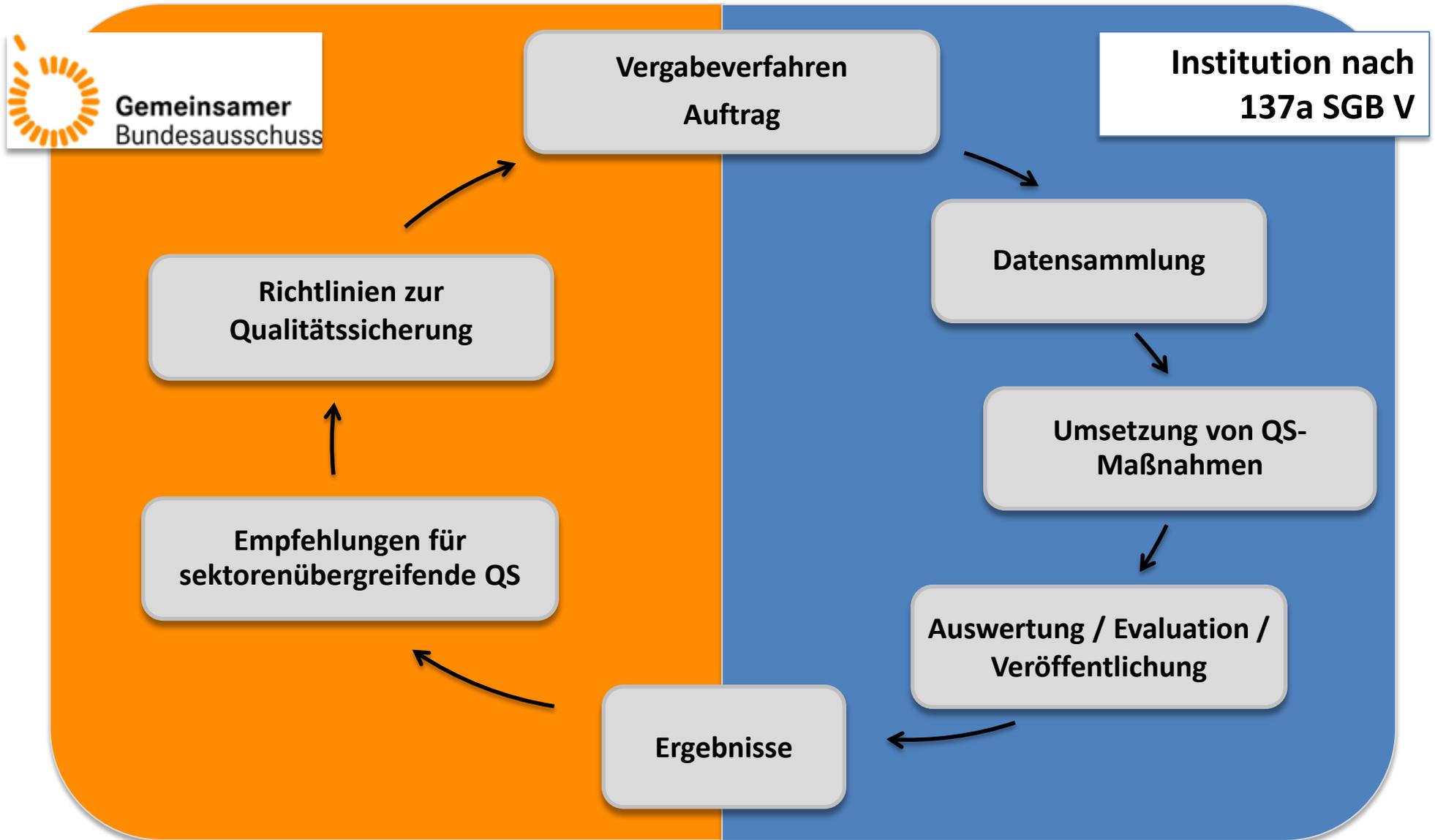
Legende

-  Patienten identifizierende Daten
-  PSN Patientenpseudonym
-  Leistungserbringer (LE) identifizierende Daten
-  LEP LE-Pseudonym
-  Qualitätsdaten, Fallnummer
-  administrative Daten
-  M meldebezogene Daten
-  transportverschlüsselter Container
-  öffentlicher Schlüssel
- privater Schlüssel für**
-  administrative Daten
-  LE- identifizierende Daten
-  Patienten identifizierende Daten
-  Qualitätsdaten bei LQS/LKG
-  Qualitätsdaten bei Bundesauswertungsstelle



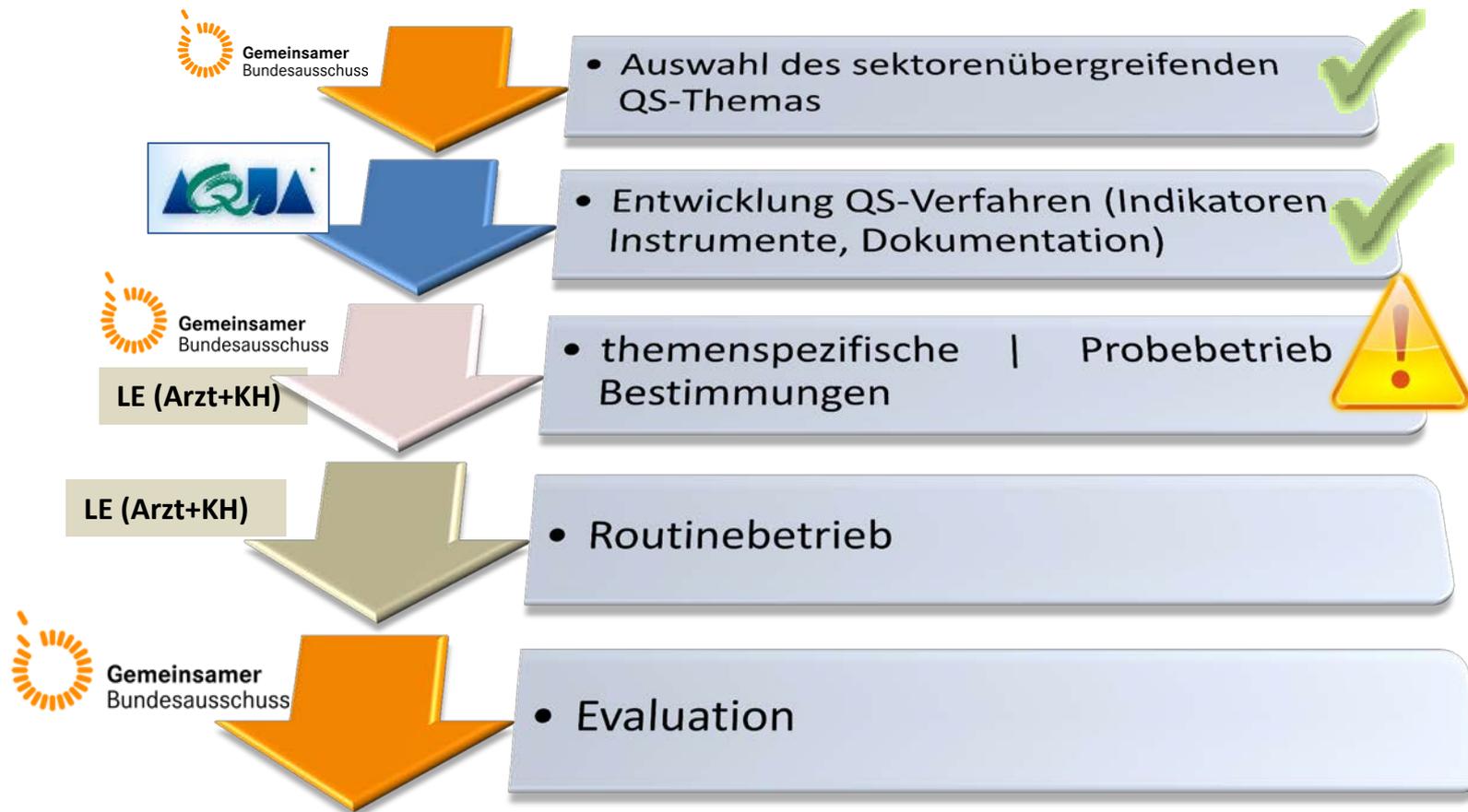
Qesü-Richtlinie

Zusammenarbeit G-BA und Institution nach § 137a SGB V



Qesü-Richtlinie

Entwicklungsphasen



Aktueller Sachstand

Themenbeauftragung

- Percutane Koronar-intervention (PCI)
- Konisation
- Katarakt

- Kolorektales Karzinom
- Arthroskopie
- Hüft-Endoprothesen

- Knie-Endoprothesen-versorgung
- Vermeidung noso-komialer Infektionen: gefäßkatheter-assoziierte Infektionen
- Vermeidung noso-komialer Infektionen: Postoperative Wund-infektionen

- Versorgung psychischer Erkrankungen
- Knie-Endoprothesen-versorgung - Neuausrichtung

- Tonsillen-OP
- Schlaganfall
- Entlassungs-management
- eine oder weitere Erkrankungen aus dem Bereich psych. Erkrankungen
- Vorbereitung Nutzung Sozialdaten
- Weiterentwicklung Herztransplantation
- Weiterentwicklung Aortenklappenchirurgie

2009

2010

2011

2012

2013

Aktueller Sachstand

Probetriebe Katarakt und Konisation

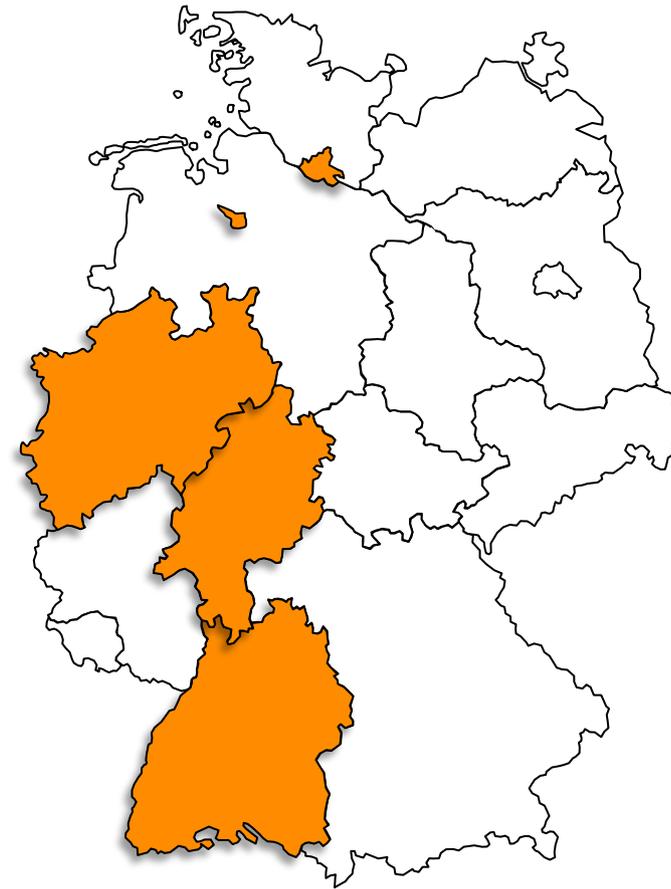
- Region: NRW
- Zeitraum: Juli bis Dezember 2012
- Inhalt: Datensatz
- Teilnehmer:
 - 31 Augenarztpraxen
 - 4 Krankenhäuser
 - keine Frauenarztpraxis
- Datenannahme
 - Vertragsarzt: KV Nordrhein
 - Krankenhaus: KGNW



Aktueller Sachstand

Probetriebe Koronarangiographie/PCI

- Region: HB, HH, NRW, He, BaWü
- Zeitraum: Januar bis Juli 2013
- Inhalt: Datensatz
- Teilnehmer:
 - einschließlich Selektivverträge
- Datenannahme
 - Vertrauensstelle des G-BA
 - QUAND GmbH



Lessons learned

Kritikpunkte aus Sicht der ...

... Krankenhäuser und Vertragsärzte:

- Kritik am Dokumentationsaufwand (z.T. händisch)
- Kritik an Themenwahl

... Software-Anbieter:

- Kritik an fehlendem Standard für neue Spezifikationen
- Kritik an fehlender Planungssicherheit

→ „Marktversagen“

... Landesebene:

- Abwartendes Verhalten
 - Keine Gründung von LAGs
 - Zögerliche Mitwirkungsbereitschaft von LQS/LKG/KV als Datenannahmestellen

Lessons learned

Erfolgskritische Faktoren für die Umsetzung (1)

- QS-Leistungsbereiche mit versorgungsrelevantem Qualitätsverbesserungspotential auswählen
 - Beispiel sQS Kataraktchirurgie: Voraussetzung nur fraglich erfüllt
 - Inzidenz der wichtigsten und bedrohlichsten Komplikation – Endophthalmitis – mit 0,19 % zu selten (bei einem Median von ca. 350 – 400 Kataraktoperationen pro Operateur entspricht das weniger als einem halben Fall pro Jahr)
 - Vgl. Auswertungen Gutachterkommission Nordrhein: 41 Behandlungsfehler auf 1 Million Katarakt-Operationen (Zeitraum 1998-2010)

Lessons learned

Erfolgskritische Faktoren für die Umsetzung (2)

- Gebot der Datensparsamkeit beachten
 - Beispiel sQS Konisation: Voraussetzung nur fraglich erfüllt:
 - esQS Konisation: insgesamt 2 QI (a: Konisation bei Ektopie oder Normalbefund und b: Fehlende postoperative Histologie nach Konisation)
 - sQS Konisation: insgesamt 24 QI, von QI zur Beurteilung der ärztlichen Kolposkopie-Qualifikation über Nachsorge nach 6 bzw. 12 Monaten bis Beurteilung der Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen

lfd. Nr.	Indikator-ID	Indikatorbezeichnung
Indikatortyp Struktur		
1	ST08	Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie
Indikatortyp Prozess		
11	P32	Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation
Qualitätsdimension Patientenorientierung		
20	PP17	Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen

lfd. Nr.	Indikator-ID	Indikatorbezeichnung
Indikatortyp Struktur		
1	ST08	Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie
Indikatortyp Prozess		
2	P01	Differenzialkolposkopie vor Konisation
3	P04	Sofortige Konisation bei P16 ID und CIN 1 sind obsolet
4	P05	Adoleszente Patientinnen mit Konisation
5	P08	Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft
6	P13	Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konise
7	P15	Konisation unter Kolposkopie Kontrolle
8	P17	Reduzierung von Mesarkonisationen
9	P27	Histologische Beurteilung des Konus
10	P30	Beurteilbarkeit des histologischen Präparats nach Konisation
11	P32	Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation
12	P34	Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Abtastungsrand
Indikatortyp Ergebnis (Outcome)		
13	OS10	Positiver Abtastungsrand bei Adenocarcinoma in situ
14	OS11	Schuldungsberührende Nachblutungen nach Konisation
Qualitätsdimension Sicherheit		
15	SI1	Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen
Qualitätsdimension Patientenorientierung		
16	PP05	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation
17	PP0A	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen nach der Konisation
18	PP10	Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal
19	PP15	Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen
20	PP17	Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen
21	PP18	Respektvoller Umgang mit den Patientinnen insgesamt
22	PP24	Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung
23	PP26	Informationen über zu Hause zu beachtende Alarmsignale
24	PP28	Informationen über Nachsorgeuntersuchungen

Lessons learned

Erfolgskritische Faktoren für die Umsetzung (3)

- Projektmanagement zur Umsetzung der Probetriebe, insbesondere Schnittstellen-Management QS – KIS/PVS verbessern
 - Anbieter-Vielfalt, insbesondere bei PVS (mehr als 150!)
- Software-Anbieter frühzeitig einbinden
 - → Einbindung des bvitg (Gaststatus) in Fachausschuss QS IT und Spezifikation beim G-BA
 - →gemeinsame Entwicklung einer QS-Basis-Spezifikation
- Spezifikations-/Schnittstellenproblematiken
 - so weit wie möglich bereits in Machbarkeitsprüfung und nicht erst in Probebetrieb identifizieren und lösen
 - →sog. „erweiterte Machbarkeitsprüfung“



Lessons learned

Erfolgskritische Faktoren für die Umsetzung (4)

- Probebetrieb als Vorstufe des obligatorisch folgenden Regelbetriebs in themenspezifischer Richtlinie verankern
 - Erhöhung der Planbarkeit für alle Beteiligten
 - einschl. Reduzierung des Investitionsrisikos für Software-Anbieter
 - Schaffung von klaren Verantwortlichkeiten für Umsetzung des Probebetriebs, z.B. durch Unterstützung des Probebetriebs auf Landesebene durch LAG auf Basis der themenspezifischen Richtlinie

Lessons learned

Erfolgskritische Faktoren für die Umsetzung (5)

➤ QS-Fallauslösung optimieren

- Status quo:
 - unterschiedliche Kodierpraxis ambulant-stationär/fehlende vertragsärztliche Kodierrichtlinie
 - unzureichende Sensitivität und Spezifität der QS-Fallauslösung auf Basis von ICD/OPS
 - Zahlreiche Filterfragen erforderlich
- Beispiel sQS Konisation:

OPS-Codes	ICD-Codes
5-671* Konisation der Cervix uteri	C53.- bösartige Neubildung der Cervix uteri
5-672* andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	D06.- Carcinoma in situ der Cervix uteri
1-672 Diagnostische Hysteroskopie	D26.- sonstige gutartige Neubildungen des Uterus
	N72 entzündliche Krankheit der Cervix uteri
	N86 Erosion und Ektropium der Cervix uteri
	N87.- Dysplasie der Cervix uteri
	N88.2 Striktur und Stenose der Cervix uteri
	N88.3 Zervixinsuffizienz



Lessons learned

QS-Fallauslösung: Vorschläge zur Optimierung

- Schaffung QS-spezifischer Abrechnungsziffern (EBM-GOP)
- Nutzung der eGK/Telematikinfrastruktur
 - Verschiedene Varianten:
 - z.B. QS-Marker auf eGK im Versichertenstammdatensatz oder im freiwilligen Anwendungsteil
 - Voraussetzungen: gesetzliche Änderungen, Einlesen der eGK bei jedem Arztkontakt
 - frühestens ab 2017
- Einführung eines verpflichtenden sektorenübergreifenden „minimal data set“ (ICD/OPS)
- Nutzung von Routinedaten
 - Sozialdaten bei den Krankenkassen gem. § 284 SGB V

Lessons learned

Sektorenübergreifende Weiterentwicklung der QS

- **Beschluss G-BA 20.02:**
 - Veröffentlichung Abschlussberichte für PCI, Konisation und Kataraktchirurgie
 - Regelbetrieb für PCI
 - für Konisation und Kataraktchirurgie zum jetzigen Zeitpunkt keine Regelbetriebe

Beschluss



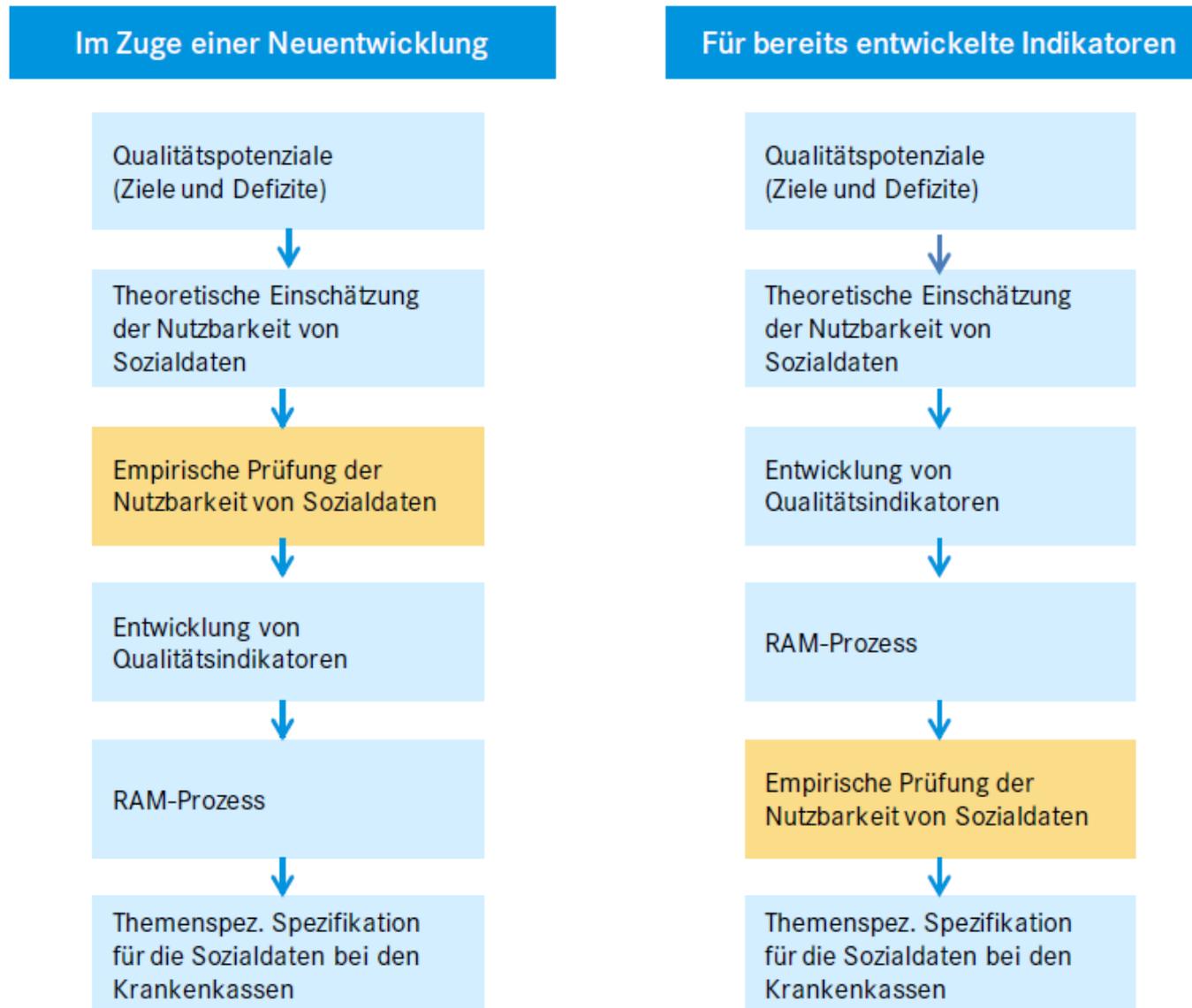
**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
Freigabe der Ergebnisberichte zu den
Probetrieben für die
Qualitätssicherungsverfahren Konisation,
Kataraktoperation sowie Perkutane
Koronarintervention und Koronarangiographie
zur Veröffentlichung**

Zwischenfazit

Sozialdatennutzung

Abbildung 5: Idealtypische Abläufe der Einbeziehung von Sozialdaten für die Messung von Qualitätsindikatoren



AQUA-Konzept zur Entwicklung einer allgemeinen Spezifikation und einer PCI-bezogenen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen, S. 15, Stand: 26. April 2013

Zwischenfazit

Sozialdatennutzung – Möglichkeiten und Grenzen (1)

Beispiel: Weiterentwicklung QS Hüft-/Knie-Endoprothesen-Versorgung

Indikator			Erhebungsinstrumente		
INr	Erhebungsphase	Bezeichnung	QS-Dokumentation	Patientenbefragung	Sozialdaten der Krankenkassen
11	IL	Aufklärung über die Anästhesie		X	
12	IL	Aufklärung zu möglichen postoperativen Komplikationen		X	
13	IL	Aufklärung zum postoperativen Verhalten		X	
21	IL	Prophylaxe heterotoper Ossifikationen	X		
23A	IL	Präoperative Verweildauer bei hüftgelenknaher Femurfraktur	X		X
28A_O	IL	Sturzprävention	X		
31A	IL	Gefähigkeit bei Entlassung	X		
37A	IL	Allgemeine postoperative Komplikationen während des akut-stationären Aufenthaltes	X		
38A	IL	Spezifische Komplikationen während des akut-stationären Aufenthaltes	X		
39A	IL	Sterblichkeit während des akut-stationären Aufenthaltes	X		
64A	FU	Hüftfraktur innerhalb von 90 Tagen	X		X
65A	FU	Thrombose/Lungenembolie innerhalb von 90 Tagen			X
66A	FU	Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen			X
67A	FU	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen			X
68A	FU	Ungeplante Folge-OP innerhalb von 365 Tagen	X		X
75A	FU	Ungeplante Folge-OP innerhalb von 2 Jahren	X		X
86	FU	Patientenrelevante Endpunkte: Lebensqualität		X	
87A_X	FU	Patientenrelevante Endpunkte: Schmerz und Funktionalität		X	

Quelle: AQUA-Migrationskonzept Hüftendoprothesenversorgung und Knieendoprothesenversorgung, Stand: 14. August 2012



Zwischenfazit

Sozialdatennutzung – Möglichkeiten und Grenzen (2)

Projektphase – Vorarbeiten PCI (Auszug aus Anlage)

Nr	Feld	Status
28	Datum der Prozedur	identisch
29	Herzinsuffizienz (nach NYHA)	nicht möglich
30	kardiogener Schock	nicht möglich
31	Art der Prozedur	nicht möglich
32	Dringlichkeit der Prozedur	nicht möglich
33	Fibrinolyse vor der Prozedur	identisch
34	Nierenfunktion gemessen	nicht möglich
35	wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?	?
36	führende Indikation zur Koronarangiographie (nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)	nicht möglich
37	Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	identisch
38	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer evtl. auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Pat. am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet)	nicht möglich
39	wievielte PCI während dieses Aufenthaltes?	nicht möglich
40	Indikation zur PCI	nicht möglich
41	Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	identisch
42	PCI an	nicht möglich
43	PCI mit besonderen Merkmalen	nicht möglich
44	besonderes Merkmal	nicht möglich



Zwischenfazit

„Reset“ der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Workshop der Bänkesprecher des Unterausschusses Qualitätssicherung

Eckpunkte

zu einem gemeinsamen Verständnis und Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

- Machbarkeit/Pragmatismus statt Perfektionismus
- Frühzeitigere Erprobung von sQS-Verfahren
 - im Hinblick auf Spezifikation/IT-Schnittstellen
 - im Hinblick auf QI-Set
- Verabschiedung themenspezifischer Richtlinien
- Abschichtung in kurz-, mittel-, langfristige Lösungsansätze:
 - sektorgleiche Verfahren, sektorspezifische Follow up-Verfahren
 - Routine-/Sozialdatennutzung
 - neue Unterstützungsinstrumente, z.B. QS-Marker auf eGK



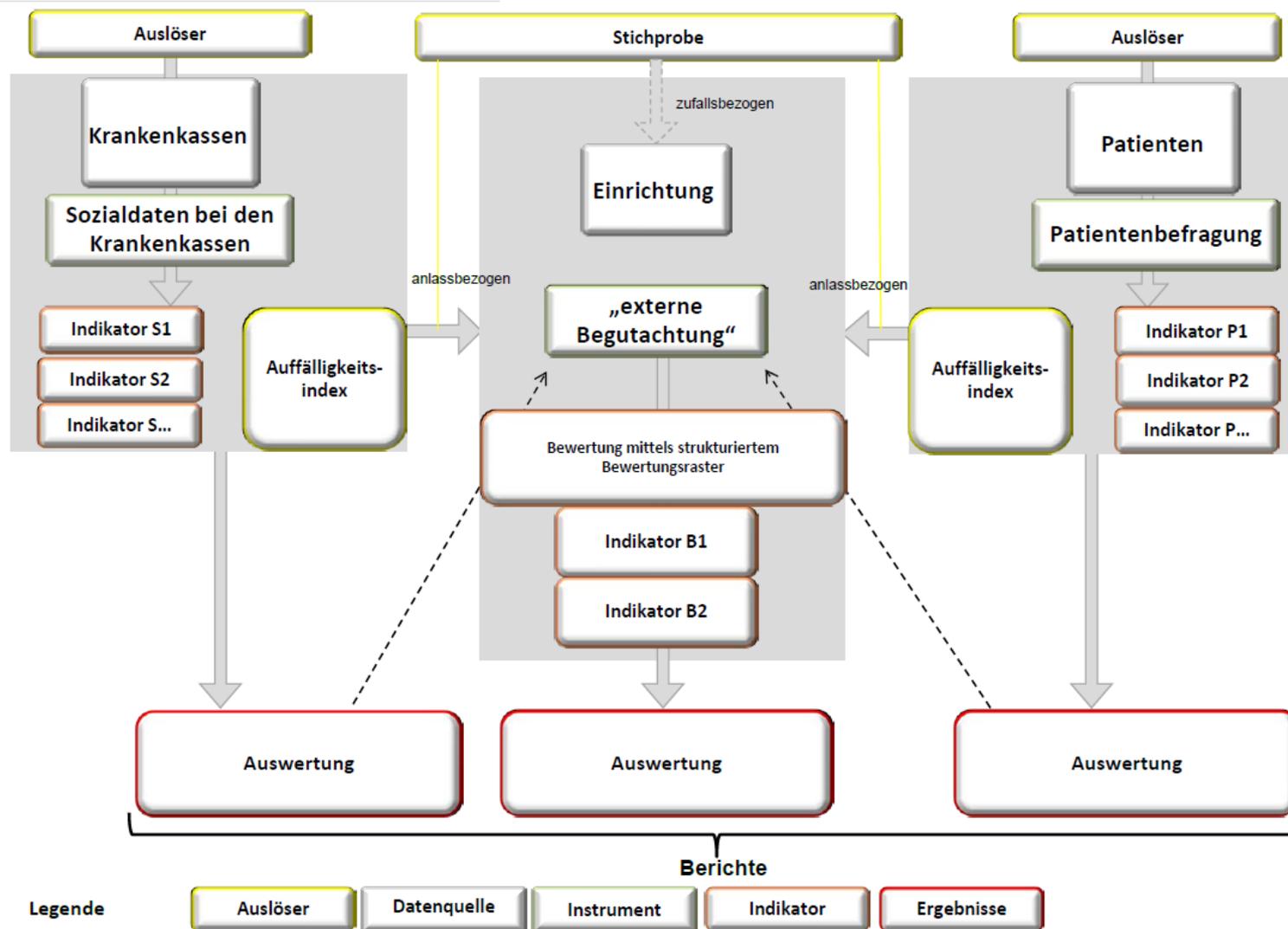
Zwischenfazit

Beauftragte sQS-Leistungsbereiche

Themen künftiger QS-Verfahren	Indikatoren, Instrumente, Dokumentationen	Machbarkeitsprüfung	Probetrieb
Kataraktoperation	abgeschlossen (12.11.2010)	abgeschlossen	abgeschlossen
Konisation	abgeschlossen (16.12.2010)	abgeschlossen	abgeschlossen
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	abgeschlossen (14.04.2011)	abgeschlossen	abgeschlossen
kolorektales Karzinom	abgeschlossen (15.12.2011)	In Vorbereitung	
Arthroskopie am Kniegelenk	abgeschlossen (16.02.2012) Neuausrichtung des Verfahrens		
Hüftendoprothesenversorgung	abgeschlossen (19.04.2012)	Umsetzung i. R. des Migrationskonzepts vorgesehen	
Knieendoprothesenversorgung	abgeschlossen (16.08.2012)	Umsetzung i. R. des Migrationskonzepts vorgesehen	
Nosokomiale Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen	abgeschlossen (17.01.2013)	Erweiterte Machbarkeitsprüfung in Vorbereitung	
Nosokomiale Infektionen: postoperative Wundinfektionen	derzeit in der Entwicklung abgeschlossen (18.01.2013)	Erweiterte Machbarkeitsprüfung (Beschluss vom 19.12.2013)	
Versorgung bei psychischen Erkrankungen	Derzeit in Entwicklung		
Arthroskopie am Kniegelenk - Neuausrichtung	Derzeit in Entwicklung (im März 2013 beauftragt)		

Zwischenfazit

Neuentwicklung sQS Arthroskopie



Ausblick

Ärzte Zeitung, 26.06.2013 13:17

Hamburg

Qualitätskriterien im Krankenhausplan?

Die Krankenhausgesellschaft Hamburg will Qualitätskriterien im Krankenhausplan ausweisen. Das findet Unterstützung bei der Senatorin.

HAMBURG. Die Krankenhausplanung soll künftig Qualitätskriterien berücksichtigen. Der Vorschlag der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft ist von der Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) unterstützt.

"Dies entspricht unserem Verständnis von Qualität", sagt Professor Fokko ter Haseborg auf dem Hamburger Kongress. Die Kliniken sollten jährlich Kapazitäten auf dem Hamburger Markt mit guter Qualität umgeschichten werden.

Nach Idee des Verbands der Krankenkassen sollen Qualitätskriterien im Krankenhausplan festgelegt werden. Umgekehrt könnte die Kapazität um 20 Prozent reduziert werden.

Folge: Eine Klinik, die innerhalb weniger Jahre geschlossen werden könnte, könnte schließlich ganz verschwinden.

Dazu sind allerdings noch weitere Schritte notwendig, um eine vollständige Transformation zu erreichen.

aerzteblatt.de

Für Autoren | English Edit

„Das heißt nicht, dass wir von Berlin aus im Bayerischen Wald die Krankenhausstruktur planen müssen. Das wäre falsch“, so Spahn. Stattdessen gehe es um grundsätzliche Vorgaben, zum Beispiel um vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelte und rechtlich verbindliche Qualitätsanforderungen.

Investitionskosten der Krankenhäuser: Spahn befürwortet Beteiligung des Bundes

Mittwoch, 21. August 2013

Ansatzpunkte für die Berücksichtigung von Qualitätsanreizen im Vergütungssystem

Solche punktuellen finanziellen Anreize sollten zeitlich befristet werden. [...]

Näheres sollte der Gemeinsame Bundesausschuss im Benehmen mit den Bundesländern festlegen. [...]

Öffnung für qualitätsorientierten Vertragswettbewerb

Am Ende eines solchen Weges könnte stehen, dass die Planung in der stationären Versorgung nicht über die Zulassung eines konkreten Krankenhauses und seine Bettenzahl entscheidet, sondern auf eine Struktur- und Leistungsplanung unter Berücksichtigung der (vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen) Qualitätsaspekte ausgerichtet wird.

Die wichtigsten Projekte für Gesundheitsminister? Zwei große Herausforderungen: Finanzierung und den Ausbau der Pflegeversicherung.

An der Krankenhausfinanzierung, die mehr als 63 Milliarden Euro oder ein Drittel der Einnahmen der Kassen beansprucht, haben sich schon viele versucht. Was ist daran so schwierig? Es liegt daran, dass die Länder festlegen, wo und wie viele Krankenhäuser es einmal die notwendigen Investitionen, die sie eigentlich zahlen müssten, das fehlende Geld müssen die Kliniken aus dem finanzieren, was die Kassen nur für die Behandlung überweisen. Das führt zu einem enormen Druck, worunter die Beschäftigten leiden, und es führt dazu, dass die Kliniken ihre Leistungen ausweiten, um mehr bei den Kassen abrechnen zu können. Das kann so nicht bleiben. Ich will eine Finanzreform, die die Qualität der Leistung in den Mittelpunkt stellt: Mehr Geld für bessere Leistung. Derzeit gibt es eine Vergütung nach Mittelmaß.

Quelle: FAZ, 08.07.2013



Ausblick

Koalitionsvertrag November 2013

Neue Aufgaben für den G-BA:

Deutschlands Zukunft gestalten

Koalitionsvertrag
zwischen CDU, CSU und SPD

18. Legislaturperiode

Die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut. Wir werden gesetzlich ein Institut begründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.

Die Verfügbarkeit der Routinedaten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Versorgungsforschung und für das Versorgungsmanagement der Krankenkassen wollen wir erhöhen. Die Morbidität soll künftig zudem nicht nur mit Leistungsdaten

Ausblick

Erwartungen an die Qualitätsentwicklung unter Federführung des G-BA

- Renaissance des Qualitätswettbewerbs
- Ausbau der QS-Kompetenzen des G-BA
 - Schaffung einer hinreichenden Markttransparenz als Voraussetzung für einen funktionsfähigen Qualitätswettbewerb
 - Routinedatennutzung
 - „online Ranking-Listen“
- **Neugestaltung des Instituts nach § 137a SGB V**
 - GKV-FQWG, Referentenentwurf vom 12.02.2014
- „Qualitätsoffensive Krankenhaus“
 - Fokussierung der Mengendynamik einschließlich Indikationsqualität
 - ggf. Einführung von qualitätsabhängigen Vergütungsanteilen (P4P) oder Selektivverträgen
 - Fortentwicklung der Krankenhausplanung unter Qualitätsgesichtspunkten



Zusammenfassung und Diskussion (1)

- Weichenstellung in Richtung einer sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Qualitätssicherung war folgerichtig und muss weiter verfolgt werden.*
- Erste Probetriebe zu sQS-Verfahren im Jahr 2012 haben jedoch grundsätzliche sowie praktische Umsetzungsprobleme in einem vorher nicht antizipierten Ausmaß gezeigt. Zu den Hauptproblemen zählten insbesondere die mangelhafte Spezifität der QS-Fallauslösung (mit der Folge eines sehr hohen Dokumentationsaufwands insbesondere für die Vertragsärzte) sowie die Rekrutierung freiwillig teilnehmender Krankenhäuser und Arztpraxen, Datenannahmestellen und Software-Anbieter. Rückblickend betrachtet wäre es ratsam gewesen, die Probetriebe früher durchzuführen.
- Im Hinblick auf das weitere Vorgehen hat der Unterausschuss QS eine Abschichtung der Lösungsansätze in kurz-, mittel- und langfristig vorgenommen.* Kurzfristig wird sich der G-BA auf sektorgleiche sQS-Verfahren und die Entwicklung von sektorspezifischen Follow up-Verfahren konzentrieren (müssen). Langfristig wünschenswerte neue Unterstützungsinstrumente, wie z.B. die Nutzung der Telematikinfrastruktur oder ein QS-Marker auf der eGK, werden nicht ohne gesetzliche Änderungen und Goodwill anderer Beteiligten zu erreichen sein.

- *Quelle: <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3536/Eckpunkte-Handlungsempfehlungen-sQS.pdf>



Zusammenfassung und Diskussion (2)

- In Zukunft wird die sQS auf drei verschiedenen Datengrundlagen aufbauen: QS-Dokumentation (ICD/OPS basiert), Routinedaten (Sozialdaten gem. § 284 SGBV), Patientenbefragungen.
- Qualitätssicherung auf Basis von Routinedaten und Qualitätssicherung auf Basis einer eigenständigen QS-Dokumentation sollten nicht als konkurrierende, sondern als sich ergänzende Ansätze verstanden werden.
- Im Auftrag des G-BA prüft das Institut nach § 137a SGB V bereits derzeit schon regelmäßig, ob Qualitätsindikatoren auf Routinedaten-Basis (Sozialdaten gem. § 284 SGB V) die Datengrundlage sowohl für sektorenübergreifende als auch für sektorspezifische QS-Verfahren bilden können.
- Öffentliche Qualitätsvergleiche, selektives Kontrahieren u.a. machen eine Risikoadjustierung der Qualitätsergebnisse unverzichtbar. Dies wird – nach derzeitigem Kenntnisstand – nur durch eine zumindest Ergänzung der Sozialdaten-Basis durch medizinische Informationen bzw. QS-Dokumentation zu gewährleisten sein.



Zusammenfassung und Diskussion (3)

- Die Sozialdaten-Basis sollte zukünftig insbesondere dazu genutzt werden, ein flächendeckendes sektorenübergreifendes Qualitäts-Kennzahlssystem aufzubauen, das folgende Ziele hat:
 - Schaffung einer Querschnittstransparenz über die einrichtungsbezogene Versorgungsqualität bei den häufigsten stationären und ambulanten Diagnosen und anderen prioritäre/noch zu priorisierenden Versorgungsziele (z.B. Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen u.a.). Dies macht eine Weiterentwicklung der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren erforderlich;
 - Ermöglichung eines qualitätsorientierten Versorgungsmonitorings. Dies macht eine Ergänzung der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren um regionale Versorgungsindikatoren („access indicators“ u.ä.) erforderlich.

Zusammenfassung und Diskussion (4)

- Die mit zusätzlichem Erhebungsaufwand verbundene QS-Dokumentation sollte zukünftig bevorzugt eingesetzt werden für Leistungsbereiche (stationär, ambulant oder sektorenübergreifend):
 - mit besonderem Handlungsbedarf wegen evidenter Versorgungsmängel bzw. deutlichem Qualitätsverbesserungspotential,
 - von besonderer Komplexität oder Brisanz (z.B. Transplantationsmedizin und Frühgeborenen-Versorgung),
 - oder wegen sonstiger dringender versorgungsrelevanter Fragestellungen (aktuelles Beispiel: Mengenproblematik bei Wirbelsäulenoperationen);
 - und zwar im Sinne einer jeweils problemspezifisch gezielten, zeitlich befristeten Qualitätsförderungs-Maßnahme.

Zusammenfassung und Diskussion (5)

- Unabhängig von der Datengrundlage: Die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung wird die Defizite der Sektorierung der Strukturen zur Patientenversorgung im deutschen Gesundheitswesen nicht komplett heilen können.
- Sektorenüberschreitende QS-Verfahren setzen zumindest sektorenübergreifend definierte und konsentierete Versorgungspfade voraus. Andernfalls sind Konflikte über die Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten vorprogrammiert.
- sektorspezifische QS-Maßnahmen werden durch die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung nicht obsolet, sondern behalten ihre Berechtigung, solange die Versorgungsstrukturen sektoral getrennt organisiert sind.
- Mit der sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Qualitätssicherung können Impulse zur Förderung von Kooperation an den Schnittstellen ambulant – stationär gesetzt werden, ggf. auch in Kopplung mit Vergütungsanreizen (P4P).
- Dennoch bleibt es unverzichtbar, neben der sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auch die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen selber voranzutreiben. Der im Koalitionsvertrag angedachte „Innovationsfonds“ könnte hierzu genutzt werden.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

