



Krankenhaus-Qualitätstag NRW der KGNW
25. Juni 2014, St. Anna-Hospital, Herne

**Weiterentwicklung
der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit:
Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

Dr. med. **Bernd Metzinger** M.P.H.
Geschäftsführer Personalwesen und Krankenhausorganisation
Deutsche Krankenhausgesellschaft



Agenda

- Status quo
- Ausblick
- Struktur- und Prozessqualität, Patientensicherheit
- Ergebnisqualität und Transparenz
- Register
- Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen zur QS
- Peer Review
- Zweitmeinungsverfahren
- Pay for Performance
- Finanzierung von Maßnahmen des G-BA zur QS
- Ausblick: Institut nach § 137a SGB V





Quelle:

Beschluss DKG-Vorstand
vom 9. April 2014

Veröffentlicht am 9. Mai 2014

Download:

www.dkgev.de

Positionen
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung
und der Patientensicherheit



Status quo: Ergebnisqualität (G-BA)

- Krankenhäuser bekennen sich zur Transparenz und zur öffentlichen Darstellung ihrer Qualität, die auch für Patienten nachvollziehbar sein soll:

Qualitätsberichte (Erfassungsjahr 2012)

- 30 Leistungsbereiche
- 390 Indikatoren erfasst
- 182 Indikatoren veröffentlicht
- Erfassung der Daten von mehr als 1761 Krankenhäusern
- Erfassung von mehr als 4 Mio. Datensätzen
= 22% der ca. 18 Mio. Krankenhausfälle
- Risikostatistik Dekubitusprophylaxe: fast 100% der Krankenhausfälle fließen in stat. QS ein!



Richtlinien des G-BA: UA Qualitätssicherung

- Mindestmengenregelungen
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie
- Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung
- Qualitätsmanagementvereinbarung für Krankenhäuser
- Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene - QFR-RL
- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma
- Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC
- Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
- Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus
- Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V
- Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
- Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
- Richtlinie zur Kinderonkologie
- NEU: Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen



Status quo

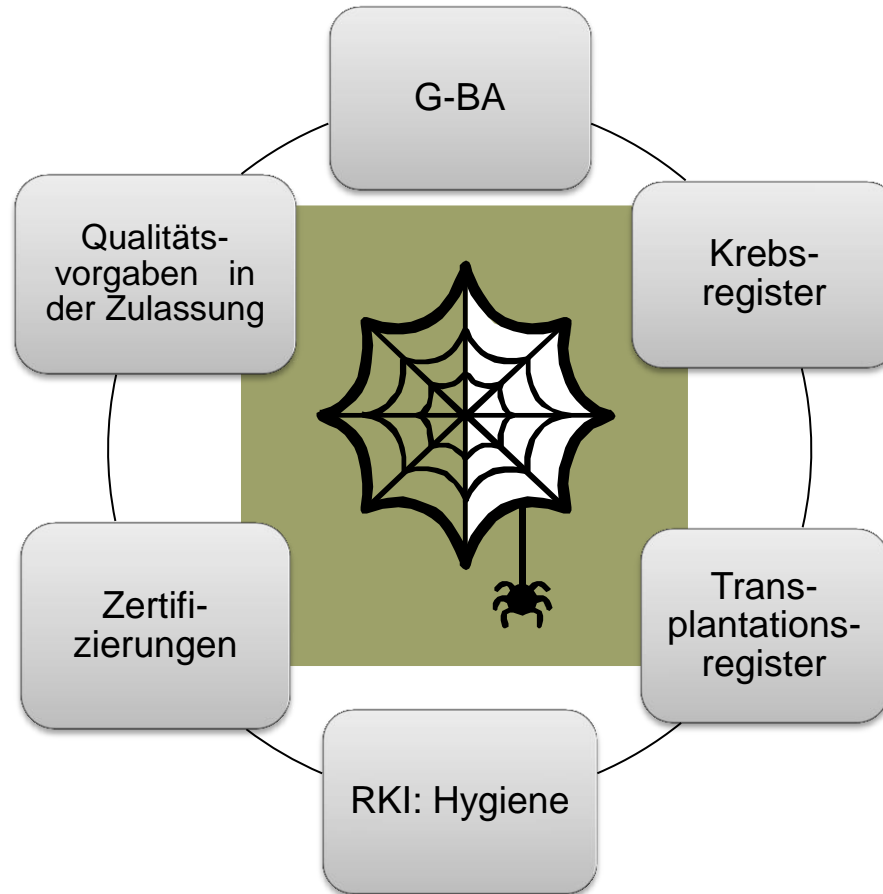
- Inhaltliche und organisatorische Überschneidungen
- Meldung von Daten zur Qualitätssicherung vom selben Patienten vielfach an mehrere Institutionen
- Keine systematische Verknüpfung der Qualitätssicherungsverfahren





Ausblick

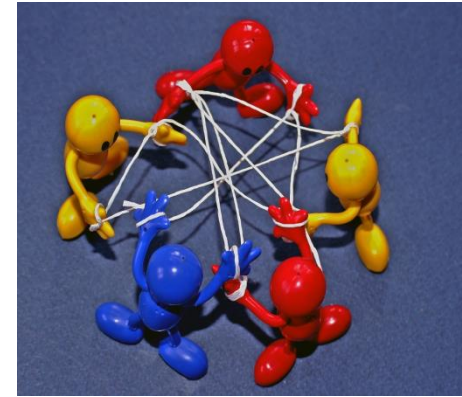
- **Parallele QS-Systeme:**





Ausblick

- Qualitätssicherung: einrichtungs- und sektorenübergreifend
- gleiche Leistung - gleiche Qualitätsstandards
- Einbeziehung aller relevanten Behandlungsprozesse in die Qualitätssicherung:
 - Prä-/ poststationären Phase
- gesetzlichen Regelungen notwendig, u. a.
 - Verpflichtung aller Leistungserbringer zu einer einheitlichen Dokumentation
 - Schaffung eines sektorenübergreifenden QS-Auslösungsmechanismus





Struktur- und Prozessqualität

- Struktur- und Prozessqualität:
 - Nachweis des Nutzens aus methodischen Gründen häufig nicht auf gleich hohem Evidenzniveau wie bei der Ergebnisqualität
 - häufig Beobachtungsstudien
- Forderung nach Nutzensnachweis im Sinne der evidenzbasierten Medizin:
 - bestvorliegende Evidenz
(Akzeptanz ggf. auch niedrigerer Evidenz-Level)



Strukturqualität

- Vorgaben zur Strukturqualität sinnvoll, wenn
 - nachweislich begründete Mindestanforderungen
 - Nutzen der einzelnen Festlegungen für den Patienten belegt
- Ergebnisqualität hat Vorrang, so lange Nutzen der Vorgaben zur Strukturqualität nicht ausreichend belegt ist
- Kein Missbrauch von Strukturqualitätsvorgaben des G-BA zur Übersteuerung der Krankenhausplanung der Länder!





Patientensicherheit

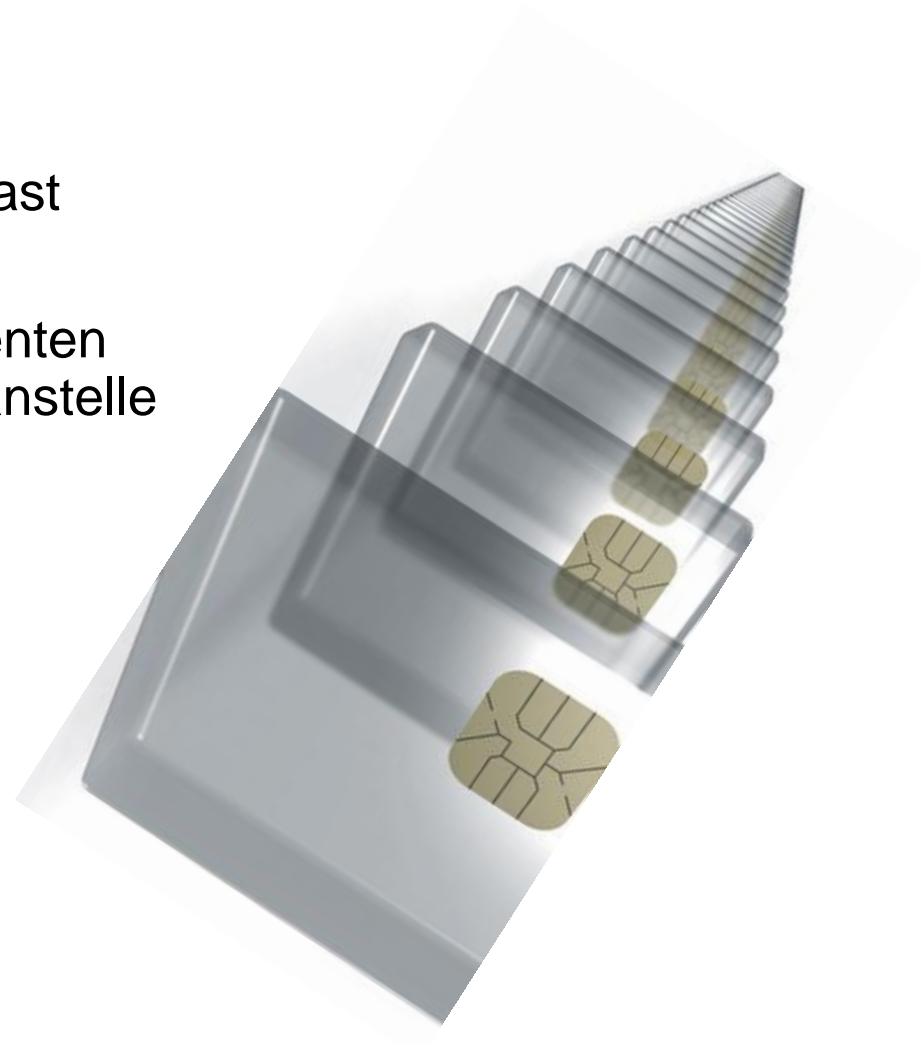
- Externe stationäre Qualitätssicherung:
 - zahlreiche Indikatoren zur Prozessqualität unter dem Aspekt der Patientensicherheit enthalten, z. B.
 - EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt
 - Eingriffsdauer bei Herzschrittmacher-Implantation
 - Durchleuchtungszeit bei Herzschrittmacher-Implantation
- Verpflichtende Beteiligung an CIRS-Systemen
- Aktionsforum Patientensicherheit
- Aktion Saubere Hände
- Patientenarmbänder
- Anzeichnung von zu operierenden Extremitäten
- u. v. a.: Ständige Weiterentwicklung





Ergebnisqualität und Transparenz

- Ziele der DKG:
 - Hohe Dokumentationslast senken
 - Einführung von intelligenten Stichprobenverfahren anstelle Vollerhebung
 - Transparenz trotzdem erhalten!





Ergebnisqualität und Transparenz

- Transparente Darstellung von Qualitätsinformationen auch über den stationären Sektor hinaus, offener Leistungserbringervergleich
- Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren für die öffentliche Berichterstattung durch eine unabhängige Institution
- Darstellung von Ergebnissen der Qualitätsindikatoren risikoadjustiert und grafisch unverfälscht
- Zeitnahe Berichterstattung



Ergebnisqualität und Transparenz

- Strukturierter Dialog zu jedem rechnerisch auffälligen Indikator
- Qualitätsberichterstattung fokussiert auf die jeweils zentralen Informationen der Leistungsbereiche
- Zielgruppenspezifische Aufarbeitung in verschiedenen Informationsprodukten
- Qualitätssicherung der Qualitätsberichterstattung





Register

- DKG unterstützt Register, wenn
 - entweder zur Qualitätssicherung
 - oder zur Weiterentwicklung einzelner Verfahren sinnvoll und angemessen
 - ggf. auch mit verpflichtender Teilnahme aller an der Erbringung beteiligten Leistungserbringer
- G-BA soll einheitliches Verfahren zur Errichtung und zum Betrieb von Registern erarbeiten und umsetzen
- Keine Mehrfacherhebungen und unterschiedlichen parallelen Datenübermittlungswege für G-BA und Register!



Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen („Routinedaten“) zur Qualitätssicherung

- Bevorzugte Nutzung geeigneter und hinreichend validierter routinemäßig erhobener Daten zukünftig in allen Verfahren der Qualitätssicherung
- Nutzung des Datensatzes nach § 21 KHEntgG:
 - im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zu Zwecken der Qualitätssicherung, sofern die Nutzbarkeit des Datensatzes für die Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems nicht beeinträchtigt wird



Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen („Routinedaten“) zur Qualitätssicherung

- Zur Qualitätsverbesserung (QM):
 - Information der Leistungserbringer über die in die Bewertung durch Sozialdaten der Krankenkassen einbezogenen Behandlungsfälle
- Interessengebundene Organisationen im Gesundheitswesen dürfen nicht alleine definieren, was gute oder schlechte Qualität in der Patientenversorgung ist!
 - Die Beurteilung der Qualität der Behandlung in Krankenhäusern durch einzelne Krankenkassen oder deren Verbände (z.B. QSR®) lehnt die DKG ab.





Peer Review

- Verstärkte Einbindung von Peer-Reviews in die Qualitätssicherungsverfahren des G-BA als Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
 - ggf. in Form stichprobenartiger Überprüfungen auf Basis von gefilterten Sozialdaten der Krankenkassen





Zweitmeinungsverfahren

- Die DKG setzt sich nachdrücklich für die Einführung eines strukturierten Zweitmeinungsverfahrens als Regelleistung der GKV ein, ggf. beschränkt auf bestimmte Indikationen.
- Der entstehende Aufwand muss von der GKV finanziert werden.





Pay For Performance

- Vollständig erbrachte Leistung muss vollständig bezahlt werden
- Qualitativ schlechtere Leistung kann nicht durch einen geringeren Preis gerechtfertigt werden:

➔ KEIN RABATTSYSTEM !

- entspräche weder den Grundsätzen des DRG-Systems
- noch denen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- widerspräche einer verantwortungsvollen medizinischen Patientenversorgung





Pay For Performance

- Vorgaben aus G-BA-Richtlinien zur Strukturqualität kommen als Anknüpfungspunkte für ein P4P-Modell nicht infrage, da sie

Mindestvoraussetzungen

der Leistungserbringung beschreiben, die gegen eine geringere Vergütung nicht unterschritten werden dürfen.



Pay For Performance

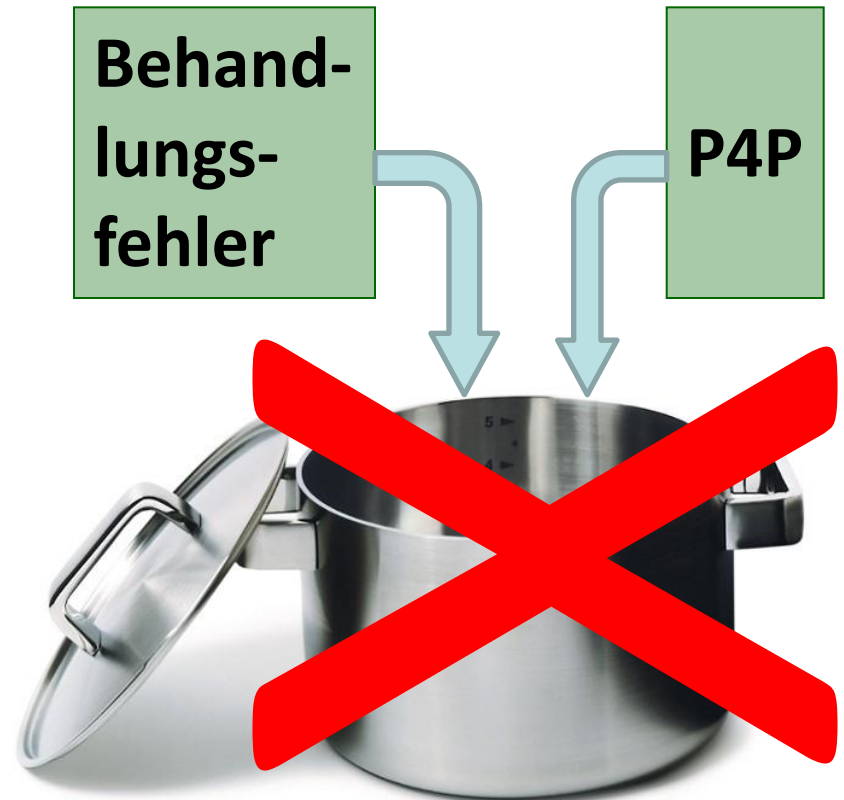
- Die Qualitätsindikatoren der derzeit bestehenden Qualitätssicherungsverfahren des G-BA:
 - Keine ausreichend trennscharfe Unterscheidung zwischen guten und schlechten Leistungen
 - Statistische Problematik kleiner Fallzahlen
 - Keine Bewertung der Relevanz für die Behandlung von Patienten
- Gefahr der Risikoselektion und damit
 - Behinderung des Zugangs zu medizinischen Leistungen durch P4P für Patienten mit hohen Risiken



Pay For Performance

- P4P-Diskussion nicht in einen Topf werfen mit schweren Behandlungsfehlern

(was in Politik und Medien leider immer wieder geschieht)
- Kliniken haften schon heute bei Behandlungsfehlern und werden für Behandlungskosten und Folgebehandlungskosten in Anspruch genommen.





Pay For Performance

- Einstieg in Selektivvertragsmodelle als eigentlich von den gesetzlichen Krankenkassen verfolgte Ziel von P4P-Regelungen
- Selektivverträge übertragen die Krankenhausplanung als zentrales Element der Daseinsfürsorge faktisch von den Bundesländern auf die Krankenkassen.
 - Dies lehnt die DKG ab.





Finanzierung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung des G-BA

- DKG fordert Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass G-BA
 - neben den Bürokratiekosten
 - auch die gesamten Erfüllungskosten seiner Richtlinien beziffert.
- Die DKG fordert den Gesetzgeber auf, verbindliche Regelungen zu treffen für eine
 - vollständige und zeitnahe Refinanzierung
 - sowohl der entstehenden Bürokratiekosten
 - als auch des Erfüllungsaufwands der Richtlinien des G-BA



Ausblick: FQWG, Institut nach § 137a SGB V

DKG begrüßt die im FQWG vorgesehene Errichtung eines Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Stärkung des organisatorische Rahmens für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung
- Erweiterung und Verstetigung der Arbeit des Institutes nach § 137a SGB V in der Trägerschaft der gemeinsamen Selbstverwaltung
- Sitz des Institutes noch unklar (Berlin?)
- BMG und Vorsitzender des G-BA wirken stimmberechtigt im Vorstand mit
- Neue Finanzierungsregelung für das Institut:
 - Beauftragung künftig nicht mehr durch Finanzierungsdebatten zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer erschwert



Ausblick: FQWG, Institut nach § 137a SGB V

Aufgaben:

- sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente
- Module für ergänzende Patientenbefragungen
- notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (Gebot der Datensparsamkeit)
- Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
- Veröffentlichung der Ergebnisse der QS-Maßnahmen in allgemeinverständlicher Form
- einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten im Internet über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung
- Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten der Krankenkassen
- Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln in allgemeinverständlicher Form



Ausblick: FQWG, Institut nach § 137a SGB V

- Künftig neutrale, interessenfreie und adressatengerechte Darstellung der Ergebnisqualität
- Aber: doppelte Berichterstattung:
 1. Forderung der DKG:
 - Krankenkassen von der Verpflichtung zur Veröffentlichung der Qualitätsdaten entbinden
 - Krankenhausportale sind von spezifischen Interessen geprägt
 - Die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Qualitätsberichte muss auf das Institut nach § 137a übertragen werden.
 2. Forderung der DKG:
 - Evaluation der in den Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung vorgegebenen Maßnahmen nach § 137b SGB V soll das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen übernehmen
 - Institut aufgrund seines Datenbestandes hierzu in besonderem Maße geeignet



Ausblick: FQWG, Institut nach § 137a SGB V

Ambitionierter Zeitplan

zur Errichtung des Instituts nach § 137a SGB V (neu):

- 6. Juni 2014: 2. und 3. Lesung FQWG im Bundestag
- Juni 2014: Arbeitsbeginn Errichtungsbeauftragter
- Juli 2014: Ausschreibung Institutsleitung (nach Bundesrat 11.7.)
- August 2014: G-BA-Beschlüsse zu Stiftungsgründung und Satzung
- 1.1.2015: Arbeitsbeginn Institutsleitung, Beginn Aufbau Institut

**IHRE
KRANKENHÄUSER**
ihre-krankenhaeuser.de

**WANN IMMER DAS
LEBEN UNS BRAUCHT.**

