

Themenschwerpunkt Nr. 1

„Sektoren- und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“

Was fehlt
für eine sektoren- und einrichtungsübergreifende
Qualitätssicherung?

QS-Konferenz des
gemeinsamen Bundesausschuss

Berlin 24./ 25.09.2018

Cordula Mühr
MSc PH
Patientenvertreterin im
Gemeinsamen Bundesausschuss
(GBA)

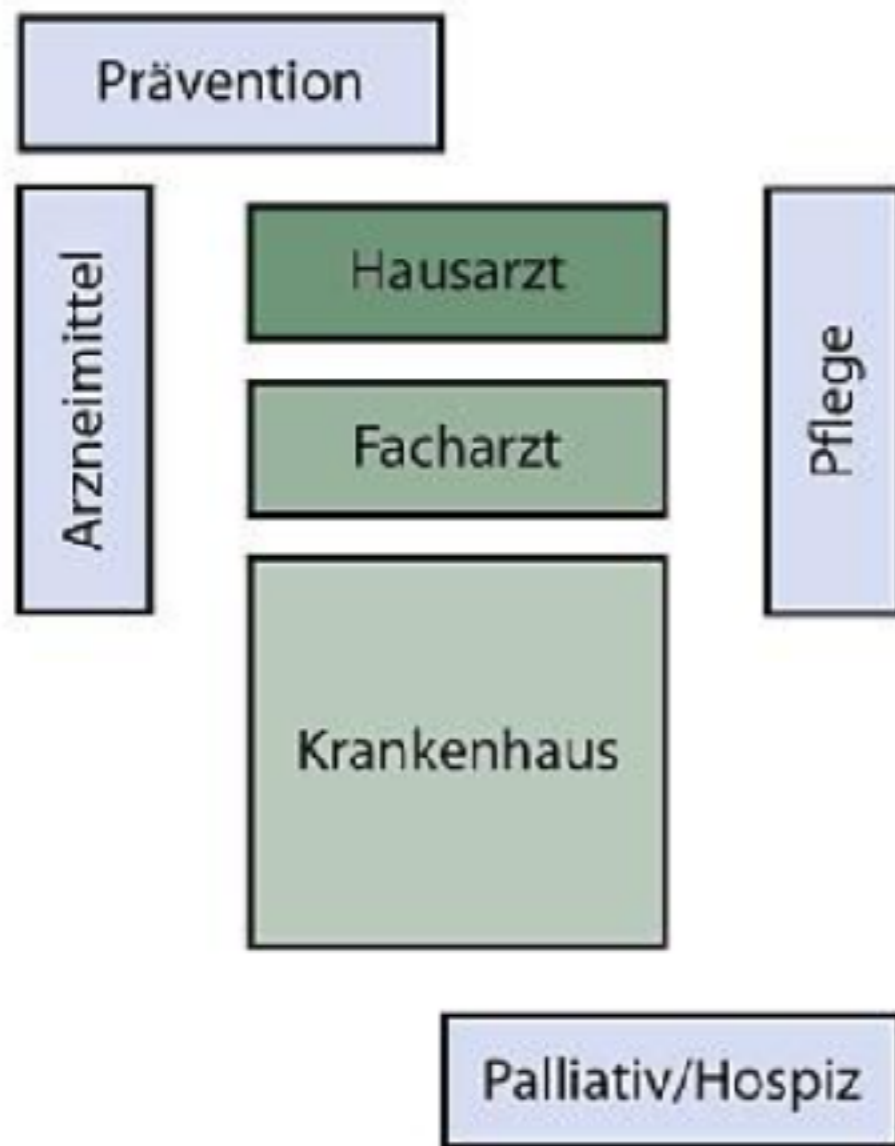
Agenda

- Barrieren aktueller sektoren- und einrichtungsübergreifender QS und Lösungsansätze
- ein kritischer Blick auf die DeQS-RL
- Ausblick und Fazit

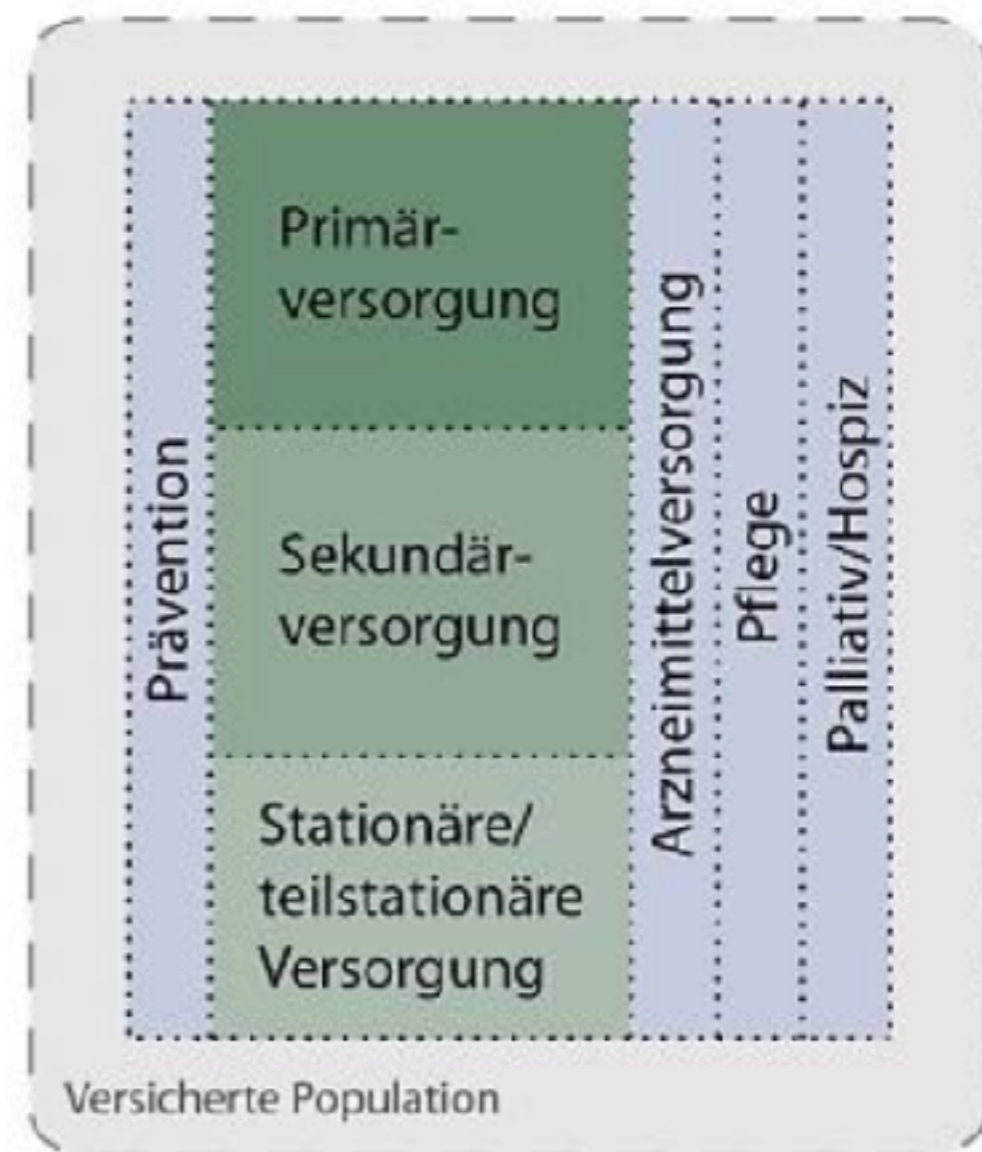
Was vor allem fehlt:

die sektorübergreifende Versorgung
selbst

Traditionelles System Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept Populationsorientiert und sektorübergreifend



Quelle: www.svr-gesundheit.de; 8. Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug (Abb. 11)

17.1.3 Sektorenübergreifende Versorgung

„Einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung steht in erster Linie die starke Abschottung der einzelnen Leistungssektoren entgegen.

Vor allem Kliniken und Praxen, zwischen denen eine unsichtbare, aber sehr folgenreiche Mauer verläuft, arbeiten in Deutschland eher nebeneinander als im Interesse des Patienten miteinander.

Die integrierte Versorgung, die vornehmlich auf selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern basiert, zielt seit ca. 20 Jahren auf eine bessere Verzahnung insbesondere des ambulanten und des stationären Sektors. Trotz einiger Fortschritte gegenüber der Ausgangslage fällt eine Zwischenbilanz immer noch nicht zufriedenstellend aus.“

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018:
Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung
https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf

letzter Zugriff: 20.09.2018

- zentrale Hintergründe der „unsichtbaren, aber folgenreichen Sektorenmauer“:
unterschiedliche Systeme bei der Vergütung und der Kapazitätsplanung

Ambulante Operationen im Grenzbereich zwischen Arztpraxen und Kliniken

Leistenbruch ambulant = rund 600 Euro
Leistenbruch stationär = bis zu 2500 Euro



Indikationsstellung?

ca. 21.000 Vertragsärzte führen ambulante Operationen durch

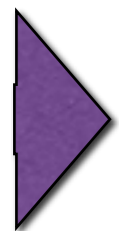
- ambulante Operationen = Mix aus Pauschalen und Einzelleistungsvergütung
- ambulante Operationen die von Kliniken erbracht werden = DRG
- Selektivvertraglich durchgeführte OP`s / ASV / DMP / IV: Abrechnung je nach Rechtsform und Träger prä- und postoperative Betreuung = ausschließlich EBM

10% der Vertragsärzte arbeiten im MVZ`s = Abrechnung je nach Rechtsform und Träger

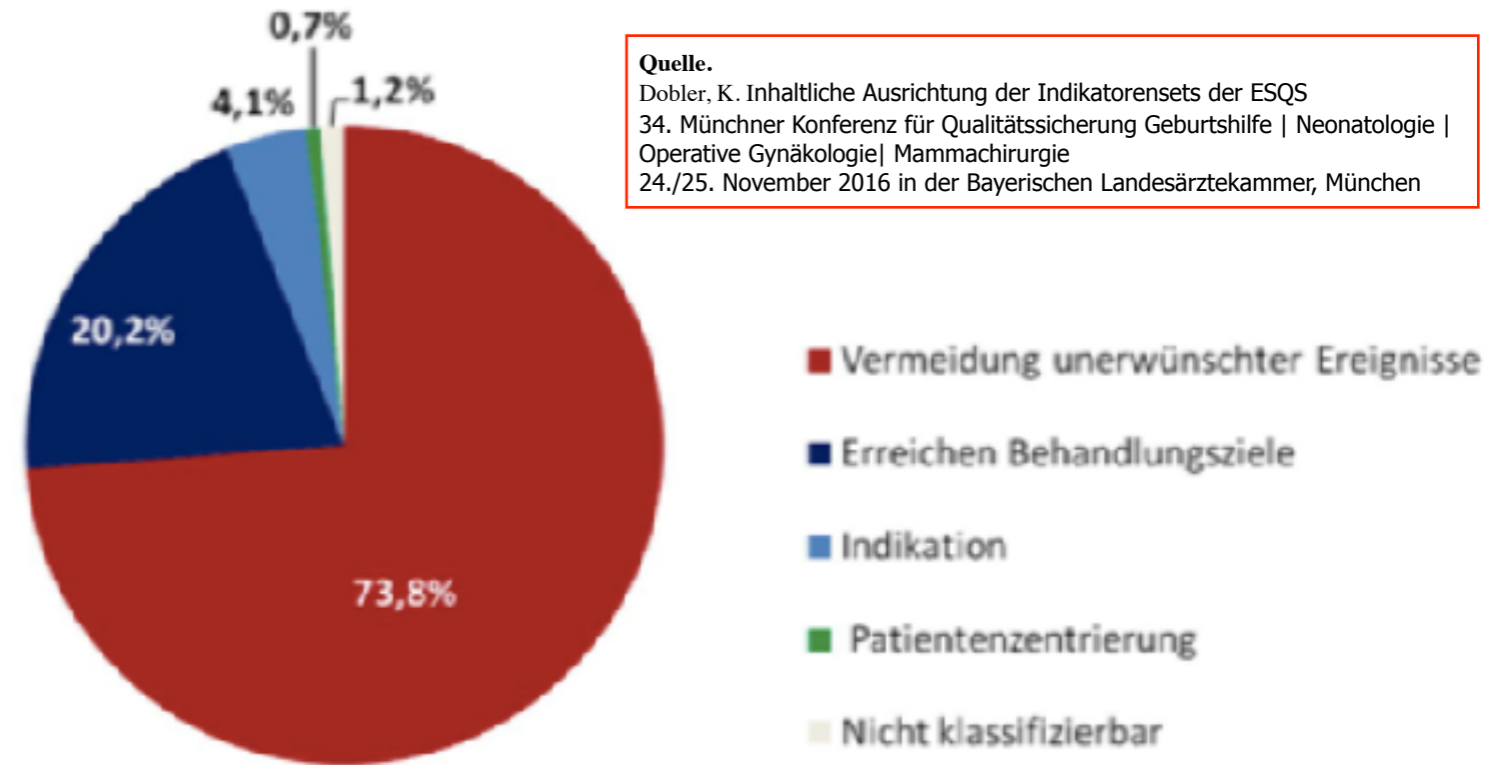
Nicht abgestimmte Kapazitätsplanung

- Stationär: Krankenhausplanung der Bundesländer
- Ambulant: Kassenärztliche Vereinigung

SVR 2018:

 sektorenübergreifenden Vergütungsstruktur („gleicher Preis für gleiche Leistung“
Übertragung sektorenübergreifender Planungs- und Sicherstellungs-
verantwortung an regionale Gremien

- die derzeitigen QS-Verfahren haben sich eher historisch / organisch entwickelt und bilden nur einen sehr kleinen Ausschnitt der Versorgung ab
- sie sind **Prozeduren-orientiert** und bilden v.a. den Bereich der **Akutmedizin** ab
- sie messen eher das, was **leicht zu messen** ist und nicht das, was unter Public Health-Gesichtspunkten notwendig wäre zu messen ...
- relevante Versorgungsbereiche und Qualitätsdimensionen sind nach wie vor **unterbelichtet**



- ▶ Notwendig wäre eine **systematischen Bestandsaufnahme** von Themen, Dimensionen und Indikatoren der derzeitigen QS
- sowie
- ▶ die Entwicklung eines **Gesamtkonzepts zur Weiterentwicklung**

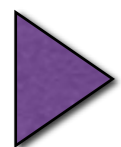
Geänderte Rahmenbedingungen würden den Denk-Horizont erweitern ...

Patientenzentrierung der individuellen Versorgung und der Versorgungsstrukturen **was ist das?**

OECD-Indikatoren für Internationale Vergleiche:

- Wartezeit auf Facharzttermin länger als 4 Wochen
- Behandlung aus Kostengründen nicht in Anspruch genommen
- Medikamente, Untersuchungen, Nachsorge aus Kostengründen nicht in Anspruch genommen
- Verschriebene Medikamente aus Kostengründen nicht in Anspruch genommen
- Arzt hatte ausreichend Zeit für den Patienten bei der Konsultation
- Arzt sorgte für gut verständliche Informationen und Erklärungen
- Arzt sorgte für ausreichend Zeit um Fragen zu stellen oder Bedenken/Sorgen zu äußern
- Arzt hat den Patienten in die Behandlungs- oder Pflegeentscheidungen einbezogen

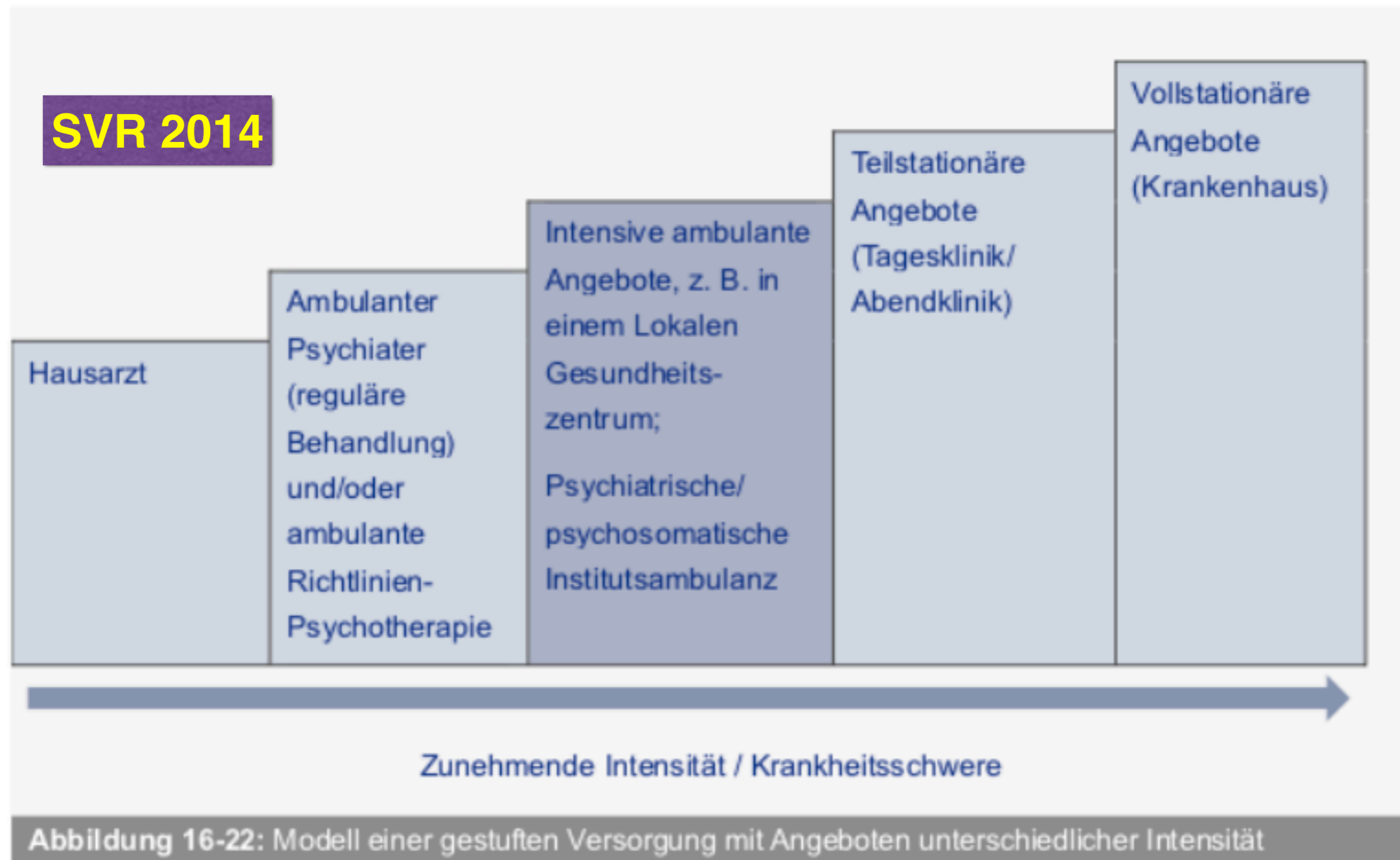
*“Quality of care is the degree to which **health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes** and are consistent with current professional knowledge“*



Patient-Reported Outcome Measures (**PROMs**)

Patient-Reported Experience Measures (**PREMs**)

Modell einer multiprofessionellen, vernetzten, koordinierten Versorgung im Bereich „Seelische Gesundheit“



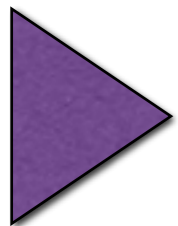
Lokale Gesundheitszentren, psychiatrische Institutsambulanzen und weitere Leistungserbringer könnten in zunehmendem Maße einen Bedarf nach intensiver ambulanter Behandlung decken.

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf

letzter Zugriff: 20.09.2018

Area- Indikatoren

- können die (Qualität der) Versorgung von **definierten Populationen im regionalen Kontext** beschreiben, z.B. nicht-indizierte Krankenhauseinweisungen, Inanspruchnahme von Präventionsleistungen, Langzeitergebnisse
- sind insbesondere für Indikatoren mit **langem Follow-up-Zeitraum** sinnvoll, deren Ergebnisse nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuschreibbar sind
- ermöglichen ein **“Performance assessment“ des Gesamtsystems** in einem Bereich / in einer Region, z.B. als Betrachtung von **Versorgungsketten**
- können die OECD-Qualitätsdimension **„Zugang zur Versorgung“** und **„Public Responsiveness“** abbilden
- bieten wertvolle Hinweise für die **Versorgungsplanung**

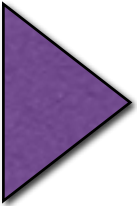


sie sind - wie jeder Indikator - kein direktes Maß der Qualität, sondern ein Werkzeug, **das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken** kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer spezifischen Organisationsebene bedürfen könnten

was fehlt:

die Einbeziehung weiterer Versorgungsbereiche (Prävention, Rehabilitativen, Pflege) in die QS

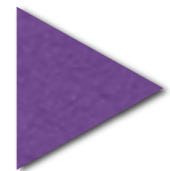
- Patientinnen und Patienten sind weder **Sektor-** noch **Sozialbuch-****spezifisch** krank
- Behandlungsverläufe müssen sich an **den medizinisch-pflegerischen Notwendigkeiten** und nicht an den gegebenen Strukturen der Leistungserbringer und Kostenträger ausrichten
- Versorgung und Versorgungsstrukturen müssen sich an **Mindestanforderungen** anpassen und nicht umgekehrt
- QS muss in der Lage sein, **reale Versorgungsverläufe und Behandlungsketten valide und spezifisch abzubilden**, dafür braucht es u.a.
 - einheitliche (vergütungsrelevante) **Kodiervorgaben**
 - **POA-Kennzeichnungen** („present on admission“)

 **SVR 2018:** Die Ergebnisse einer solchen „*noch zu entwickelnden sektorübergreifenden Qualitätssicherung*“ können anschließend zur Evaluation der Bedarfsplanung verwendet werden

was fehlt:

Transparenz über die Qualität insbesondere im Bereich der vertrags(-zahn)ärztlichen Versorgung

- Die **QS der KV`en / KZV`en** gemäß **§ 135 b SGB V** erlaubt lediglich **Vergleiche auf KV-Ebene**, diese sind für Patientinnen und Patienten **irrelevant**
- Seit 1. Januar 2016: im Bereich **Herzkatheter (QS PCI)** sind erstmals rund 340 vertragsärztliche kardiologische Praxen und ca. 25 belegärztlich tätige kardiologische Praxen in die Regelungen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einbezogen
- **Berichterstattung:** jährlich vom IQTiG im zusammenfassenden **Bundesqualitätsbericht** (Indikatoren- und Verfahrensbezogene Bewertung, ohne Leistungserbringer- oder Einrichtungsbezug)



Public Disclosure /Reporting ist eines der wichtigsten Instrumente zur Qualitätverbesserung auf Systemebene

Nutzerorientierung: die Qualitätsdarlegung (Erfüllung von Mindestanforderungen) sollte auch im ambulanten Bereich **Leistungserbringer- und einrichtungsbezogen** erfolgen (analog zu § 136 b Abs. 7 = Verpflichtung der Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent, sichtbar und „leicht auffindbar“ darzustellen)

- **strukturierte Dialoge** durch die Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene werden bekanntermassen mit unterschiedlicher Intensität geführt
- bereits vor der Benennung neuer Verfahrensziele durch das KHSG hat sich hierbei **deutlicher Optimierungsbedarf** gezeigt...
- mit den Verfahren des KHSG (PlanQI / Zu- und Abschläge) umso dringlicher

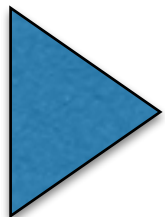


es müssen Konzepte für die **Auswahl und Schulung von Experten** sowie **Konzepte und Kriterien für die möglichst einheitliche Bewertung** auffälliger Ergebnisse erarbeitet werden

Ein kritischer Blick auf die aktuelle Fassung der DeQS-RL

- Tendenz zur Reduzierung von Qualitätssicherung auf „*Qualitätsförderung*“
in Abgrenzung zu
„*Qualitäts(zu)sicherung*“ in Form von *Qualitätsdarlegung* (Public disclosure der Einrichtungsergebnisse) bzw. *Qualitätsnachweisen*
(im eigentlichen Sinne von „*quality assurance*“)
- „*Qualitätsförderung*“ ist die zentrale Begrifflichkeit des internen Qualitätsmanagements (z.B. im Zusammenhang mit freiwilligen Qualitätszirkeln der niedergelassenen Ärzte)

„Strukturierte Dialoge“ in der datengestützten QS sind keine Peer Reviews!



Externe Datengestützte QS beinhaltet Aspekte der Qualitätsförderung in dem Sinne, dass die aus ihren Maßnahmen resultierenden Verbesserungspotentiale in den Prozessen von "interner Qualitätssicherung" (also in Maßnahmen des einrichtungsisernen QS gemäß § 135a SGB V) **aufgegriffen** werden sollen
- mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung

Ziel der Rahmen-RL ist, dass Krankenhäuser und Vertragsärzte **nach einheitlichen Prinzipien** an der Qualitätssicherung teilnehmen.

Für die Patientinnen und Patienten, die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, sollte die Zuordnung der Leistungserbringung kein Kriterium dafür sein, ob Qualitätssicherung erfolgt oder nicht

In der DeQS-RL sind bisher keine Festlegungen zum Umgang mit Belegärztlichen Leistungen erfolgt

das bedeutet für die Themenspezifischen Bestimmungen zum Leistungsbereich Cholezystektomie (QS CHE):

belegärztlichen Leistungen können für das Erfassungsjahr 2019 nicht ausgewertet werden

... auch die systematische Einbeziehung von Honorarärzten, ermächtigten Ärzten, Hochschulambulanzen und MVZ`en ist gegenwärtig noch nicht gewährleistet...

Ein kritischer Blick auf die aktuelle Fassung der DeQS-RL

In allen Verfahren der DE-QS erfolgen Interventionen durch Expertengremien primär mit zwei Zielsetzungen:

- **Bewertung auffälliger Ergebnisse**
- **Einleitung von qualitätsverbessernden Maßnahmen**

rechtliche Unsicherheit:

kann ein Verein wie eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) einer Körperschaft wie der Kassenärztlichen Vereinigung im Fall von Qualitätsmängeln Auflagen machen ?

Falls nicht - wäre der **Sinn** der Rahmen-RL
(dass Krankenhäuser und Vertragsärzte nach einheitlichen
Prinzipien an der Qualitätssicherung teilnehmen)

in Frage gestellt ...

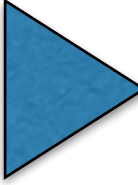
Ein kritischer Blick auf die aktuelle Fassung der DeQS-RL

Bereits die Qesü-RL sieht keine QS-Datenhaltung auf Landesebene mehr vor, sondern eine **zentrale Datenhaltung auf Bundesebene** beim IQTIG

In der DeQS-RL soll die Annahme der Daten von Krankenhäusern, Vertrags-(zahn)ärzten und Krankenkassen aber durch **eine Vielzahl von Datenannahmestellen auf Landesebene** erfolgen, welche die Daten z.B. an die Vertrauensstelle weiterliefern

Dafür müssen **separate Datenströme und Software-Lösungen** implementiert werden, im Zusammenhang mit Einsichtsrechten- bzw. Risiken **Verschlüsselungslösungen** sowie **Sonderwege für Rückmeldeberichte** gefunden werden.

Diese große Anzahl von Datenannahmestellen ist **unwirtschaftlich und dysfunktional**

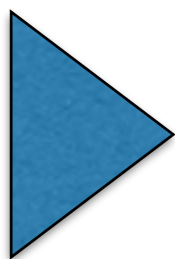
 sie widerspricht der in § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 geforderten Notwendigkeit der (mit Versichertengeldern) zu finanzierenden Strukturen und führt zu einer großen Anzahl **vermeidbarer Probleme und Kosten**

Ein kritischer Blick auf die aktuelle Fassung der DeQS-RL

Schon seit mehreren Jahren sollen gemäß § 137 a SGB V für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität auch **Module für ergänzende Patientenbefragungen** vom Institut für Qualitätssicherung entwickelt werden

Bisher sind in der DeQS-RL **keine Festlegungen zu Infrastruktur und Prozessen für Daten aus Patientenbefragungen** enthalten

Eine **Versendestelle**, welche die Auswahl der zu befragenden Versicherten und die Versendung der Fragebögen übernehmen soll wurde vom G-BA noch nicht ausgeschrieben

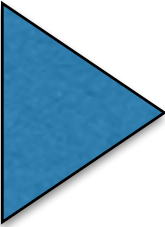


der für Anfang 2019 angekündigte Beginn des Einsatzes von Patientenbefragung im Bereich PCI wurde kürzlich **still und leise** verschoben ...

Ein kritischer Blick auf die aktuelle Fassung der DeQS-RL

Während die Nutzung der personenbezogenen Daten von GKV-versicherten Patientinnen und Patienten durch **§ 299 SGB V** ermöglicht wird, bedarf die Nutzung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten, die nicht in der GKV versichert sind aus datenschutzrechtlichen Gründen **ihrer ausdrücklichen Einwilligung im Einzelfall**.

Laut **§ 136 Absatz1 Satz1 SGB V** ist eine Beurteilung der Qualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in der Regel nur auf der Grundlage der einheitlichen Betrachtung der Patientinnen und Patienten - **unabhängig von ihrem Versichertenstatus** - sachgerecht möglich

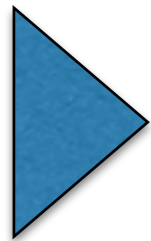


Der Geltungsbereich der DeQS-RL umfasst zunächst grundsätzlich ausschliesslich die in den themenspezifischen Bestimmungen näher benannten **Leistungen, die für GKV-Versicherte** erbracht werden. Privatversicherte Patientinnen und Patienten müssen künftig **einbezogen** werden.

Ein kritischer Blick auf die aktuelle Fassung der DeQS-RL

Für die Schaffung der erforderlichen Strukturen zur konkrete Durchführung der Verfahren enthält die DeQS-RL nur „**Rahmenvorgaben**“ und überlässt die **nähere Ausgestaltung den Vertragspartnern auf Landesebene**

- neu etablierte LAGen auf der Landesebene sollen gegenüber dem G-BA die Gesamtverantwortung für eine ordnungsgemäße Anwendung der Richtlinie übernehmen
- jede LAG soll hierzu **eine unabhängige und neutrale Geschäftsstelle in Trägerschaft der Mitglieder der LAG** einrichten, welche die administrativen Aufgaben für die LAG übernimmt



Es wird von **zentraler Bedeutung** sein, inwieweit sich die LAG`s lediglich als Abbilder der Trägersituation des GBA betrachten oder **unabhängig von Sektoreninteressen** zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beitragen

Mein derzeitiges Fazit

- derzeit offene Frage, auf welchem Niveau sich die bisher noch sehr unterschiedlichen „QS - Kulturen“ angleichen werden (das darf nicht den Trägerorganisationen im GBA überlassen bleiben ...)
- Ohne Änderung der Rahmenbedingung werden GBA und QS-umsetzende Institutionen (LQS / LAG / IQTiG) sich noch lange Zeit die Zähne ausbeissen an den beschriebenen Hürden ... zulasten von Versicherten und PatientInnen
- **Vielleicht ermutigend:**
 - Beschluss der letzte GMK-Konferenz zur Einrichtung einer Reformkommission „*sektoren-übergreifende Versorgung*“ – mit dem erklärten Ziel der „Zusammenführung der Qualitätssicherungsverfahren“
 - Initiativen wie das Modellprojekt „*Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg*“ (2016 - 2018, in Trägerschaft der Ministeriums für Soziales und Integration)

Also ... was fehlt?

neben den **Voraussetzungen**

- (bei Manchen) der **Wille** diese zu schaffen ...

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Selbstauskunft über mögliche Interessenkonflikte

- **Beschäftigungsverhältnis:** keine
- **Aktien, Patente, Geschäftsanteile:** keine
- **Interessenkonflikte durch Honorare für Vortrags- oder Beratungstätigkeit:** keine
- .

Anhang: MODELLPROJEKT (2016 - 2018)

„Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg“

- Die Stärkung der Primärversorgung durch die Entwicklung multiprofessioneller Gesundheits-/ Versorgungszentren mit Public Health-Bezug und Populationsorientierung
- Der Einsatz interprofessioneller Teams (collaborative care) mit gemeinsamer Verantwortung und Aufgabenteilung
- Eine stärkere Patient/-innenzentrierung durch Bürgerbeteiligung und Partizipation, Information und Gesundheitskompetenz (health literacy)
- Eine Ausrichtung/ Anpassung der Gesundheitsleistungen an Bedarfen und Bedürfnissen der Bürger/-innen und Betroffenen, dazu die Durchführung von „Community health assessments“, um den lokalen Bedarf zu erheben
- Eine bessere Qualifizierung für alle Gesundheitsprofessionen
- Die schrittweise Aufhebung der Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Gesundheits- und sozialer Versorgung durch interprofessionelle und umfassende Versorgung
- Eine regionale Organisation von Gesundheitsleistungen und eine populationsorientierte Abstimmung von Leistungsprofilen
- Fall- und Versorgungssteuerung (Case, Care und Disease Management) anhand von Versorgungspfaden
- Unterstützung durch e-Health und Telemedizinnetzwerke

https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Modellprojekt_SueV/Sektoreneuebergreifende-Versorgung_barrierefrei.pdf