



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

21. VKD/VDGH – Führungskräfteseminar

am 26. Februar 2014

10 Jahre DRG-System: Finanzierung, Strukturen, Qualität

Vernetzte Sektoren / Vernetzte Qualität

**Die Vorstellungen des Gemeinsamen
Bundesausschusses**

Karola Pötter-Kirchner

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Agenda

- **Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses**
- **Aufgaben der gesetzlichen Qualitätssicherung**
- **Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung**
- **Umsetzung neuer QS-Verfahren**
- **Lessons learned**
- **Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende QS**
- **Ausblick: neue Instrumente in der Qualitätssicherung**

Stimmrechte des G-BA

Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V

13 stimmberechtigte Mitglieder

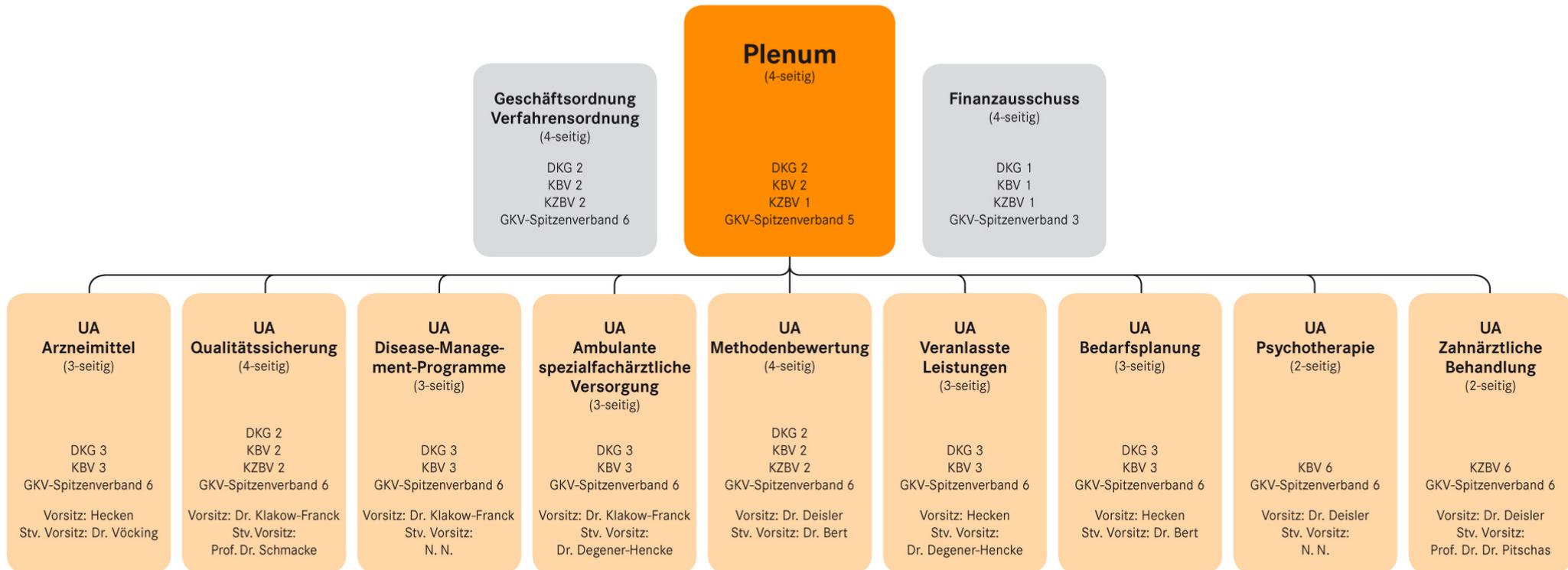
**Vorsitzender
2 unparteiische Mitglieder**

5 Vertreter der GKV
GKV-Spitzenverband

**5 Vertreter
der Leistungserbringer:**
DKG, KBV, KZBV

5 Patientenvertreter
(Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht)

Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Unterausschüsse



- In allen Gremien nehmen **Patientenvertreterinnen und -vertreter** mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f Abs. 2 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Bedarfsplanung nehmen **zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder** mitberatend teil. (§ 92 Abs. 7e SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Qualitätssicherung nehmen **jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats** mitberatend teil (§ 137 Abs. 2 Satz 3 SGB V), soweit es Regelungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherung) betrifft. Dies gilt auch für **die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer**, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen oder Zahnärzte berührt ist.

Qualitätssicherung

gemäß § 135a + § 137 SGB V

Externe Qualitätssicherung
(sektorenspezifisch)

Einrichtungs- und
sektorenübergreifende
Qualitätssicherung

Strukturierter
Qualitätsbericht

Qualitätssicherung Dialyse

Mindestmengenregelung

Einrichtungsinternes
Qualitätsmanagement

Mindestanforderungen an die
Struktur-, Prozess- und
Ergebnisqualität

Qualitätsprüfung



Historie sektorenübergreifende Qualitätssicherung (1)

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 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.

Neueinführung § 137a SGB V:

Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

Historie sektorenübergreifende Qualitätssicherung (2)

Auszug aus der Begründung zum GKV-WSG:

„... Die Erfahrungen haben gezeigt, dass eine sektorenbezogene Betrachtung i.d.R. 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 indikationsbezogen Behandlungsverläufe zu dokumentieren und zu bewerten, um eine sachgerechte Beurteilung der Qualität zu ermöglichen. ...“

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

Entwicklung und Umsetzung der Qesü-RL

2007: Gesetzesauftrag durch das GKV-WSG:

- Sektorenübergreifende Umstrukturierung des G-BA
- Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch § 137 Abs. 1 und 2 SGB V
- Beschluss des G-BA zur Erstellung einer Richtlinie für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung

2010:

- Beschluss der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) und Nichtbeanstandung des BMG mit Auflagen und Inkrafttreten der Qesü-Richtlinie

Bis Ende 2013:

- Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V mit der Entwicklung von 11 sektorenübergreifenden QS-Verfahren

Qesü-Richtlinie

Rahmenrichtlinie:

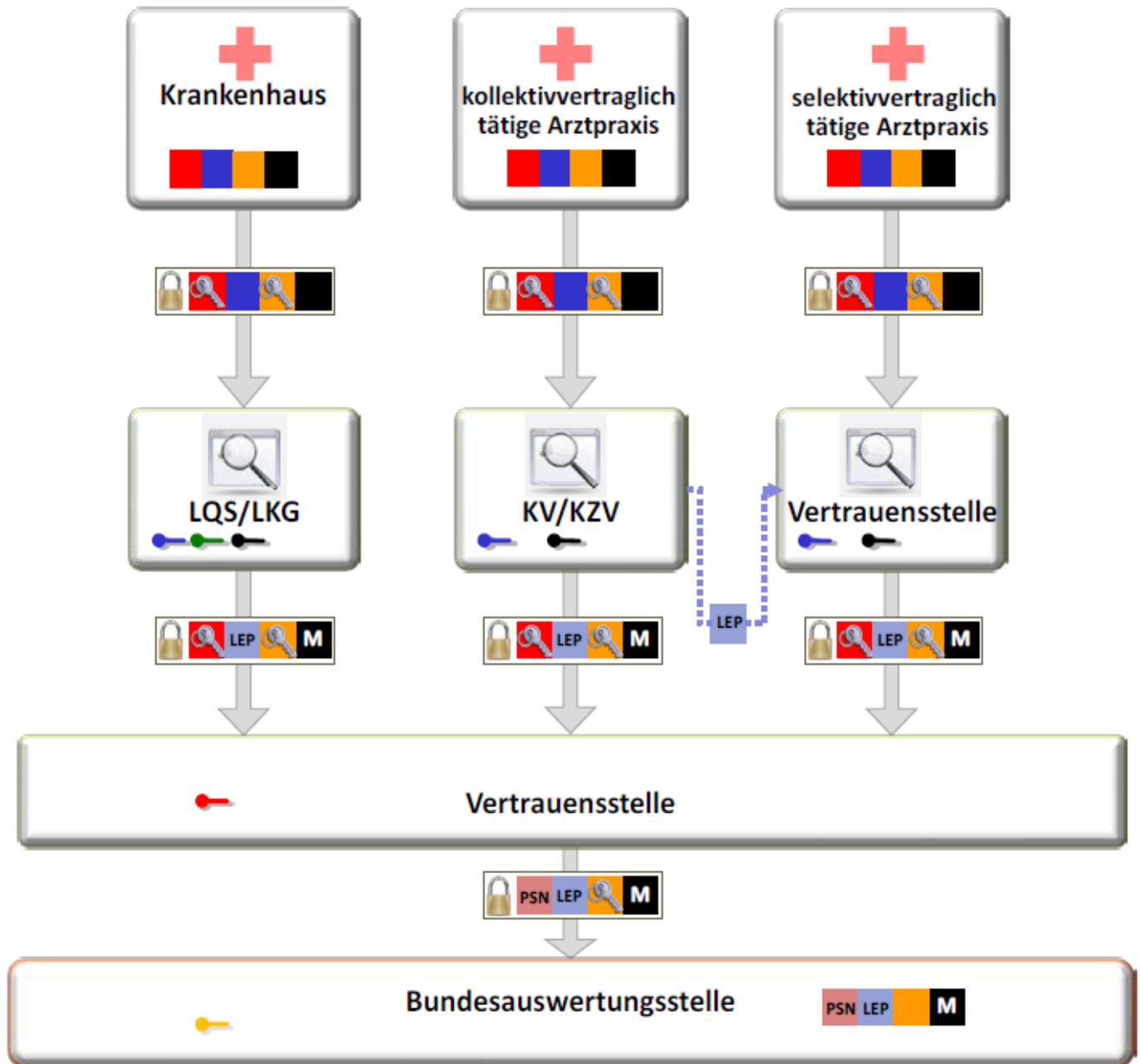
- **Zusammenführung der Daten der Patienten, die in einem QS-Verfahren sind, über Zeit und Raum hinweg (über Monate oder Jahre, unabhängig vom Sektor oder Bundesland, in dem die Behandlung stattfindet):**
 - Sektorenübergreifende Zusammenführung der Daten aus dem stationären, ambulant kollektiv- und selektivvertraglichen Sektor sowie aus dem zahnärztlichen Bereich.
 - Zusammenführung der Daten über einen ggf. längeren Zeitverlauf hinweg.

„Themenspezifische Bestimmungen“:

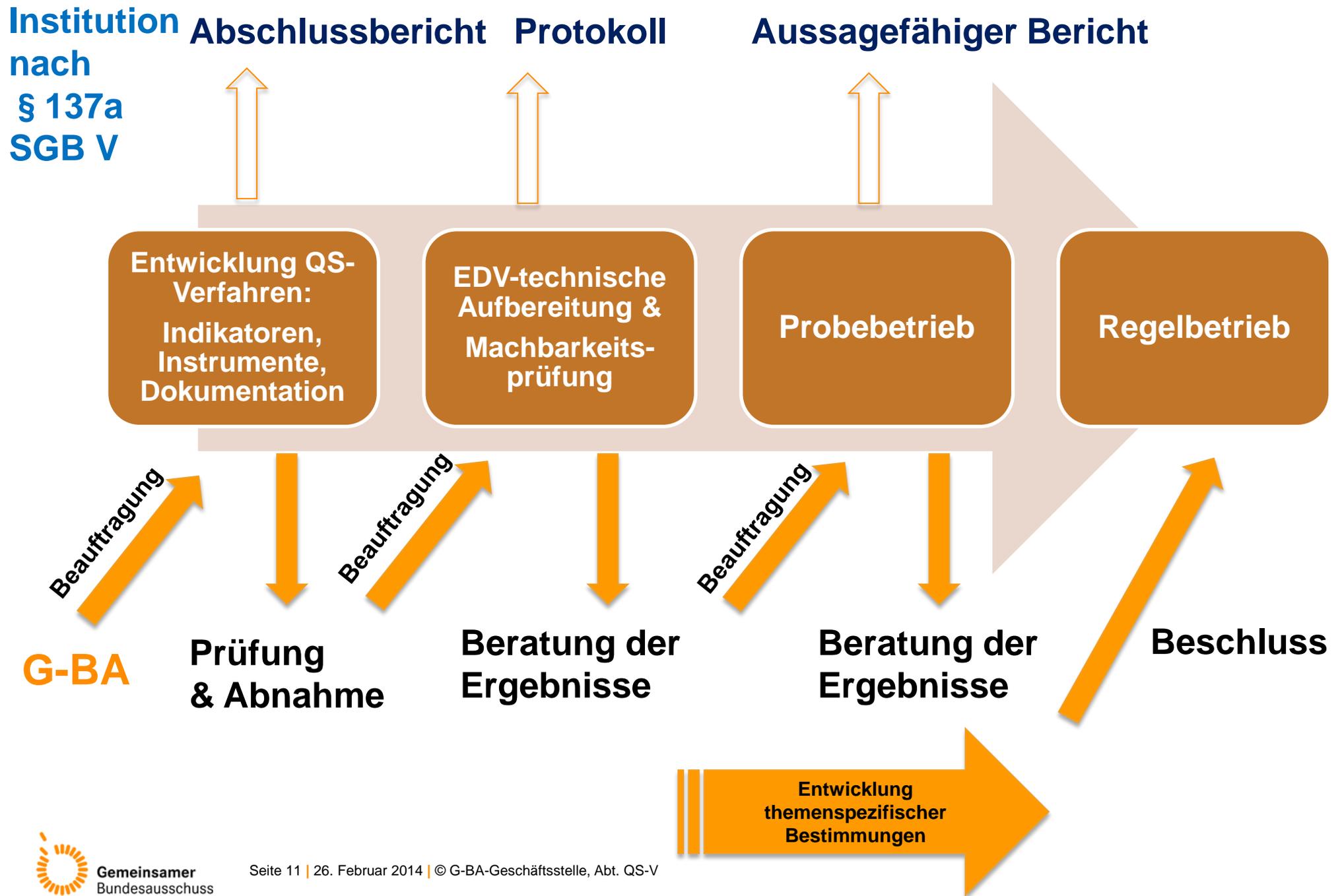
- **Verfahrensspezifische Regelungen im zweiten Teil der Richtlinie**

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



Prozess zur Umsetzung von QS-Verfahren



Entwicklung von QS-Verfahren

Thema des QS-Verfahrens	Machbarkeitsprüfung	Probetrieb
Kataraktoperation		
Konisation		
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)		
Kolorektales Karzinom: Weitere Umsetzung in Beratung		
Arthroskopie am Kniegelenk: Neuausrichtung beauftragt		
Hüft- und Knieendoprothesenversorgung	Umsetzung im Rahmen des „Migrationskonzeptes“	
Nosokomiale Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen + postoperative Wundinfektionen	Erweiterte Machbarkeitsprüfung	
Versorgung bei psychischen Erkrankungen: derzeit in der Entwicklung		



Weitere Entwicklungen in der QS

- Beauftragung von Konzeptskizzen zu möglichen QS-Verfahren Tonsillenoperation und eines zahnmedizinischen Themas
- Einführung einer Längsschnittbetrachtung durch Erfassung von „Follow-up-Daten“ in den Leistungsbereichen Herzschrittmacher, Endoprothesen und Cholezystektomie
- Weiterentwicklung Herztransplantation: Einbindung von Herzunterstützungssystemen
- Entwicklung eines Follow-up für Aortenklappenchirurgie und Koronarchirurgie

Lessons learned

Erfolgskritische Faktoren für die Umsetzung (1)

- Darlegung des versorgungsrelevanten Qualitätsverbesserungspotential
- Qualitätsindikatoren-Set:
 - Gebot der Datensparsamkeit beachten
 - Orientierung der Verfahren am praktisch Machbaren: Pragmatismus versus Perfektion
- Projektmanagement zur Umsetzung von QS-Verfahren, insbesondere frühzeitige Einbindung der Software-Anbieter (bvitg)
 - Anbietervielfalt, insbesondere bei PVS (mehr als 150!)
 - Gemeinsame Entwicklung einer QS-Basispezifikation
 - Spezifikations-/Schnittstellenmanagement (QS – KIS/PVS) verbessern

Lessons learned

Erfolgskritische Faktoren für die Umsetzung (2)

- Intensive Testung der Machbarkeit eines Verfahrens vor dem Ausrollen in der Fläche: „erweiterte Machbarkeitsprüfung“
- 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

Voraussetzungen für die sektorenübergreifende QS

Erforderliche Faktoren für die Umsetzung:

- Die Auslösung und Reidentifikation eines QS-Falles muss in allen Sektoren gleichermaßen möglich sein, dies ist derzeit nur eingeschränkt gegeben
- Mögliche Lösungsansätze:
 - Konzentration auf Verfahren, bei denen die Auslösung im ambulanten und stationären Sektor gleichartig möglich ist
 - „QS-Mini-Kodier-Richtlinie“
 - Nutzung der eGK/Telematikinfrastruktur
 - Schaffung QS-spezifischer Abrechnungsziffern (EBM-GOP)
 - Nutzung von „Routinedaten“: Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gem. § 284 SGB V vorliegen

Ausblick: Nutzung von „Routinedaten“

Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen

Änderung des § 299 Abs. 1a SGB V, GKV-VStG (2012):

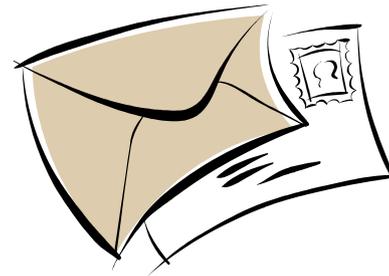
„Die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, nach § 284 Absatz 1 erhobene und gespeicherte Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2 zu verarbeiten oder zu nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 2 und § 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen.“

Ziele einer möglichen Nutzung:

- Für den Leistungserbringer aufwandsarme Erhebung von QS-Daten
- Erfassung langfristiger Endpunkte, deren Erhebung über die Leistungserbringer nicht möglich wäre
- Aber: nicht alle für die QS erforderlichen Informationen sind über Sozialdaten zu erfassen

Ausblick: Patientenbefragungen

- Entwicklung von Befragungsinstrumenten durch die Institution nach § 137a SGB V für die QS-Verfahren PCI und Arthroskopie zur Erfassung der patientenbezogenen Ergebnisqualität (patient reported outcome)



- Derzeit erfolgen Regelungen des G-BA zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und zum Datenfluss

Ausblick: Datenquellen der sektorenübergreifenden QS



Vielen Dank!

Karola Pötter-Kirchner, MPH
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystr. 8
10623 Berlin

E-Mail: karola.poetter-kirchner@g-ba.de
Internet: <http://www.g-ba.de>