

Neuordnung der Qualitätssicherung Letzte Chance für die gemeinsame Selbstverwaltung?

**Veranstaltung
am 10.06.2004 in Hannover**

Jürgen Malzahn

Agenda

1 Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss

2 Ansprüche an Qualitätssicherung

2.1 BQS-Verfahren und Mindestmengen

2.2 Qualitätsberichte

„Kurzgeschichte“ der stationären Qualitätssicherung

- ⊗ Bis
-> Qualitätssicherung wird in die Zuständigkeit des
Gemeinsamen Bundesausschuss verlagert:
wa
- ⊗ Ab
da
-> Gründe:
-> ⇒ Fokuserweiterung in der Qualitätssicherung:
„Von der krankenhauses internen Perspektive zum
Wettbewerbsparameter“
en QS
te
- ⊗ Ab
Me
Vo
-> ⇒ Patienten rücken in den Mittelpunkt von
Qualitätssicherung; folgerichtig ist die Beteiligung
der Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss
ne des
- ⊗ Ab
Me
Vo
-> ⇒ Entscheidungen mit Durchschlagskraft werden
politisch erwartet - Schluss mit Minimalkonsens
nach dem Einstimmigkeitsprinzip

Grundsätzliches zum GBA

§ 91 SGB V

„Gemeinsamer Bundesausschuss“

KBV, KZBV, DKG und Kassen, rechtsfähiger Ausschuss

Zusammensetzung: 3 Unparteiische (1 Vorsitz)

4 KBV

1 KZBV

4 DKG

9 Kassen (3, 2, 1, 1, 1, 1)

Org. n. § 140f Abs. 2 (benannte sachkundige Vertreter der Patientinnen & Patienten) mit beratender Funktion in allen Gremien

Beschluss durch einfache Mehrheit der „Mitglieder“

Grundsätzliches zum GBA

BMGS

§ 91,2

4 KBV
1 KZBV
4 DKG

1 Unparteiischer Vorsitz
2 Unparteiische

3 AOK
2 VdAK/AEV
1 BKK
1 IKK
1 LSV
1 BKN

§ 91,4

5 KBV 9 SpiK
4 DKG

§ 116b Abs. 4
§ 137b
§ 137f

§ 91,5

9 KBV 9 SpiK

§ 92, Abs. 1 S. 2
§ 136 Abs. 2 S. 3
§ 136a

§ 91,6

9 KZBV 9 SpiK

§ 56 Abs. 1
§ 92 Abs. 1 S.2 Nr.2
§ 136 Abs. 2 S.3
§ 136b

§ 91,7

9 DKG 9 SpiK

§ 137
§ 137c

Stationäre Spruchkammer im GBA (§ 91 Abs. 7)

§ 91,7

9 DKG

1 Unparteiischer Vorsitz
2 Unparteiische

3 AOK
2 VdAK/AEV
1 BKK
1 IKK
1 LSV
1 BKN

Unterausschuss Methodenbewertung

5 DKG 5 SpiK

Unterausschuss sonstige stationäre QS

9 DKG 5 SpiK

Unterausschuss externe stationäre QS

5 DKG 5 SpiK

Z.B.: HBO, ACI,
Protonentherapie, etc
„alter Ausschuss nach
§ 137c SGB V“

Qualitätsberichte
Mindestmengen
Grds. Zweitmeinungen
Einrichtungsent. QS
Abschläge

BQS Verfahren

Qualitätssicherung und Gemeinsamer Bundesausschuss

GBA ohne QS

- KH-Behandlung u. Krankentransp.
- amb. Bhd. im KH
- Methodenbew.

QS im GBA

Qualitätsberichte
Mindestmengen
Internes QM
ext. vergl. QS (BQS)
Grds. zur Zweitmeinung
Abschläge

QS ohne GBA

„Rest“-BQS
QS m. Routinedat.

Agenda

1 Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss

2 Ansprüche an Qualitätssicherung

2.1 BQS-Verfahren und Mindestmengen

2.2 Qualitätsberichte

Ansprüche an moderne Qualitätssicherung

Erkennen der eigenen Leistungsfähigkeit im Krankenhaus

Dies gilt für die positiven Aspekte wie für die Optimierungspotentiale

Darstellen

Für P

Kran

**Inwieweit genügen BQS-
Verfahren und Qualitätsbericht
diesen Anforderungen?**

nach Außen

n

Für Krankenkassen ist es wichtig zu Qualität zu erkennen:

- a) Beratung der Versicherten
- b) sonst gibt es im Gesundheitswesen keinen Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität

Agenda

1 Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss

2 Ansprüche an Qualitätssicherung

2.1 BQS-Verfahren und Mindestmengen

2.2 Qualitätsberichte

Externe vergleichende QS - BQS Verfahren I

Umfangreichster Versuch, Qualität stationärer Behandlung zu erfassen

Nach „Startschwierigkeiten“ weitgehende Flächendeckung erreicht

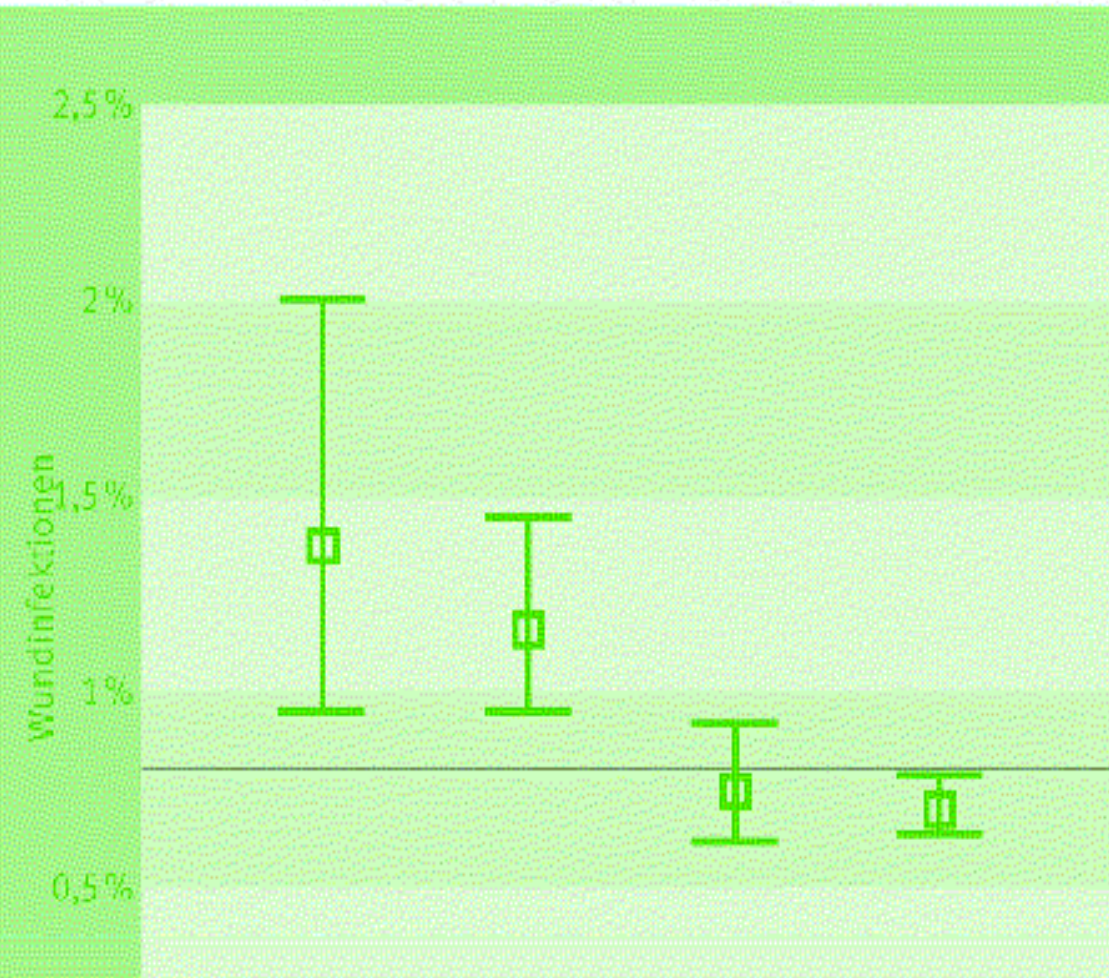
Methodisch aufwendige Erfassung von 2,4 Mio. Datensätzen im Jahr 2003

Wichtige Informationen zum Thema „Mindestmengen“ z.B.:

An über 200 Krankenhäusern werden weniger als 10 Knie-TEPs pro Jahr erbracht:

Die „Anzahl der Wundinfektionen“ korreliert mit der Anzahl der Operationen; noch klarer gilt dies für den Parameter „ausreichende Beweglichkeit bei Entlassung“

**Abbildung 10.3: Vertrauensbereichsgrafik:
Wundinfektionsraten der vier Fallzahlklassen**



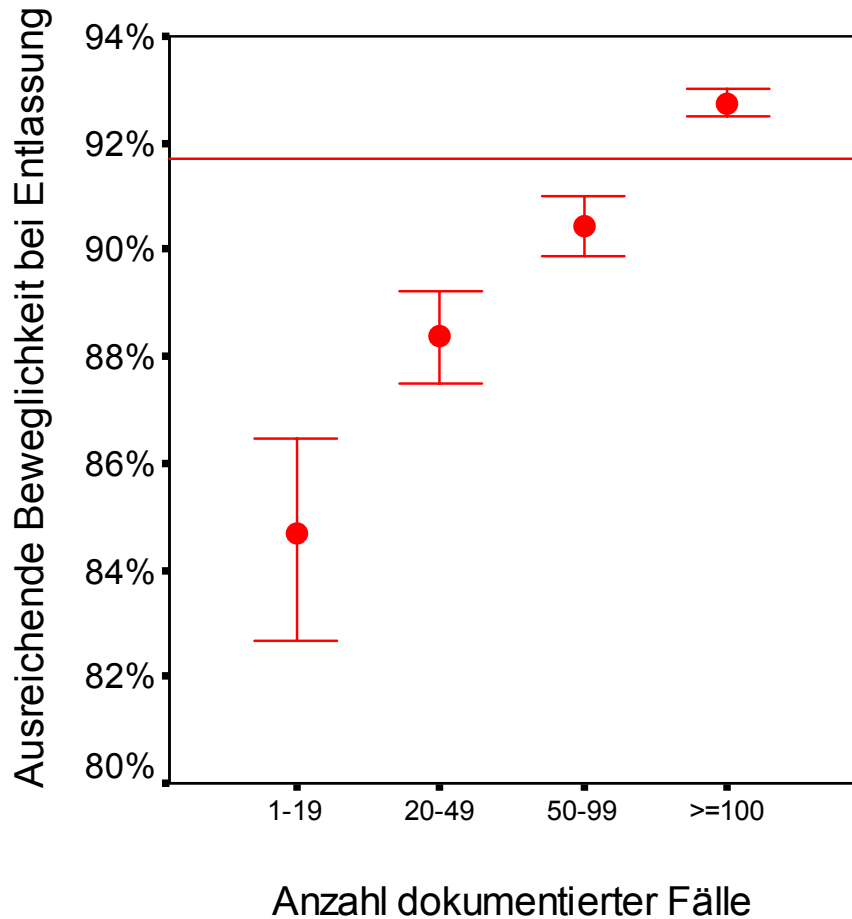
Fallzahl	Σ KHs	%
1 - 19 Fälle	235	1,37
20 - 49 Fälle	206	1,16
50 - 99 Fälle	170	0,75
> 100 Fälle	208	0,70

Knie-TEP 2002

Quelle

Ausreichende postoperative Beweglichkeit

Fallzahlklassenanalyse



Fallzahl	Σ KHS	%
1 -19 Fälle	235	84,7
20 - 49 Fälle	206	88,4
50 - 99 Fälle	170	90,5
> 100 Fälle	208	92,8

$p < 0,001$ (signifikant)

Einschub Mindestmengen

Es gibt sehr wohl für bestimmte Leistungen einen Zusammenhang zwischen Menge der erbrachten Leistung und der Qualität

Herzchirurgischen Eingriffen, abdominalen Aneurysma, benignen Darmoperationen, Neonatalversorgung, AIDS-Behandlung, Brustkrebs, Unterschenkelamputation, Knieprothese, Teratom, Ösophagus-Ca und Pankreas-Ca

(**Quelle: Center for Reviews and Dissemination** des Britischen Nationalen Gesundheitsdienstes an der University of York, 1996.)

Erwartungen an Mindestmengen: Kein riesiger Qualitätssprung -> Aber Mindestmengen helfen, das untere Quartil der Qualität bei bestimmten Leistungen von der Versorgung auszuschließen:

Risikoverminderung, dadurch Qualitätsstabilisierung!

GKV hat Mindestmengen für Knie-TEPs, Koronarchirurgie, Neonatologie, Bauchaortenaneurysmen und PTCA beantragt

Externe vergleichende QS - BQS Verfahren II

Eigene Leistung erkennen?



Ergebnisse von Außen beurteilen? Nicht möglich

Patienten und Kassen tappeln im Dunkeln - beide wissen nicht, mit welchen Ergebnissen die einzelnen Eingriffe in welchem Krankenhaus erbracht werden

Widerspruch:

Qualitätssicherung als innerärztliche Angelegenheit

gegen

Transparenz Kultur

Agenda

1 Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss

2 Ansprüche an Qualitätssicherung

2.1 BQS-Verfahren und Mindestmengen

2.2 Qualitätsberichte

Qualitätsbericht: Ziele der Vereinbarung

Die Ziele des Qualitätsberichtes umfassen

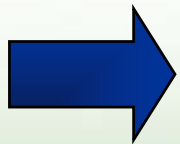
1. Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
2. eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
3. die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

**Dies entspricht den Ansprüchen an eine moderne QS!
Wird also implizit auch Ergebnisqualität gefordert?**

Qualitätsbericht

Wichtige Inhalte der Vereinbarung

- + Umfassende Information über Strukturen der Krankenhäuser**
- + TOP 30 DRGs pro Krankenhaus bzw. Top-10 Hauptdiagnosen und Operationen**
- /+ Angaben zur Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung
aber: Für die Veröffentlichung der Ergebnisse fehlen
Vorgaben!**



Ergebnisqualität wird wahrscheinlich in der Tiefe und den Inhalten stark divergieren! Informationswert eingeschränkt!?

- Negativ: Der zweijährige Rhythmus ist zu lang! Alle anderen QS Verfahren haben einen jährlichen Rhythmus!**

Qualitätsbericht: Aufruf zur Transparenz!

Für Patienten und Kassen von Interesse sind aber neben Strukturdaten und Leistungsmengen auch Parameter wie:

Krankenhausbezogene Ergebnisse der BQS, Komplikationsraten, Mortalitätsraten, etc.

Diese Angaben können freiwillig alle in den Qualitätsbericht einfließen, wenn Krankenhäuser die Informationen zur Verfügung stellen!

Z.B.: Warum soll ein KH nur die 10 häufigsten Operationen pro Fachabteilung veröffentlichen? Werden die anderen Leistungen gar nicht erbracht? Ein Patient, der diese Leistung sucht, wird das Krankenhaus nicht auswählen...

Vision: Qualitätstransparenz wird das entscheidende Marketinginstrument (vgl. QS Bericht der Helios Gruppe, in dem z.B. die Krankenhaussterblichkeit pro DRG veröffentlicht wird)

Zu guter Letzt

Beim GMG wurde lange über ein selbstverwaltungsunabhängiges „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ diskutiert.

Zu träge sind die Partner der Selbstverwaltung oft gewesen...

Ergebnis war am Ende der Gemeinsame Bundesausschuss mit dem IQWiG - sollten aber die hohen Erwartungen an die Arbeitsschwindigkeit und Reformfreudigkeit nicht erfüllt werden, wird ein staatliches Institut wieder auf die politische Agenda kommen

Lassen Sie uns gemeinsam wichtige Schritte auf dem Weg zu einem transparenten Gesundheitswesen unternehmen!

**Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**