

Zukunft Gesundheit Hessen | 07.03.2019

Patient im Mittelpunkt (II)

Gehör verschaffen: Die Rolle der Patienten in der Gesundheitspolitik

**Gemeinsamer Bundesausschuss -
Weiterentwicklung der Qualitätssicherung**

Cordula Mühr

M.Sc.PH

Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA

PatientenvertreterInnen gemäß § 140 f SGB V: Experten und Treuhänder legitimer Patienteninteressen

„Als **Expertinnen und Experten mit eigenem und kollektivem Erfahrungswissen** bringen wir unsere Kompetenz in die Beratungen des G-BA und angeschlossene Gremien ein. Wir sind **nur den Interessen der Betroffenen verpflichtet** und lassen uns **nicht von fremden Interessen instrumentalisieren** (...)

Wir **legen beharrlich Schwachstellen der Versorgung offen** und benennen Defizite, um die Qualität der **Patientenversorgung zu verbessern** und **Transparenz zu erreichen** (...)

Unser Ziel ist die **Verbesserung der Patientensicherheit** und eine Versorgung, die den **Nutzen (Lebenszeit, Linderung, Lebensqualität) für Patientinnen und Patienten** steigert (...)

Wir arbeiten auf ein Gesundheitswesen hin, das allen einen **gleichberechtigten Zugang** bietet (...).“

Quelle: Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (Hrsg.):

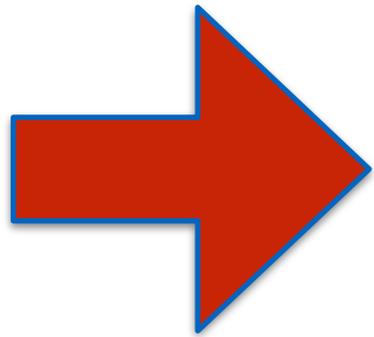
Wir geben Patientinnen und Patienten eine Stimme.

10 Jahre Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Berlin, Juni 2014, S. 14 f.



AGENDA

- I. der lange Weg zur sektorübergreifenden QS...
- II. aktuelle Weiterentwicklungen der QS
- III. notwendige Weiterentwicklungen der QS
- IV. Besondere Anliegen der Patientenvertretung im GBA



GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007:
QS-Maßnahmen sind grundsätzlich
sektorenübergreifend zu erlassen

GBA- Beschluss **19.04.2010:**
Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden
Qualitätssicherung (**Qesü-RL** / Erstfassung)

GBA-Beschluss **21. 07. 2016:**
„**Eckpunkte-Papier**“ zur Weiterentwicklung der datengestützten
Qualitätssicherung (Ziele u.a.: **einheitliche Rahmenbedingungen und
Strukturen** auf Landesebene

GBA-Beschluss **19.07.2018:**
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden
Qualitätssicherung: Erstfassung (**DeQS-RL** / Inkrafttreten: 01.01.2019)

ab 2009: die Institution nach § 137a SGB V (BQS / ab 2010 AQUA-Institut) entwickelt im Auftrag des GBA erstmals neun sektorenübergreifende indikatorgestützte QS-Verfahren

2012: die ersten zwei der entwickelten Verfahren gehen in die Erprobung:

„**QS Konisation**“ und „**QS Kataraktoperation**“

beide wurden „nicht weiter verfolgt“

Gründe:

- Rekrutierungsprobleme sowohl von LE im ambulanten Bereich als auch von Datenannahmestellen
- fehlende Kodiervorgaben ambulant
- unterschiedliche Software-Systeme bei den KV`en
- Katarakt: Ergebnisqualität nicht abbildbar mangels Abrechnungsziffer zur postoperativen Visuskontrolle
- „Problemen mit Softwareherstellern“

(kein Anreiz zur ressourcenintensive Implementierung der Vorgaben ohne Aussicht auf Refinanzierung der Kosten qua Umsetzung als Regelbetrieb bzw. Sicherheit bzgl. des Zeitpunkts der Einführung des neuen Verfahrens)

Konsequenz: Weiterentwicklung „Probetrieb“

- Durchführung zu einem späteren Stadium (nach Entwicklung der Qualitätsindikatoren mit Abschluss Machbarkeitsprüfung)
- soll „fertiges“ neues QS-Verfahren einem letzten Test unterziehen
- soll den Leistungserbringern die Eingewöhnung in den vollumfänglichen Echtbetrieb ermöglichen („Generalprobe“, letzter Schritt vor Regelbetrieb)

Prinzipiell drei Optionen denkbar:

1. Freiwilliger Probetrieb wie bisher
2. Verpflichtend, aber begrenzt (regional / Anzahl Leistungserbringer)
3. zeitlich begrenzter „Regelbetrieb ohne Sanktionen“ als Probetrieb-Ersatz.

Weiterentwicklung in Richtung „ambulante Kodiervorgaben“

steht aus!

Verpflichtende ambulante Kodiervorgaben waren zwar bereits **2011** (im Zuge des Versorgungsstrukturgesetz) vorgesehen, wurden aber nach breiten Protesten ausgesetzt

Eckpunktepapier des GBA 2016:

„Konzentration auf sektorgleiche Verfahren mit vergleichbarer QS-Auslösung“

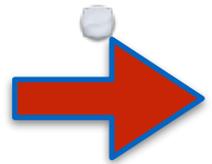
Wo stehen wir heute?

von derzeit **24 Qualitätssicherungsverfahren** sind nach wie vor **21 stationär ausgerichtet**, lediglich drei betrachten Qualität sektorübergreifend bzw. sektorgleich

- Beginn **2016**: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
- Beginn **2017**: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Beginn **2019**: Cholezystektomie (QS CHE)
- ab **2020**: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (QS NET)

QS WI :

- Rückmeldung der fallbezogenen Ergebnisse **erst zwei Jahre nach dem Erfassungsjahr** möglich, weil die Sozialdaten bei den Krankenkassen erst bis zu zehn Monate nach dem Erfassungsjahr vorliegen
- die einrichtungsbezogene **QS-Dokumentation für Belegärzte wird für die Erfassungsjahre 2018 bis 2020 ausgesetzt**



Aktuell **Prüfbitte des BMG** warum die notwendige technische Weiterentwicklung der Abfrage für die Belegärztinnen und -ärzte so lange dauert....

- **In 5-jährige Erprobungsphase nur „Maßnahmen der Stufe 1“** (Teilnahme an Fortbildungen und Qualitätszirkeln, die Durchführung von Audits und Peer Reviews, Implementierung von Behandlungspfaden und Leitlinien)
- Mindestens für EJ 2017 und 2018 **keine Vergütungsabschläge bei unvollständiger Dokumentation**

QS CHE.

Da zum 1. Januar 2019 keine Softwarelösung für die belegärztliche Dokumentation und die anschließende Weiterleitung der QS-Daten erstellt werden konnte wurden auch hier die Belegärzte von der Dokumentationspflicht im Erfassungsjahr 2019 ausgenommen.

Mit dem Ziel der Weiterentwicklung und Stärkung der Qualitätssicherung hat der Gesetzgeber den G-BA durch das am **1. Januar 2016** in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz mit verschiedenen neuen Entwicklungsaufgaben betraut, u.a.:

Qualitätssicherungsdaten für die Krankenhausplanung

Qualitätsabhängige Vergütung

Qualitätskontrollen

Patientenorganisationen im GBA haben den Maßnahmen-Mix des KHSG begrüsst

- **Förderung** (Zuschläge für nachweislich gute Qualität und für Umsetzung von G-BA Richtlinien, Pflegestellungsförderprogramm)
- **Transparenz** (Ausweitung der Berichtspflichten)
- **„QS mit Biss“** durch flankierende Vorgaben für G-BA Maßnahmen (MDK-Kontrollen, Konsequenzen)
- **Regulierung** durch Verknüpfung der Qualitätssicherung mit der Krankenhausplanung
- Möglichkeit zur **Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung** z.B. durch Sicherstellungszuschläge

das Verfahren hat erstmals **wesentliche methodische Verbesserungen** auf den Weg gebracht, die sich **perspektivisch als Prototyp** für die längst überfällige allgemeine Weiterentwicklung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eignen:

- unterjähriges (statt zweijähriges) Feedback an die Krankenhäuser sowie eine Übermittlung der Bewertungsergebnisse an die Länder im Jahresrhythmus
- Weiterentwicklung des strukturierten Dialogs zu einem Stellungnahmeverfahren, das zukünftig nach bundeseinheitlichen Kriterien erfolgt
- Verbesserungen im Zusammenhang mit der Datenvalidierung und der Risikoadjustierung

Last but not least:

Auch wenn die intendierte Beurteilung ganzer Fachabteilungen zu Planungszwecken hinsichtlich „in erheblichem Ausmass unzureichender Qualität“ im ersten Umsetzungsschritt erwartungsgemäss nicht erreicht werden konnte:

bzgl. der 11 „alten“ Qualitätsindikatoren konnten bereits im ersten Durchlauf erhebliche Qualitätsverbesserungen erreicht werden!

Zwischenbewertung: Vertane Chance im Bereich Geburtshilfe

Umsetzungsbeispiele für ein Zusammenspiel von Massnahmen für die Versorgungssteuerung im Interesse von PatientInnen: **Geburtshilfe**

Ist-Zustand:

- Kostenträger wollen Strukturbereinigung
- zunehmende **Engpässe** in der Versorgung
- QI-Indikatoren **sind bereits planungsrelevant** („Anwesenheit Pädiater bei Frühgeburten“ / „E:E - Zeit bei Not-Kaiserschnitten“)
- der LB Geburtshilfe gilt (noch) nicht als „**basisversorgungsrelevant**“ und er ist (noch) nicht vorgesehen für Vereinbarungen zu Sicherstellungszuschlägen, und dass, obwohl gerade die Festlegung als PlanQI die Möglichkeit bietet, den Häusern, welche die Voraussetzung für die Vereinbarung zu Sicherstellungszuschlägen belegen können, als Auflage **Qualitätsvorgaben** zu machen

Voraussetzungen für patientinnenorientierte Versorgungssteuerung:

- Definition als basisversorgungsrelevanter Grundleistungsbereich
- Festlegung von Erreichbarkeitskriterien (Minutenwert)
- Sicherstellungsvereinbarungen auf der Grundlage von Unersetzbarkeit mit den **Qualitätsvorgaben** gemäß PlanQI-Kriterien
- ggf. Strukturförderung zur Erreichung dieser Kriterien
- Umfängliche Nutzung der Planungskompetenz der Landesbehörden gemäß §6 KHS-Finanzierungsgesetz (z.B. Kooperationsvorgaben, Organisation der Rettungsdienste)
- Kreative Angebote von Seiten der Krankenkassen (z.B. Leistungsanspruch auf Ersatzmassnahmen wie Hubschraubertransporte etc.)

Ziele

- **werdende Mütter (und Babies) können sich auf angemessene Bedingungen für eine sichere Geburt verlassen**
- **die Um- / Neugestaltung der Versorgungslandschaft erfolgt qualitätsorientiert**
- **Versichertenmittel (Sicherstellungszuschläge, Strukturförderung) werden effizient und effektiv eingesetzt**

Neue Kontroll- und Durchsetzungsmöglichkeiten

„MDK-Kontroll-RL“

(§ 275a SGB V / § 137 Abs. 3 SGB V)

MDK-Kontrollen sowohl zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern als auch zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder.

Er hat insbesondere auch die Dokumentation für die externe QS zu prüfen.

22.11.2018 (GBA-Beschluss)

Vorschlag der PatV, dass auch die massgeblichen Patientenorganisationen einen Kontroll- Auftrag auslösen können wurde abgelehnt

„Konsequenzen-RL“

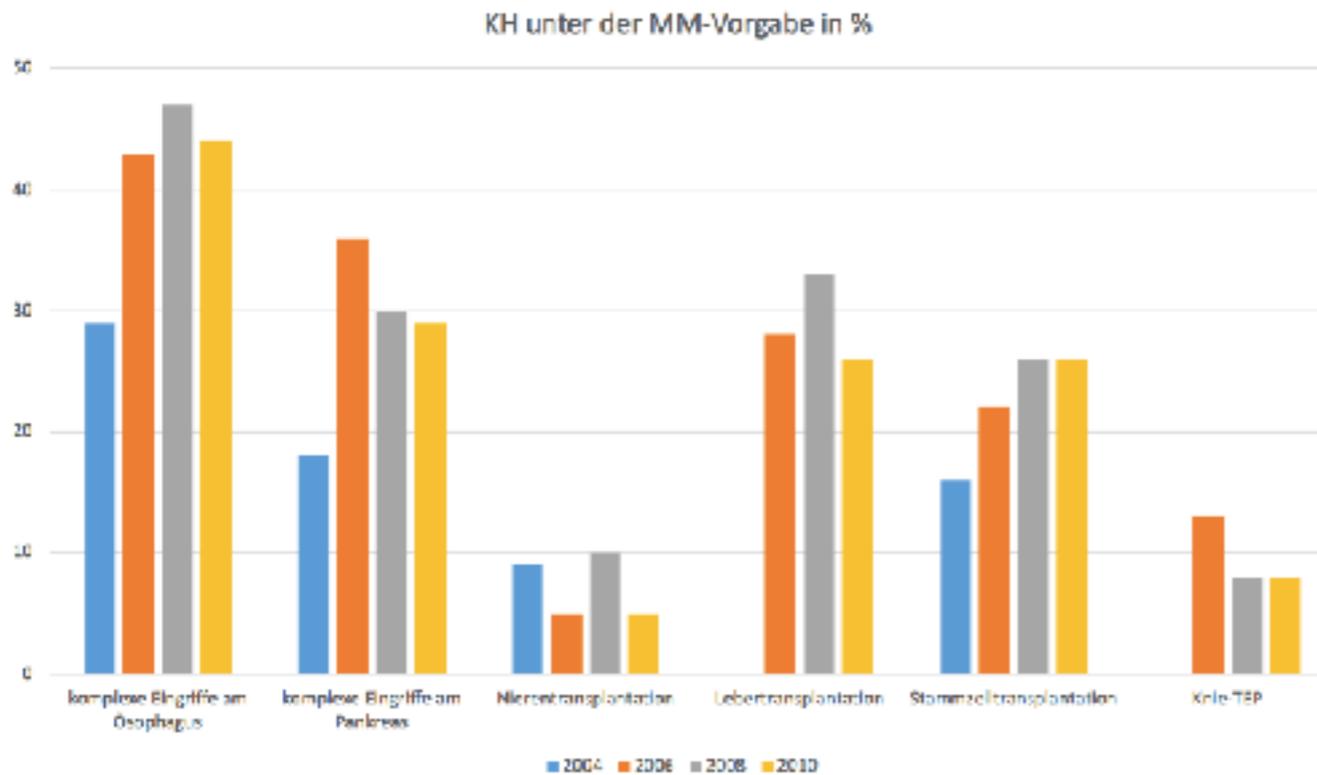
(§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V)

Der GBA soll ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den. §§ 136 - 136c festlegen.

Aus der Gesetzesbegründung zum KHSG:

*„Die Prüfung der Dokumentation für die externe QS ist geboten „weil die **Verlässlichkeit dieser Dokumentation die Voraussetzung für wichtige neue Instrumente der QS ist.** Nur wenn die mit der QS erhobenen Daten die Qualität der Leistungen sachgerecht wiedergeben können diese Daten **rechtssicher** als Grundlage z.B. für eine qualitätsabhängige Vergütung oder für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung herangezogen werden.“*

Mindestmengen-Begleitforschung (BMG): Krankenhäuser unterhalb der Vorgaben



Quelle: de Cruppé W, Geraedts M. Wie konstant halten Krankenhäuser die Mindestmenvorgaben ein? Eine retrospektive, längsschnittliche Datenanalyse der Jahre 2006, 2008 und 2010. Zentralbl Chir 2016;141(4):425-32.

„Konsequenzen-RL“ - offene Fragen:

- sollen sich die „Durchsetzungsmassnahmen mit Sanktionscharakter“ auch auf mangelnde Mitwirkungspflichten / Dokumentationsdefizite beziehen?
- sollen kleine Einrichtungen bzw. Einzelpraxen von „public disclosure“ bzgl. der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen ausgenommen werden?

Aus der
Gesetzesbegründung zum
KHSG:

Schutz und Vertrauen der PatientInnen erfordern, dass Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden (...)

Der GBA ist gesetzlich ermächtigt und beauftragt, **an die Nichteinhaltung von QS-Anforderungen Konsequenzen zu knüpfen (...)**

Diese Ermächtigung umfasst auch **Durchsetzungsmassnahmen mit Sanktionscharakter (...)**

Der GBA führt einen nicht abschließenden **Katalog von relevanten Durchsetzungsmassnahmen auf (...)**

dieser umfasst neben Vergütungsabschlägen bzw. -ausschlüssen

auch die Mitteilung an die KHS-Planungsbehörden der Länder sowie die Unterrichtung der Öffentlichkeit über die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen (...)

Sozialdaten bei den Krankenkassen (administrative + Abrechnungsdaten)

Intention: Vermeidung Dokumentationsaufwand

Nutzung

- zur QS-Auslösung (Index-Leistung)
- für Längsschnittanalysen (Follow-up)
- zur Risikoadjustierung

Nachteil: fragliche Validität

Patientenbefragungen (aktuell in Entwicklung bei QS PCI / QS Schizophrenie)

- als gleichberechtigte Datenquelle durch Gesetzgeber in § 299 SGB V gestärkt
- Ergebnisse liefern verlässliche Hinweise auf Qualität
(Systematic Review, BMJ 2013)

Einrichtungsbefragungen (QS WI): 1 x jährlich zum Hygienemanagement

Strukturabfragen (QFR-RL)

- Verpflichtende Angaben zur strukturellen sowie personellen Ausstattung der Einrichtung
- Ziel: Prüfung, ob diese **Perinatalzentren** (Versorgungsstufe I und II) bzw. **Einrichtungen mit perinatalem Schwerpunkt** (Versorgungsstufe III) die in der RL festgelegten strukturellen und personellen Voraussetzungen einhalten

Zukünftig: **Register-Daten** (TX, Krebsregister, Implantat-Register....)

Exkurs: Datenquelle Sozialdaten

„Wer wie ich über Jahre gesehen hat, was die Diagnosen wert sind, die aufgeschrieben werden, muss sagen: Ein nicht zu übersehender Anteil der Diagnosen sind reine Abrechnungsdiagnosen. **Und die Daten, die da ausgewertet werden, sind wenig zielführend, da sie das Versorgungsgeschehen nur sehr bedingt abbilden. (...)**

Wenn man etwas für die Patienten und die ehrlichen Ärzte - und das ist die große Mehrheit - tun möchte, dann brauchen wir die elektronische Fallakte“ .

Dr. Axel Munte, von 2001 bis 2010 Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/asv/article/855509/munte-asv-geburt-schmerzhaft-aber-kind-lebt.html

SPIEGEL ONLINE SPIEGEL

Alle Texte | Anmelden



Betrug im Krankenhaus

"Alle beschreiben sich gegenseitig, dass sich die Balken biegen"

SPIEGEL Exklusiv für Abonnenten

Tricksen, täuschen, therapieren - in Kliniken werden falsche Diagnosen gestellt, unnötige Eingriffe durchgeführt, Abrechnungen manipuliert. Hier berichten Ärzte und Fahnder, wie das möglich ist. Von Kristina Gierke



22. Februar 2019

<http://www.spiegel.de/plus/betrug-im-krankenhaus-alle-bescheissen-sich-gegenseitig-dass-sich-die-balken-biegen-a-e2047276-9a2b-43ae-91cc-9b79c2b3bd3c>

aerzteblatt.de

Home Archiv News Themen DÄ plus Politik Medizin

Politik

Fast alle größeren Krankenkassen an Diagnosemanipulationen beteiligt

Mittwoch, 12. Oktober 2016



<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70859/Fast-alle-groesseren-Krankenkassen-an-Diagnosemanipul>

Exkurs: Datenquelle Patientenbefragungen

Lloyd et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014, **12**:5
<https://www.hqlo.com/content/12/1/5>



REVIEW

Open Access

Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches

Helen Lloyd*, Crispin Jenkinson, Monica Hadi, Elizabeth Gibbons and Ray Fitzpatrick

McKenna *BMC Medicine* 2011, **9**:95
<http://www.biomedcentral.com/1745-2913/9/95>



Authorship of this manuscript is currently under dispute between Prof. Stephen McKenna and Ms. Lynda Doward. Appropriate editorial action will be taken once this matter is resolved.

OPINION

Open Access

Measuring patient-reported outcomes: moving beyond misplaced common sense to hard science

Stephen P. McKenna

„... PROM's are essential für measuring the quality of medical or hospital care patients receive“

Untersuchung von 166 Akutkrankenhäusern des NHS durch Vergleich von Ergebnissen aus Patientenbefragungen mit Ergebnissen aus Routine- und Dokumentationsdaten

bei den 25% der von PatientInnen am saubersten eingeschätzten Häusern:

- 5% weniger Mortalität
- 11% geringere Wiedereinweisungsraten
- 42 % weniger MRSA-Fälle

Quelle: *Archives of internal Medicine* , Februar 2012

PROM`s (patient reported outcome measures) **und**
PREM`s (patient reported experience measures)
können Prozess- und Ergebnisqualität zuverlässig abbilden

Bereits die Qesü-RL sah 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 Vertrauenstelle 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

- **seit 2015** (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)
Einführung eines **Mitberatungsrechts der Länder** bei planungsrelevanten QS - Maßnahmen
- **seit 2018:**
Patientenvertreter*innen mit Mitberatungsrecht in Lenkungs- und allen Fachgremien auf Bundes- und Landesebene

Qualitätsindikatoren messen den Erfüllungsgrad von relevanten Qualitätsanforderungen in Bezug auf die Effektivität der Versorgung, die Patientensicherheit, die Patientenorientierung und den Zugang zur Versorgung bzw. deren Koordination

Die Interpretation und Bewertung ist ein Prozess, in den die Perspektiven der verschiedenen Akteure, Experten und Nutzer des Gesundheitswesens einfließen müssen

Qualitätsberichte der Krankenhäuser:

KHSG: spezieller Berichtsteil mit patientenrelevanten Informationen in laienverständlicher Sprache, insbes. Patientensicherheit, Hygienestandards, Personalausstattung, Risiko- und Fehlermanagement

Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln (§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 7 SGB V)

IQTIG-Auftrag:

- Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind
- Ziel: Information in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel

Krankenhaus-Qualitätsportal (§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V)

IQTIG-Auftrag:

Auswahl und Darstellung der Informationen in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form ausgerichtet am Informationsbedürfnis und den Informationspräferenzen der Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen sowie den relevanten Entscheidungskriterien, nach denen diese eine Krankenhausauswahl treffen
soll fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern bzw. ihren Standorten ermöglichen.

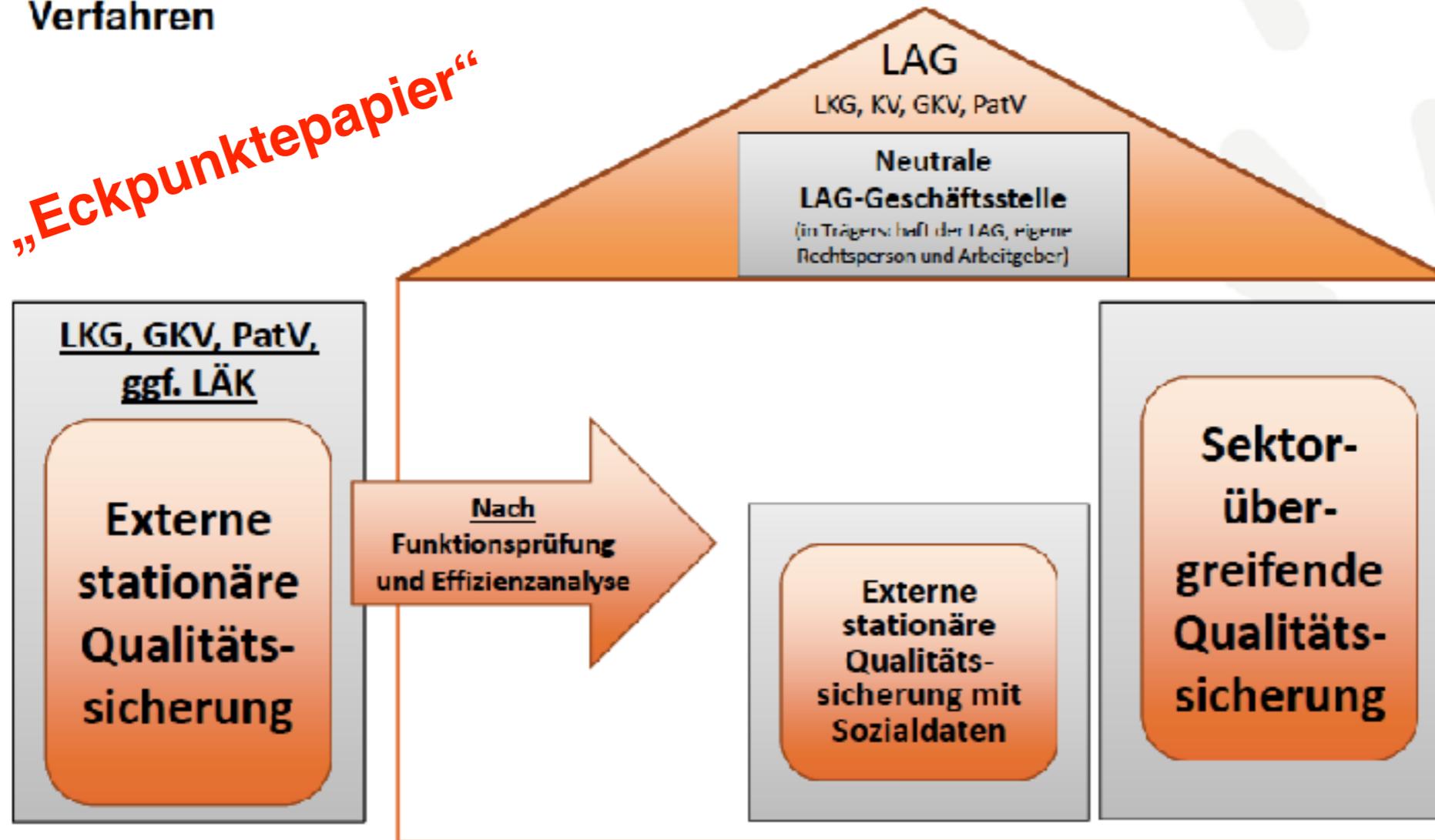
(**17.01.2019** Beauftragung Erster Schritt: Identifizierung der Zielgruppen und ihrer Informationsbedürfnisse, Benennung der erforderlichen Inhalte, Vorschläge zur Aufbereitung und Visualisierung. Bericht bis zum 31. 12. 2020)

Information über die Versorgungsqualität von sehr kleinen Frühgeborenen

Auf der Webseite perinatal.org wird die Versorgungsqualität aller deutschen Perinatalzentren, die sehr kleine Frühgeborene versorgen, miteinander verglichen. Die Qualität der Versorgung wird durch das Überleben, das Überleben ohne schwere Erkrankung sowie über die klinische Erfahrung des Behandlungsteams abgebildet.

Stufe 5 Organisatorische Zusammenführung der datengestützten QS-Verfahren

gemäß „Eckpunktepapier“



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

Erweiterung der Beobachtungsebenen

Bisheriger Fokus (§ 299 SGB V) :

Qualitätsförderung und qualitätsverbessernden Maßnahmen sind ausschliesslich ausgerichtet auf die Versorgungspraxis einzelner Einrichtungen, mit dem Ziel des Einrichtungsvergleichs

Diese Perspektive muss ergänzt bzw. erweitert werden durch eine neue, **strukturelle Qualitätsbewertung**, welche die Versorgung von Regionen und Populationen in den Fokus stellt.

„Area-Indikatoren“

- können sektorenübergreifende Maßnahmen des Qualitätsmanagements stimulieren
- können Auslöser für sektorenübergreifende Qualitätsmessung sein
- können Planungszwecken dienen

Exkurs: strukturelle Qualitätsbewertung

Patienten sind nicht sektorspezifisch krank!

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



Lokale Gesundheitszentren, psychiatrische Institutsambulanzen und weitere Leistungserbringer könnten in

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

Chance vertan!

Plenumsbeschluss Januar 2019:

Die Entwicklungsbeauftragung des IQTiG für ein QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ schliesst - auf Antrag des GKV-SV - eine Betrachtung der „Systemebene“ aus.

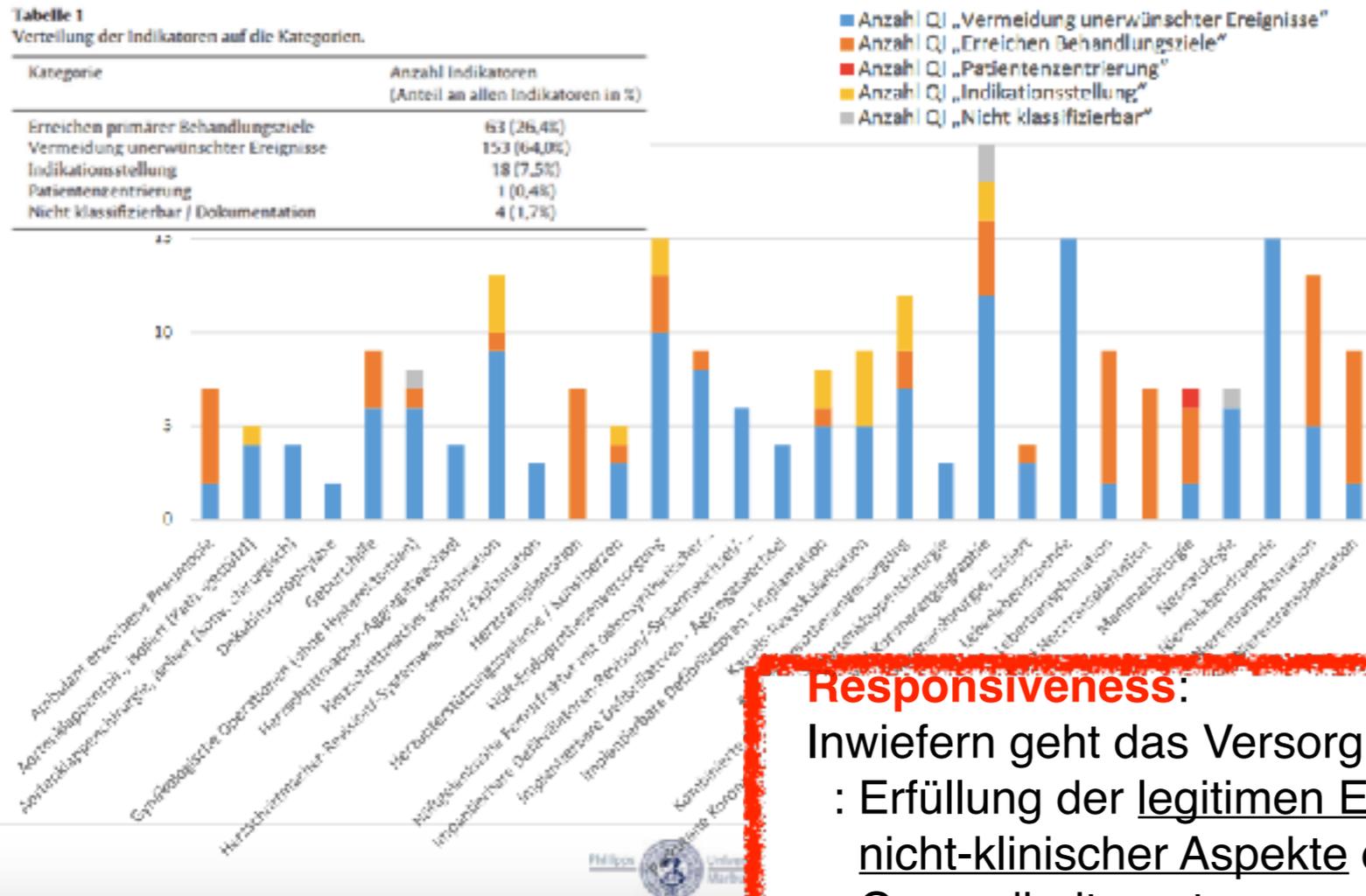
Erweiterung der Qualitätsdimensionen

Ausgewogenheit der QI-Sets der externen QS

Anzahl und Kategorisierung der QI nach Leistungsbereich

Tabelle 1
Verteilung der Indikatoren auf die Kategorien.

Kategorie	Anzahl Indikatoren (Anteil an allen Indikatoren in %)
Erreichen primärer Behandlungsziele	63 (26,4%)
Vermeidung unerwünschter Ereignisse	153 (64,0%)
Indikationsstellung	18 (7,5%)
Patientenzentrierung	1 (0,4%)
Nicht klassifizierbar / Dokumentation	4 (1,7%)



Quelle:

Döbler K, Geraedts M.

Ausgewogenheit der Qualitätsindikatorensets der externen Qualitätssicherung nach §136 SGB V. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2018; 134:9-17.

Responsiveness:

Inwiefern geht das Versorgungssystem auf die Patientenbedürfnisse ein?
: Erfüllung der legitimen Erwartungen der Bevölkerung hinsichtlich nicht-klinischer Aspekte der Versorgung in der Interaktion mit dem Gesundheitssystem

Patient-centeredness:

Inwiefern steht der/die Patient/in im Zentrum der Behandlung?

- Kontinuität der Behandlung
- Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen
- Aufklärung, Information
- Partizipative Entscheidungsfindung

Es müssen Patient*innen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen und die erforderlichen konservativen Behandlungsformen in den Blick genommen werden
erkrankungsübergreifende Qualitätsaspekte wie Personalausstattung oder die kooperative Versorgung durch alle Gesundheitsberufe müssen stärker in den Vordergrund rücken

Verbesserungen bei der Indikationsstellung, der Aufklärung und der Entscheidungsfindung bei diagnostischen oder therapeutischen Methoden

Ohne Patientenperspektive, gemessen mit validen Instrumenten, gibt es keine vollständige Kenntnis über die tatsächliche Qualität der Gesundheitsversorgung, auch keine Chance zur Verbesserung....

Exkurs: QS der Indikationsstellung

Evidence based medicine: what it is and what it isn't

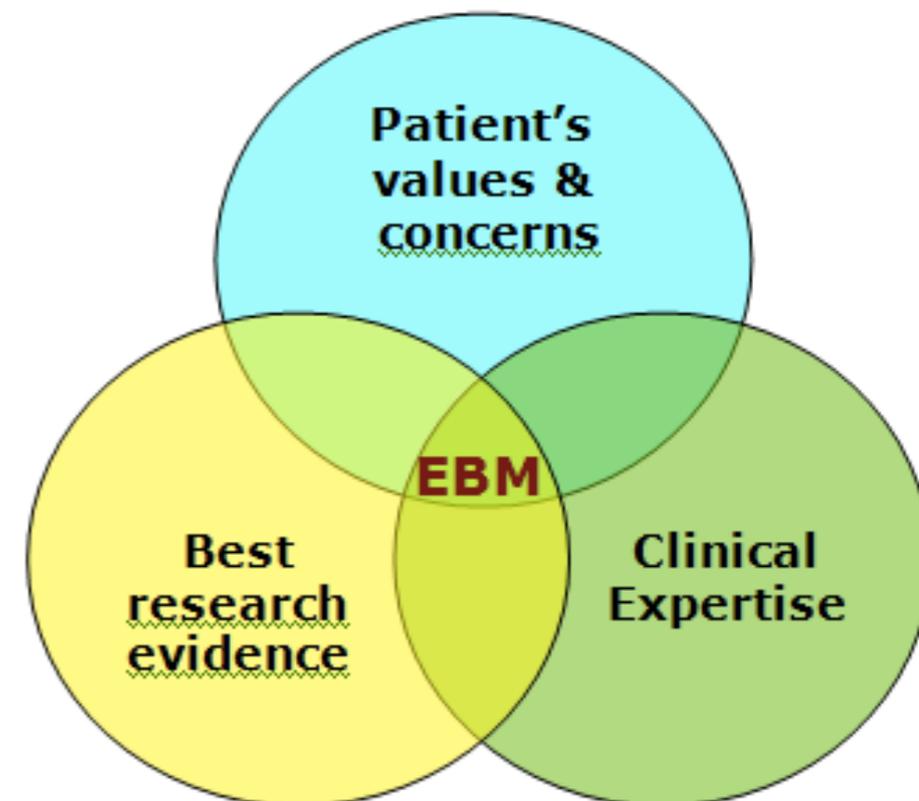
Evidence based medicine is not “cookbook” medicine. Because it requires a bottom up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients' choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care. External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise, and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision. Similarly, any external guideline must be integrated with individual clinical expertise in deciding whether and how it matches the patient's clinical state, predicament, and preferences, and thus whether it should be applied. Clinicians who fear top down cookbooks will find the advocates of evidence based medicine joining them at the barricades. (...)

BMJ VOLUME 312 13 JANUARY 1996

DAVID L SACKETT
Professor

QS der Indikationsstellung geht nur mit Patientenbefragung

Eine qualifizierte Indikationsstellung gemäß EbM-Konzept setzt die Berücksichtigung der Patientenperspektive voraus.





Der Wunsch, Patientinnen und Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess einzubeziehen, ist nicht neu. So hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits vor mehr als 15 Jahren einen Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungs-

Seit dem Patientenrechtegesetz ist klar: ohne informierte Entscheidung keine medizinische Intervention. Notwendig ist ein Paradigmenwechsel in der Nutzenbewertung des Shared Decision-Making (SDM).

schließlich Verzicht auf eine Behandlung) gibt. Das Ziel einer SDM-Intervention ist eine informierte Entscheidung, nicht jedoch die Verbesserung von krankheitsbezogenen patientenrelevanten Endpunkten. Wenn beispielsweise eine SDM-Intervention keine oder geringe Auswirkungen auf diese patientenrelevanten End-

QS der informierten Entscheidung geht nur mit Patientenbefragung

Dieser Beitrag gibt die persönliche Meinung der Autoren wieder und nicht notwendigerweise die des IQWiG.

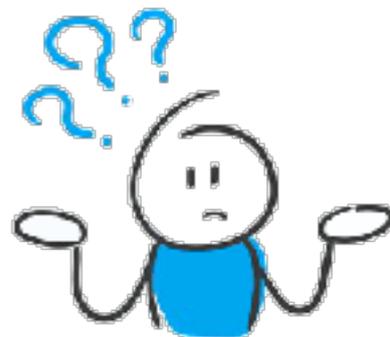
Autoren:
Dr. jur. Anne Rummer, Dr. rer. medic. Fülöp Scheibler,
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG)

Last but not least:

„Qualitätsoffensive ambulante Versorgung“

- Krankenhäuser müssen Qualitätsergebnisse einrichtungsbezogen veröffentlichen
- Vertrags(zahn-)ärzte bisher nicht – obwohl bei sektorübergreifenden und sektorgleichen QS-Verfahren u.U. dieselben Informationen für beide Sektoren vorliegen

Wie sollen Patient*innen eine Wahl treffen, wenn Qualitätsinformationen über einen relevanter Teil von Leistungserbringern nicht zur Verfügung stehen



Beschluss 4.1. (auf Antrag von NRW):

„Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik“

Die GMK spricht sich dafür aus, die Beteiligung von Patientinnen und Patienten strukturell in allen Gremien des Gesundheitswesens weiter zu stärken. Die GMK sieht die Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einzubeziehen, um so ihre Expertise in eigener Sache in die Entscheidungsprozesse einbringen zu können. Patientenbeteiligung ist ein Element zur Stärkung der Patientenrechte und trägt zur Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung bei. Hierzu bedarf es auch der Sicherstellung von angemessenen Ressourcen, um Patientenbeteiligung zu ermöglichen.

Strukturell Voraussetzungen für die Patientenvertretung im GBA

- **Ehrenamt braucht Hauptamt!**
- Die **koordinierende Tätigkeit** der maßgeblichen Patientenorganisationen ist eine **Grundvoraussetzung für das Funktionieren** der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen.
- Diese Tätigkeit erfolgt im Gesamtinteresse aller Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und geht vielfach über das Verbandsinteresse hinaus.
- Die maßgeblichen Patientenorganisationen fordern daher die **Schaffung eines spezifischen Haushaltstitels im Bundeshaushalt** zur Finanzierung ihrer systemunterstützenden Arbeit bzw. bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung eine **Berücksichtigung beim Systemzuschlag**.

Wer sich für zu klein und zu unbedeutend
hält um etwas zu
bewegen,



der hat noch nie mit einer Mücke in
einem Zimmer übernachtet.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!