

Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung

Pressegespräch

Was will der GKV-Spitzenverband erreichen?

Dr. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende, GKV-Spitzenverband



è SGB V § 2 Satz 3

„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“



Spitzenverband

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung

- I Anforderungen kontinuierlich ausgebaut
- I Mehr Dokumentationsverpflichtungen kosten Zeit und Geld
- I Bürokratie-Vorwurf
- I Was erreicht sie wirklich?

Positionen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung



1. Qualitätssicherung bedeutet Verantwortung
2. Ergebnisse der Qualitätssicherung sind öffentlich zu machen
3. Patientenorientierung steht im Fokus von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen
4. Qualitätssicherung ist die Grundlage für Qualitäts-wettbewerb
5. Messung der Qualität ist Grundlage für die Weiter-entwicklung der Versorgung

Positionen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung



6. Dokumentation ist notwendig, der Aufwand dafür muss so niedrig wie möglich gehalten werden
7. Qualitätssicherungsverfahren sind kontinuierlich zu überprüfen und weiter zu entwickeln
8. In der medizinischen Versorgung gelten einheitliche Qualitätsanforderungen
9. Qualitätsmessung schließt auch die Verlaufsbeobachtung ein
10. Qualitätssicherung überschreitet die Sektorengrenzen

„Qualitätssicherung bedeutet Verantwortung“

Qualitätssicherung bedeutet Verantwortung



Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass

- die Mehrheit der Krankenhäuser die fachlich konsentierten Referenzwerte erreicht
- in einigen Bereichen ein Teil die Referenzwerte nicht erreicht

Wir fordern:

Wenn relevante Mängel bestehen, muss gehandelt werden!

Verbesserung der Versorgung durch Qualitätssicherung



Beispiel: OP der Herzkranzgefäße (Bypass-Operation)

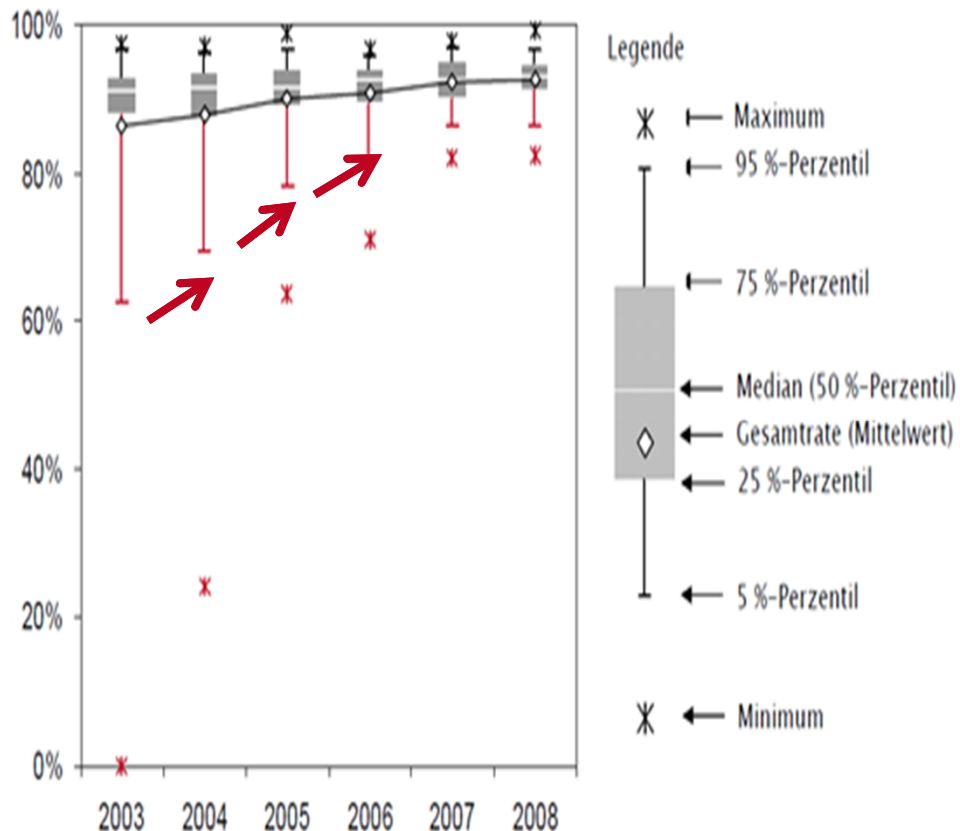
Es soll die innere Brustwandarterie verwendet werden, nicht mehr die Unterschenkelvene

Weniger Komplikationen am Herzen und an den Beinen

Seit der Einführung der QS in 2003: Krankenhäuser haben sich deutlich verbessert

Qualitätsziel:

Möglichst häufige Verwendung der inneren Brustwand-Arterie für Herzkranzgefäß-OPs



Laut Bundesauswertungen:

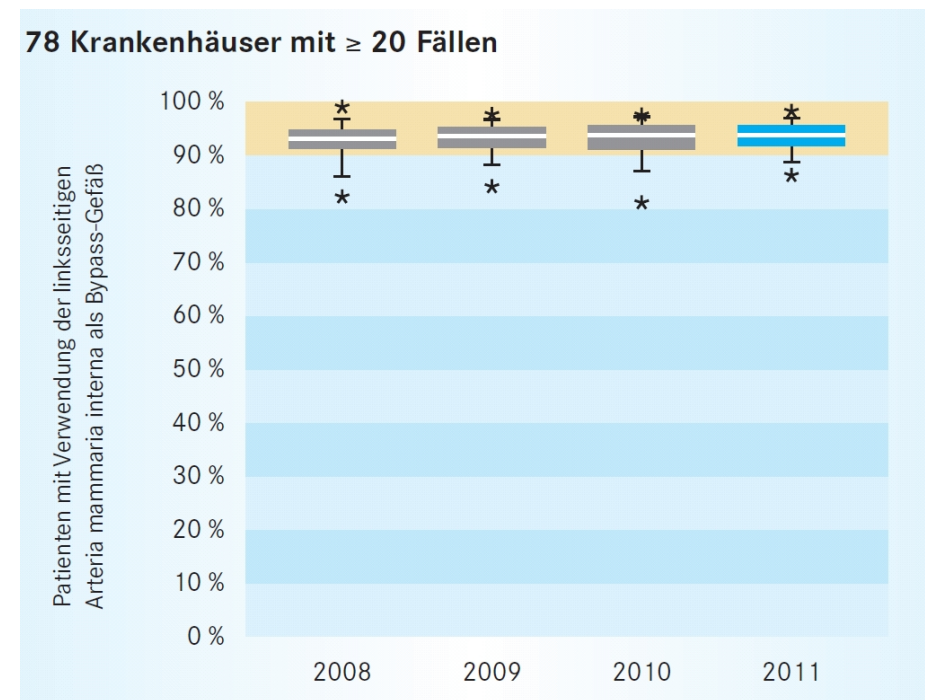
- è 2003 gab es Krankenhäuser, die diesen Qualitätsindikator nie (0 %) erfüllten, andere dagegen bereits bei 96 % ihrer Patienten.
- è 2008 stieg das Minimum auf 82 % aller Patienten,
- è 2011 lag die Spannbreite zwischen 86 % und 98 %.

Quelle: Ergebnisse des Qualitätsindikators „Verwendung der inneren Brustwandarterie als Bypassgefäß“ im Zeitverlauf 2003 bis 2008 (Döbler et al. 2009)

Möglichst häufige Verwendung der inneren Brustwand-Arterie für Herzkranzgefäß-OPs

Der Verlauf in den letzten Jahren zeigt:

- Die Ergebnisse sind stabil
- Der Erfolg ist insbesondere bedingt durch den strukturierten Dialog mit auffälligen Krankenhäusern.



Quelle: Qualitätsreport 2011 des AQUA-Instituts; www.sgg.de

Qualitätsziel: OP innerhalb von 48 Stunden bei einem Oberschenkelhalsbruch



- è Eine verzögerte Operation nach Krankenhausaufnahme wegen Oberschenkelhalsbruch führt zu einer höheren Komplikationsrate.
- è Mindestens 85 % aller Operationen sollten innerhalb von 48 Std. nach Aufnahme durchgeführt werden. Fachlich konsentiert ist ein Referenzwert einer längeren Verzögerung bei weniger als 15 % der Patienten eines Krankenhauses pro Jahr.
- è Aber: Etwa ein Fünftel der Krankenhäuser erreicht diesen Referenzwert nicht!
- è Ergebnisse am Wochenende schlechter

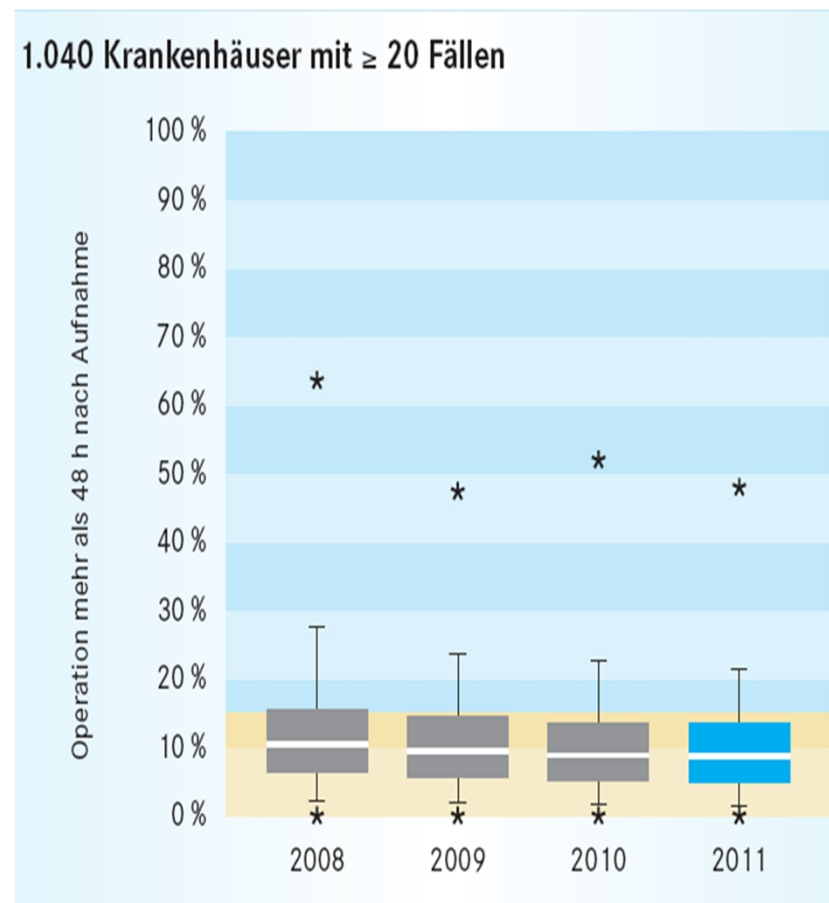
Oberschenkelhalsbruch



Spitzenverband

unerwünschte OP-Verzögerung um mehr als 48 h

- è 2011 gab es Krankenhäuser, die das Optimum erreichten (OP bei 100 % der Patienten innerhalb von 48h)
- è andere verzögerten bei jedem 2. Patienten um mehr als 48h
- è Etwa ein Fünftel der Krankenhäuser erreichte nicht den fachlich konsentierten Referenzwert
- è Nur geringe Verbesserung seit 2008



Quelle: Qualitätsreport 2011 des AQUA-Instituts; www.sgg.de

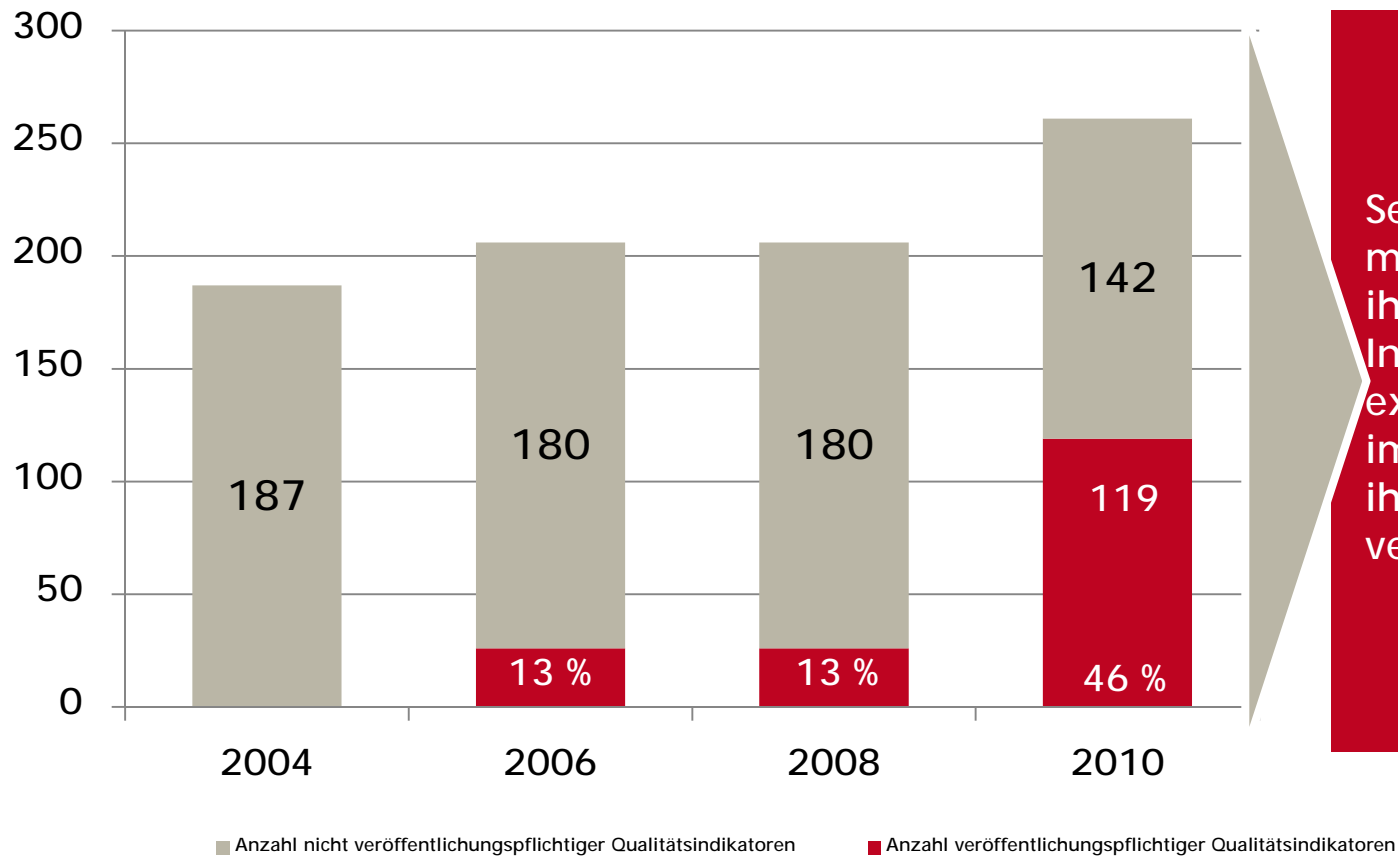
Um das Qualitätsziel zu erreichen,
fordern wir einen wirksamen
strukturierten Dialog.



- è Intensivierung Austausch Fachgruppe/Krankenhaus, nicht nur Anschreiben, sondern auch konkrete Schritte
- è Verbindliche Vorgaben für interne Prozesse
- è Konkrete Schritte
- è Mehr Begehungen vor Ort
- è Unterschiedliches Vorgehen in den Ländern angleichen

„Ergebnisse der Qualitätssicherung sind öffentlich zu machen“

Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren



Seit Januar 2012 müssen Krankenhäuser ihre Ergebnisse zu 119 Indikatoren (46 %) der externen stationären QS im Qualitätsbericht auf ihrer Homepage veröffentlichen.

Erstmals wird 2012 für jedes einzelne Krankenhaus veröffentlicht,...



- è wie viele Patienten nach Gallenoperation versterben.
- è bei wie vielen Patienten nach Einsatz eines Herzschrittmachers Komplikationen auftreten.
- è wie viele Patienten nach Einsatz eines neuen Hüft- oder Kniegelenks versterben.

Wir fordern:

alle Ergebnisse müssen veröffentlicht werden

„Dokumentation ist notwendig, der Aufwand dafür muss so niedrig wie möglich gehalten werden“

Beispiel Dekubitus: Es geht einfacher und besser



- è Bisher füllen alle Krankenhäuser im 1. Quartal für jeden Patienten über 74 Jahre einen QS-Bogen aus
- è Das sind pro Jahr 1,1 Mio Bögen
- è Aber: Die Information, ob ein Patient einen Dekubitus hat, wird über die Abrechnungsdaten ohnehin erfasst

Künftig:

- è Werden die Abrechnungsdaten auch für die QS genutzt
- è Unabhängig vom Alter werden ganzjährig alle Patienten erfasst
- è Bessere Informationen mit weniger Aufwand (ca. 300.000 Bögen)

Verlässliche Qualitätsmessung, aber möglichst geringer Aufwand

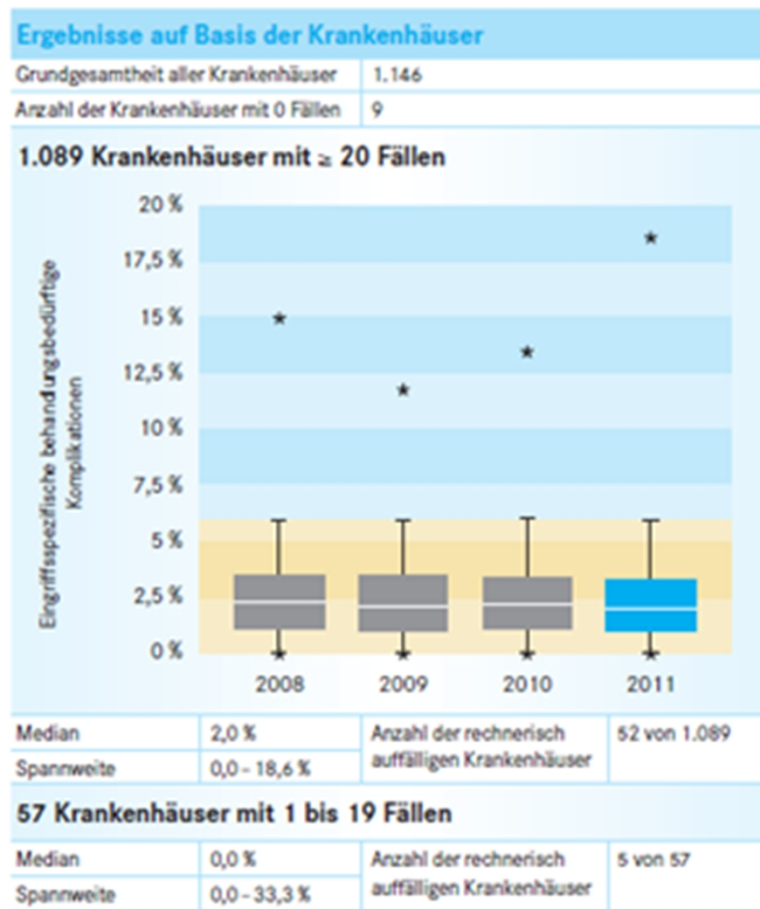


Wir fordern:

- è Es sollten nur Daten erhoben werden, die für die Messung und Verbesserung der Qualität zwingend erforderlich sind.
- è Doppeldokumentationen sind unnötig und müssen vermieden werden.
- è Künftig sollen auch „Routinedaten“ der Krankenkassen konsequent für die QS genutzt werden (gesetzlich möglich seit 01.01.2012).

„Qualitätsmessung schließt auch
Verlaufsbeobachtung ein“

Beispiel: Komplikationen nach Gallen-OP



Ergebnisse des Qualitätsindikators „Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation“

- è während eines Krankenhausaufenthaltes
- è 95 % der KH haben weniger als 6 % Komplikationen
- è **Ab 2014 ist auch eine Erfassung von Komplikationen nach Krankenhausentlassung geplant**

Quelle: Qualitätsreport 2011 des AQUA-Instituts; www.sgg.de

Qualitätssicherung muss Qualitätsempfehlungen und Verlaufsbeobachtungen verknüpfen und Sektorengrenzen überschreiten

Nicht die einzelne Behandlung zählt, sondern das
Ergebnis für den Patienten im Zeitverlauf



Gleiche Qualitätsanforderungen für gleiche Leistungen

- § Bundeseinheitlich, ambulant und stationär
- § Kollektiv- und selektivvertraglich
- § Bei Auffälligkeiten müssen auch Maßnahmen ergriffen werden

Fazit:

- § Daten, die für aussagekräftige Qualitätssicherung notwendig sind, müssen zur Verfügung gestellt werden.
 - § Diese müssen dann vernünftig zusammengeführt, ausgewertet und transparent gemacht werden.
 - § Patientenperspektive ist entscheidend, nicht Abrechnungsquartale oder Sektorengrenzen.
- è Es geht darum, gute Qualität zu erkennen, Qualitätsmängel gezielt zu beheben und die Versorgung insgesamt weiterzuentwickeln.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.