

6. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses am 22. und 23. September 2014, Hotel Berlin, Berlin

Programm

Stand: 16.09.2014

1. Tag / 22. September 2014, 11.00 Uhr bis ca. 17.00 Uhr

ab 10:00 Uhr	Registrierung, Begrüßungskaffee
11:00 – 12:45 Uhr	Plenum Moderation: Dr. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied des G-BA
11:00	Eröffnung, Begrüßung
11:10	Grußwort Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
11:25	Evidence-informed improvement (englischsprachig) Prof. Martin Marshall, Improvement Science London, University College London
12:05	Qualitätsorientierte Krankenhausplanung und -vergütung – Was ist wünschenswert? Was ist machbar? Prof. Dr. Matthias Schrappe, Köln
12:45 – 13:45 Uhr	Mittagspause

13:45 – 15:15 Uhr		Parallelveranstaltungen 1 bis 4	
1. Qualitätssicherung bei komplexen und chronischen Erkrankungen Moderation: Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, AQUA-Institut		2. Neue methodische Ansätze in der Qualitätssicherung Moderation: Axel Mertens, DKG	
Ergebnisse der Evaluation des DMP Koronare Herzerkrankung Timo Schulte, OptiMedis AG Hamburg		Nutzung verschiedener Qualitätsinstrumente und Datenquellen in einem Qualitätssicherungsverfahren (einschl. Patientenbefragung) Dr. Christof Veit, BQS-Institut	
Qualitätssicherung in der nicht-kurativen Medizin – QS in der Demenz- und Palliativversorgung Dr. Christoph Scheu, Klinikum St. Elisabeth Straubing		Evidenzbasierte Qualitätsmessung als Voraussetzung für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung Prof. Dr. Jochen Schmitt, Universitätsklinikum Dresden	
Herausforderung an die sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der Psychiatrie Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, LVR Klinikum Düsseldorf		EbM - was kommt danach? Confidence-based Medicine? Weitere Anforderungen an die Evidenzgrundlagen Prof. Dr. Franz Porzsolt, Universitätsklinikum Ulm	
Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister Prof. Dr. Jutta Engel, Tumorregister München		Nosokomiale Wundinfektion – Erfahrungen aus der Machbarkeitsprüfung (neues Instrument der Einrichtungsbefragung) Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, AQUA-Institut	
3. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung Moderation: Dipl.-Med. Hans-Werner Pfeifer, GKV-SV		4. Qualitätsergebnisse in der öffentlichen Berichterstattung und Diskussion Moderation: Dr. Dirk Carstanjen, DKG	
Sektorenübergreifende Endoprothesenversorgung – sektorenübergreifende Qualitätssicherung? Frauke Kupfernagel, GKV-SV		„Numerical literacy“: von den Zahlen zum Handeln; Zahlenverständnis und Verständigung mittels Zahlen in der Qualitätssicherung - Fallstricke der Dateninterpretation - Daten in öffentlichen Medien Odette Wegwarth, Harding Zentrum	
Hürden einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in Deutschland: Kodierung, Auslösung, Vergütung und andere ungelöste Probleme Dr. Martin Albrecht, IGES		Clearing von Zertifizierungswildwuchs Dr. Jochen Bredehöft, Ärztekammer WL	
Terra incognita: Unbekannte und unerreichbare Welten (Reha, Pflegeheime, Notfallversorgung, Selektivverträge) - Grenzen der Qualitätssicherung des G-BA Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin		Bedeutungszuwachs der Qualitätsberichte Dr. Claudia Brase, Hamburgische KHG	
Entlassungsmanagement Birgit Pätzmann-Sietas, DPR		Anforderungen an Online-Rankinglisten, Krankenhaus- und Arztbewertungsportale Corinna Schaefer M.A., ÄZQ	
15:15 – 15:45 Uhr		Kaffeepause	

15:45– 17:00 Uhr	Parallelveranstaltungen 5 bis 8	
5. Nutzung von Sozialdaten – erste Erfahrungen Moderation: Karola Pötter-Kirchner, G-BA	6. Patientensicherheit und Qualitätsmanagement Moderation: Prof. Dr. Joh. Wilh. Weidinger, Ärztekammer Bayern	
Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Qualitätssicherung – Bsp. Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) Peter Follert, GKV-SV	Qualitätsmanagement und Risikomanagement Dr. Peter Gausmann, G R B Risiko Management	
Nutzung von Routinedaten in der gesetzlichen Qualitätssicherung aus der Perspektive des AQUA-Instituts PD Dr. Günther Heller, AQUA-Institut	Externe Qualitätssicherung für das interne Qualitätsmanagement: kennzahlengestützte Steuerung von Qualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit als Instrument strategischer Unternehmensführung Dr. Brigitte Sens, ZQ der Ärztekammer Niedersachsen	
Sinnvolle Nutzung von Abrechnungsdaten für die Ergebnismessung und Qualitätsverbesserung Prof. Dr. Thomas Mansky, TU Berlin	OP-Checklisten Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit	
7. Qualitätssicherung, pay for performance und Krankenhausplanung Moderation: Prof. Dr. Norbert Schmacke	8. Qualitätsinstitute – Erfahrungen aus dem In- und Ausland Moderation: Prof. Dr. Dr. Heiko Waller, DAG SHG	
Krankenhausplanung auf Basis von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Dr. Matthias Albrecht, Ev. Krankenhaus Hubertus	Qualitätsinstitute im internationalen Vergleich (einschl. Einbeziehung der Patientenperspektive) Prof. Dr. Reinhard Busse, TU Berlin	
Rechtliche Grenzen der normativen Qualitätssicherung RA Matthias Blum, Krankenhausgesellschaft NW		
Verknüpfung von Qualität und Vergütung Dr. Mechtild Schmedders, GKV-SV	Die Schweizer Diskussion um EIN ZENTRUM FÜR QUALITÄT Oliver Peters, Schweizer Bundesamt für Gesundheit	
Ende 1. Tag ca. 17:00		

2. Tag / 23. September 2014, 09.30 Uhr bis ca. 15.30 Uhr

09:30 – 10:30 Uhr	Plenum Moderation: Renate Höchstetter, G-BA	
Eröffnung, Begrüßung		
Stand und Perspektiven der externen Qualitätssicherung Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, AQUA-Institut Dr. Hans-Georg Huber, QS NRW		
10:30 – 11:00 Uhr	Kaffeepause	
11:00 – 12:30 Uhr	Parallelveranstaltungen 1 und 2	
1. Externe stationäre Qualitätssicherung – Ergebnisse I Moderation: PD Dr. Sven Meyer, AQUA-Institut		2. Externe stationäre Qualitätssicherung – Ergebnisse II Moderation: Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, AQUA-Institut
Ambulant erworbene Pneumonie Prof. Dr. Torsten Bauer, HELIOS Klinikum Emil-von-Behring Berlin		Lebertransplantation Prof. Dr. Björn Nashan, Universitätsklinikum HH-Eppendorf
Dekubitusprophylaxe Ulrike Lehr, Qualitätsbüro Bremen; Karen Pottkämper, AQUA-Institut Berlin		Herz- und Lungentransplantation Prof. Dr. Martin Strüber, Herzzentrum Leipzig
Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Thoralf Liebs, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Kiel		Nieren- und Pankreastransplantation Dr. Helmut Arbogast, Klinikum der Universität München
Viszeralchirurgie (Cholezystektomie) Dr. Erich Fellmann, Berlin		
12:30 – 13:30 Uhr	Mittagspause	

13.30 – 15.30 Uhr	Parallelveranstaltungen 3 und 4	
3. Externe stationäre Qualitätssicherung – Ergebnisse III Moderation: Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, AQUA-Institut	4. Externe stationäre Qualitätssicherung – Ergebnisse IV Moderation: Dr. Björn Misselwitz, GQH Hessen	
Herzchirurgie (Aortenklappen- und Koronarchirurgie) Dr. Wolfgang Schiller, Universitätsklinikum Bonn	Geburtshilfe Prof. Dr. Friedrich Wolff, Kliniken der Stadt Köln	
Kardiologie (Koronarangiographie und PCI) Dr. Susanne Macher-Heidrich, QS NRW	Neonatologie Prof. Dr. Egbert Herting, Universitätsklinikum Schleswig Holstein - Lübeck	
Herzschrittmacher einschl. Defibrillatoren Prof. Dr. Andreas Markewitz, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz	Gynäkologie Dr. Kay Goerke, Gesundheitszentrum Rheine - Mathias-Spital	
Gefäßchirurgie (Karotis-Revaskularisation) Prof. Dr. Joachim Berkefeld, Universitätsklinikum Frankfurt	Mammachirurgie Dr. Steffen Handstein, Städtisches Klinikum Görlitz	
Ende 2. Tag ca. 15:30		

Plenum am 22. September 2014 Vortrag Professor M. Marshall, Lead, Improvement Science London

Martin Marshall joined UCL in January 2012 as Professor of Healthcare Improvement and lead for Improvement Science London. Find out more about Martin and see a list of his [latest articles](#).

“Evidence-informed improvement

Clinicians are used to using clinical research evidence to guide their practice but health professionals and managers seem less inclined to use evidence derived from Health Services Research to guide decisions about the organisation and delivery of care. In this presentation Professor Martin Marshall of University College London will draw on examples from the international literature to describe how research evidence derived from the science of improvement could be very helpful to decision makers in the health service. He will explore why this evidence currently has such little impact and will outline what might be done to more effectively support evidence-informed improvement. Only by making better use of research evidence will we address the long standing and deeply embedded deficiencies in quality and safety that are common in most health systems.”

„Evidenz-informierte Verbesserungen

Während klinisch tätige Ärzte es gewohnt sind, sich in der Praxis von klinischen Forschungsergebnissen leiten zu lassen, scheinen Führungs- und andere Fachkräfte des Gesundheitswesens weniger geneigt zu sein, sich bei Entscheidungen bezüglich der Organisation und Bereitstellung medizinischer Versorgung von Forschungsergebnissen aus dem Gesundheitswesen (Health Services Research) leiten zu lassen. In seinem Vortrag zeigt Professor Martin Marshall vom University College London anhand von Beispielen aus der internationalen Literatur, wie hilfreich Forschungsergebnisse der „Wissenschaft der Verbesserung“ (science of improvement) für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sein können. Prof. Marshall untersucht, warum diese Ergebnisse momentan eine so geringe Wirkung entfalten, und erläutert, was getan werden kann, um evidenz-informierte Verbesserungen wirksamer zu fördern. Nur durch eine bessere Nutzung von Forschungsergebnissen können die seit langem bestehenden und tief verwurzelten Defizite bei Qualität und Sicherheit angegangen werden, die in vielen Gesundheitssystemen vorhanden sind.“

Plenum am 22. September 2014, Vortrag Dr. Matthias Schrappe, Universität Köln

„Qualitätsorientierte Krankenhausplanung und -vergütung – Was ist wünschenswert? Was ist machbar?“

Nicht zuletzt symbolisiert durch das neue Institut für Qualität und Transparenz steht derzeit die Qualität der Gesundheitsversorgung ganz im Mittelpunkt der Diskussionen. Um Qualitätsaspekten stärkere Beachtung und Durchsetzungskraft zu verleihen, kann man sich fünf unterschiedlicher Mechanismen bedienen: Detailsteuerung, Förderung des institutionellen Qualitäts- und Risikomanagements, Qualitäts-orientierte Versorgungsplanung, Transparenz (Public Reporting) und Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P). Detailsteuerung und institutionelle Ansatzpunkte

standen bislang in Deutschland ganz im Vordergrund, außerdem setzt man vermehrt auf Markteffekte durch die Verfügbarkeit von Qualitätsinformationen, die das Verhalten von Patienten und Zu-/Einweisern beeinflussen (Externe Qualitätssicherung nach §137/137a SGB V). Historisch weist dieser Public Reporting-Ansatz einen operativen und Prozeduren-betonen, akutmedizinischen Schwerpunkt auf (Transplantationsmedizin, Kardiologie, Endoprothetik). Dieser Schwerpunkt entspricht jedoch nicht den Anforderungen, die durch die demographischen Veränderungen gegeben sind und unser Gesundheitssystem in Zukunft prägen werden (konservative Erkrankungen, Chronizität, Multimorbidität, Alterung). Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, muss die Qualitätssicherung sich mehr auf die Verbesserung von Integration und Koordination, die Verbesserung der Behandlung und Begleitung von chronischen Mehrfacherkrankungen, auf eine Qualitäts- statt Mengenorientierung der Vergütung, die Förderung präventiver Ansätze und auf einen stärkeren Patientenbezug (statt Anbieterbezug) fokussieren.

In diesem Zusammenhang kommen den Ansätzen der Qualitäts-orientierten Versorgungsplanung und Pay for Performance eine große Bedeutung zu, zumindest insoweit, als dass sie diese Herausforderungen adressieren. Der Begriff „Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung“ erscheint angesichts dieser Entwicklungsnotwendigkeiten als zu eng, der Vortrag geht jedoch zunächst von einer Diskussion der Optionen der Krankenhausplanung aus. Hierbei wird in erster Linie auf den Spannungsbogen zwischen Zentralisierung (in erster Linie durch Mindestmengen, Zuständigkeit Bundesebene) und Zugang zur Versorgung (Infrastruktur/Landesebene) Bezug genommen. Soweit es möglich ist, die Mindestmengenthematik verstärkt voranzutreiben und damit die Zentralisierungstendenzen zu stärken, ergeben sich für die regionale Planungskompetenzen der Länder neue Optionen, die mittels Erkrankungsspezifischer Zugangsindikatoren und noch zu entwickelnder area-Indikatoren im Hinblick auf die Gestaltung integrierter, Populations-bezogener Versorgungssysteme (Versorgungsplanung) zu wirklichen Fortschritten vor Ort führen können.

Die Handlungsoptionen der Bundesländer umfassen in diesem Zusammenhang nicht nur regulative Vorschriften, sondern auch Finanzierung von Investitionen mit Schwerpunkt Infrastruktur und Strukturqualität. Aus diesem Grund besteht eine unmittelbare Nähe zur Thematik Pay for Performance, die großen internationalen P4P-Programme (Value based Purchasing in den USA und Quality and Outcome Framework in Großbritannien) umfassen finanzielle Anreize z.B. für IT, Dokumentation und Weitergabe bzw. Bereitstellung von Information. Ausgehend von einer kurzen Analyse der Gründe für die enttäuschenden Langfrist-Evaluationen der P4P-Programme (z.B. dual use mit Public Reporting, langfristig genutzte Indikatoren mit ceiling Effekt usw.) werden die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Einsatz von P4P entwickelt, die umfassenden internationalen Programme werden kurz dargestellt. Dabei steht die Neu-Orientierung der externen Qualitätssicherung auf die zukünftige Anforderungen im Mittelpunkt, wodurch sich eine klare Trennung von Indikatoren (Monitoring) und epidemiologischen Falldefinitionen (quantitative Erfassung) sowie eine klare Gewichtung in der Auswahl der Indikatoren ergibt. Zentral ist die Einsicht, dass mit einer Qualitäts-orientierten Vergütung keineswegs die negativen Anreize dominierender Vergütungssysteme (z.B. Fallpauschalierung) konterkariert werden können. P4P kann aber ebenso wie die Qualitäts-orientierte Versorgungsplanung die strukturelle Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hervorragend unterstützen – eine klar formulierte Zielvorstellung vorausgesetzt. „

Parallelveranstaltung 1 am 22. September 2014, Vortrag Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Ärztlicher Direktor LVR Klinikum Düsseldorf, Direktor des LVR-Instituts für Versorgungsforschung

„Herausforderung an die sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der Psychiatrie

Qualität im Allgemeinen und in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen ist ein komplexes Konstrukt mit struktur-, prozess- und ergebnisorientierten Merkmalen, weitgefächerten Betrachtungsebenen und Perspektiven. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmessungen decken verschiedene Qualitätsbereiche und Versorgungsaspekte ab. Dabei ist in Anbetracht der Komplexität der Versorgungswege psychisch Kranker und der Vielzahl der an der Versorgung psychisch Kranker beteiligter Professionen und Versorgungsbereiche (stationär, ambulant, kurativ, rehabilitativ) ein sektorenübergreifender Ansatz der Qualitätssicherung notwendig.

Der Einbezug von wissenschaftlicher Evidenz und Expertenwissen sowie die Berücksichtigung der Patientenperspektive sind bei der Entwicklung und Anwendung von Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig, wobei das Verhältnis zwischen wissenschaftlicher Evidenzbasierung und Nutzer-Orientierung nicht spannungsfrei ist. In Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF), die im Bereich der psychischen Störungen bereits für verschiedene Störungsbilder vorliegen und unter Federführung der DGPPN erstellt wurden, aber auch in internationalen Initiativen wie im Guidance Projekt der European Psychiatric Association (EPA), werden mit Hilfe von wissenschaftlicher Evidenz und Expertenwissen Empfehlungen für die bestmögliche Diagnostik und Therapie in definierten klinischen Situationen entwickelt.

Des Weiteren werden für die Sicherung der Behandlungsqualität Qualitätsindikatoren benötigt, die qualitätsrelevante Aspekte der Versorgung abbilden und dem Qualitätsmonitoring zum Beispiel im Rahmen eines strukturierten PDCA-Zyklus („plan-do-check-act“) dienen, woraus sich Qualitätsoptimierungen ergeben können. All diese Maßnahmen sind Bestandteile eines umfassenden Qualitätsmanagements in der Psychiatrie. Im internationalen Rahmen werden gegenwärtig unter Mitarbeit der DGPPN von der International Initiative of Mental Health Leaders Leitlinien für die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen entwickelt. Auch im neuen WHO Collaborating Center for Quality Assurance and Empowerment in Mental Health am LVR-Klinikum Düsseldorf stehen qualitätssichernde Maßnahmen im Vordergrund, wie beispielsweise die Entwicklung und Disseminierung von Guidance-Empfehlungen zum Qualitätsmanagement in der Versorgung von psychischen Störungen. In einem von der DGPPN initiierten Projekt wurden sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren für Schizophrenie, Depression, Demenzen und Alkoholabhängigkeit entwickelt, deren Implementierung derzeit federführend im LVR-Institut für Versorgungsforschung in Düsseldorf untersucht wird. Dabei zeigt sich, dass Routedaten allein in der Regel das sektorenübergreifende Versorgungsgeschehen nicht ausreichend abdecken. Grund dafür ist nicht zuletzt die unterschiedliche Dokumentationsqualität und Routedatenerfassung verschiedener Versorgungsbereiche.

Um sektorübergreifende Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie implementieren zu können, bedarf es deshalb einer Erhebung von zusätzlichen Daten. Nur mit Hilfe sektorübergreifender Erhebung und Auswertung qualitätsrelevanter Indikatoren ist eine umfassende Qualitätssicherung im Bereich psychischer Störungen realisierbar, die mittelfristig auch als Grundlage sektorübergreifender qualitätsoptimierender Maßnahmen dienen kann.“

Parallelveranstaltung 2 am 22. September 2014, Vortrag Prof. Dr. Jochen Schmitt, MPH, Direktor des Zentrums für evidenzbasierte Gesundheitsforschung (ZEGV) Universitätsklinikum Dresden

„Evidenzbasierte Qualitätsmessung als Voraussetzung für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung

Die Qualitätsbeurteilung der medizinischen Versorgung anhand von Qualitätsindikatoren spielt im deutschen Gesundheitssystem eine zunehmend wichtige Rolle. Qualitätsindikatoren sind Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität unter Alltagsbedingungen und müssen daher mindestens den hohen Anforderungen entsprechen, die wir an Endpunkte in klinischen Studien stellen. Gütekriterien von Qualitätsindikatoren sind demnach eine hohe Validität, Reliabilität, Änderungssensitivität, Interpretierbarkeit und Praktikabilität. Neben der wissenschaftlichen Qualität von Qualitätsindikatoren ist die transparente Darstellung von Qualitätsergebnissen in allgemein verständlicher Form wesentlich. Von den derzeit über 2000 in Deutschland verwendeten Qualitätsindikatoren fehlt jedoch bisher weitestgehend wissenschaftliche Evidenz zu deren Güte und Performance. Nur ein geringer Anteil der aktuell eingesetzten Qualitätsindikatoren spiegelt die Patientenperspektive wider. Dies ist ein Hindernis für die Umsetzung des politischen Willens einer Qualitätsmedizin. Vor diesem Hintergrund sollten anhand eines evidenzgeleiteten Konsensprozesses unter Einbeziehung der relevanten Interessensgruppen wissenschaftlich fundierte Messinstrumente zur Erfassung und Kommunikation der medizinischen Behandlungsqualität entwickelt werden. Methodische Hinweise können dabei Verfahren der Entwicklung von Core Outcome Sets für klinische Studien geben.“

Parallelveranstaltung 2 am 22. September 2014, Vortrag Prof. Dr. Franz Porzolt, Leiter der Versorgungsforschung an der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Vorstand des Institute of Clinical Economics (ICE) e.V., Illertissen Universitätsklinikum Ulm

„EbM – was kommt danach? Confidence-based Medicine? Weitere Anforderungen an die Evidenzgrundlagen

Die Evidenz-basierte Medizin beschreibt systematische Fehler, die zu vermeiden sind, um die interne und externe Validität wissenschaftlicher Erkenntnisse zu gewährleisten. Im Beitrag werden zwei Hypothesen geprüft: 1) Die von Ökonomen beklagte Ineffizienz der Gesundheitsversorgung hat mehrere Ursachen und 2) Es gibt Methoden, um die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern.

Ursachen der Ineffizienz sind eine unzureichend differenzierte Unterscheidung von Wirkung, Wirksamkeit und Nutzen sowie systematische Fehler (sechs Beispiele), die noch nicht vermieden werden können. Mit einem Pragmatic Controlled Trial lässt sich der Nutzen unter Alltagsbedingungen nachweisen, wenn die Wirkung unter Idealbedingungen (RCT) nachgewiesen ist.

Idealtypische Studien alleine sind keine ausreichende Evidenzgrundlage. Der Patienten-Nutzen ist nach dem Wirkungsnachweis zu bestätigen, um das Vertrauen vieler Akteure in die medizinische Versorgung (Confidence-based Medicine) zurückzugewinnen.

Parallelveranstaltung 4 am 22. September 2014, Vortrag Dr. Claudia Brase, Hamburgische KHG

„Bedeutungszuwachs der Qualitätsberichte

Patientinnen und Patienten haben ein berechtigtes Interesse daran zu wissen, welche Qualität sie von einem Krankenhaus erwarten können. Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser erfüllen diesen Anspruch insoweit, als sie vielfältige Strukturinformationen sowie Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung berichten. Dies ist jedoch stets auf ein einzelnes Krankenhaus bezogen und nicht vergleichend. Patienten haben in der Regel den Wunsch, regional mehrere infrage kommende Krankenhäuser zu vergleichen. Dafür nutzen verschiedene Internetportale die Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung und bereiten diese laienverständlich auf. Die Hamburger Krankenhäuser blicken auf eine siebenjährige positive Erfahrung mit dem Hamburger Krankenhausspiegel zurück. Die Berichterstattung wurde von Jahr zu Jahr erweitert, so wurde zuletzt das Hamburger Projekt Schlaganfall aufgenommen, in diesem Jahr werden die Ergebnisse der ersten hamburgweiten Patientenbefragung ergänzt. Bei der Methodenentwicklung zukünftiger Indikatoren ist eine noch stärkere Orientierung an der Ergebnisqualität sowohl aus der Patienten-, als auch aus der Krankenhausperspektive wünschenswert.“

Parallelveranstaltung 5 am 22. September 2014, Vortrag Dipl.-Psych. P. Follert MBA, GKV-Spitzenverband, Berlin

„Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Qualitätssicherung – Bsp. PCI

Das zum 01.01.2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hat mit § 299 Abs. 1a SGB V die Nutzungsmöglichkeit von bei den Krankenkassen vorliegenden Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung eingeführt. Es verpflichtet die Krankenkassen zur Bereitstellung der vom G-BA in Richtlinien und Beschlüssen festgelegten Daten. Der G-BA muss deren jeweiliges Erfordernis begründen und bestimmt den Empfänger der Daten.

Um diese neue Datenquelle für die Qualitätssicherung nutzbar zu machen, hat der G-BA im Juni 2013 einen entsprechenden Entwicklungsauftrag an die Institution nach §137a SGB V gerichtet. Empirisch sollte die Nutzbarkeit von Sozialdaten der Krankenkassen, konkret bezogen auf das bereits entwickelte sektorenübergreifende QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie, geprüft werden. Zudem sollten die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Sozialdaten der Krankenkassen mit Erstellung einer allgemeinen Spezifikation erarbeitet werden. Für das Qualitätssicherungsverfahren „PCI“ lagen bereits Qualitätsindikatoren vor, zu denen zu prüfen war, ob und inwieweit sie sich auch unter Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen abbilden lassen. Es zeigte sich, dass die relevanten Indikatoren hinsichtlich der Abbildung von Komplikationen (therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen, MACCE) sowie eine valide Erfassung der Sterblichkeit (30 Tage, 1 Jahr) durch Nutzung der Sozialdaten abgebildet werden können. Vor diesem Hintergrund arbeitet der G-BA zurzeit an der Vorbereitung einer ersten Nutzung der Sozialdaten der Krankenkassen im Regelbetrieb eines QS-Verfahrens für das Jahr 2016: Dies wird das erste sektorenübergreifende QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie sein. Als weitere prototypische Entwicklungen hat das AQUA-Institut im Auftrag des G-BA auf Krankenkassendaten basierende Qualitätsindikatoren für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Arthroskopie des Kniegelenks sowie für ein Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (Cholezystektomie) entwickelt.“

Parallelveranstaltung 7 am 22. September 2014, Vortrag Dr. M. Schmedders, Referatsleiterin Qualitätssicherung Krankenhaus, GKV-Spitzenverband, Berlin

„Verknüpfung von Qualität und Vergütung

Der Koalitionsvertrag sieht eine Reihe qualitätsorientierter Maßnahmen vor. Zukünftig soll es unter anderem Zuschläge für gute und Abschläge für schlechte Qualität geben. Damit rückt die Ergebnisqualität in den Fokus ökonomischer Anreizsysteme. Der Beitrag geht der Frage nach, wie die Ergebnisse der Qualitätsmessung und die Vergütung von Krankenhausleistungen ordnungspolitisch verknüpft werden könnten.“

Parallelveranstaltung 8 am 22. September 2014, Vortrag Oliver Peters, Vizedirektor – Mitglied der Geschäftsleitung und Leiter des Direktionsbereichs Krankenhaus- und Unfallversicherung, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)

„Die Schweizer Diskussion um EIN ZENTRUM FÜR QUALITÄT

In der Schweiz ist in den letzten drei Monaten eine Gesetzesvorlage für ein neues Zentrum für Qualität diskutiert worden. Oliver Peters beschreibt die geplante Aufgabenteilung zwischen Staat, Tarifpartnern und Zentrum und gibt einen ersten Überblick über die Reaktionen der wichtigsten Anspruchsgruppen.“