



Berücksichtigung von Qualitätskriterien aus der Sicht des BMG

7. Bremer Qualitätsforum

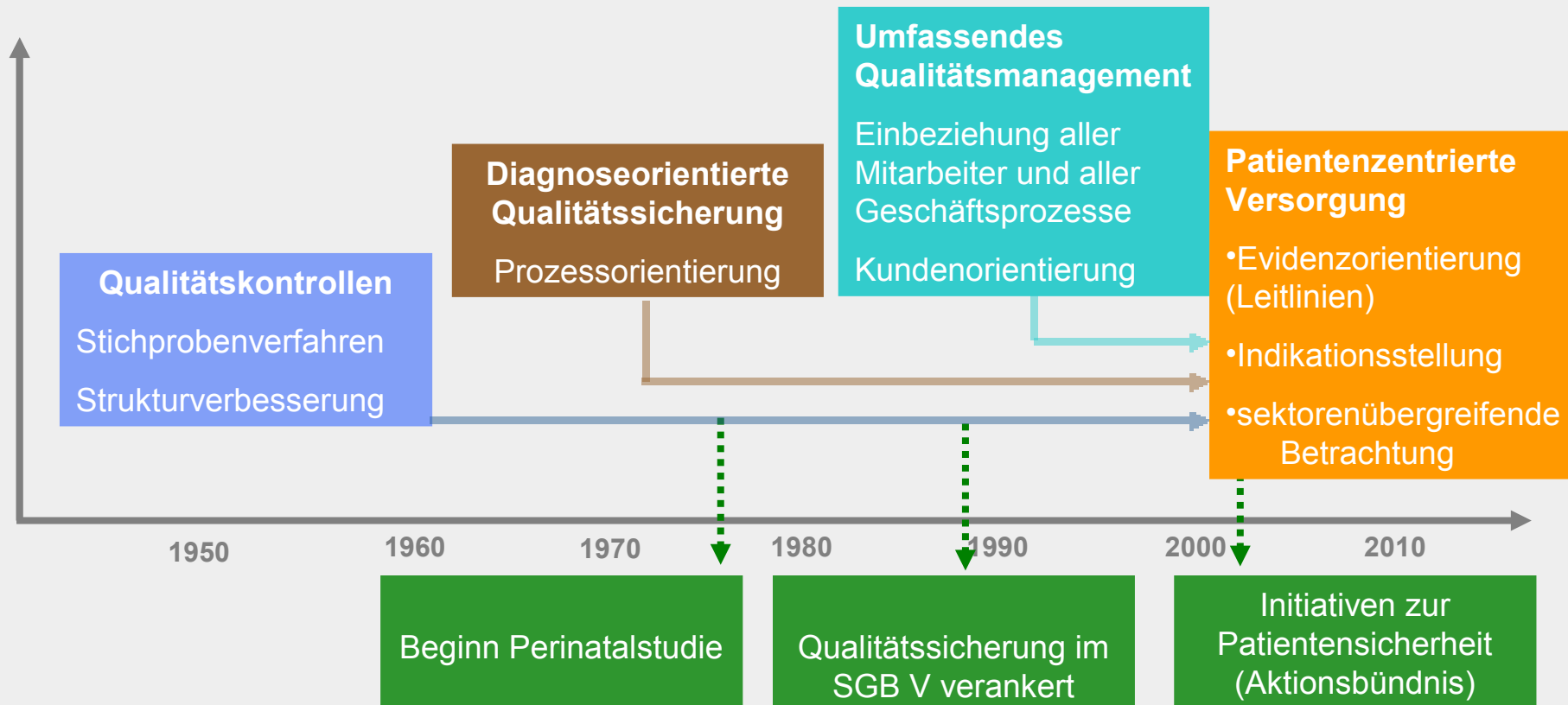
Freitag, den 25. Februar 2011

Dr. med. Hiltrud Kastenholz

Bundesministerium für Gesundheit



Meilensteine der Qualitätssicherung





Gesundheitsreform 2007

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Unabhängige Institution n. § 137a SGB V

Stärkere Fachlichkeit bei der Festlegung der
Qualitäts-Anforderungen

Stärkung der Transparenz über Ergebnisse
der QS für Patienten

Verträge über besondere Leistungs- und
Qualitätsmerkmale mit

Vergütungszuschlägen (§ 136 Abs. 4 SGB V)



Wesentliche Themen 2011

Hygienegesetz

Gutachten „Pay for Performance“

Nationaler Krebsplan/Klinische Krebsregister

Qualitätssicherung aus Routinedaten

Einbezug privat Versicherter

Mindestmengen

Priorisierung Psychiatrie

Qesü-Richtlinie, jetzt themenbezogene Richtlinien

Stärkung Benchmarking



Hygienegesetz – Warum?

in Deutschland jährlich ca. 400.000 bis
600.000 Patientinnen und Patienten mit
Krankenhausinfektionen

ca. 7.500 bis 15.000 Todesfälle

ein Teil der Infektionen ist vermeidbar

zudem in letzten Jahren Anstieg resistenter
Erreger (begrenzte Therapieoptionen, bis
hin zur praktischen Unbehandelbarkeit)



Hygienegesetz - Regelungen

Änderungen des SGB V

Vergütungsregelung für MRSA in der ambulanten Diagnostik und Therapie

G-BA wird verpflichtet

geeignete sektorenübergreifende Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität auf der Basis von Indikatoren zu bestimmen

die Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser transparent zu machen



Hygienegesetz - Zeitplan

Referentenentwurf wurde versandt am 10.
Februar 2011

1. Lesung Bundestag geplant für den 25.
März 2011

geplantes Inkrafttreten vorauss. Mitte Juli
2011



Stärkere Verknüpfung von Qualität und Vergütung - Status Quo

- Regional Zuschläge für bestimmte Qualitätsmerkmale im niedergelassenen Bereich (§ 136, Abs. 4 SGB V)
- Nichtbezahlung von Folgebehandlungen von behandlungsbedingten Komplikationen im DRG-System
- erhöhte Transparenz über die Leistungsqualität (z.B. durch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, Veröffentlichung zusätzlicher Indikatoren)



„Qualitätsorientierte Vergütung im Gesundheitswesen“ (P4P)

Mai 2009 BMG Fachsymposium in Berlin
interessante Veranstaltung, lebhafte
Diskussionen, gute Ideen
aber auch
viele offene Fragen:

Risiko Fehlanreize (kurzfristige
Erfolgsorientierung)

unerwünschte Risikoselektion (Pat. mit
Begleiterkrankungen benachteiligt)

längerfristige Ergebnisbeobachtung



Stärkere Verknüpfung von Qualität und Vergütung - Status Quo

aktuell: Studie im BMJ, zeigte in England keinen positiven Effekt von P4P auf patientenrelevante Endpunkte (BMJ 2011;342:d108)

britische Hausärzte konnten $\frac{1}{4}$ ihrer Einnahmen zusätzlich erhalten (2,1 Mio Euro)

358 GP, 470.725 Patienten

Einführung P4P ohne Verbesserung des Hochdrucks

keine längerfristigen Effekte auf Schlaganfälle, Herzinfarkte, Herzinsuffizienz, Nierenversagen, Gesamtsterblichkeit



Folgerungen

vermutete Effekte reichen für Einführung von P4P nicht aus
zusätzliche Evidenz nötig über
Vorgehen und
Wirkungen
von P4P



Gutachten „Pay for Performance“

- Entscheidung: Vergabe eines Auftrags des BMG zur Ermittlung des nationalen und internationalen Sachstandes zu Regelungen und Praxismodellen der qualitätsorientierten Vergütung
- Bewertung der Eignung der identifizierten Modelle für eine Verbesserung der Versorgungsqualität
- ggf. Grundlage für mögliche Modelle, Regelungen



Gutachten „Pay for Performance“

- Öffentliche Ausschreibung im Juli 2010
- Auftragnehmer BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS)
- geplante Laufzeit beträgt 12 Monate
- Gutachten-Freigabe voraussichtlich Anfang 2012



Wesentliche Arbeitsschritte der BQS

umfassende nationale und internationale
Recherche nach P4P-Modellen

strukturierte Interviews mit allen Akteuren
des Gesundheitswesens

Expertenworkshop geplant (im Herbst
2011)

BQS erstellt auf eigene Kosten englische
Version



Nationaler Krebsplan- Klinische Krebsregister

Empfehlung von WHO und EU
im Juni 2008 initiiert unter der Mitwirkung
der DKH, DKG und ADT

4 Handlungsfelder:

1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
2. **Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung**
3. Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittel-Therapie
4. Stärkung der Patientenorientierung



Nationaler Krebsplan Handlungsfeld 2

Themen wie

einheitliche Konzepte und Bezeichnungen für die QS und Zertifizierung

für alle häufigen Tumorarten existieren evidenzbasierte Leitlinien (S3-LL)

alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische und psychosoziale Versorgung



Ziel 8 Klinische Krebsregister

Es existiert eine **aussagekräftige onkologische Qualitätsberichterstattung** für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten
durch flächendeckenden Ausbau Klinischer Krebsregister



Aussagekräftige Qualitätsberichterstattung durch Klinische Krebsregister

Klinische Krebsregister sind ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung

Leider bisher nur unzureichende Nutzung der klinischen Krebsregister für

- verlässliche Aussagen über die Qualität der onkologischen Behandlung

- Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern

- Erkennen von Qualitätsverbesserungspotential

- Erfüllung der Transparenzwünsche von Patientinnen und Patienten



Maßnahmen Priorität I

Gesetzliche Finanzierungsregelungen für bundesweiten Ausbau klinischer Krebsregister

Etablierung eines bundesweit
flächendeckendes Netzwerks Klinischer
Krebsregister mit definierten Einzugsgebieten
unter Nutzung der Erfahrungen bestehender
gut funktionierender Register



Minister Dr. Rösler anlässlich des Deutschen Krebskongresses im 27.2.2010:

„Ein wichtiger Punkt im Rahmen des Nationalen Krebsplans ist auch der Ausbau einer aussagefähigen, onkologischen Qualitätsberichterstattung durch klinische Krebsregister. **Der flächendeckende Ausbau... ist eine zentrale Voraussetzung für die vollständige und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung** in der onkologischen Versorgung. Denn nur auf der Grundlage guter Daten können zielgenau Handlungsoptionen abgeleitet werden.“



Fazit (Steuern durch Qualität)

Bewusstsein für zu leistende Qualität deutlich gestiegen
zahlreiche Transparenzinitiativen
Erkenntnisse über die Qualität sind zunehmend vorhanden
auch international Forderung von Vergleichen über Indikatoren
Qualität als Steuerungsinstrument denkbar
auf Grundlage valider Qualitätsdaten
belegter Mehrwert