

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
19.02.2014**

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Einrichtungsbezogene vergleichende Übersichten und Veröffentlichung der Daten zur stationären Versorgungsqualität	4
Änderungsvorschlag zu § 137a Absatz 3 Satz 1 SGB V	5
Patientenbefragungen als Datenquelle für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung	6
Änderungsvorschlag zu § 137a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V	8
Regionalisierte Auswertung und Darstellung der Ergebnisqualität	8
Änderungsvorschlag zu § 137a Absatz 3 Satz 1 SGB V	9

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sieht wie die Bundesregierung die Notwendigkeit, eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung sicherzustellen. Die BPtK befürwortet den Ansatz der Regierung, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung so weiterzuentwickeln, dass eine bessere Ausgewogenheit von Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen erreicht wird. Für das Funktionieren des Qualitätswettbewerbs wird es dabei entscheidend sein, dass auf wissenschaftlich fundierter Basis insbesondere die für Patienten entscheidungsrelevanten Informationen über die Qualität der medizinischen Versorgung in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, aber auch einrichtungs- und sektorenübergreifend auf regionaler Ebene transparent gemacht werden.

In diesem Sinne begrüßt die BPtK, dass die Bundesregierung sehr zeitnah ihr Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag umsetzt, die Ermittlung und Darstellung der Versorgungsqualität und die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung (QS) über die Neugründung eines dauerhaften und unabhängigen Qualitätsinstituts zu verstetigen. Hierbei ist dafür Sorge zu tragen, dass der Übergang der Aufgaben der derzeitigen Institution nach § 137a SGB V auf das neue Qualitätsinstitut möglichst nahtlos erfolgt. Die BPtK befürwortet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet wird, ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut als Stiftung privaten Rechts zu gründen und als dessen Träger zu fungieren und sich damit an der bewährten Organisationsform des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) orientiert. Damit wird die Unabhängigkeit des neuen Qualitätsinstituts erheblich gestärkt und in die Lage versetzt, den G-BA noch besser bei seinen Aufgaben der Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V zu unterstützen.

Das neue Qualitätsinstitut wird nach dem vorliegenden Referentenentwurf die bisherigen Aufgaben der Institution nach § 137a SGB V vollständig übernehmen und darüber hinaus mit weiteren zusätzlichen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung betraut. Auch die gesetzlichen Vorgaben zur Beteiligung der maßgeblichen Organisationen bei

der Entwicklung der Inhalte gemäß der Aufträge des neuen Qualitätsinstituts werden analog der bewährten Regelung zur Beteiligung an den Entwicklungsarbeiten der Institution nach § 137a SGB V definiert. Dies wird von der BPTK ausdrücklich begrüßt. Hinsichtlich der Definition der erweiterten Aufgaben des neuen Qualitätsinstituts sieht die BPTK jedoch noch Präzisierungs- und Ergänzungsbedarf, der im Folgenden konkretisiert wird.

Einrichtungsbezogene vergleichende Übersichten und Veröffentlichung der Daten zur stationären Versorgungsqualität

In § 137a Satz 1 Nummern 1 bis 7 SGB V des vorliegenden Referentenentwurfs werden die künftigen Aufträge an das neue Qualitätsinstitut definiert. Die Nummern 1 bis 4 entsprechen dabei den bisherigen gesetzlichen Aufträgen der Institution nach § 137a SGB V. In § 137a Satz 1 Nummer 5 wird als neuer Auftrag an das Qualitätsinstitut definiert, dass auf der Grundlage geeigneter Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, einrichtungsbezogene vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen sind. Hierbei sollen auch die Ergebnisse der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen der stationären Versorgung auf der Grundlage der Sozialdaten bei den Krankenkassen einbezogen werden. Diese vergleichenden Übersichten sind in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen.

Die Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser obliegt gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V bereits heute den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Allerdings sind die Daten des Qualitätsberichts bislang stets vollständig zu veröffentlichen, ohne dass eine Beschränkung der zu veröffentlichenden Daten auf die „geeigneten“ Daten erfolgen kann in dem Sinne, dass diese Auswahl sich an dem Kriterium der Entscheidungsrelevanz für Patienten bei der Wahl des Krankenhauses orientiert. Darüber hinaus haben sich die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben zu den Inhalten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren zunehmend erweitert, ohne dass hierfür eine geeignete Gesamtkonzeption mit Blick auf die Verständlichkeit und Entscheidungsrelevanz der zu veröffentlichenden Daten zugrunde gelegt worden wäre. Dies hat im Ergebnis dazu

geführt, dass es heute für Experten wie auch für Patienten kaum möglich ist, auf der Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser eine informierte Entscheidung bei der Wahl des Krankenhauses in einem Leistungsbereich zu treffen.

Insofern stellt die in dem Referentenentwurf vorgenommene Präzisierung des Auftrags an das neue Qualitätsinstitut, bei der Erstellung und Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen vergleichenden Übersichten ausschließlich die geeigneten Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser über die Qualität in den maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zugrunde zu legen, einen Schritt in die richtige Richtung dar. Dies gilt in gleicher Weise für die gesetzliche Vorgabe, hierbei zusätzlich auch die Ergebnisse der Darstellung der Versorgungsqualität auf der Grundlage der Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einzubeziehen.

Aus Sicht der BPTK ist es jedoch für eine verbesserte Nutzbarkeit der Informationen des Qualitätsberichts der Krankenhäuser durch Patienten erforderlich, dass den Vorgaben für die Inhalte der Qualitätsberichte ein wissenschaftlich fundiertes, in sich konsistentes Konzept zugrunde gelegt wird. Das bedeutet, dass dieses Konzept dem eigentlichen Ziel der Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser Rechnung trägt, insbesondere für Patienten Transparenz über entscheidungsrelevante Aspekte der stationären Versorgungsqualität in den maßgeblichen Leistungsbereichen herzustellen.

Änderungsvorschlag zu § 137a Absatz 3 Satz 1 SGB V

Die BPTK schlägt vor diesem Hintergrund vor, in Ergänzung zu den Regelungen in § 137a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 SGB V das neue Qualitätsinstitut mit der Erstellung eines solchen wissenschaftlichen, in sich schlüssigen Konzepts zu beauftragen.

In Artikel 1 Nummer 1 sollte in § 137a Absatz 3 Satz 1 SGB V eine neue Nummer 6 eingefügt werden und die bisherigen Nummern 6 und 7 Nummern 7 und 8 werden:

„ein wissenschaftlich fundiertes, in sich schlüssiges Konzept für die Weiterentwicklung der Inhalte der Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu entwickeln,“

Patientenbefragungen als Datenquelle für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Eine fachlich angemessene und aussagefähige Beurteilung von Versorgungsqualität macht die Erfassung der langfristigen Ergebnisse der medizinischen Versorgung und somit eine patientenbezogene Longitudinalbetrachtung der Versorgungsprozesse und Versorgungsergebnisse erforderlich. Die bisherige sektorspezifische Qualitätssicherung war in vielen Versorgungsbereichen zu limitiert, um die Qualität der Versorgung angemessen zu ermitteln und transparent und für eine systematische Qualitätsverbesserung nutzbar zu machen. Es war deshalb folgerichtig, dass im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 der vom Gesetzgeber an den G-BA erteilte Qualitätssicherungsauftrag dahingehend erweitert wurde, Qualitätssicherungsmaßnahmen grundsätzlich sektorenübergreifend zu erlassen. Damit sollte auch eine die Sektorengrenzen überschreitende, notwendige ambulant-stationäre Verzahnung der Versorgung gefördert und vorhandene Qualitätspotenziale an den Schnittstellen der Versorgung identifizierbar und nutzbar gemacht werden.

Im Auftrag des G-BA wurden von der Institution nach § 137a SGB V seit 2009 in jeweils umfangreichen Entwicklungsprozessen neun sektorenübergreifende indikatorgestützte QS-Verfahren entwickelt. Hiervon wurden im Jahr 2012 erstmals zwei QS-Verfahren erprobt, und zwar zu den Leistungsbereichen Konisation und Kataraktoperation. Im Rahmen der Erprobungen konnten erhebliche Umsetzungsprobleme identifiziert werden, die teils spezifisch für die gewählten Leistungsbereiche waren, zu einem wesentlichen Teil aber auch auf allgemeine Umsetzungshürden bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zurückzuführen sind.

Als eine der zentralen Umsetzungshürden erweist sich das Problem einer möglichst treffsicheren, spezifischen QS-Fall-Auslösung. Unspezifische QS-Filter würden – wie dies in den Probetrieben deutlich wurde – zu einem erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand führen, der dem gesetzlich vorgegebenen Gebot der Datensparsamkeit nicht gerecht würde und die zugrundeliegende Problematik nicht wirklich lösen würde.

Angesichts der bestehenden Probleme bei der Umsetzung der neu entwickelten Qualitätssicherungsverfahren hat der G-BA beschlossen, Ergänzungen einzelner Verfahren durch Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragungen als zusätzliche Datenquellen zu prüfen.

Die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird nach dem aktuellen Stand der Entwicklungen einen wesentlichen Schwerpunkt bei den beauftragten QS-Verfahren bilden. Die Entwicklung von Patientenbefragungen wurde modellhaft für zwei QS-Verfahren beauftragt. Zugleich werden im G-BA noch immer Fragen hinsichtlich der Rechtsgrundlage für Patientenbefragungen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung diskutiert.

Im vorliegenden Referentenentwurf wird in § 137a Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 SGB V der Auftrag an das neue Qualitätsinstitut dahingehend erweitert, dass für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungsbereichen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage „geeigneter“ Sozialdaten bei den Krankenkassen dargestellt werden soll. Dies hebt die Bedeutung der Sozialdaten bei den Krankenkassen für die weitere Entwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nochmals deutlich hervor. Wenngleich bisherige Erfahrungen der Nutzung von Sozialdaten zur Analyse der Versorgungsqualität erhebliche Limitationen dieser Datenquelle offenbart haben, nicht zuletzt wegen der zum Teil unzureichenden Datenqualität der zu anderen Zwecken erhobenen Daten, begrüßt die BPTK die Präzisierung und Erweiterung des Auftrags an das neue Qualitätsinstitut.

Aus Sicht der BPTK wird es jedoch neben Anstrengungen zur Verbesserung der Datenqualität erforderlich sein, für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung neben den Datenquellen „Dokumentation der Leistungserbringer“ und „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ regelhaft auch „Patientenbefragungen“ als dritte Datenquelle zu nutzen. Über diese Datenquelle können die entscheidenden Dimensionen der Versorgungsqualität im Langzeitverlauf, die langfristige Ergebnisqualität mit Blick auf patientenrelevante Endpunkte (Morbidität, Lebensqualität) und die Kontinuität der Versorgung an den Schnittstellen, ggf. besonders zielgenau und aussagekräftig erfasst werden. Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die Erfahrungen mit dem QS-Reha-Verfahren

der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der medizinischen Rehabilitation verweisen, welche die besondere Relevanz dieser Datenquelle für die Qualitätssicherung belegen. Mögliche Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Nutzung von Patientenbefragungen für die Qualitätssicherung sollten daher nachhaltig ausgeräumt werden.

Änderungsvorschlag zu § 137a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Die BPTK schlägt vor diesem Hintergrund vor, bei den Inhalten der Aufträge an das neue Qualitätsinstitut in § 137a Absatz 3 SGB V die Patientenbefragungen als Teil der zu entwickelnden Instrumente explizit aufzuführen.

In Artikel 1 Nummer 1 sollte in § 137a Absatz 3 Satz 1 SGB V bei Nummer 1 nach den Wörtern „Indikatoren und Instrumente“ die Wörter

„einschließlich Patientenbefragungen“

eingefügt werden.

Regionalisierte Auswertung und Darstellung der Ergebnisqualität

Die sektorenübergreifende Ausrichtung der Qualitätssicherung hat grundsätzlich das Potenzial, über eine Longitudinalbetrachtung die Ergebnisse der Versorgung über die Grenzen der Sektoren hinweg und entlang des Versorgungspfades zu analysieren und entsprechende Qualitätspotenziale transparent und nutzbar machen zu können. Gerade bei chronischen Erkrankungen werden jedoch regelhaft die verschiedenen Sektoren, aber auch mehrere Fachgebiete, Professionen und Einrichtungen an der Versorgung der betroffenen Patienten beteiligt sein und ihren Beitrag zur Ergebnisqualität der Versorgung leisten.

Dieser Umstand hat zur Folge, dass bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung eine einrichtungsbezogene vergleichende Auswertung und Darstellung der Ergebnisqualität der Komplexität der Versorgungsprozesse nicht gerecht wird, da eine eindeutige Zuschreibung der langfristigen patientenbezogenen Behandlungsergebnisse zu einem einzelnen Leistungserbringer nicht möglich ist. Hinsichtlich der Kontinuität der Versorgung als ein wesentlicher Aspekt der Prozessqualität, der über die

sektorenübergreifende Ausrichtung der Qualitätssicherung grundsätzlich adressiert werden kann, wird in vielen Fällen ebenfalls keine eindeutige Zuschreibung dieses Qualitätsaspekts zu einem Leistungserbringer gelingen.

Der ausschließliche Fokus auf eine einrichtungsbezogene vergleichende Auswertung und Darstellung der Versorgungsqualität könnte damit insbesondere bei chronischen Erkrankungen zu einer Eingrenzung der Erfassung der Versorgungsqualität auf jene Bereiche führen, bei denen eine eindeutige Zuschreibung der Behandlungsergebnisse zu einzelnen Einrichtungen bzw. Leistungserbringern noch möglich erscheint. Wesentliche Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung würden damit unberücksichtigt bleiben, da sie nicht mit einem Einrichtungsbezug abgebildet werden können. Entsprechende Qualitätspotenziale in der Versorgung würden damit nicht erfasst und transparent gemacht werden und könnten keine Maßnahmen der Qualitätsförderung und -verbesserung nach sich ziehen. Ein weiterer limitierender Faktor, insbesondere bei den Einrichtungen der ambulanten Versorgung, stellen die ggf. geringen Fallzahlen pro ambulanter Einrichtung dar, die eine valide einrichtungsbezogene Auswertung und Darstellung der Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung verhindern können.

In diesem Zusammenhang könnten zusätzliche regionalisierte Auswertungen und Darstellungen der Versorgungsqualität ohne unmittelbaren Einrichtungsbezug Abhilfe schaffen. Demographische Daten, Sozialindikatoren und Morbiditätsdaten zu den Regionen sollten hierbei soweit möglich systematisch berücksichtigt werden. Regionalisierte Daten der Versorgungsqualität und darauf aufbauende Geodarstellungen könnten dann den datenbasierten fachlichen Input für die Entwicklung von Maßnahmen der Qualitätsverbesserung in denjenigen Regionen liefern, in denen Qualitätspotenziale identifiziert werden können.

Änderungsvorschlag zu § 137a Absatz 3 Satz 1 SGB V

Die BPtK schlägt vor diesem Hintergrund vor, in Ergänzung zu den Regelungen in § 137a Absatz 3 Satz 1 SGB V das neue Qualitätsinstitut mit der Erstellung eines wissenschaftlichen Konzepts für eine regionalisierte Auswertung und Darstellung der Versorgungsqualität und darauf abbauenden QS-Maßnahmen zu beauftragen.

In Artikel 1 Nummer 1 sollte in § 137a Absatz 3 Satz 1 SGB V eine neue Nummer 9 eingefügt werden:

„ein wissenschaftlich fundiertes Konzept für die regionalisierte Auswertung und Darstellung der Versorgungsqualität im Rahmen sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren bei chronischen Erkrankungen und darauf aufbauender Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu entwickeln; hierbei sind demographische Daten, Sozialindikatoren und Morbiditätsdaten mit Regionsbezug zu berücksichtigen,“