



Psychotherapie **Aktuell**

- ❏ Die Qesü-RL des G-BA
- ❏ Psychotherapie bei älteren Menschen
- ❏ Kostenerstattung ist möglich – Krankenkassen haben einen Entscheidungsspielraum

Katja Fahlbusch
Barbara Pietsch

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Die „Qesü-RL“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Ziel und Methodik der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Das Konzept der systematischen Messung, Bewertung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Patienten hat – international, aber auch in Deutschland – eine jahrzehntelange Tradition. Die Methodik der so genannten „extern vergleichenden“¹, auf statistischen Verfahren beruhenden Qualitätssicherung wurde in Deutschland erstmals Mitte der 1970er Jahre im Rahmen der Münchner Perinatalstudie und später in den bundesweit etablierten Perinatalerhebungen eingesetzt (Selbmann, 1989). Die hier gewonnenen Erfahrungen wurden nach und nach auf Qualitätssicherungsmaßnahmen in vielen weiteren Bereichen der stationären Versorgung übertragen, unter anderem in der Allgemeinchirurgie, der operativen Gynäkologie, der Herzchirurgie, der Dekubitusprophylaxe und der Transplantationsmedizin. Die Ziele und Methodik der extern vergleichenden Qualitätssicherung liegen bis heute den aktuell geltenden (*im Gestaltungsbereich des Gemeinsamen*

Bundesausschusses (G-BA) liegenden) einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung zugrunde, wenn auch die Verfahren in der Zwischenzeit weiter ergänzt und verfeinert wurden.

Die Ziele von einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sind (vgl. hierzu auch die QSKH-Richtlinie des G-BA²):

- Erkennen von Qualitätsdefiziten, zu deren Behebung Qualitätsverbesserungen erforderlich sind,
- Unterstützen der Qualitätsverbesserungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements,
- Herstellen der Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen (mittels Qualitätsindikatoren),
- Fokussieren insbesondere auf Aspekte der Ergebnisqualität, aber auch auf Prozessqualität (u.a. Indikationsstellung, Art und Angemessenheit der Leistungserbringung) und Strukturqualität (z. B. Erfüllung struktureller und sächlicher Voraussetzungen).

Die konkrete Umsetzung von einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt nach fol-

genden methodischen Prinzipien (vgl. Abb. 1):

- Systematisches und standardisiertes Erheben und Erfassen qualitätsrelevanter Informationen mittels Dokumentationsbogen bzw. IT-gestützt über entsprechende Erfassungsmasken durch die leistungserbringenden Einrichtungen (z.B. Ärzte in der Praxis oder im Krankenhaus) pro Patient mit definierter Erkrankung,
- Übermittlung dieser Informationen an eine zentrale externe Stelle,
- Berechnung der statistischen Qualitätsindikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität und Darstellung von Vergleichen zwischen den Einrichtungen,
- Rückmeldung der Qualitätsindikatoren und der Vergleichsergebnisse an die einzelnen Einrichtungen.

Die einzelnen Einrichtungen werden durch die zurückübermittelten Vergleiche in die Lage versetzt, ihre eigene Position im Vergleich zu den anonymisierten Ergebnissen der anderen Einrichtungen oder im Vergleich zu definierten Referenzbereichen zu bewerten, d.h., einerseits gegebenenfalls vorhandene Qualitätsdefizite zu erkennen oder andererseits eine Bestätigung von qualitativ guter Versorgung zu erhalten. In Abbildung 2 (Seite 8) ist exemplarisch

eine vergleichende statistische Auswertung zum Qualitätsindikator „Wundinfektion/Abszessbildung“ nach Hüft-Totalendoprothese bei Coxarthrose mit Erläuterungen dargestellt.

Im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen bei 30 stationären Leistungsbereichen (im Jahr 2012) schließt sich bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen der so genannte strukturierte Dialog an, bei dem diese Ergebnisse erörtert werden und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen vereinbart werden.

Aus den beschriebenen Abläufen und Darstellungen erklären sich auch die Begriffe „extern vergleichende“ bzw. einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung.

Gesetzliche Grundlagen und Aufgaben des G-BA

In der Bundesrepublik Deutschland sind seit 1989 Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, sich an qualitätssichernden Maßnahmen zu beteiligen, wobei diese Maßnahmen – wie auch heute noch – auf die vergleichende Darstellung von Prozess- und Ergebnisqualität ausgerichtet waren. Seit 2003 sind alle Leistungserbringer in der stationären und ambulanten Versorgung zur einrichtungsübergreifenden Quali-

1 Die Begriffe „extern vergleichende“ und „einrichtungsübergreifende“ QS-Maßnahme bedeuten das gleiche und werden im Folgenden synonym verwendet.

2 http://www.g-ba.de/downloads/62-492-493/QSKH-RL_2010-10-21.pdf

tätssicherung sowie zu einrichtungsinternem Qualitätsmanagement gemäß § 135a SGB V verpflichtet:

„(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
 (2) Vertragsärzte, [...] zugelassene Krankenhäuser [...] sind [...] verpflichtet,
 1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

gung gebündelt, wobei die jeweiligen Aktivitäten zunächst weitgehend sektoral getrennt blieben.

Zur Überwindung dieser sektoralen Grenzen und zur effizienten Nutzung von Synergieeffekten hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) im Jahr 2007 dem G-BA die Aufgabe der weiteren Bündelung der Qualitätssicherungsthemen übertragen. Hierbei sollten insbesondere sektorenübergreifende Ansätze in den Mittelpunkt zukünftiger Qualitätsentwicklungen gestellt werden (vgl. insbesondere § 92 Abs. 7 S. 2 und § 137 Abs. 2 SGB V).

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist die Zukunft.

Seitdem ist der G-BA die zentrale Institution der Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Leistungserbringern und Patientenvertretern in Deutschland, in dessen Verantwortung weitreichende Regelungen hinsichtlich der Qualität der Gesundheitsversorgung mit hoher Verbindlichkeit getroffen werden (Pietsch et al., 2010).

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Der Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA (vgl. § 137 SGB V), Richtlinien zur Qualitätssicherung sektorenüber-

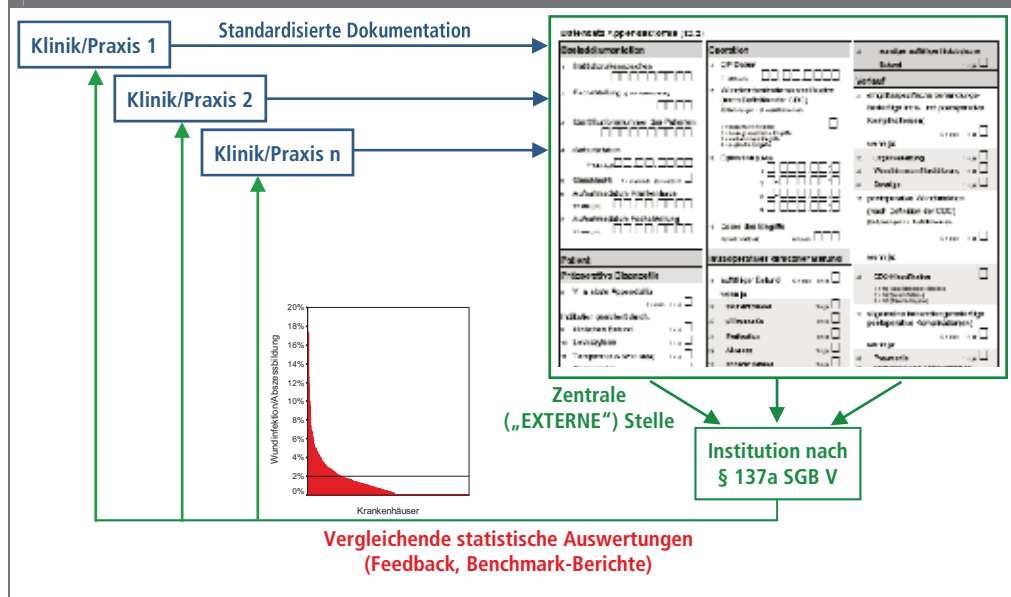
greifend zu erlassen, basiert auf der wesentlichen Erkenntnis, dass eine ausschließlich sektorenspezifische Betrachtung der Behandlungs- und Ergebnisqualität häufig den realen Erkrankungs- und Behandlungsverläufen der Patienten nicht gerecht wird. Wichtige Gründe, die für eine sektorenübergreifende Qualitätsbetrachtung sprechen, sind z.B., dass

- die Behandlung und Versorgung von Patienten häufig nicht ausschließlich in einem Sektor stattfindet, sondern – zum Beispiel bei chronischen Erkrankungen – „horizontal“ oder „längsschnittlich“, d.h. über Sektoren und Zeit hinweg erfolgt,
- bei immer kürzer werdender stationärer Verweildauer die Qualität der Behandlungsergebnisse erst zu einem späteren Zeitpunkt – in der Regel dann im ambulanten Bereich oder bei erneuter stationärer Aufnahme – bewertet werden können (Fachbegriff: „follow up“),
- Leistungen sowohl in der stationären wie in der ambulanten Versorgung in gleicher Weise erbracht werden, also auch die Qualität der Leistungen in gleicher Weise bewertet werden kann und soll (sektorengleiche Versorgung und Qualität).

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben durch den G-BA – die Entwicklung zunächst eines generell anwendbaren Verfahrens zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – war (und ist noch) in vielerlei Beziehung eine große Herausforderung, da sowohl organisatorisches, (datenschutz-)rechtliches und technisches Neuland zu betreten war. Das Ergebnis dieser Bemühungen ist die „Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL“³, deren „Geburt und Zukunft“ im Detail von Beate Schmucker (2011) beschrieben wird. Diese Richtlinie soll dazu beitragen, die Qualität der medizinischen und auch der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland sicherzustellen. Bislang ist von der Qesü-RL der Teil 1, die Rahmenbedingungen, beschlossen. Diese Rahmenbedingungen, die quasi den allgemeinen Teil „vor der Klammer“ darstellen, werden in den kommenden Jahren ergänzt werden um so genannte „themenspezifische Bestimmungen“. In diesen werden qualitätsrelevante inhaltliche Vorgaben zu einzelnen Themen festgelegt und gegebenenfalls auch Abweichungen von den allgemeinen Rahmenbedingungen vorgenommen, wenn dies aufgrund des spezifischen Themas erforderlich sein sollte. Kernstück der themenspezifischen Bestimmungen sind jeweils die Qualitätsindikatoren, mittels derer die Qualität gemessen und bewertet wird. Zur Entwicklung dieser Indikatoren bindet der G-BA die nach § 137a SGB V beauftragte wissenschaftliche Institution ein. Diese Aufgabe wird derzeit von dem AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH wahrgenommen. Diese bereitet u.a. die Themen „Kollektives Karzinom“ (Eigenschaft: komplexe sektorenübergreifende Behandlungsverläufe), Perkutane Koronarintervention (PCI) (Eigenschaft: sektorengleiche Leistungen), Katarakt-Operation (Eigenschaft: sektorenübergreifendes Follow up) und Konisation der cervix uteri als eine der ersten einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren vor. Die Festlegung von sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsthemen erfolgt

Das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 hat dem G-BA zum 1.1.2004 weitreichende Kompetenzen im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements übertragen und die Verantwortung für Qualitätssicherung in weiten Teilen der ambulanten (vertrags- und vertragszahnärztlicher Bereich) und stationären Versor-

Abbildung 1 Vereinfachte Darstellung des Ablaufs „extern vergleichender“ bzw. einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung



3 http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20.pdf

in der Regel vorab in den Gremien des G-BA auf der Basis eines strukturierten und transparenten Themenfindungs- und Priorisierungsverfahrens. Teilweise werden dem G-BA jedoch auch direkt durch den Gesetzgeber Themen vorgegeben. Dies ist etwa der Fall bei dem Thema „Nosokomiale Infektionen“ und wird auch diskutiert für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung als Begleitmaßnahme zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems.

Die Umsetzung der Qesü-RL erfolgt im Prinzip analog zu dem in Abbildung 1 (Seite 7) dargestellten Ablauf, wobei jedoch insbesondere viele spezifische (datenschutz-)rechtliche, organisatorische und technische Aspekte zu regeln sind. Speziell die neue Herausforderung, dass alle qualitätsrelevanten Informationen jedes Patienten mit einer definierten Erkrankung über die Zeit, Sektoren und Leistungserbringer hinweg zusammengeführt werden müssen, erfordert die eindeutige Identifizierung der Patienten, was mit Hilfe von Pseudonymisierungsverfahren rechtlich möglich und technisch umsetzbar

ist. Um die Rechte der Patienten an ihren Daten zu wahren, wird für jedes themenspezifische Verfahren (z.B. Kolo- rektales Karzinom, Katarakt-Operation) ein eigenes Pseudonymisierungsverfahren angewendet.

Qesü-Richtlinie

Der Teil 1 der Qesü-RL regelt als Rahmenrichtlinie die allgemeinen Aspekte der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Er stellt – bildlich gesprochen – die Autobahn zur Verfügung, auf der zukünftig die jeweils einzelnen themenspezifischen Verfahren „fahren“ können. Hier

„Aufbauorganisation“). Darüber hinaus werden im Kapitel „Verfahrensablauf“ die Details der Datenerhebung, -verschlüsselung, -übermittlung und -auswertung beschrieben. Dem Kapitel „Berichte“ ist zu entnehmen, wie die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer, die die Daten ihrer Patienten dokumentiert haben, sowie die Berichtspflichten an die Institution nach § 137a SGB V und den G-BA zu gestalten sind.

Teil 1 der Qesü-RL ist der Rahmen für themenspezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Geltungsbereich

Die Qesü-RL nimmt Bezug auf den § 135a SGB V (siehe oben) und gilt insbesondere für

- nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
- zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ermächtigte ärztlich oder zahnärztlich geleitete Einrichtungen.

werden vor allem strukturelle und organisatorische Aspekte wie z.B. die Zuständigkeiten auf Landes- und Bundesebene sowie die Einrichtung von Datenannahme-, Vertrauens- und Auswertungsstellen geregelt (Kapitel

Hinsichtlich des einzubeziehenden Patientenkreises umfasst die Qesü-RL derzeit alle gesetzlich Versicherten. Irrelevant ist dabei, in welcher Form die Leistungserbringung diesen gegenüber erfolgt (im Rahmen der Regelversorgung oder auf Grundlage eines selektivvertraglichen Verhältnisses).

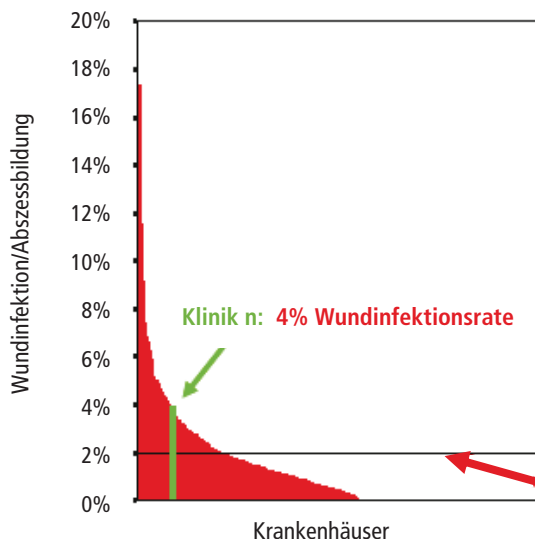
Aufbauorganisation

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist strukturell und organisatorisch – analog zu den bisher etablierten stationären Qualitätssicherungsverfahren – auf Länderebene angesiedelt. Für sie werden existierende Strukturen und Erfahrungen genutzt und um neue,

Abbildung 2

Beispiel einer vergleichenden statistischen Auswertung zum Qualitäts-Indikator

Wundinfektion/Abszessbildung nach Hüft-Totalendoprothese bei Coxarthrose. Die Klinik n liegt mit ihrer Wundinfektionsrate von 4% über dem Referenzbereich von 2% und – im Vergleich zu allen Kliniken – deutlich im Bereich der auffälligen Qualität. Die Infektionsrate von 4% muss intern in der Klinik hinsichtlich deren Ursachen erörtert und ggf. geeignete Verbesserungs-Maßnahmen eingeleitet werden.



Hüft-TEP bei Coxarthrose

Qualitäts-Indikator:

- Wundinfektion/Abszessbildung
- Darstellung als Rate (%)
- Referenzbereich $\leq 2\%$

Angaben von 793 Krankenhäusern

Spannweite des Indikators:
0% bis 17,4%

dennoch für die vertragsärztliche Versorgung vertraute Strukturen ergänzt.

So sind auf Landesebene verschiedene Institutionen eingebunden, insbesondere

- die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV), die Landeskrankenhausgesellschaften (LKG) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen
- die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS), die bereits seit vielen Jahren zur Organisation der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung im stationären Bereich etabliert sind.

Zur infrastrukturellen Umsetzung des neuen sektorenübergreifenden Ansatzes wurde eine bloße Inbezugnahme dieser sektoral ausgerichteten Institutionen allerdings nicht als hinreichend angesehen. Der G-BA sah es vielmehr als notwendig an, ein neues, sektorenübergreifend besetztes und auch ausgerichtetes Gremium zu schaffen, die

- **Landesarbeitsgemeinschaften** für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG).

Diese sollen – den Strukturen des G-BA entsprechend – sektorenrepräsentierend mit Vertretern der jeweiligen KV, KZV, LKG sowie der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen besetzt sein. Die LAGn treffen ihre Ent-

scheidungen durch ein paritätisch besetztes Lenkungsgremium, das dem G-BA gegenüber für die ordnungsgemäße Umsetzung der Richtlinie verantwortlich ist. Für die fachliche Bewertung der ausgewerteten Qualitätsergebnisse setzen die LAGn Fachkommissionen ein (vorwiegend mit Leistungserbringern besetzt, Patientenvertretungen

haben Mitberatungsrecht) mit Expertise jeweils aus dem ambulanten und stationären Bereich. Weitere Aufgaben der LAG sind u.a. die Beratung der Leistungserbringer bei auffälligen Ergebnissen hinsichtlich qualitätsverbessernder Maßnahmen, die Förderung des Austausches zwischen den Leistungserbringern sowie die Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Neben der Einrichtung der LAG als zentrales Gremium der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene war die Etablierung weiterer Stellen notwendig. So wurden sogenannte **Datenannahmestellen** bestimmt, an die die Leistungserbringer die von ihnen dokumentierten, qualitätsrelevanten Daten ihrer Patienten übermitteln. Datenannahmestelle sind im Regelfall (für die Regelversorgung) die KV/KZV, LKG, LQS oder aber (für se-

lektivvertragliche Leistungserbringung) die Vertrauensstelle. Bei den Datenannahmestellen werden die übermittelten Daten automatisierten Prüfungen auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit unterzogen. Die Angaben der Leistungserbringer zur eigenen Person (leistungserbringeridentifizierende Daten) werden durch ein Pseu-

Existierende Strukturen und Erfahrungen werden genutzt und um neue ergänzt.

donym ersetzt. Damit ist grundsätzlich allein für die KV/KZV oder die LKG/LQS erkennbar, welche Leistungserbringer Daten übermittelt haben. Anschließend werden die gesamten Daten an die Bundesauswertungsstelle (Institution gemäß § 137a SGB V) zur Auswertung weitergeleitet.

Da bei der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung primär medizinische Behandlungsdaten der Patienten verarbeitet werden, ist zum Schutz dieser Daten die Einbeziehung einer **Vertrauensstelle** gesetzlich vorgeschrieben. Diese (bundesweit agierende) Vertrauensstelle ist durch den G-BA ausgeschrieben worden. Aufgabe der Vertrauensstelle ist es, die Daten, die die Patienten identifizieren, durch ein Pseudonym zu ersetzen und danach die patientenidentifizierenden Daten zu löschen.

Zur Auswertung der übermittelten Daten, die die Grundlage zur Berechnung der statistischen Qualitätsindikatoren bilden, wurde die Etablierung einer zentralen Stelle als notwendig angesehen. Während die Auswertung der Daten der extern vergleichenden Qualitätssicherung im stationären Bereich (auf der Grundlage der QSKH-RL) bisher noch im Aufgabenbereich der Länder liegt, soll im Anwendungsbereich der Qesü-RL die statistische Auswertung für alle Daten einheitlich durch eine Stelle erfolgen. Dies wird Aufgabe der **Bundesauswertungsstelle** sein, welche regelmäßig das AQUA-Institut sein wird.

Verfahrensablauf

Alle oben beschriebenen Akteure und Stellen werden im Rahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zusammenarbeiten. Verbindendes Element sind die dokumentierten Daten, deren „Fluss“ im Folgenden beschrieben wird. In diesem Datenfluss zeigt sich das Zusammenspiel der genannten Akteure und Stellen in seiner gesamten Komplexität.

Ausgangspunkt für die Umsetzung eines themenspezifischen einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens sind die vom G-BA – auf der Basis von wissenschaftlichen Vorarbeiten durch die Institution nach § 137a SGB V – beschlossenen themenspezifischen Bestimmungen (z.B. für kolorektales Karzinom). Hier

Kollegial vernetzt?

Aber sicher. In der Cloud.

www.psycho-vision.de

powered by Microsoft Office 365

werden die von den Leistungserbringern zu dokumentierenden qualitätsrelevanten medizinischen (als Basis für die zu berechnenden Qualitätsindikatoren), administrativen und personenbezogenen (Patienten, Leistungserbringer) Daten festgelegt. Diese Daten sind von den Leistungserbringern elektronisch mittels spezifizierter Software zu erfassen und über Datenannahmestelle und Vertrauensstelle an die Bundesauswertungsstelle weiterzuleiten. Welche Daten an welchen Stellen erhoben, weitergeleitet, pseudonymisiert und ausgewertet werden, ist dem grundsätzlichen Datenflussmodell, das in Abbildung 3 dargestellt ist, zu entnehmen.

Alle Daten, die von den Leistungserbringern bis zur Auswertungsstelle „fließen“, sind dabei jeweils so verschlüsselt, dass jede Stelle nur den Teil der Daten öffnen kann, den es für seine konkreten Tätigkeiten benötigt. Alle anderen Daten sind jeweils nicht einsehbar. Dies wird über ein System öffentlicher und privater Schlüssel geregelt, die

in den zu verwendenden Softwareprodukten vorgehalten werden.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgt bei der Bundesauswertungsstelle, die die Gesamtergebnisse sowie die Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer zur Bewertung an die LAG übermittelt. Neben der Bewertung der

bis hin zu Vergütungsabschlägen oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit erfolgen.

Rückmeldeberichte

Alle Leistungserbringer erhalten über die LAGn Rückmeldeberichte, die nach einem einheitlichen Verfahren so aufbereitet sind, dass hinsichtlich aller

Informationen dieser Berichte bilden die grundlegende Rechtfertigung und Legitimation der Qesü-RL und deren aufwendiger Umsetzung, da sie direkt mit der Zielsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung verbunden sind:

- Reflexion der Qualität der eigenen Versorgung in Kenntnis der Eigenschaften der eigenen Praxis/des Krankenhauses und der eigenen Patienten,
- Erkennen von möglichen Schwachstellen und Verbesserungspotentialen im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität und zwar
- auf der Basis systematisch erhobener und vergleichend ausgewerteter Informationen.

Umfassende Qualitätsverbesserung ist das Ziel.

Gesamtergebnisse (z.B. des Bundes, des Bundeslandes) bittet die LAG bei auffälligen Ergebnissen die Leistungserbringer um Stellungnahmen bzw. initiiert und vereinbart Maßnahmen hinsichtlich geeigneter Verbesserungsmaßnahmen, die vor Ort ergriffen werden sollen. Bestehen schwerwiegende einzelne Missstände, werden Vereinbarungen zur Qualitätsverbesserung verweigert oder werden Qualitätsverbesserungen in einer definierten Zeit nicht erreicht, können weitere Maßnahmen

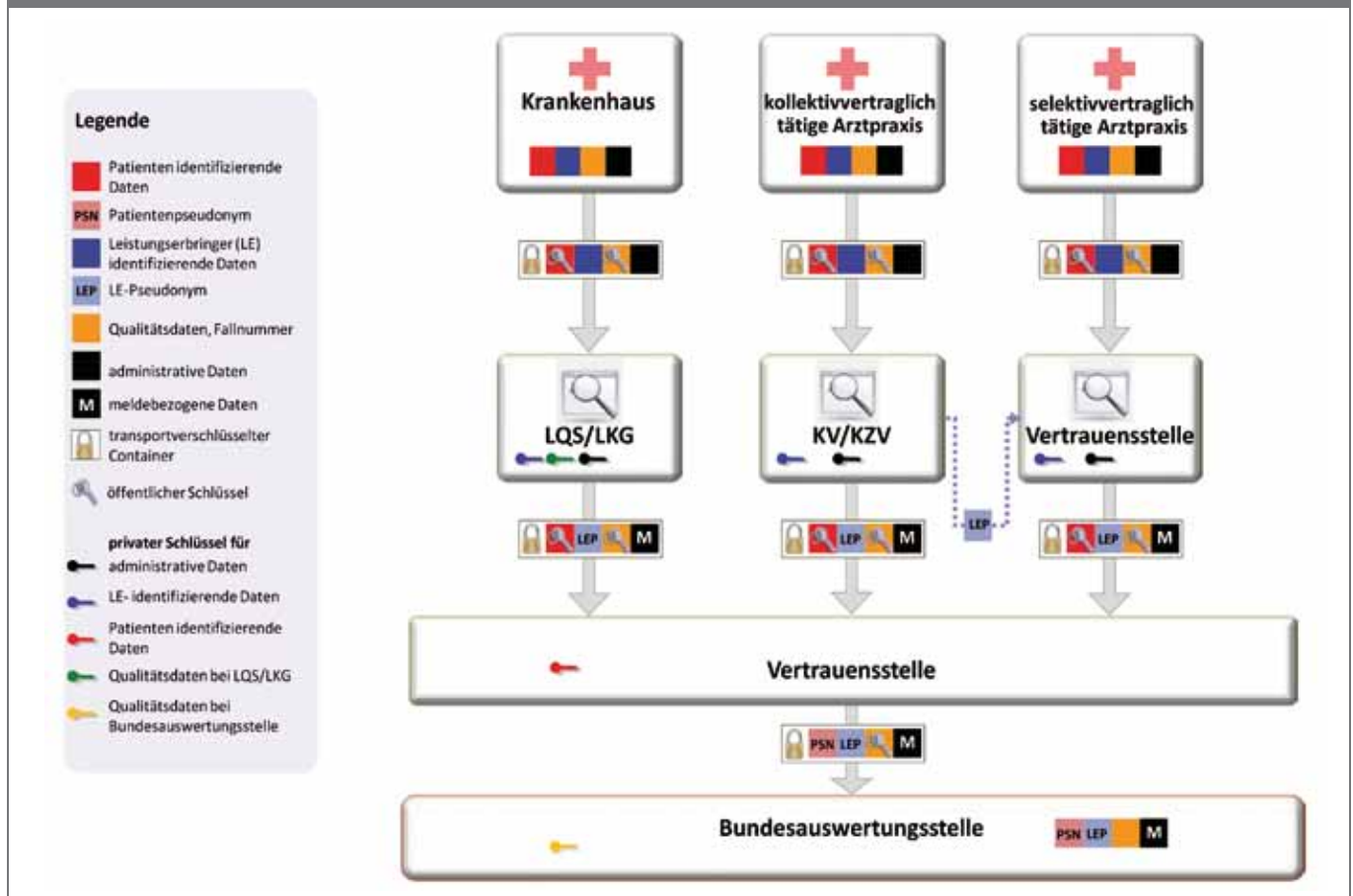
qualitätsrelevanter Informationen und Qualitätsindikatoren die Feststellung der eigenen Position im Vergleich zu anderen Leistungserbringern möglich ist.

Was ist der Nutzen des Ganzen?

Die Informationen der Rückmeldeberichte sind seit jeher das zentrale Kernstück im Konzept der extern vergleichenden Qualitätssicherung, ob sektorenspezifisch oder -übergreifend. Die

Somit wird die Umsetzung konkreter qualitätsverbessernder Maßnahmen in der Praxis oder im Krankenhaus unmittelbar angeregt und deren Wirkung durch die folgenden Rückmeldeberichte nachweisbar. Der allseits bekannte

Abbildung 3
Seriellles Datenflussmodell der Qesü-RL



Quelle: Anlage zu Teil 1 der Qesü-RL http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20_Anlage.pdf

**Dr.
Katja
Fahlbusch**

Studium der Rechtswissenschaften und Promotion an der Universität Bielefeld, Rechtsreferendariat am Kammergericht Berlin. Seit 2006 Justitiarin des G-BA. Arbeitsschwerpunkt: Rechtliche Beratung der Gremien und gerichtliche Vertretung des G-BA in Fragen der Qualitätssicherung.

**Dr.
Barbara
Pietsch**

Studium der Medizinischen Informatik, Universität Heidelberg, Promotion zum Doctor scientiarum humanarum, Universität Heidelberg. Seit 2002 Methodikerin in der Geschäftsstelle des G-BA. Arbeitsschwerpunkte: Wissenschaftlich-methodische Beratung und Unterstützung der Gremien. Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen.



PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) als zentrales Element der Qualitätsverbesserung wird durch die jährlichen Informationen der Rückmeldeberichte explizit unterstützt.

Darüber hinaus ist das besondere und neue am Ansatz der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, dass erstmals die Qualität der Versorgung umfassend über den gesamten zeitlichen und in der Regel die Sektoren überschreitenden Behandlungsverlauf der Patienten hinweg darstellbar wird. Dieser Ansatz wird der tatsächlichen Erkrankungs- und Versorgungssituation der Patienten wesentlich besser gerecht werden und wird eine umfassendere und ganzheitlichere Betrachtung der Qualität der Versorgung ermöglichen, als es bisher mit den sektoral limitierten Ansätzen möglich war.

Für die Leistungserbringer liegt ein weiterer großer Nutzen dieser umfassenden Informationen darin, ihre in aller Regel gute Versorgung auch zu zeigen und öffentlich transparent machen zu können. Darüber hinaus zeigt der

konstruktive und positive Umgang mit gegebenenfalls vorhandenen Verbesserungspotentialen und deren Beseitigung ausgeprägtes und souveränes Qualitätsbewusstsein.

Ausblick

Mit der Qesü-RL sind erste rahmensetzende Voraussetzungen für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschaffen worden. Es folgen nun die themenspezifischen Bestimmungen, die nach Vorarbeiten des AQUA-Instituts durch den G-BA beschlossen werden, wobei die ersten Themen in der Bearbeitung bereits weit fortgeschritten sind. Die Beauftragung zu weiteren wichtigen Themen wie die sektorenübergreifende Qualitätssicherung bei psychischen Erkrankungen wird noch in 2011 in Angriff genommen werden.

Auf dem Weg zur konkreten Umsetzung der Richtlinie sind noch einige Herausforderungen zu meistern, u.a. die reale Schaffung der Strukturen (LAG), die Entwicklung von Software und

Auswertungskonzepten, Erprobung der organisatorischen Abläufe sowie die Etablierung von Kommunikationswegen auf Landes- und Bundesebene.

Ob das Ziel der Qesü-RL und ihrer themenspezifischen „Anhängsel“, einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung zu leisten, erreicht wird, muss in ein paar Jahren durch eine systematische Evaluation bewertet werden. ■



Literaturhinweis

Pietsch B., Perleth M., Schwartz F.W. (2010): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Hentze, J., Huch B., Kehres, E. (Hrsg.) Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis. 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Kohlhammer, Stuttgart, 1998/2010, S. 305–349.

Schmucker B. (2011): Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Geburt und Zukunft einer Richtlinie. Die BKK 02, 78–81.

Selbmann, H.K. (1989): Qualitätssicherung in der Geburtshilfe. Reihe: Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung GmbH. Band 25, Bleicher, Gerlingen.

DGfS

Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung

www.dgfs.info

Diagnostik, Beratung und Psychotherapie bei sexuellen Störungen

4 Wochenendseminare

mit themenzentrierter Selbsterfahrung und Supervision

am Institut für Sexualeforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

2.–4. März 2012

18.–20. Mai 2012

7.–9. Sept. 2012

30. Nov.–2. Dez. 2012

Sexuelle Funktionsstörungen und Sexualberatung

Perversionen/Paraphilie

Trans-/Intersexualität und Geschlechtsdysphorie

Sexuelle Traumatisierungen

Das Bewerbungsformular finden Sie unter www.dgfs.info „Aktuelles“

Weitere Info: Dr. R. A. Kleber, Telefon 040 74105 7760, E-Mail: kleber@uke.uni-hamburg.de

Anmeldeschluss: 15.1.2012