



## **Eckpunkte zu einem gemeinsamen Verständnis und Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung<sup>1</sup>**

### **Einleitung:**

Bestmögliche Ergebnisqualität mit Blick auf patientenrelevante Endpunkte wird nur erreicht, wenn alle an der Versorgung Beteiligten die ihnen obliegenden Aufgaben in der fachlich gebotenen Qualität erfüllen und es nicht zu Versorgungslücken und Inkonsistenzen bei der Patientenversorgung zwischen den Sektoren kommt.

Eine der Hauptaufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht darin, die Mindeststandards für die Qualität der Patientenversorgung festzulegen sowie Transparenz über die Versorgungsqualität zu schaffen. Eine sachgerechte und aussagefähige Beurteilung von Ergebnisqualität macht die Erfassung der Langzeitergebnisse der medizinischen Versorgung und somit eine Longitudinalbeobachtung des Versorgungspfads erforderlich. Es war deshalb folgerichtig, dass der an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom Gesetzgeber erteilte Qualitätssicherungsauftrag im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 dahingehend erweitert wurde, QS-Maßnahmen grundsätzlich sektorenübergreifend zu erlassen. Damit soll eine die Sektorengrenzen überschreitende notwendige ambulant-stationäre Verzahnung der Versorgung gefördert und eine nicht mehr allein sektorspezifische Qualitätssicherung ermöglicht werden.

Nicht alle Themen der Qualitätssicherung enthalten jedoch sektorenübergreifende Fragestellungen. Nicht immer werden die Sektorengrenzen im Zuge einer Behandlung überschritten (z. B. in weiten Teilen der vertragszahnärztlichen Versorgung). Bereits der Gesetzgeber hat dies berücksichtigt: „die Richtlinien [des G-BA zur QS] sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.“

Ein weiterer Grund, warum die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung grundsätzlich richtig und unverzichtbar ist besteht in der zunehmenden Konvergenz des Leistungsgeschehens an der Schnittstelle ambulant - stationär: Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts sind zunehmend mehr Leistungen ambulant erbringbar, d. h. werden in gleicher Weise sowohl von Krankenhäusern, als auch von Vertragsärzten erbracht und bedürfen einer sektorgleichen Qualitätssicherung.

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden von der Institution nach § 137a SGB V seit 2009 in einem jeweils sehr aufwändigen Entwicklungsprozess neun sektorenübergreifende indikatorgestützte QS-Verfahren entwickelt. Hiervon wurden im Jahr 2012 erstmals zwei Verfahren erprobt, und zwar zu den Leistungsbereichen Konisation und Kataraktoperation.

Bereits im Zuge der Vorbereitung der Probetriebe wurden Umsetzungsprobleme in einem vorher nicht antizipierten Ausmaß erkennbar.

Die Probleme bei der Rekrutierung freiwillig an den Probetrieben teilnehmender Krankenhäuser und Vertragsärzte dürften u.a. darauf zurückzuführen gewesen sein, dass mit Konisation und Kataraktoperation zwei Leistungsbereiche ausgewählt wurden, deren Qualitätsverbesserungspotential derzeit mit den dem G-BA zur Verfügung stehenden Instrumenten jeweils weitestgehend ausgeschöpft zu sein scheint; der Nutzen der Verfahren wurde von Krankenhäusern und

---

<sup>1</sup> gemäß Unterausschuss QS vom 4. September 2013

Vertragsärzten bezweifelt. Auch die Software-Anbieter zeigten eine große Zurückhaltung, u.a. aufgrund der Unsicherheit im Hinblick auf die Refinanzierung der von ihnen zu tätigen Investitionen, verschärft durch das Problem einer extrem großen Anbieter-Zahl (über 150), was die Hersteller von PVS-Systemen betrifft. Die sog. LAGs (Landesarbeitsgemeinschaften), die gemäß Qesü-Richtlinie eigentlich das Steuerungsgremium der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene darstellen sollen, waren zum Zeitpunkt der Planung und Durchführung der Probetriebe noch in keinem einzigen Bundesland gegründet und fehlten somit als Plattform, die eigentlich dazu prädestiniert gewesen wäre, die Teilnahme an den Probetriebe zu fördern.

Als hartnäckigste Umsetzungshürde dürfte sich unter Umständen aber das Problem einer möglichst treffsicheren, spezifischen QS-Fall-Auslösung erweisen; ein unspezifischer QS-Filter führt – wie in den Probetriebe deutlich wurde – zu einem nicht tolerablen „händischen“ Dokumentationsaufwand und wird weder dem gesetzlich vorgegebenen Gebot der Datensparsamkeit gerecht noch ist er angesichts der eigentlich potentiell zur Verfügung stehenden IT-Lösungen akzeptabel.

In einem Workshop zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (mit insgesamt sechs Sitzungen) haben die Bänkesprecher des Unterausschusses QS unter Berücksichtigung der „Machbarkeitsanalyse zur Implementierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung“ des IGES-Institutes vom 30. Juli 2012 eine sorgfältige Problemanalyse durchgeführt und auf dieser Basis kurz- bis mittel- oder langfristig Handlungsempfehlungen zur Etablierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung entwickelt.

Das nachfolgende Eckpunktepapier fokussiert nach der notwendigen Klärung der Aufgaben und Ziele der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Punkt 1) in den nachfolgenden Punkten die zur kurzfristigen Umsetzung empfohlenen Konsequenzen für das Verfahren der Beauftragung (Punkt 2), für die bereits beauftragten Verfahren (Punkt 3) sowie für schon gesetzte, aber noch nicht beauftragte Verfahren (Punkt 4), für weitere Verfahrensbeteiligte (Punkt 5), im Hinblick auf die Leistungsbeschreibung bei der Neuausschreibung der Institution nach § 137a SGB V (Punkt 6), für die Verfahrensordnung des G-BA (Punkt 7) sowie für die Öffentlichkeitsarbeit (Punkt 8). Ein Teil der zur kurzfristigen Umsetzung empfohlenen Maßnahmen ist bereits umgesetzt, zum Beispiel die unter Punkt 5 empfohlene systematische Einbeziehung der Software-Hersteller.

Neben den in diesem Eckpunktepapier zur kurzfristigen Umsetzung empfohlenen Maßnahmen sind der Vollständigkeit halber weitere Maßnahmen zu erwähnen, die ebenfalls aus der Problemanalyse der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung resultieren, aber nicht Thema dieses Eckpunktepapiers sind. Hierzu zählen insbesondere die stärkere Fokussierung auf stationäre Follow-up-Verfahren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie Überlegungen zu einem sogenannten QS-Marker auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) oder alternativen Lösungen für die QS-Fallauslösung.

Nach Konsentierung des Eckpunktepapiers durch die Bänkesprecher soll das Eckpunktepapier dem Unterausschuss Qualitätssicherung in der Sitzung am 4. September 2013 zur Beratung und Beschlussfassung vorgelegt werden. Es soll insbesondere in den verschiedenen mit der Entwicklung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung befassten Arbeitsgruppen des Unterausschusses Qualitätssicherung sowie für die Institution nach § 137a SGB V die verbindliche Grundlage für die weitere Vorgehensweise bilden.

Die Zielsetzungen dieses Papiers müssen sich in der Arbeit des G-BA und seiner Gremien wiederfinden.

## 1. Aufgaben und Ziele der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Unter externer Qualitätssicherung sind Maßnahmen der Qualitätssicherung zu verstehen, die einrichtungsübergreifend durchgeführt werden. Diese Maßnahmen ermöglichen die Feststellung von Abweichungen der tatsächlichen von der gebotenen fachlichen Qualität und den Vergleich gleichartiger Leistungen sowie deren Ergebnisse über verschiedene Einrichtungen hinweg.

Einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität im Interesse der Patienten zu verbessern. Neben Ergebnisqualitätsmessungen kann Qualitätssicherung auch durch Messung der Prozessqualität und durch Sicherstellung angemessener Strukturen erfolgen.

Ein Nebeneinander von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden QS-Verfahren ist möglich.

QS-Verfahren sind zu evaluieren und kontinuierlich zu verbessern. Bei Erfüllung hierzu vorab definierter Kriterien sollen sie ausgesetzt oder beendet werden.

Externe QS soll unter Beachtung gesetzlicher Regelungen insbesondere Folgendes ermöglichen:

- Kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsqualität und Verbesserung der Patientensicherheit
- Feststellung der Abweichung von der gebotenen fachlichen Qualität (je nach methodischem Kontext kann dies den Vergleich von Einrichtungen untereinander oder mit externen Kriterien beinhalten)
- Herstellung einer sektorenübergreifenden Vergleichbarkeit der Qualität von medizinischen Leistungen
- Einbettung der externen Messungen in ein Gesamtkonzept der Qualitätsentwicklung: Verzahnung der externen QS mit den internen Qualitätsmanagements zur Qualitätsförderung
- Förderung der einrichtungsinternen Kommunikation zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden Verbesserung der Qualität
- Umfassende und zielgruppendifferenzierende Berichterstattung und Feedback
- Erhöhung der Akzeptanz aller Beteiligten für die QS: Qualitätsförderung durch Motivation
- Transparenz über die Qualität der Leistungen und der Einrichtungen auch mit dem Ziel einer Orientierung der Versicherten und Patienten in der Versorgungslandschaft
- Schaffung praxistauglicher und aufwandsangemessener QS-Verfahren mit einer zeitnahen Umsetzung unter Beachtung des Datenschutzes und dem Grundsatz der Datensparsamkeit
- Herstellung einer Zuschreibbarkeit bzw. Verantwortlichkeit für die gemessene Qualität

## 2. Voraussetzungen einer Beauftragung eines QS-Verfahrens an AQUA und Neugestaltung der Arbeitsschritte

Übergeordnetes Ziel des G-BA sind QS-Verfahren mit klar definiertem Qualitätsziel, welches unter Nutzung der rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen durch den G-BA realisiert werden kann.

### • Themenauswahl (TuP-Verfahren) G-BA:

- Strukturierte Analyse und präzise Formulierung der Ziele bzw. Qualitätsverbesserungsanliegen und Aufgaben eines QS-Verfahrens vor der Entwicklung des Indikato-

rensets (vermutetes oder bekanntes Qualitätsdefizit), Identifikation von und Konzentration auf versorgungsrelevante Fragestellungen

- Eruierung der Umsetzbarkeit (Umfang, Möglichkeiten der Operationalisierung, Verfügbarkeit von Datenquellen und Erhebungsmethoden etc.)
- Zum Zeitpunkt der Themenauswahl durch den G-BA soll der Beauftragungsgegenstand (siehe die beiden vorhergehenden Punkte) bereits beschrieben sein.

- **Optionale Beauftragung Institution nach §137a: Themenerschließung:**

- Ziel der Themenerschließung: Erarbeitung eines ersten Grundkonzepts für QS-Verfahren mit Nennung des Qualitätsdefizits bzw. Qualitätsziels, des Potentials der Qualitätsverbesserung, potentieller Messbarkeit (Verfügbarkeit der Daten), möglicher Zuschreibbarkeit der Ergebnisse und der Nutzbarkeit möglicher Instrumente
- Inhaltliche/thematische Aufbereitung (Konkretisierung und Fokussierung des/der Qualitätsziels/-ziele, Konzept/Ausrichtung/Methodennutzung des QS-Verfahrens, Einschätzung der erwarteten Gesamtleistung bei Entwicklung des QS-Verfahrens)
- Beantwortung der Frage, ob das Thema mit den Instrumenten des G-BA zu adressieren ist
- Erste Analysen der Datenquellen (vom Leistungserbringer, der Sozialdaten bei den Krankenkassen, Befragung der Patienten) und Prüfung der QS-Auslösung

- **Beauftragung Institution nach § 137a: Entwicklung von QI, Dokumentation, EDV-technische Aufbereitung und Machbarkeitsprüfung:**

- Entwicklung, Auswahl und Definition von Instrumenten und Indikatoren unter Berücksichtigung der Wirksamkeit, Aussagekraft und Nutzbarkeit des Gesamtverfahrens
- Definition des Indikatorensets, frühestmögliche inhaltliche und technische Operationalisierung der Qualitätsindikatoren und Wahl der Methoden gemäß dem Qualitätsziel/der Qualitätsziele
- medizinische/fachliche Relevanz (Literaturrecherche, Fachexperten)
- Operationalisierung (technische und inhaltliche Übersetzung mit Bezug auf Machbarkeit (Einbeziehung der IT-Expertise und Softwarehersteller) und Erreichung der Zielstellungen: Beauftragung zur Entwicklung neuer QS-Verfahren erfolgt einschließlich einer erweiterten Beauftragung zur technischen und inhaltlichen Prüfung der Machbarkeit inklusive eines zielgruppendifferenzierenden Auswertungskonzepts)
- Die EDV-technische Aufbereitung und die Machbarkeitsprüfung sind zukünftig Teil des ersten Beauftragungsabschnittes zur Entwicklung eines neuen QS-Verfahrens
- Die Machbarkeitsprüfung wird ausgedehnt und übernimmt Funktionen des bisherigen Probetriebs: Technische und inhaltliche Testung des gesamten Indikatorensets, Testung der verfahrensspezifischen „QS-Aufgabenstellung“ und aller am Datenfluss Beteiligten (Leistungserbringer, Krankenkassen, Datenannahmestelle, Vertrauensstelle, Bundesauswertungsstelle).
- Geprüftes Konzept (mit Testfällen) für eine machbare, valide und reliable QS-Auslösung
- Frühzeitige Einbindung der vom QS Verfahren betroffenen Ärzte und der Softwarehersteller
- Vor dem „neuen“ Probetrieb erfolgt eine zusammenfassende Gesamtbewertung der Entwicklungsleistungen im Hinblick auf die Ziele des beauftragten QS-Verfahrens, ggf. erfolgt eine Modifikation des Indikatorensets. Die Entscheidung über die weitere

Verfahrensentwicklung erfolgt vor dem Probetrieb und kann auch an dieser Stelle mit wesentlichen Ergänzungen begonnen, oder notfalls eingestellt werden.

- **Beauftragung Institution nach § 137a: Probetrieb (Generalprobe)**

- Die Durchführung eines Probetriebs erfolgt zu einem späteren Stadium als bisher (nach Entwicklung der Qualitätsindikatoren mit Abschluss Machbarkeit s.o.) und dient dazu, ein „fertiges“ Produkt (z.B. neues QS-Verfahren) einem letzten Test und erforderlichen letzten, möglichst geringfügigen, Modifikationen zu unterziehen sowie den Leistungserbringern die Eingewöhnung in den vollumfänglichen Echtbetrieb zu ermöglichen. („Generalprobe“, letzter Schritt vor Regelbetrieb). Die Erprobung des Verfahrens im (kleinen) Echtbetrieb erfolgt ohne wesentliche Modifikation des Indikatorensets.
- Für die Ausgestaltung dieser Probetriebe sind prinzipiell drei Optionen denkbar:
  - 1) Freiwilliger Probetrieb wie bisher,
  - 2) Verpflichtender aber begrenzter Probetrieb (regional/ Anzahl Leistungserbringer),
  - 3) zeitlich begrenzter „Regelbetrieb ohne Sanktionen“ als Probetrieb-Ersatz. Eine Bewertung und Festlegung wird nach rechtlicher Prüfung der Option 2 erfolgen.
- Durchführung der Probetriebe nach/im Rahmen der Erstellung themenspezifischer Bestimmungen des G-BA.

### 3. Konsequenzen bei bereits beauftragten Entwicklungen von QS-Verfahren

- Kritische Prüfung der Verfahren und deren Modifikation, der Ausrichtung und Schwerpunktsetzung z.B. durch Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung unter der Prämisse der technischen und rechtlichen Umsetzbarkeit, ggf. Einstellung.
- Arthroskopie am Kniegelenk: Neubeauftragung des Verfahrens
- Kataraktoperation: keine Umsetzung des Verfahrens in den Regelbetrieb zum jetzigen Zeitpunkt.
- Konisation: keine Umsetzung des Verfahrens in den Regelbetrieb zum jetzigen Zeitpunkt.
- Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI): Abwarten der weiteren Durchführung des Probetriebs, weitere Entscheidung auf Basis des Abschlussberichtes zum Probetrieb. Ergänzungen durch Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung.
- Kolorektales Karzinom (KRK): zunächst Beratung des überarbeiteten Indikatorensets und Prüfung hinsichtlich Umsetzungsoptionen, ggf. Machbarkeit oder modellhafte Erprobungen.
- Patientenbefragung: Neubeauftragung einschließlich Klärung grundsätzlicher, auch rechtlicher Fragen.
- Nosokomiale Infektionen und psychische Erkrankungen: weitere Beratungen zu den Konsequenzen für diese Verfahren erforderlich

Weiterführung eines Verfahrens bei Vorliegen von Möglichkeiten zur QS-Auslösung: Priorisierung von Verfahren mit vergleichbarer Auslösungs- und Dokumentationslage im stationären und ambulanten Bereich (z. B. ambulantes Operieren) oder bei Vorliegen von Nutzungsmöglichkei-

ten alternativer Datenquellen: ggf. Beauftragung einer (nochmaligen) erweiterten Machbarkeitsprüfung zur Abklärung der Voraussetzungen für einen Probetrieb.

Nur wenn keine dieser Möglichkeiten dazu führt, dass das Verfahren relevante Qualitätsziele adressieren und zu ihrer Lösung beitragen kann: Einstellung bzw. Entscheidung zur Nicht-Weiterführung.

#### **4. Konsequenzen bei schon gesetzten, aber noch nicht beauftragten Verfahren**

Allgemein: Ressourceneinsatz auf die Lösung der bereits identifizierten Implementierungsprobleme fokussieren, dann erst Beauftragung neuer sektorenübergreifender QS-Verfahren.

- QS-Weiterentwicklung bzw. Vorgehen bei weiterer Auswahl von QS-Verfahren:
  - Auswahl der Methoden, Instrumente und Datenquellen in Abhängigkeit des QS-Ziels
  - QS-Weiterentwicklung mit Kombination verschiedener Methoden Instrumente und Datenquellen
  - Kreative Nutzung von Stichprobenverfahren zur Verbesserung der qualitätsfördernden Wirkung (als Ergänzung bzw. sofern datengestützte Erhebung nicht möglich/sinnvoll ist, zur Minimierung des Dokumentationsaufwandes, zum gezielten Aufgreifen identifizierter Probleme).
- Für gesetzte, aber noch nicht beauftragte Themen (AG TuP):
  - Schlaganfall
  - Tonsillektomie
  - Entlassungsmanagement
  - Beauftragung von Konzeptskizzen, kritische Prüfung des gesetzten Themas, Modifikationen zulassen, weitere Ausgestaltung und Beauftragung gemäß den o.g. Zielstellungen: Konkretisierung des Qualitätsziels und Vorprüfung der Machbarkeit
  - Methode und Indikatorendefinition folgen dem zuvor festgelegten Qualitätsziel, Zulässigkeit eines gestuften Verfahrens, Methodenmix
  - Beauftragung gemäß dem unter Nr. 2 dargelegten Verständnisses (siehe insbesondere Definition von Machbarkeitstest und Probetrieb)

Machbarkeit, Erkenntnisgewinn und Nutzen hinsichtlich der Adressierung relevanter Qualitätsziele sind zu prüfen: Wenn nicht anders umsetzbar, dann Konzentration auf QS-Verfahren, in denen im ambulanten und stationären Bereich vergleichbare Sensitivität und Spezifität gegeben ist (z. B. über gleiche OPS-Kodierung: ambulantes Operieren)

#### **5. Konsequenzen für weitere Beteiligte (Softwarehersteller u. a.)**

- Kurzfristig: Einbezug des bvitg in die Beratungen zur Spezifikation (Berücksichtigung des Erfordernisses ausreichender Marktbedingungen für die Softwarehersteller), Zusammenlegung des FA IT QS mit AQUA-Spezifikationsgruppe
- Mittelfristig: Schaffung einer neuen Planstelle in der G-BA Geschäftsstelle für zentrale IT-Koordination der QS
- Klärung der Möglichkeiten für Modellvorhaben zur Erprobung von neuen Methoden und Instrumenten, um daraus ggf. flächendeckende bzw. verpflichtende QS-Verfahren und QS-Maßnahmen zu entwickeln

## **6. Konsequenzen für die Leistungsbeschreibung bei der Neuausschreibung der Institution nach § 137a SGB V**

- Synchronisierung der vorliegenden Problemanalyse und ihrer Handlungsempfehlungen mit Leistungsbeschreibung
- Klärung der Zielstellungen, Meilensteine (Zwischenberichte inkl. Stellungnahmemöglichkeiten) und des „Endprodukts“
- Die Institution muss zukünftig nicht nur für die Indikatorenentwicklung verantwortlich sein, sondern für die Entwicklung des beauftragten QS-Verfahrens als funktionierendes Gesamtkonstrukt zur Adressierung der Qualitätsfragen. Gleichzeitig muss geprüft werden, ob eine Aufteilung in verschiedene Lose (z. B. Verfahrensentwicklung, IT-Umsetzung, Datenmanagement) sinnvoll ist, oder ob hierdurch nennenswerte Nachteile (geringere Qualität der Ergebnisse, höherer (Koordinations-) Aufwand beim G-BA, höhere Gesamtkosten) entstehen.
- Verankerung der unabdingbaren Anforderungen in der Leistungsbeschreibung (methodische Rahmenbedingungen, Entwicklungsschritte und Zwischenergebnisse, Endergebnisse, Anforderungen an Projektmanagement)
- Umsetzung eines umfassenden Projektmanagements einschließlich Zeitmanagements
- Neudefinition von Machbarkeitsprüfung und Probetrieb gem. dieser Unterlage
- Wenn der Entwicklung von Verfahren mehr Gewicht beigemessen wird und dafür mehr Zeit erforderlich ist, dann sollten die Fristen so angepasst werden, dass mehr Zeit für die Entwicklung zur Verfügung steht.
- Zwischenberichte sinnvoll, z.B. Konzeptskizzen, etc.
- Enge zeitliche Abstimmung zwischen Institut und G-BA bei den einzelnen Schritten mit Möglichkeiten –zur Einbringung fachlicher Expertise und Rückmeldemöglichkeit seitens des G-BA.

## **7. Konsequenzen für die Verfahrensordnung des G-BA (und mögliche Konsequenzen für bestehende Gesetze)**

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden QS erweisen sich in der Praxis teilweise als zu theoretisch. Identifizierung von Gesetzesänderungsbedarfen und Einbeziehung des BMG.
- Nach Evaluation und ggf. Änderung des Themenfindungs- und Priorisierungsverfahrens und ihrer erneuten Testung im Realbetrieb, der Arbeitsweise von Arbeitsgruppen im QS-Bereich, dem Vorgehen zur Erstellung von Normsetzung unterschiedlicher QS-Maßnahmen etc.: Ggf. Verortung in einem Kapitel der Verfahrensordnung des G-BA (ähnlich wie DMP oder § 116b; derzeit nicht prioritär, eher mittelfristiges Ziel)

## **8. Konsequenzen für die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit**

- Sektorenübergreifende QS hat sich als methodisches Neuland mit äußerst komplexen Fragestellungen erwiesen. Daher hat sich die Umsetzung als schwieriger herausgestellt als ursprünglich erwartet worden war.
- Kein Stopp der sektorenübergreifenden QS, sondern die Etablierung und Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden QS wird als Ziel vom G-BA konsequent weiterverfolgt. Aber unter den gegenwärtigen Ausgangsvoraussetzungen zunächst Fokussierung auf

Erprobung und Implementierung machbarer Verfahren, sowie Suche nach Lösungen, die sich in der Praxis als umsetzbar erweisen.

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden QS erweisen sich in der Praxis teilweise als zu theoretisch: Identifizierung von Gesetzesänderungsbedarfen und Kommunikation gegenüber dem BMG.

Externe Kommunikation im Sinne der „neuen“ Ausrichtung: Qualitätsziel und Machbarkeit als Erklärung für fokussiertes Vorgehen und, sofern erforderlich, Konzentration auf sektorgleiche Verfahren mit vergleichbarer QS-Auslösung, Weiterentwicklung von QS-Verfahren durch Follow-up auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie parallele Weiterentwicklung der Instrumente und Maßnahmen der sektorenübergreifenden QS.