



„Jetzt wird's ernst: QS und QM in der Umsetzung. Der richtige Weg für Ihre Klinik“
IQMG-Tagung am 03. November 2008

Umsetzung der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 137d SGB V

Ingrid Drolshagen
Referatsleiterin Verträge/Qualitätssicherung
Abteilung Prävention und Rehabilitation
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.



Rahmenbedingungen – SGB IX

- **§ 20 Abs. 1 SGB IX verpflichtet Rehabilitationsträger zur Festlegung von Grundsätzen der Qualitätssicherung (Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung vom 27. März 2003)**
- **§ 20 Abs. 2 SGB IX verpflichtet Leistungserbringer zur Durchführung eines Qualitätsmanagements und stationäre Rehabilitationseinrichtungen zur Teilnahme am Zertifizierungsverfahren**
- **§ 20 Abs. 2a SGB IX verpflichtet Rehabilitationsträger zur Festlegung von Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Zertifizierungsverfahren**



Rahmenbedingungen – Besonderheiten in der GKV

- **§ 135a SGB V verpflichtet Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sowie Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht, zur**
 - **Teilnahme an der externen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung**
 - **Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**



Rahmenbedingungen – Besonderheiten in der GKV

- **§ 137d SGB V verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenkassen (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und die Leistungserbringerverbände zu einer gemeinsamen Vereinbarung über Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement**

- **Neue Vereinbarung ist zum 1. Juni 2008 in Kraft getreten**



Inhalte der Vereinbarung nach § 137d SGB V

- **Präambel**
- **Geltungsbereich, Ziele und Inhalte der Vereinbarung**
- **Definition von Qualität und Zielbestimmung von Qualitätssicherung**
- **Dimensionen der Qualität**
- **Grundsätzliche Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement**
- **Grundsätze und Verfahren der externen Qualitätssicherung**
- **Vergleichende Qualitätsanalysen**
- **Grundsätze der partnerschaftlichen Ausgestaltung und Weiterentwicklung**
- **Auswertungsstelle, Verwendung von Daten und Auswertungsziele**
- **Auswertung und Konsequenzen der Ergebnisse des externen Qualitätssicherungsverfahrens**
- **Anlagen 1 bis 3**



Geltungsbereich, Ziele und Inhalte

Geltungsbereich für alle

- gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände
- stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V oder § 111a SGB V (Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) besteht
- ambulante Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 1 SGB V)

Ziel

- medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sollen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet erbracht werden

Inhalt

- Berücksichtigung der Regelungsinhalte der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 Abs. 1 SGB IX



Grundsätzliche Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

- Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V oder § 111a SGB V (Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) erfolgt das Zertifizierungsverfahren nach § 20 Abs. 2a SGB IX

- Für stationäre Vorsorgeeinrichtungen und ambulante Rehabilitationseinrichtungen
 - kein Zertifizierungsverfahren gesetzlich vorgeschrieben
 - grundsätzliche Anforderungen richten sich nach § 20 Abs. 2a SGB IX
 - alle drei Jahre Nachweis eines Selbstberichtes
 - anerkanntes Qualitätsmanagement-Zertifikat
 - spätestens zwei Jahre nach Veröffentlichung der Vorgaben für den Selbstbericht ist der erste Nachweis zu erbringen
 - Auswahl liegt in der Eigenverantwortung der Einrichtung



Grundsätze und Verfahren der externen Qualitätssicherung

- **Alle ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und stationären Vorsorgeeinrichtungen mit einem Vertrag sind verpflichtet sich am QS-Reha®-Verfahren zu beteiligen**
 - externes, bundesweit verbindliche, einheitliche und routinemäßig angewandtes Verfahren
 - regelmäßige Wiederholung

- **Ausnahme: Teilnahme am Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung**



QS-Reha®-Verfahren

- **Entwicklung des QS-Reha®-Verfahrens im Jahr 2000 begonnen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Patientenzufriedenheit)**

- **Strukturqualität**
 - **Gemeinsamer Kriterienkatalog für DRV und GKV**
 - **GKV: Visitationen in 20 % der Einrichtungen**
 - **zwei Arten von Kriterien: Basis- und Zuweisungssteuerungskriterium**

- **Prozessqualität**
 - **Peer-Review-Verfahren (GKV und DRV) – Prüfung von 20 anonymisierten Patientenunterlagen**
 - **auch Patientenzufriedenheit**



QS-Reha®-Verfahren

- **Ergebnisqualität**
 - **Datenerhebung bei bis zu 200 Patienten pro Einrichtung / Fachabteilung**
 - **Patientenbefragung zu Beginn, bei Entlassung und sechs Monate nach Ende der Maßnahme**
 - **behandelnde Ärzte zu Beginn und bei Entlassung eines Patienten**

- **Patientenzufriedenheit**
 - **persönliche und subjektive Einschätzung der medizinischen sowie nicht-medizinischen Dienstleistungen und Prozesse der Einrichtung**

- **Ergebnisbericht**
 - **zur Strukturqualität, ggf. Visitation, Ergebnisqualität, Prozessqualität (Peer-Review-Verfahren), Patientenzufriedenheit, Zusammenfassung, Qualitätssynopse**

QS-Reha®-Verfahren

Strukturqualität		Prozessqualität		Ergebnisqualität			Patientenzufriedenheit	
Gesamt	92% der BKs ¹ erfüllt	Gesamt	14% gravie- rende Mängel	Gesamt – kurzfristig	Gesamt – mittelfristig	Gesamt		
Allg. Merk- male und räumliche Ausstattung	86% der BKs ¹ erfüllt	Anamnese	10% gravie- rende Mängel	Somatische Gesundheit (kurzfristig)	Somatische Gesundheit (mittelfristig)	Ärztliche Betreuung		
Medizinisch- technische Ausstattung	100% der BKs ¹ erfüllt	Diagnostik	8% gravierende Mängel	Schmerzen (kurzfristig)	Schmerzen (mittelfristig)	Pflegerische Betreuung		
Therapeut. Behandl./ Schulungen/ Patienten- betreuung	95% der BKs ¹ erfüllt	Therapie- ziele/ Therapie	12% gravie- rende Mängel	<i>entfällt</i>	Funktions- fähigkeit im Alltag (mittelfristig)	Psycho- logische Betreuung		
Personelle Ausstattung	82% der BKs ¹ erfüllt	Klinische Epikrise	32% gravie- rende Mängel	<i>entfällt</i>	Funktions- fähigkeit im Beruf (mittelfristig)	Behand- lungen		
Konzeptio- nelle Grund- lagen	100% der BKs ¹ erfüllt	Sozialmed. Epikrise	12% gravie- rende Mängel	Psychisches Befinden (kurzfristig)	Psychisches Befinden (mittelfristig)	Nicht-med. Dienst- leistungen		
Internes Qualitäts- management	86% der BKs ¹ erfüllt	Weiterf. Maß- nahmen und Nachsorge	12% gravie- rende Mängel	<i>entfällt</i>	Soziale Integration (mittelfristig)	Freizeit- möglichkeiten		
Interne Kom- munikation und Personal- entwicklung	100% der BKs ¹ erfüllt			Gesundheits- verhalten (kurzfristig)	Gesundheits- verhalten (mittelfristig)			
				<i>entfällt</i>	Krankheits- bewältigung (mittelfristig)			



Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens

- Bereits im Jahr 2006 wurde sich darauf verständigt, das QS-Reha®-Verfahren für stationäre Rehabilitationseinrichtungen weiterzuentwickeln
- **Prozessqualität**
 - Wegfall des Peer-Review-Verfahrens
- **Strukturqualität**
 - Präzisierung der Kriterien
 - Aufnahme weiterer prozessbezogener Kriterien aufgrund des Wegfalls des Peer-Review-Verfahrens
- **Ergebnisqualität**
 - Umstellung auf eine Zweipunktmessung (Aufnahme und sechs Wochen nach Entlassung)
 - Reduzierung der Stichprobe auf 100
 - Streichung von Fragen aus den Patienten- und Arztbögen, die nicht für Einrichtungsvergleiche notwendig sind
- **Ergebnisbericht**
 - Bericht Teil I: = Struktur- und Prozessqualität, ggf. Visitation
 - Bericht Teil II: = Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit, Prozessqualität
 - Qualitätssynopse

Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens



Qualitätssynopse
 Musterklinik (IK xxxxxxxxx)
 Indikation: Muskuloskeletale Erkrankungen
 Gültigkeitszeitraum: XX 20XX – XX 20XX

Struktur- und Prozessqualität				Ergebnisqualität		Patientenzufriedenheit	
Gesamt		74%		Gesamt	☉	Gesamt	▼
Erfasst über Klinikbogen				Somatische Gesundheit	☉	Ärztliche Betreuung	☉
Allg. Merkmale und räumliche Ausstattung	56% der BKs ¹ erfüllt	Medizinisch-technische Ausstattung	92% der BKs erfüllt	Schmerzen	▼	Pflegerische Betreuung	☉
Therapeut. Behandl./ Schulungen/ Patientenbetreuung	77% der BKs erfüllt	Personelle Ausstattung	93% der BKs erfüllt	Funktionsfähigkeit im Alltag	☉	Psychologische Betreuung	☉
Konzeptionelle Grundlagen	40% der BKs erfüllt	Internes Qualitätsmanagement	90% der BKs erfüllt	Funktionsfähigkeit im Beruf	☉	Behandlungen	☉
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100% der BKs erfüllt	Interne Organisation	50% der BKs erfüllt	Psychisches Befinden	☉	Nicht-med. Dienstleistungen	▲
Patientenorientierung	75% der BKs ¹ erfüllt			Soziale Integration	▲	Freizeitmöglichkeiten	▼
Erfasst über Patientenbogen				Gesundheitsverhalten	☉		
Arzt-Patient-Kommunikation	Zu 75% erfüllt	Therapie und Pflege	Zu 75% erfüllt	Krankheitsbewältigung	☉		
Nachsorge	Zu 75% erfüllt						

© AQMS

Erläuterung:

- ▲ statistisch signifikant über dem Durchschnitt aller Referenzkliniken
- ▼ statistisch signifikant unter dem Durchschnitt aller Referenzkliniken
- ☉ durchschnittlich in Bezug auf die Referenzkliniken

¹ BK = Basiskriterien der Struktur-/Prozessqualität



Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens

- Zustimmung der Verbände der Leistungserbringer zu den Weiterentwicklungsvorschlägen liegt vor
- Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben AQMS und UKE mit der Weiterentwicklung der Instrumente beauftragt
- Zu den überarbeiteten Instrumenten erfolgt zurzeit eine Abstimmung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 137d SGB V



Auswertungsstelle

- **Bestimmung einer unabhängigen Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V, sobald die überarbeiteten Instrumente des QS-Reha®-Verfahrens abgestimmt sind**
- **Europaweite Ausschreibung**
- **Vertragsabschluss zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Auswertungsstelle**
- **Aufnahme des Routineverfahrens im Sommer / Herbst 2009**
- **Krankenkassen tragen die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der externen Qualitätssicherung**



Auswertung und Konsequenzen der Ergebnisse des externen Qualitätssicherungsverfahrens

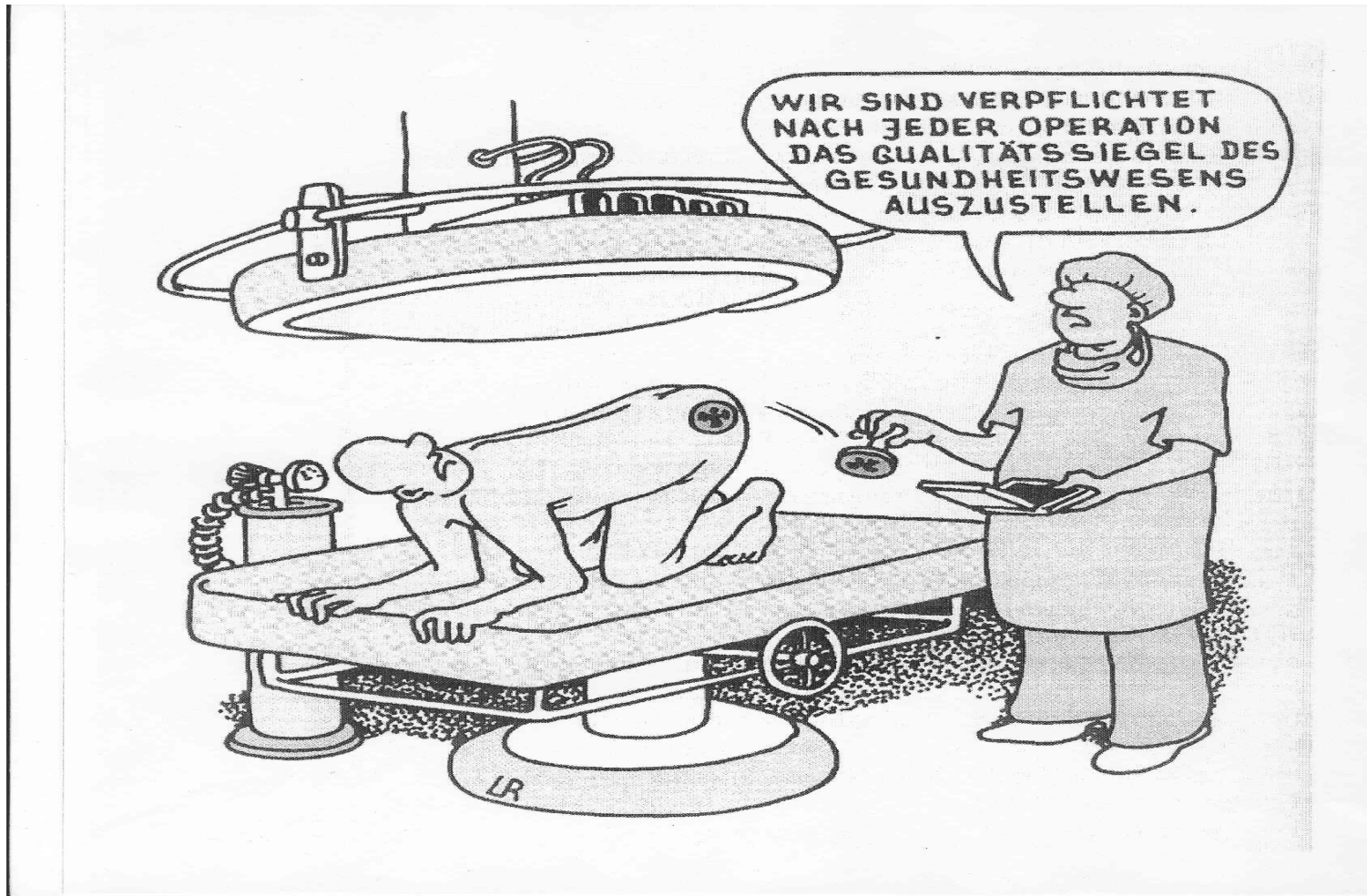
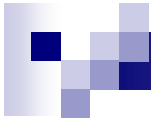
- Einrichtungen und Krankenkassen erhalten die Ergebnisse aus der Qualitätssicherung
- Versicherte und ihre behandelnden Ärzte können die Ergebnisse anfordern
- Ergebnisse dienen den Krankenkassen als Grundlage für
 - eine qualitätsorientierte Belegungssteuerung
 - leistungsbezogene Vergütungsverhandlungen
- Qualitätsdialog zwischen Einrichtung und Vertragspartner der Leistungsträger
- Einrichtung kann die Öffentlichkeit über ihre Ergebnisse informieren



Umsetzungsschritte Gemeinsamer Ausschuss nach § 137d SGB V

- **Internes Qualitätsmanagement**
 - für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und stationären Vorsorgeeinrichtungen Erstellung von Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation der Selbstbewertung
 - Kriterien zur Prüfung und Anerkennung von Qualitätsmanagementverfahren

- **Externe Qualitätssicherung**
 - Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens
 - Erstellung eines Methodenhandbuchs
 - Bestimmung einer unabhängigen Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit