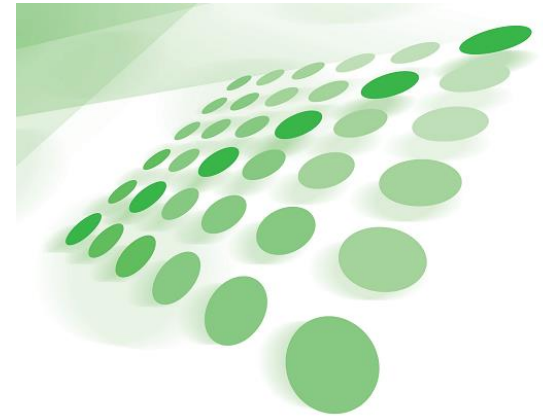


Sinkende Fallzahlen - ist das System in Gefahr?

■

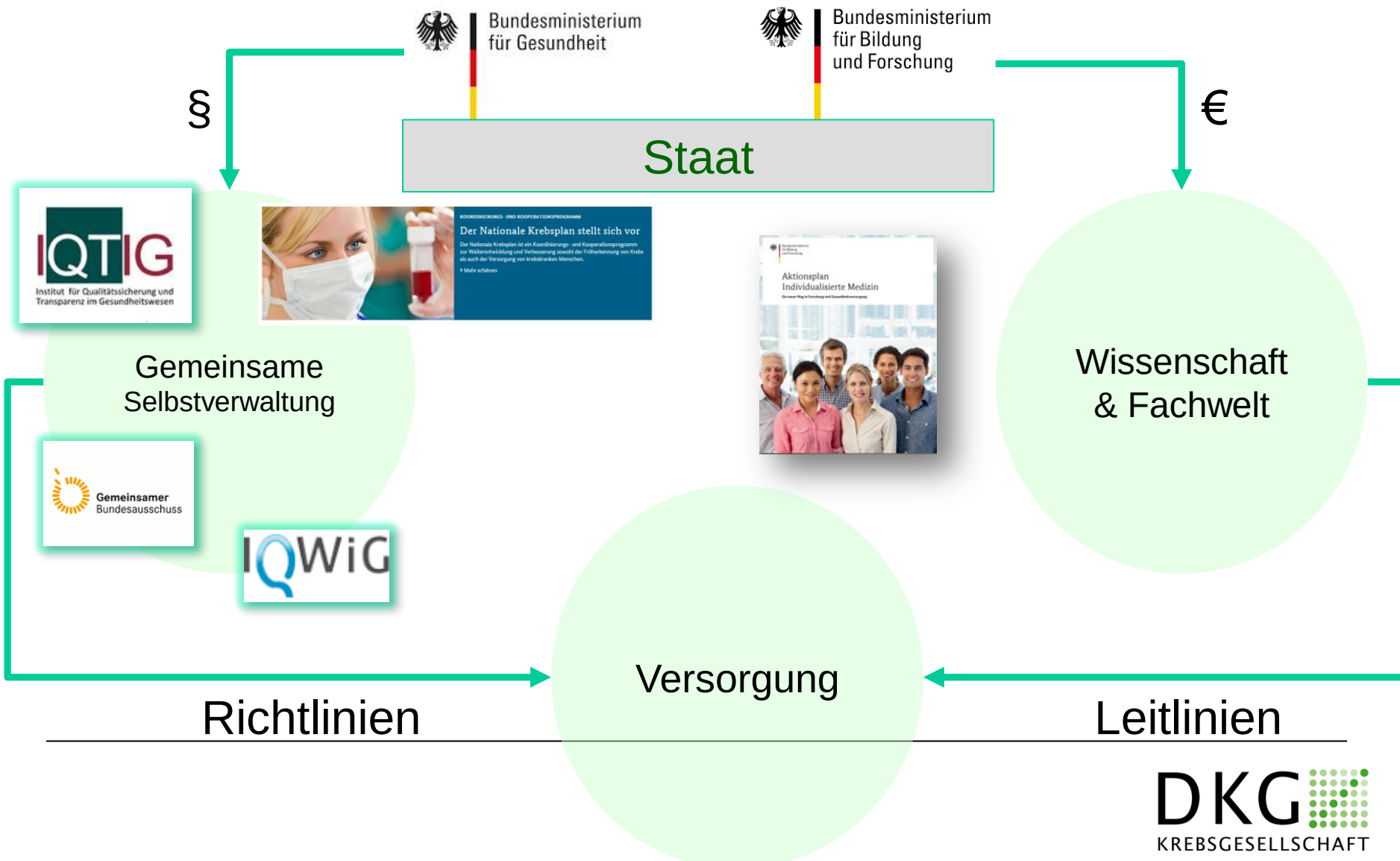
Dr. Johannes Bruns

ADDZ Tagung Hotel Hafen Hamburg

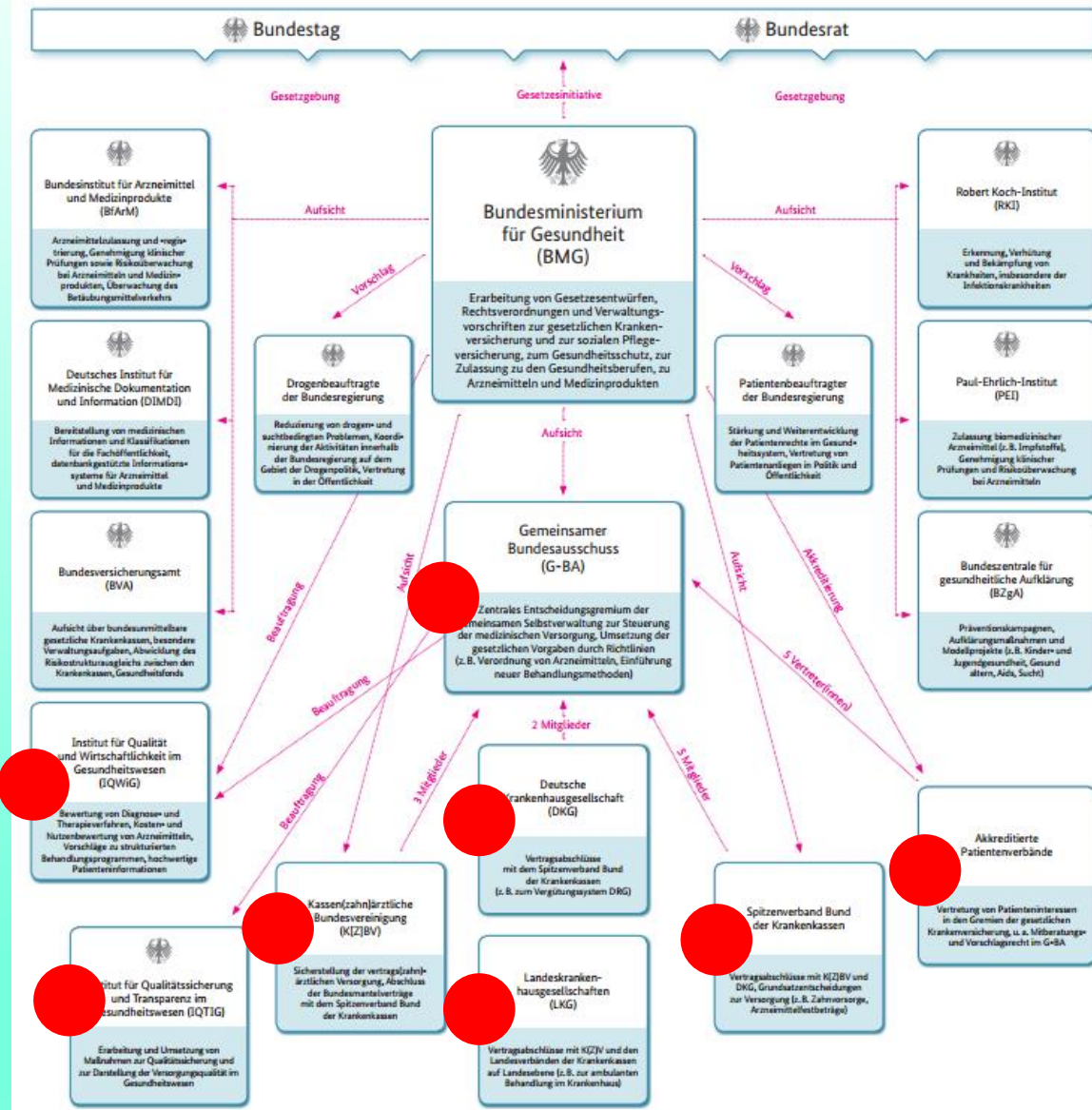


DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

Spannungsfeld?



Das Gesundheitssystem



Herzlich Willkommen beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen!

Gründung des IQTiG

Am 9.1.2015 wurde die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) von den Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und dem Bundesministerium für Gesundheit erfolgreich vollendet. Als Leiter wurde Dr. med. Christof Veit bestellt. Das Institut erfüllt seit 01.01.2016 seine Aufgaben im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, wie sie in § 137a SGB V beschrieben sind.

Auf dieser Webseite finden Sie aktuelle Informationen, Hinweise und Hintergrundwissen zu den verschiedenen Bereichen des IQTiG und seiner Aufgaben.

Das Team wird kontinuierlich aufgebaut. Interessenten sind herzlich eingeladen, bei den Stellenangeboten zu stöbern und sich zu bewerben.

Wir freuen uns darauf, mit den verschiedenen Partnern des Gesundheitswesens an der Weiterentwicklung einer praxisnahen, transparenten und verbesserungsorientierten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eng zusammenzuarbeiten. Diese Qualitätssicherung soll ein wertvoller, hilfreicher Bestandteil des Gesundheitswesens sein: Für Patienten, für diejenigen, die Patienten versorgen und auch für diejenigen, welche diese Versorgung organisieren, finanzieren und politisch gestalten. Mit dieser Webseite beginnen wir den vielfältigen Dialog mit Ihnen.

Christof Veit, Leiter des IQTiG

Aktuelles

- [IQTiG sucht Expertinnen und Experten im Projekt Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie \(PCI\)](#)
- [aktuelle Stellenangebote](#)
- [Qualitätsindikatoren 2015 veröffentlicht](#)
- [G-BA-Auftrag zur Entwicklung einer sektorenübergreifenden Patientenbefragung für Herzkatheter-Interventionen \(PCI\)](#)
- [G-BA-Auftrag zur Entwicklung eines Verfahrens mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren](#)
- [aktuelle Ausschreibungen](#)
- [Verfahrenssupport](#)

Wer ist das IQTiG

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland hat auf der Basis des § 137a Abs. 1 SGB V Ende 2014 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) gegründet.

Das IQTiG erarbeitet im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und wirkt an deren Umsetzung mit. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form. Das Institut hat seinen Sitz in Berlin. Es führt seit Januar 2016 die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 136 ff SGB V fort.

Bewertungskriterien des IQTIG

Das Institut hat Kriterien zur Bewertung
von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die
in der ambulanten und stationären
Versorgung verbreitet sind,
zu entwickeln.

Welche neuen Anreize gibt es für Krankenhäuser, besonders gute Leistungen zu erbringen?

Zu- und Abschläge sollen Krankenhäusern finanzielle Anreize geben, dauerhaft gute Leistungen zu erbringen. Das Prinzip ist einfach: Erbringt ein Haus Leistungen von hoher Qualität oder nimmt es besondere Aufgaben wahr, z.B. die Beratung oder die Dokumentation bei seltenen Erkrankungen, so erhält es dafür einen Zuschlag. Qualitätsmängel müssen zum Schutz der Patientinnen und Patienten schnellstmöglich beseitigt werden. Tritt innerhalb eines Jahres keine Besserung ein, werden die Mittel gekürzt.



Wie wird gerade bei komplizierten Eingriffen sichergestellt, dass genügend Erfahrung vorliegt?

Qualität steigt mit Erfahrung - das gilt besonders dann, wenn es sich um hochkomplexe Leistungen handelt. Deshalb wurde für einige Bereiche zur Sicherung der Qualität eine **Mindestanzahl an Behandlungen** festgeschrieben, z.B. bei der Versorgung von Frühgeborenen oder beim Kniegelenkersatz. Damit diese Mindestmengenfestlegung nicht umgangen werden kann, wird sie mit dem Gesetz klarer gestaltet. Außerdem müssen Krankenhäuser, in denen Behandlungen vorgenommen werden, für die eine Mindestmenge festgelegt ist, im Voraus eine Prognose zum Erreichen der geforderten Leistungsmenge abgeben. Die Krankenhäuser werden hierzu verpflichtet, mit den Landesverbänden der Krankenkassen diese Prognosen für das jeweilige Folgejahr abzustimmen. Anhand dieser wird entschieden, ob ein Krankenhaus die Leistung im Folgejahr erbringen darf oder nicht. Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, so erhält es von der Krankenkasse keine Vergütung für die Behandlung.

Wie fördert das Zertifizierungssystem Qualität?

Anwendung von Leitlinien



Kennzahlenbogen für Darmkrebszentren:

23	5.2.7 LL Q1 10	Anzeichnung Stomaposition	Möglichst häufig präoperative Anzeichnung Stomaposition	Anzahl der Pat. mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	Alle Pat. mit RK, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde		Derzeit keine Vorgabe	Zähler		Unvollständig
								Nenner	n.d.	
								%	n.d.	
24	5.2.8	Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)	≥15% primäre Lebermetastasenresektion bei Pat. mit KRK UICC Stad. IV	Alle Pat. mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	Alle Pat. mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV		≥ 15%	Zähler		Unvollständig
								Nenner	n.d.	
								%	n.d.	
25	5.2.8	Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)	≥ 10% sekundäre Lebermetastasenresektion bei Pat. mit KRK UICC Stad. IV	Anzahl der Patienten mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde	Alle Patienten mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben		≥ 10%	Zähler		Unvollständig
								Nenner	n.d.	
								%	n.d.	
26	6.2.9 LL Q16	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Möglichst hohe Rate an Chemotherapien bei Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III	Anzahl der Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte		≥ 80%	100%	Zähler	Unvollständig
								Nenner	n.d.	
								%	n.d.	
27	6.2.9 7.12 LL Q17	Neoadjuvante Radio- o. Radiochemotherapien Rektum (klinisches UICC Stad. II u. III)	Möglichst hohe Rate an neoadjuv. Radio- o. Radiochemotherapien bei Pat. mit einem Rektumkarzinom UICC Stad. II u. III (klinisch)	Anzahl der Patienten, die eine neoadjuvante Radio- u. Radiochemotherapie erhalten haben	Alle Patienten mit RK des mittleren und unteren Drittels (=bis 12cm ab ano) und den TNM Kategorien cT3, 4/cM0 und/oder cN1, 2/cM0, die operiert wurden (= klinisches UICC-Stadium II u. III)		≥ 80%	100%	Zähler	Unvollständig
								Nenner	n.d.	
								%	n.d.	
28	8.10 LL Q13	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	Möglichst viele Pat. mit TME-Rektumpräparaten mit guter o. moderater Qualität	Anzahl Pat. mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intraabdominale Einsätze) der TME	Alle Pat. mit radikal operiertem RK		≥ 70%	100%	Zähler	Unvollständig
								Nenner	n.d.	
								%	n.d.	
29	8.10 LL Q14	Angabe Resektionsrand	Möglichst häufig Angabe Resektionsrand	Anzahl der Patienten, bei denen der Abstand des aboralen Tumorrandes zur aboralen Resektionsgrenze in mm und der Abstand des Tumors zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm dokumentiert wurden	Alle Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder FME reseziert wurde		Derzeit keine Vorgabe	Zähler		Unvollständig
								Nenner	n.d.	
								%	n.d.	



Home > Presse > Pressemitteilungen

Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel der Kliniklandschaft an der Qualität ausrichten



Für den AOK-Vorstand gibt es schon heute funktionierende praktische Ansätze, auf denen die Politik eine qualitätsorientierte Klinikreform aufbauen kann. Als Beispiel nennt Deh die Zertifizierung von Zentren zur Behandlung von Brust- oder Darmkrebs. Hier hätten die Beteiligten durch freiwilliges Engagement bereits ein gutes Stück des Weges zurückgelegt. Würde man diesen Ansatz konsequent weiterverfolgen und nur die zertifizierten Zentren für die Behandlung vorsehen, hätten Patienten und gute Kliniken davon schnell einen Nutzen, ist Deh überzeugt.



man die angedachte Qualitätsinitiative praktisch umsetzen kann, bemängelt wasern.

Uwe Deh, Vorstand des AOK-Bundesverbandes, warnt davor, dass von der Krankenhausreform nur eine große Finanzspritze für Kliniken übrigbleibt: "Wir brauchen schnell mehr Stringenz und Verbindlichkeit bei den Qualitätsvorgaben für Kliniken." Heute dürfe sich beispielsweise jede Klinik Zentrum nennen – ganz unabhängig von der Qualität, die sie liefert. "Stattdessen sind bundesweit einheitliche Standards für Qualität und Finanzierung nötig", fordert Deh. Andernfalls hält er die Gefahr für groß, dass Kliniken im großen Stil zu Zentren erklärt werden, um zusätzlich Geld zu erhalten. Deshalb sei es gut, dass die Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern in ihren Eckpunkten den Zentrumsbegriff neu fassen wolle. "Wichtig ist aber, künftig klar zu regeln, dass Kliniken, die die Anforderungen an Zentren nicht erfüllen, auch bestimmte Behandlungen nicht machen dürfen."

http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2015/in dex_13300.html

Zertifizierte Darmkrebszentren und ASV

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Gesetzliche Regelungen

Aufgabe des G-BA

Ambulante Behandlung im
Krankenhaus

Arzneimittel

Bedarfsplanung

Disease-Management-
Programme

Erprobungsregelung

Familienplanung

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Komplexe, schwer therapierbare oder seltene Erkrankungen stellen an Diagnostik und Therapie hohe Anforderungen. Die betroffenen Patientinnen und Patienten brauchen eine interdisziplinäre Betreuung und ihre Behandlung erfordert eine spezielle Qualifikation und Ausstattung. Der Gesetzgeber sieht für diesen Bedarf mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ein neues sektorenübergreifendes Versorgungsangebot vor (§ 116b SGB V). An der ASV können niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte, Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser teilnehmen, wenn sie die dafür vorgesehenen Anforderungen erfüllen.

Eine ASV ist nach dem Gesetz möglich für Patientinnen und Patienten mit

-  Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie zum Beispiel onkologische und rheumatologische Erkrankungen,

<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b/>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

