



Maßnahmen zur Qualitäts-Sicherung im französischen Gesundheitssystem

Dr. U. Descamps, CNAMTS / MREIC
Stuttgart, 26.05.2011

- ① **Das französische Gesundheitssystem**
- ② **Zertifizierung der Krankenhäuser**
- ③ **Evaluation der klinischen Berufspraktiken**
- ④ **Akkreditierung der Ärzte**
- ⑤ **Qualitätsverträge und Leistungsorientierte Vergütung**
- ⑥ **Begleitung der Leistungserbringer**

Krankenversicherung

**Gesetzliche Kranken-
Versicherung**

**Freiwillige
Zusatzversicherung**

**Pflicht-
Grundversicherung
aller Bürger**

**Hilfskassen /
Privatversicherung**

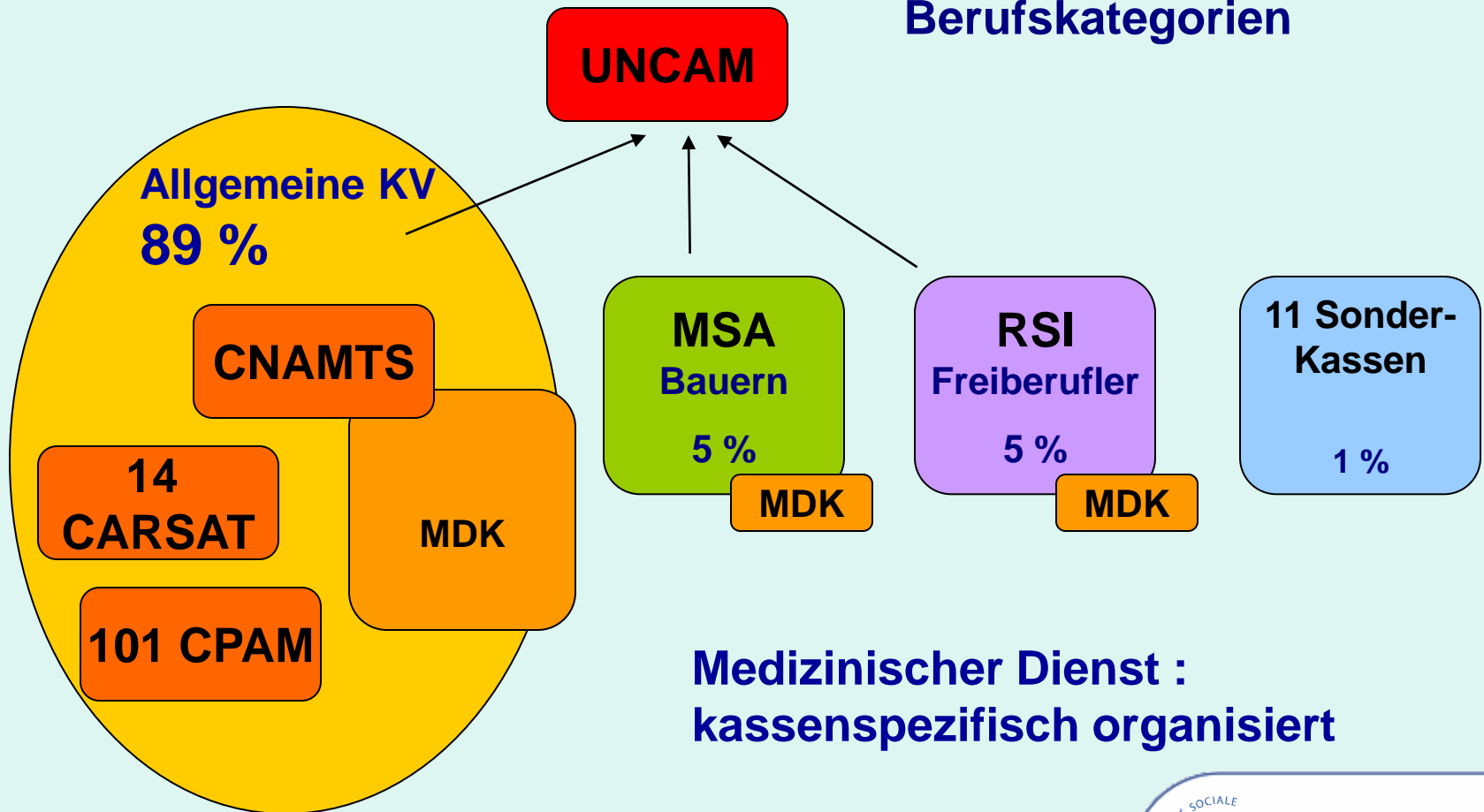
Kostenübernahme :
Im Durchschnitt **75 %**

**Systematische
Kostenübernahme
der Zuzahlung**

Staatliche Hilfe

Gesetzliche Krankenversicherung

Sozialversicherung
organisiert nach
Berufskategorien



Medizinischer Dienst :
kassenspezifisch organisiert

Leistungs- Erbringer

**Allgemeinmediziner, Fachärzte, Zahnärzte,
Hebammen, Heilberufe, Krankenpfleger
In freier Praxis**

**Multidisziplinäre Versorgungszentren mit
angestellten Ärzten und Heilberufen**

Gesundheitshäuser

Krankenhäuser :

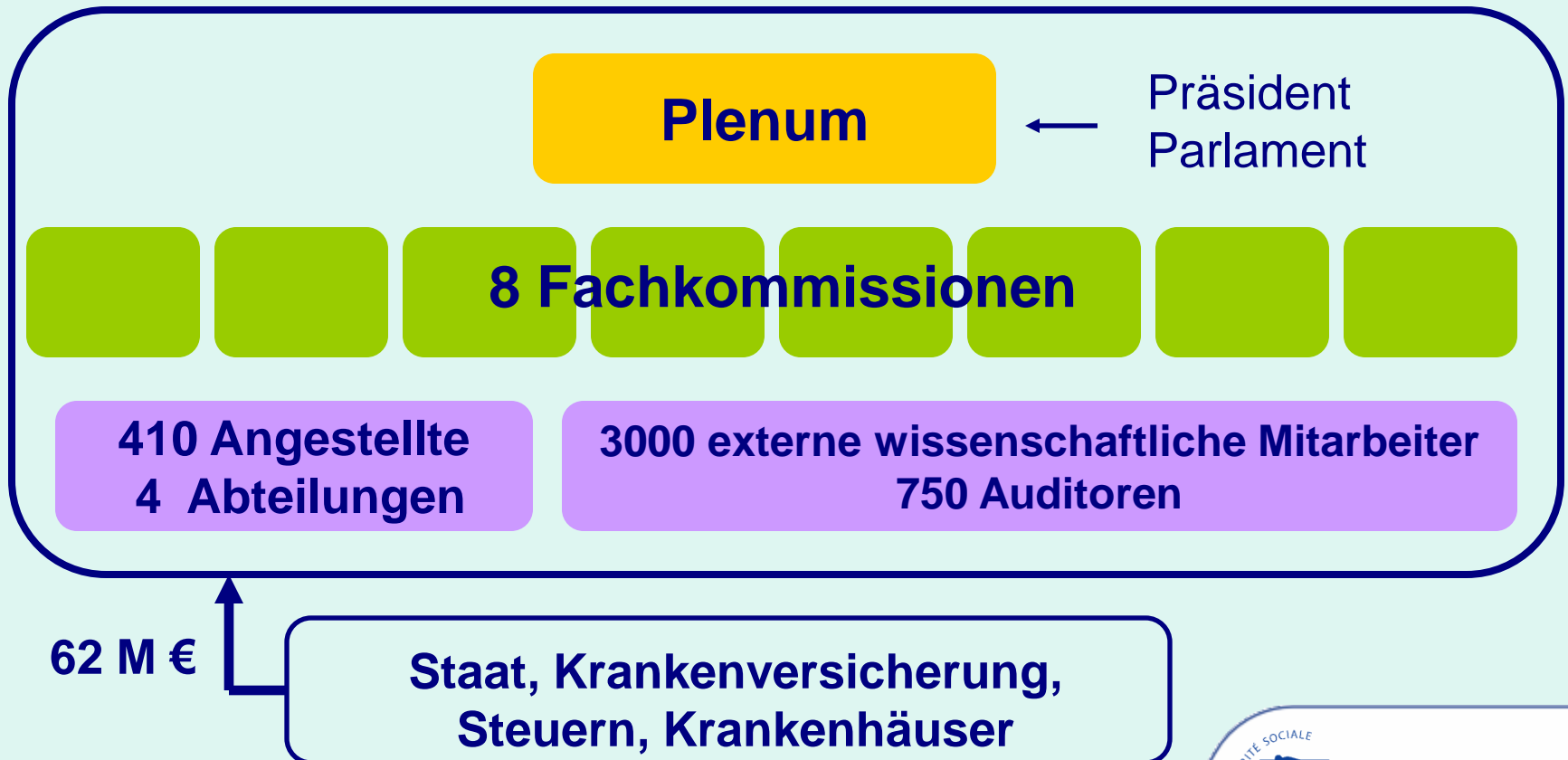
- **Stationäre Versorgung**
- **Ambulante Konsultationen
in allen Fachgebieten,
mit freiem Zugang**
- **„Krankenhaus zu Hause“**

**Freiwilliges Hausarzt-
System**

Finanzieller Anreiz

Haute Autorité de Santé (HAS)

Unabhängiges wissenschaftliches öffentlich rechtliches Institut



Haute Autorité de Santé (HAS) : Aufgaben

- **Evaluation :**
Arzneimittel, Hilfsmittel, ärztliche und sonstige Heil- und Pflegeleistungen, Vorschlag zur Kostenübernahme
- **Leitlinien**
- **Qualitätssicherung :**
Zertifizierung von Krankenhäusern, EDV-Programmen für Leistungserbringer und Internet-Seiten
Evaluation von Berufspraktiken
- **Information**

Regionale Gesundheitsagentur (ARS)

Staatliche Einrichtung
Repräsentiert die Regierung in der Region

Einheitliche Lenkung der öffentlichen Gesundheitspolitik :

- **Gesundheitspolizei** (u.a. regelm. Begehung der Krankenhäuser)
- **Krisenmanagement**
- **Lenkung und Evaluation von Prävention und Vorsorge**

Regulierung des Leistungsangebots

- **Regionaler Gesundheitsplan : ambulant, stationär, Pflege**
- **Krankenhausfinanzierung, Verträge mit Leistungserbringern**
- **Risikomanagement : in Zusammenarbeit mit GKV + CNSA**
- **Förderung und Evaluation der ärztlichen Fortbildung**

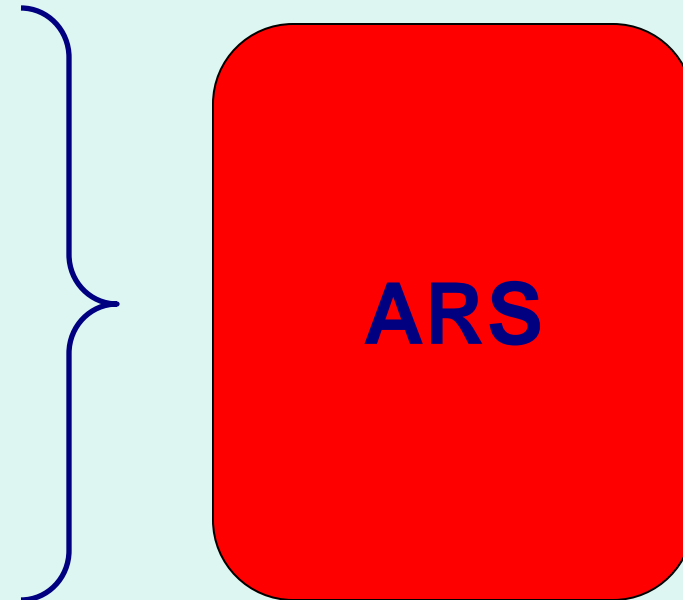
Regionale Gesundheitsagentur (ARS)

Bis 31.03. 2010



Conseil général

Seit 01.04. 2010

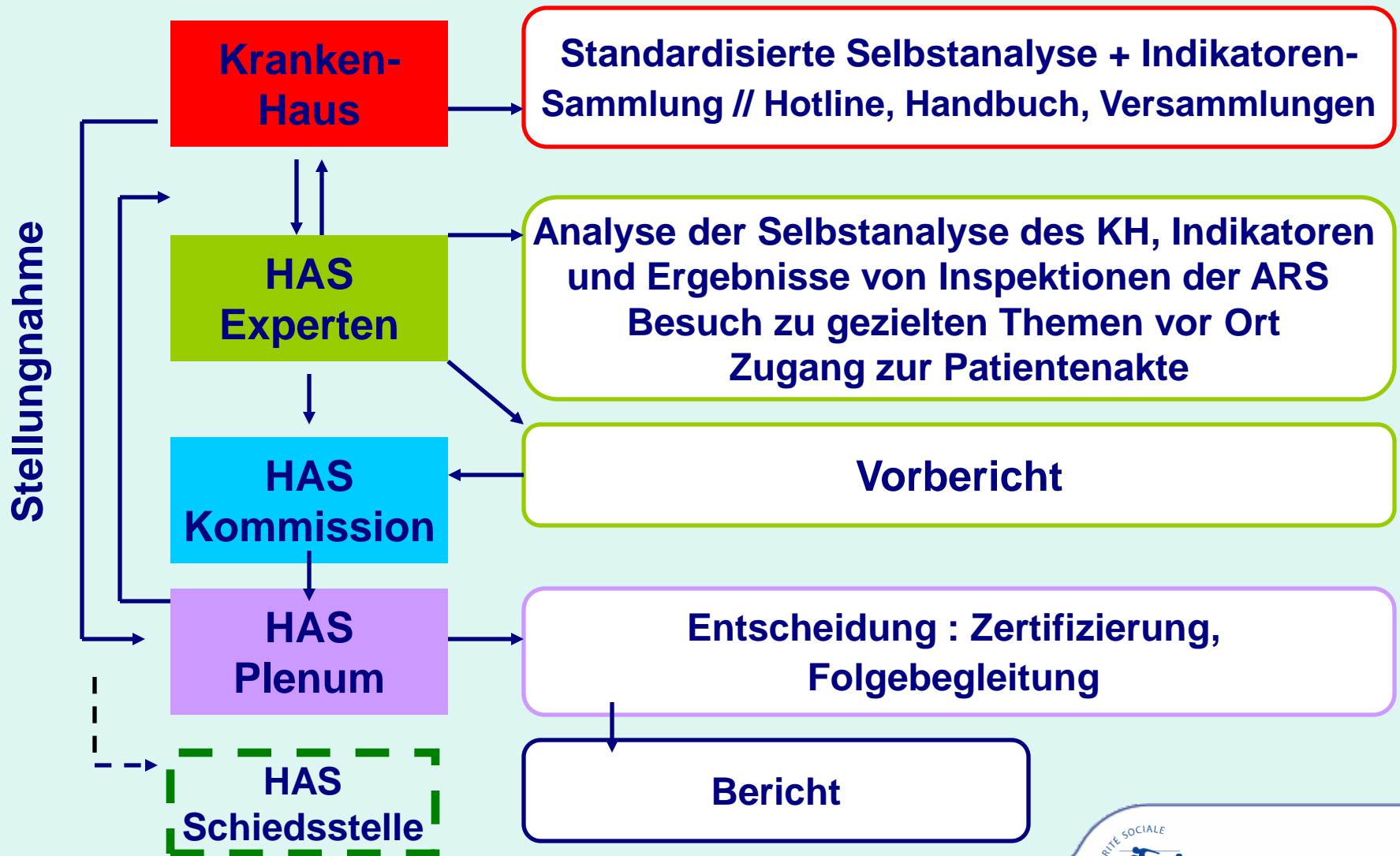


Conseil général

Grundprinzipien der Krankenhaus- Zertifizierung

- Einführung mit der Reform „Juppé“ 1996
- Pflicht für alle Akutkrankenhäuser, Psychiatrische und Reha-Kliniken, Netze, HAD, plastische Chirurgie
- Im 4-Jahres-Rhythmus
- Version 3 : Standardisiertes Verfahren zum Risiko-Management : gemeinsamer Grundstamm + spezifische Module
- Nachweis der Strukturqualität, keine Abbildung des Behandlungsergebnisses
- Endziel : Benchmarking

Zertifizierung der Krankenhäuser



Auditoren

- **Experten vom Direktor der HAS ernannt**
- **Multidisziplinäres Team :**
**Krankenhausärzte, Heilberufe, Techniker und
Verwaltungsangestellte, Experten für Evaluation**
- **Aus einer anderen Region**
- **Aktiv in der Versorgung zu mindestens 50 %**

Entscheidung

- **Zertifiziert**
- **Zertifiziert mit Auflagen**
- **Zertifiziert mit Einschränkungen**
- **Nicht zertifiziert : nur in 2. Entscheidung nach vorhergehender Zertifizierung mit Einschränkung und Begleitung ohne Verbesserung**



ARS
Bei Mängel
Inspektion



Publikation
→ Krankenhaus intern
→ HAS-Intenet-Plattform
→ +/- Kommentar des KH

Themenblöcke der Krankenhaus-Zertifizierung

- **Management**
 - Struktur
 - Ressourcen
 - **Qualität und Sicherheit der Versorgung**
- **Wahrung der Patientenrechte**
- **Versorgung des Patienten**
 - **Patientenpfade**
 - **Spezifische Versorgungs-Situationen**
 - **Implementierung eines Evaluationsverfahren der Berufspraktiken**

① Management von Qualität und Sicherheit

- Programm zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit
- Koordinationsfunktion für die Pflegerisiken
- Achtung der ordnungspolitische Vorgaben
- Risikoabschätzung a priori
- Krisenmanagement
- Management von Nebenwirkungen
- Infektionsrisiko
- Leitliniengerechter Gebrauch von Antibiotika
- Pharmakovigilanz, Hilfsmittelsicherheit
- Management des Transfusionsrisikos
- Pflege des biomedizinischen Materials

② Patientenrechte

- **Prävention von Misshandlung**
- **Wahrung von Würde und Intimität**
- **Information und Einwilligung**
- **Empfang und Begleitung der Angehörigen**
- **Schmerzbehandlung**
- **Begleitung Sterbender**
- **Pflege der Patientenakte und Zugang dazu**
- **Identifikation des Patienten in allen Versorgungs-Etappen**

③ Patientenpfade

- Aufnahme
- Evaluation des Gesundheitsstatus + individuelles Pflegeprojekt
- Kontinuität und Koordination der Versorgung
- Management von lebensbedrohlichen Notfällen innerhalb des Krankenhauses
- Spezifische Versorgung : besondere Bevölkerungsgruppen, Ernährungsstörungen, Suizidgefahr, Behandlung ohne Einwilligung
- Arzneimittel-Versorgung, allgemein und bei alten Menschen
- Management der Laboruntersuchungen : Verordnung, Transport, Ergebnisübermittlung, Durchführung der Untersuchung
- Management bildgebender Untersuchungen : Verordnung, Ergebnisübermittlung, Durchführung
- Patientenschulung

④ Spezifische Versorgungssituationen

- **Versorgung in der zentralen Notaufnahme**
- **Organisation der OP-Räume**
- **Organisationen anderer risikoreicher Aktivitäten :
Radiotherapie, Nuklearmedizin, Endoskopie,
interventionelle Kardiologie, etc.**
- **Organisation der Organ- und Gewebespenden zu
therapeutischen Zwecken**
- **Einleitung von Anschlussbehandlung und
Rehabilitation**

Kriterien

① Gibt es ein spezifisches festgelegtes Verfahren ?

Ja

② Ist es entsprechend umgesetzt ?
Eventuell in welchen Teilbereichen ?

Ja

③ Wird es evaluiert ? Sind Aktionen zur Verbesserung eingeleitet worden ?

Kriterien für das Evaluationsverfahren der Berufspraktiken

- **Art des Verfahrens**
- **Grad der Implementierung**
- **Beobachtete Verbesserung / festgelegte Ziele**
- **Bestehen einer internen Kommunikation über das Verfahren und seine Ergebnisse**
- **Begleitung durch eine von der HAS zugelassenen Einrichtung**

Grundprinzipien der Evaluation von Berufspraktiken

- Seit 2004 Pflicht für alle Gesundheitsberufe, in allen Formen der Berufsausübung
- Lernender dynamischer Prozess :
 - Kein direkter Einfluss auf Zulassung und Vergütung
 - Im KH bei gravierenden Mängeln Information der Klinikleitung und der Aufsichtsbehörde
- Individuell oder in Gruppen
- Mit oder ohne externen Partner

Evaluation der Ärzte

- **Fachspezifisch** *oder*
- **Transversale Programme (HAS) → Evaluation des ganzen Patientenpfads**
- **Verbreitung von Entscheidungshilfen**
- **Strukturelle + klinische Indikatoren basierend auf Leitlinien**
- **Begleitet durch einen von der HAS ermächtigten Arzt :**
in der klinischen Praxis tätig, selbst im Qualitätsmanagement engagiert und evaluiert, von der HAS ausgebildet
- **Stichprobenanalyse von Patientenakten / Informationstafel / freiwilliges gezieltes klinisches Audit im Krankenhaus (HAS)**

Grundprinzipien der Ärzte- Akkreditierung

- **Betrifft 21 Fachgebiete mit besonders hohem Risiko :**
Geburtshilfe, Anästhesie, Chirurgie, fötale Sonographie, Intensivmedizin, Interventionelle Fachgebiete
- **Von der HAS zugelassene Akkreditierungs-Stellen, von Fachgesellschaften getragen**
- **Unterzeichnung einer Charta zwischen Arzt und Krankenhaus**
- **Mindestvoraussetzung an Qualität + Sicherheit**
- **Seit 2006, auf freiwilliger Basis, finanzieller Anreiz**

Akkreditierung = spezifisches Verfahren zur Fehlervermeidung und Fehleranalyse

- Liste von Risikosituationen
- Umzusetzende Empfehlungen
- Begleitungs- und Überwachungs-Aktionen
- Fehler-Register
- Fehleranalyse durch die Akkreditierungs-Stelle und Erarbeitung und Verbreitung von Empfehlungen
- Beobachtung der Morbi-Mortalität
- Lastenheft von der HAS festgelegt

CAPI : Zusatzvertrag Kassen ↔ Hausärzte zur Verbesserung der individuellen Praktiken

- **2009 : Erster Schritt zur Leistungsorientierten Vergütung**
- **Freiwilliges Engagement der Hausärzte :**
 - Präventionsmaßnahmen
 - Versorgung chronisch Kranker
 - Optimierung der Arznei-Verordnungen
- **Bereiche, die eine große Zahl von Patienten betreffen**
- **und wo die die kollektiven Praktiken nicht optimal sind**

CAPI : Zusatzvertrag zur Verbesserung der individuellen Praktiken

① Präventionsziele

Kategorie	Thema	Indikator	Ziel	Quelle
Screening und Vorsorge	Grippe	% Patienten > 65 geimpft	70 %	Ziel Public Health Gesetz
	Mamma-Karzinom	% der Frauen 50–74 mit Mammascreeing	80 %	Ziel Public Health Gesetz
Iatrogene Verordnungen > 65 Jahre	Vasodilatoren	% Patienten > 65 mit Vasodilatoren	6 %	Leitlinien HAS, AFSSAPS
	Langwirkende Benzodiazepine	% Patienten > 65 mit langwirkenden BDP	5 %	Leitlinien HAS, AFSSAPS

CAPI : Zusatzvertrag zur Verbesserung der individuellen Praktiken

② Ziele zur Versorgung chronisch Kranker

	Indikator	Ziel
Diabetes	% Patienten, HbA1c 3 bis 4 x / Jahr	65 %
	% Patienten mit Augenhintergrund 1 x / Jahr	65 %
	% Patienten (Männer > 50, Frauen > 60) mit Antihypertensiva, die mit Statin behandelt werden	75 %
	% Patienten (Männer > 50, Frauen > 60) mit Antihypertensiva und Statin, die mit Trombozyten- aggregationshemmer behandelt werden	60 %
Bluthochdruck	% Patienten mit Antihypertensiva, BD eingestellt \leq 140/90	50 %

CAPI : Zusatzvertrag zur Verbesserung der individuellen Praktiken

③ Ziele für die Arznei-Verordnungen

	Indikator	Ziel
Antibiotika	% Verordnungen in der Wirkstoffliste von Generika	90 %
Protonenpumpen-Hemmer	% Verordnungen in der Wirkstoffliste von Generika	80 %
Statine	% Verordnungen in der Wirkstoffliste von Generika	70 %
Antihypertensiva	% Verordnungen in der Wirkstoffliste von Generika	65 %
Antidepressiva	% Verordnungen in der Wirkstoffliste von Generika	80 %
ACE-Hemmer und Sartane	% Patienten mit ACE-Hemmer / % Patienten mit Sartan	65 % / 35 %
KHK	% Patient mit Aspirin / % Patienten mit Clopidogrel	85 % / 15 %

CAPI : Zusatzvertrag zur Verbesserung der individuellen Praktiken

Leistungsorientierte Vergütung

- **Pauschaler Bonus : je nach erreichtem Niveau oder tendenzieller Entwicklung**
- **60 % Gewichtung für den Bereich Prävention und Screening**
- **40 % Gewichtung für die Arznei-Verordnungen**
- **Maximaler Bonus : 5 600 € / Jahr** (durchschnittlich 800 Patienten)
- **2009 : Bonus für 60 % der Teilnehmer**
- **2010 : Bonus für 70 % der Teilnehmer, 3100 € im Durchschnitt**

Zukunftsperspektiven

- **Dreiseitige Verträge über Risikomanagement und Qualität zwischen ARS, Krankenversicherung und Leistungserbringern (HPST-Gesetz 2009)**
- **Werden die alten thematischen Vereinbarung ersetzen** (→ AcBUS / CBP diabetischer Fuß, Kolonoskopie, Antikoagulantia, Logopädie, etc.)
- **Neuer Rahmenvertrag der Ärzte in Verhandlung : generelle Einführung einer Leistungsorientierten Vergütung ??**

Werbung für Leitlinien : Besuch durch Vertreter der Krankenkassen und beratende Ärzte des MDK

- In der Praxis der Kassenärzte und im Krankenhaus
- Ziel : eine leitliniengerechte und wirtschaftliche Versorgung fördern, auf der Basis von Empfehlungen der HAS
- Themen : Arzneimittelverordnung, Therapieplan chronisch Kranker, Osteoporose, Prävention, Heilmittel-Verordnung, AU-Bescheinigung, CAPI-Vertrag ; Krankentransport, ambulante Chirurgie, aktive Stents
- Sequenzielle Organisation

Werbung für Leitlinien : Besuch durch Vertreter der Krankenkassen und beratende Ärzte des MDK

- **2009 :**
390 000 Vertreterbesuche und
63 000 MDK-Besuche in ambulanten Praxen,
10 000 Besuche im Krankenhaus
→ 15 % der MDK-Tätigkeit
- Akzeptanz besser für die Ärzte als für die Kassenvertreter
(Ablehnung 12 % / 15 %) und vom Thema abhängig



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit