



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Regulierung von Qualität: Sind wir auf dem richtigen Weg?

Frühjahrsforum der Deutschen
Hochschulmedizin e.V.

Berlin | 25. April 2018

Dr. Regina Klakow-Franck, M. A.

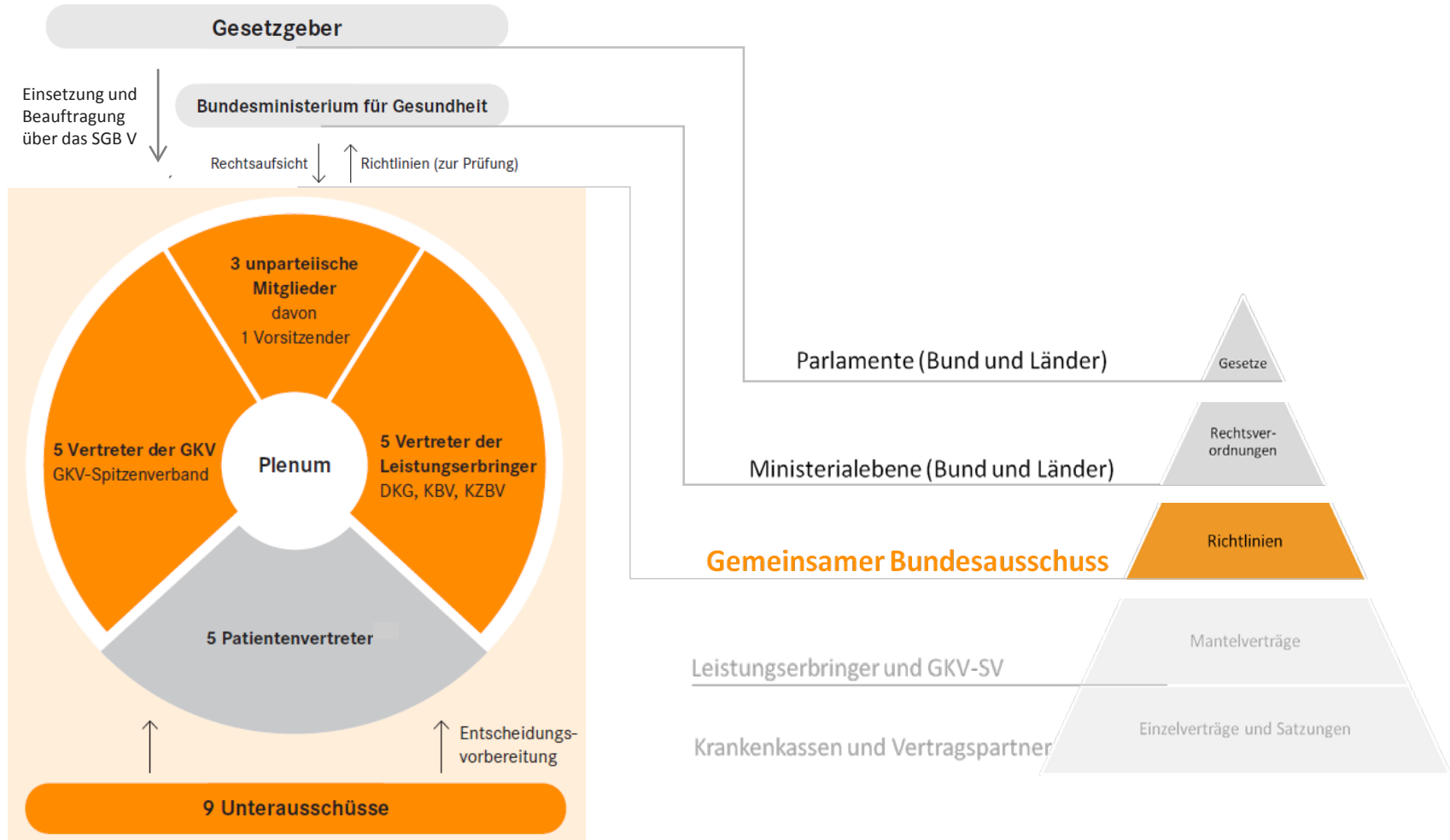
Unparteiisches Mitglied

Gliederung

- I. Einleitung**
- II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren**
- III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren**
- IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen**
- V. Sicherstellungszuschläge**
- VI. Zusammenfassung und Diskussion**

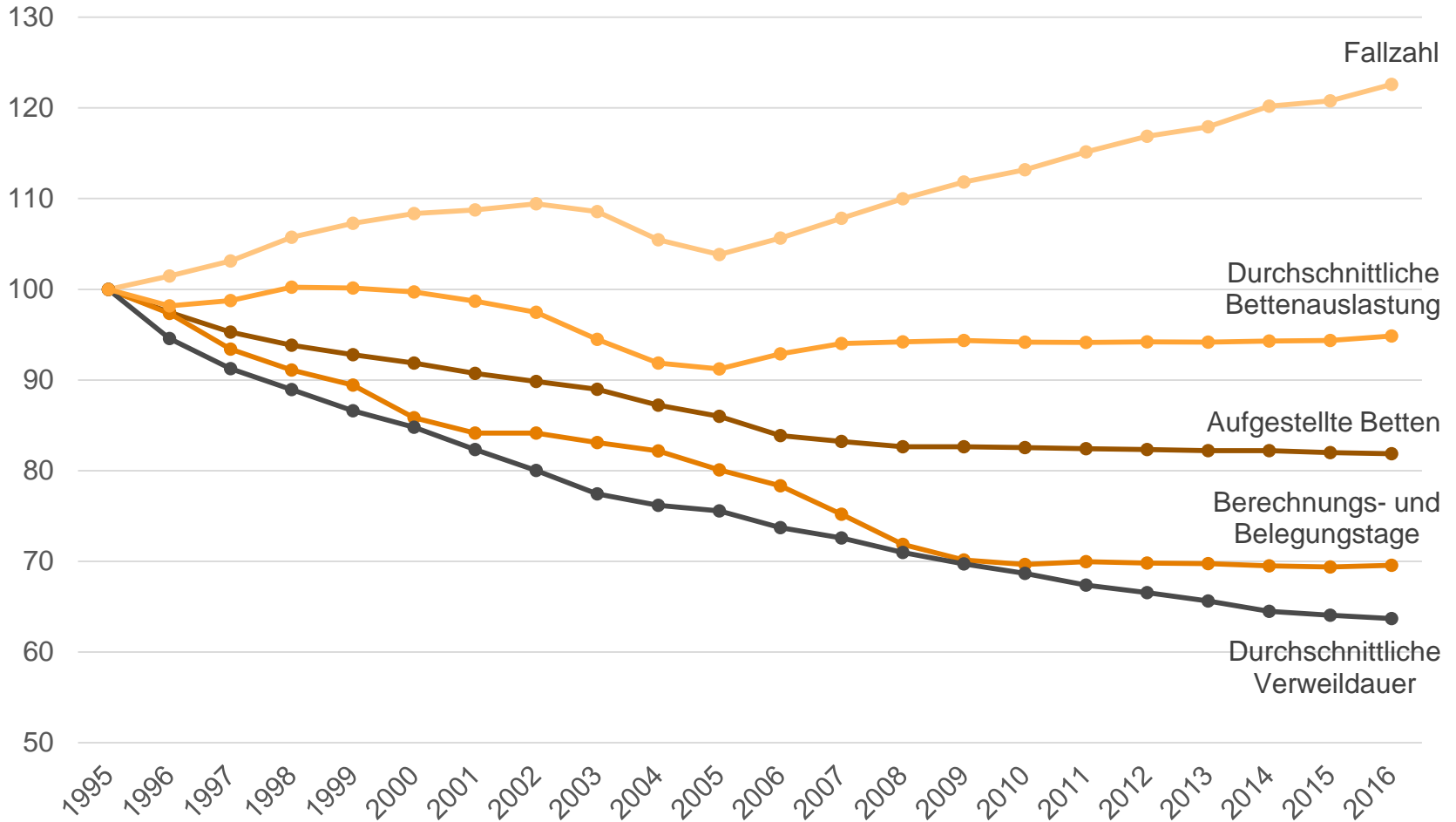
I. Einleitung

G-BA als untergesetzlicher Normgeber



I. Einleitung

Kennzahlen zur stationären Versorgung in Deutschland (1995 = 100)

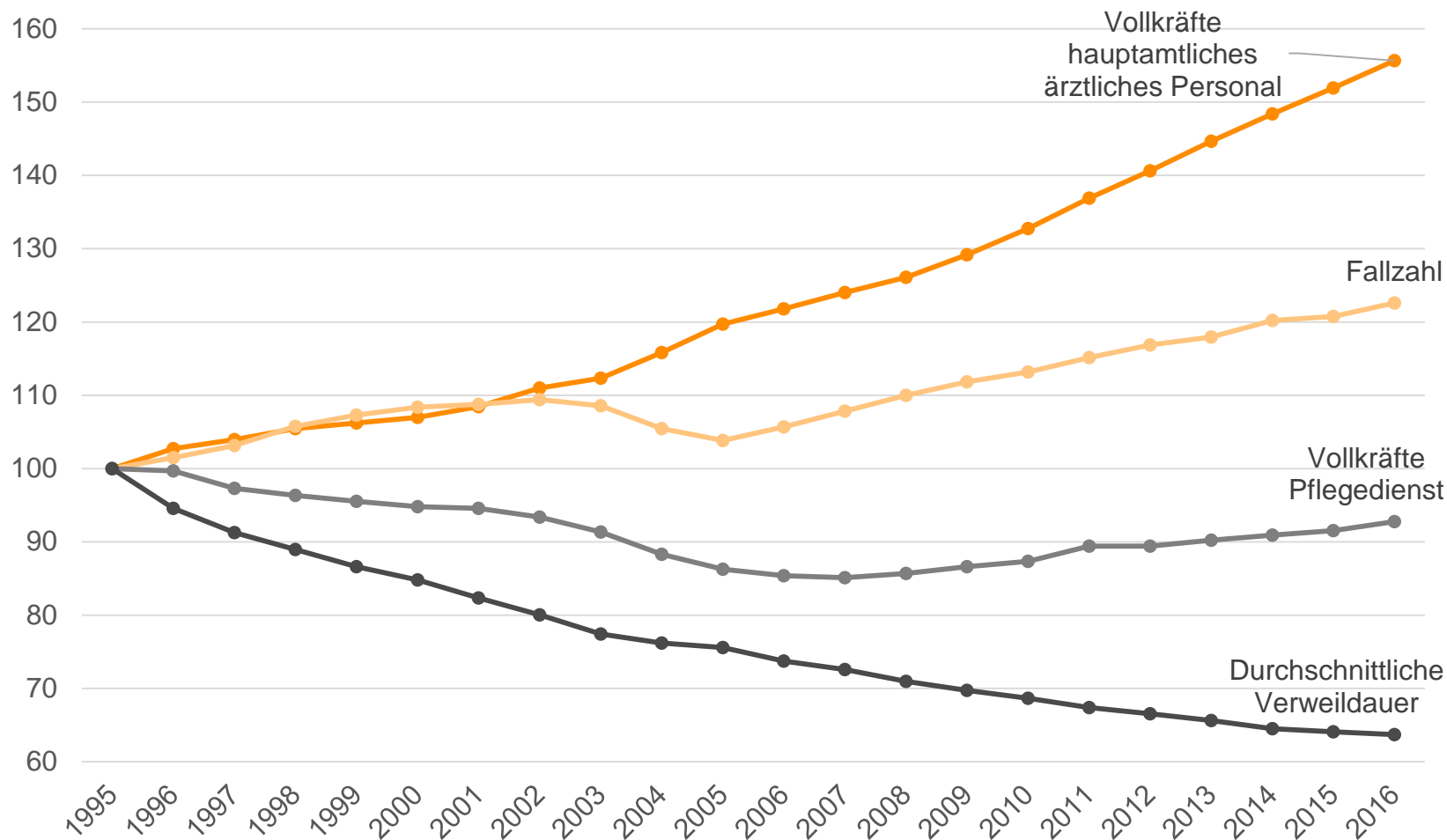


Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser



I. Einleitung

Veränderung von Krankenhauskennziffern (1995 = 100)

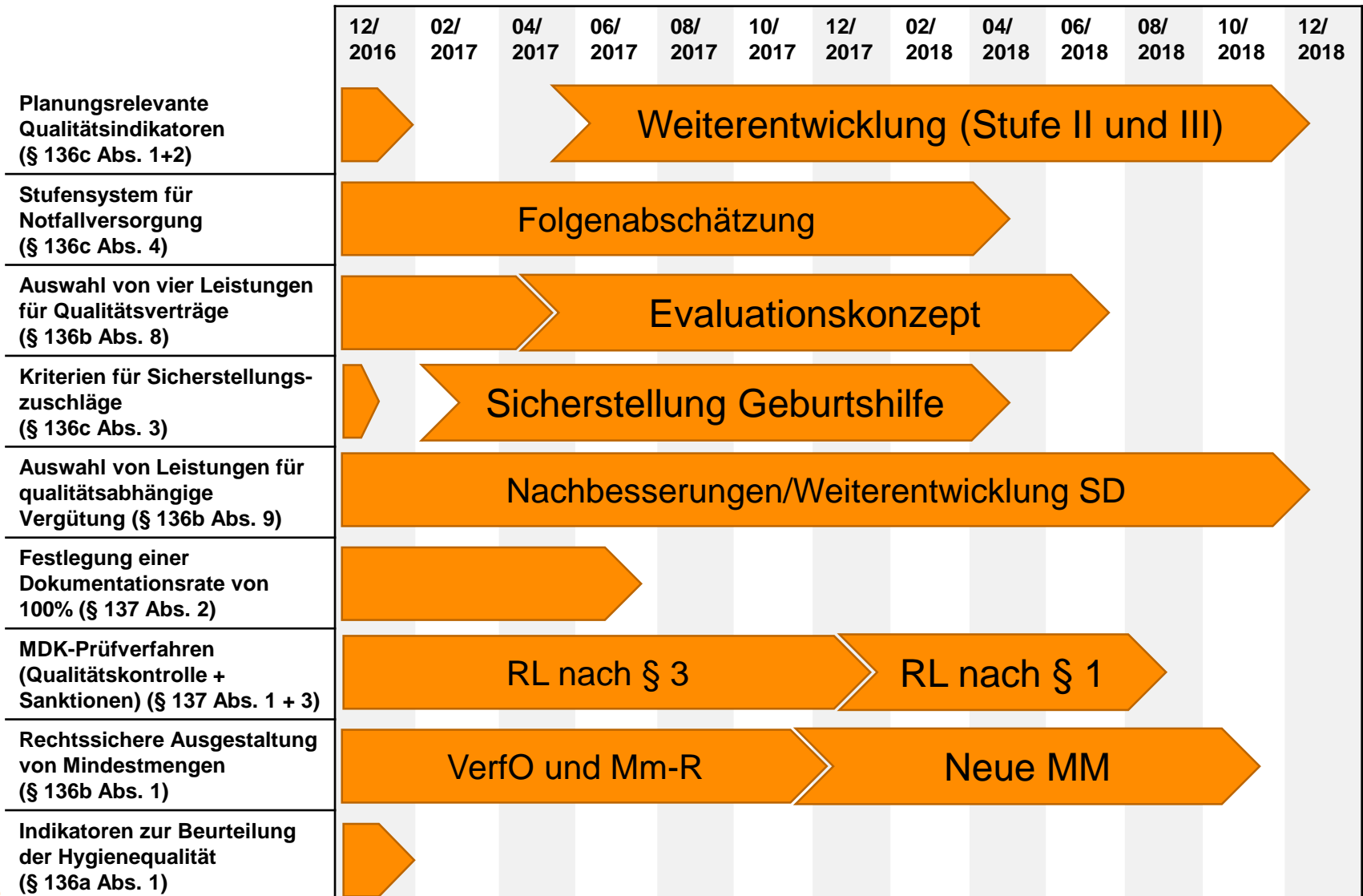


Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (1997-2017): Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser



I. Einleitung

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSBG) → Aufträge an den G-BA



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

PlanQI – Hintergrund und Zielsetzung

- Idee der Bund-Länder-AG: „Qualitätsorientierte Marktberreinigung“
- Ordnungspolitischer Rahmen bleibt unverändert
- Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder
 - neben Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit
- G-BA als „Dienstleister“ der Länder:
 - Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- Ergebnisqualität
 - Indikatorenset soll in der Gesamtschau Beurteilung der Qualität einer Fachabteilung ermöglichen
 - Unterscheidung in gute, durchschnittliche und unzureichende Qualität im Vergleich zu anderen Krankenhäusern
 - Übermittlung von unterjährigen Auswertungsergebnissen und Bewertungskriterien an die Länder
 - Entscheidungsgrundlage für Verbleib/Aufnahme in den Krankenhausplan



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Ausgangsbasis: Externe stationäre Qualitätssicherung (esQS)

Qualitätsmessung mit 266 Qualitätsindikatoren (QI) in folgenden Leistungsbereichen:

 Ambulant erworbene Pneumonie	 Kombinierte/Isolierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
 Geburtshilfe	 Lebertransplantation und Leberlebendspende
 Gynäkologische Operationen	 Nierentransplantation und Nierenlebendspende
 Mammachirurgie	 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
 Karotis-Revaskularisation	 Neonatologie
 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	 Pflege: Dekubitusprophylaxe
 Implantierbare Defibrillatoren Herzschrittmacherversorgung	 Hüft-Endoprothesenversorgung
 Herztransplantation Lungen- und Herz-Lungentransplantation	 Knie-Endoprothesenversorgung



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Beispiel esQS: QI Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Grundgesamtheit aller Krankenhäuser	694
Anzahl der Krankenhäuser mit 0 Fällen	224



419 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen			
Median	96,35 %	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	38 von 419
Spannweite	64,00 – 100,00 %		

275 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen			
Median	100,00 %	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	102 von 275
Spannweite	0,00 – 100,00 %		

Quelle: IQTIG (2017): Qualitätsreport 2016

II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

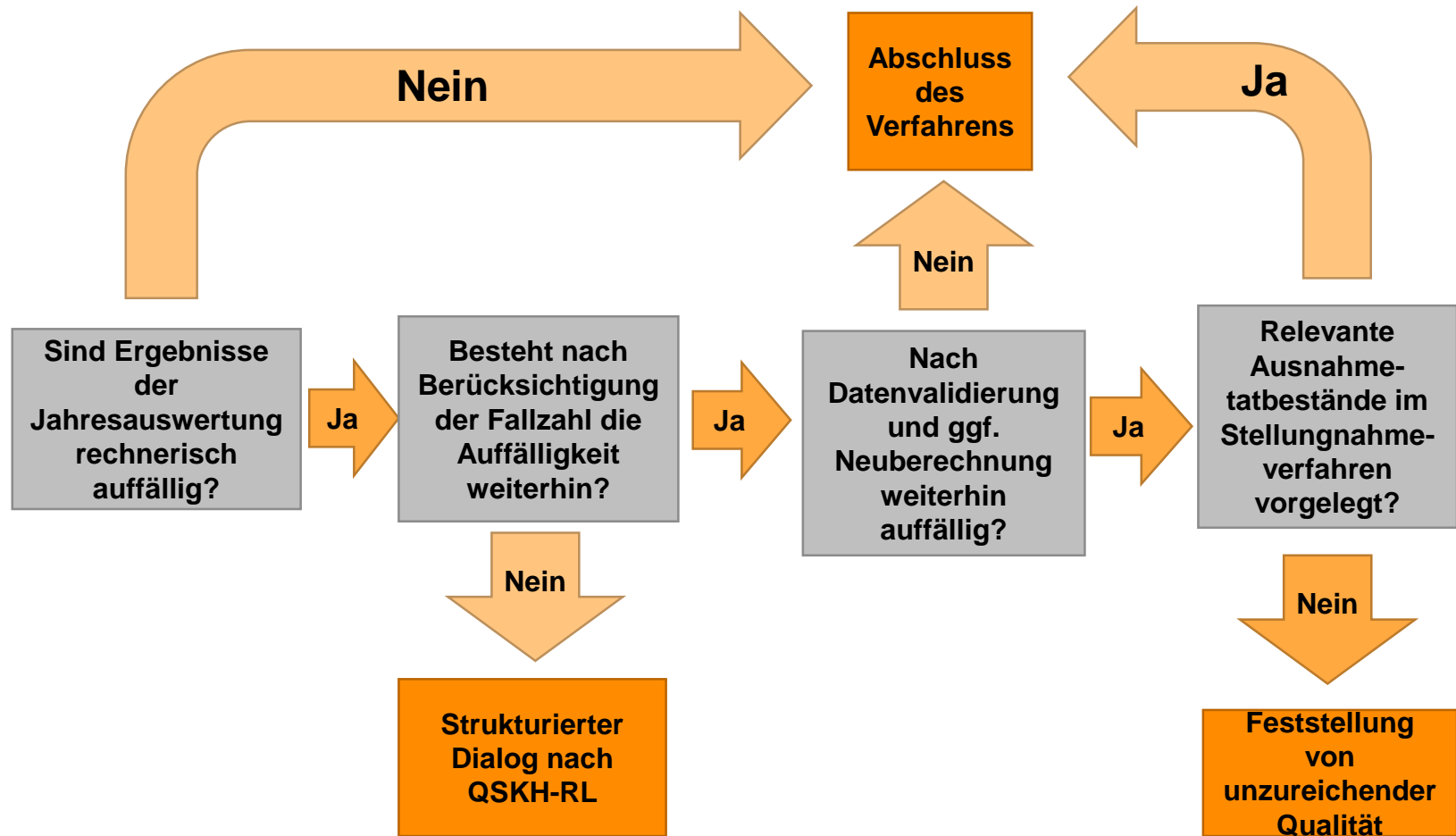
Erstes Indikatorenset

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Gynäkologische Operationen		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe		
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
Mammachirurgie		
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Sentinel-Event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %“



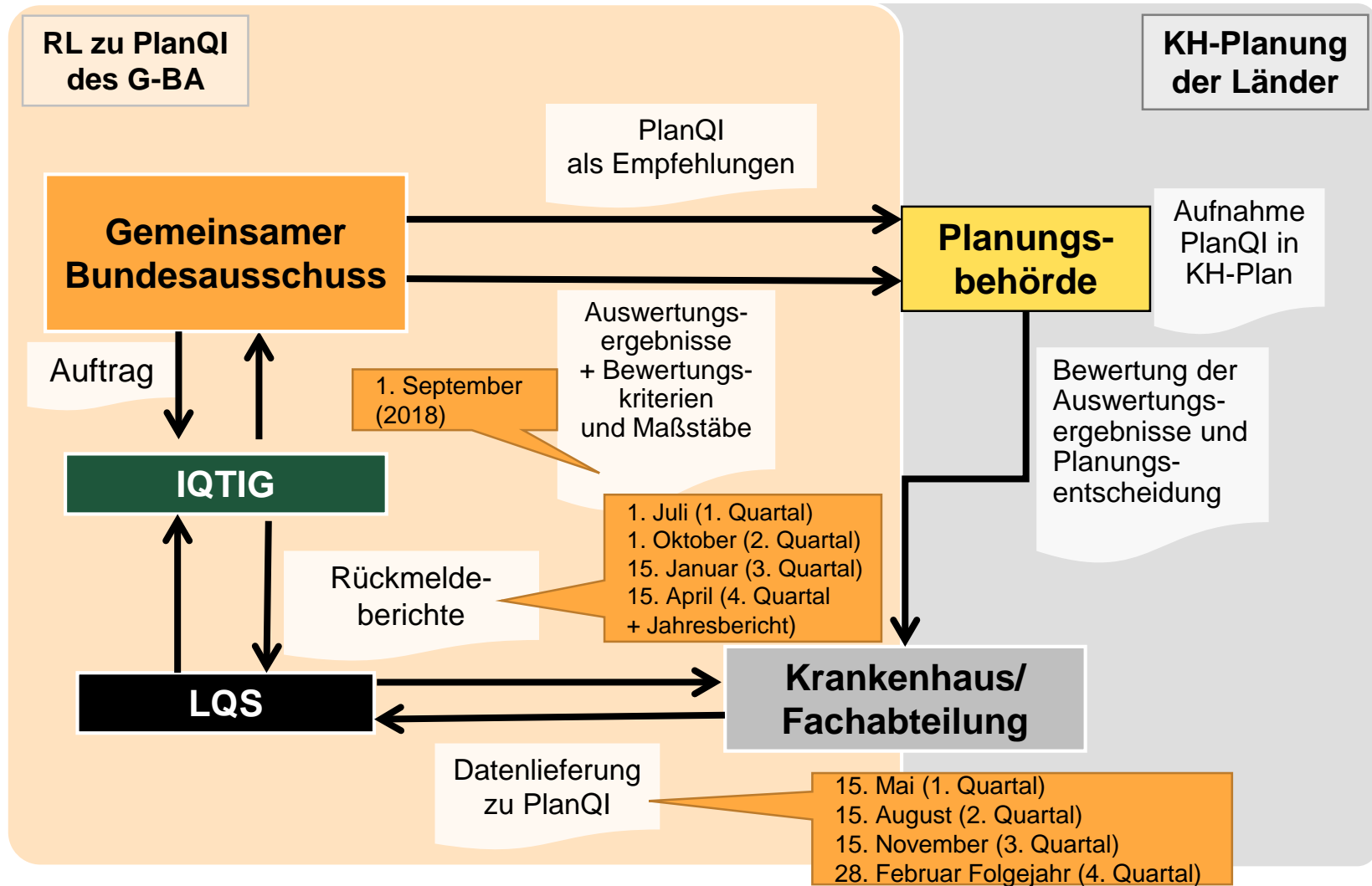
II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Auswertung und Bewertung



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

PlanQI – Verfahrensablauf

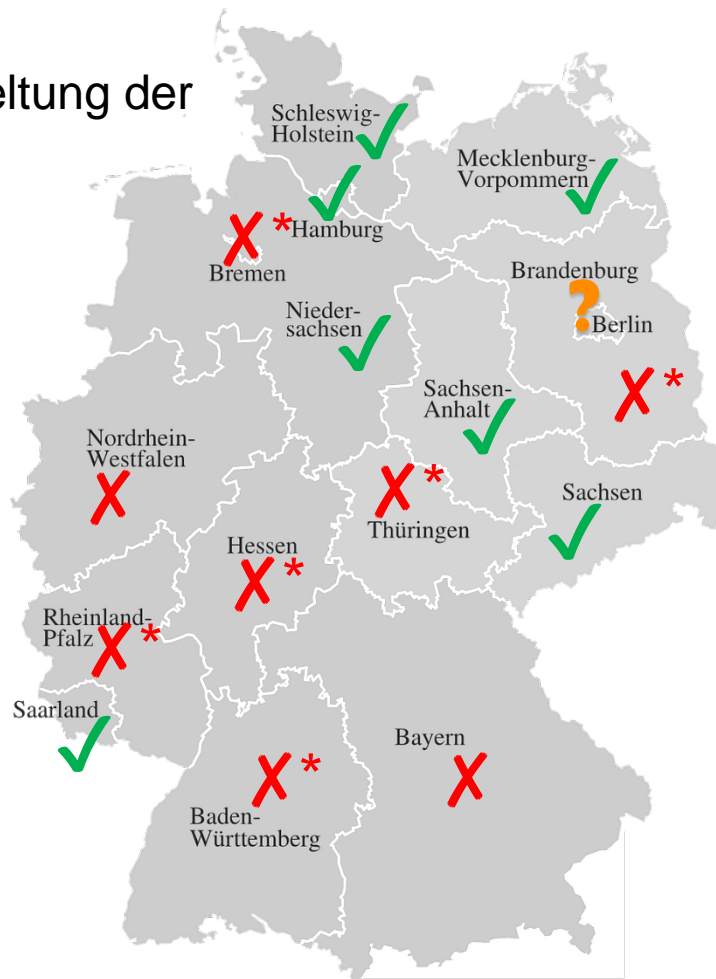


II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Übernahme der planQI in die Krankenhauspläne

Einschränkung der Geltung der planQI für die Krankenhausplanung durch Landesgesetz/Verordnung

*= geplant/nicht beschlossen



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Weiterentwicklung der planQI – Beauftragung des IQTIG
vom 18. Mai 2017 (1)

Auftrag 1:

- Prüfung der Ableitung planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus
 - Richtlinien zur Strukturqualität gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
und
 - Mindestmengenregelungen (Mm-R) gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V
 - Für Leber- und Nierentransplantation falls möglich konkrete Umsetzungsvorschläge
- Indikatoren müssen zumindest dazu geeignet sind, qualitativ unzureichende Qualitätsergebnisse zu identifizieren (vgl. § 3 Abs. 2 plan. QI-RL)



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Weiterentwicklung der planQI – Beauftragung des IQTIG
vom 18. Mai 2017 (2)

Auftrag 2:

- Erstellung Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von plan QI:
 - Qualitätsaspekte, die sich grundsätzlich für die Krankenhausplanung eignen und Methodik zur Entwicklung von Indikatoren und Indikatorensets
 - Indikatorensets zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung
 - Differenziertere Qualitätsbeurteilung, die über Feststellung einer unzureichenden Qualität hinausgeht
 - Identifizierung und Darstellung von „Grundleistungsbereichen“ der stationären Patientenversorgung
 - Bereiche der Unfall- und Viszeralchirurgie
 - Evaluationskonzept für Veränderungen der Versorgungsqualität durch plan QI



Abgabefrist für beide Aufträge: 30. April 2018



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

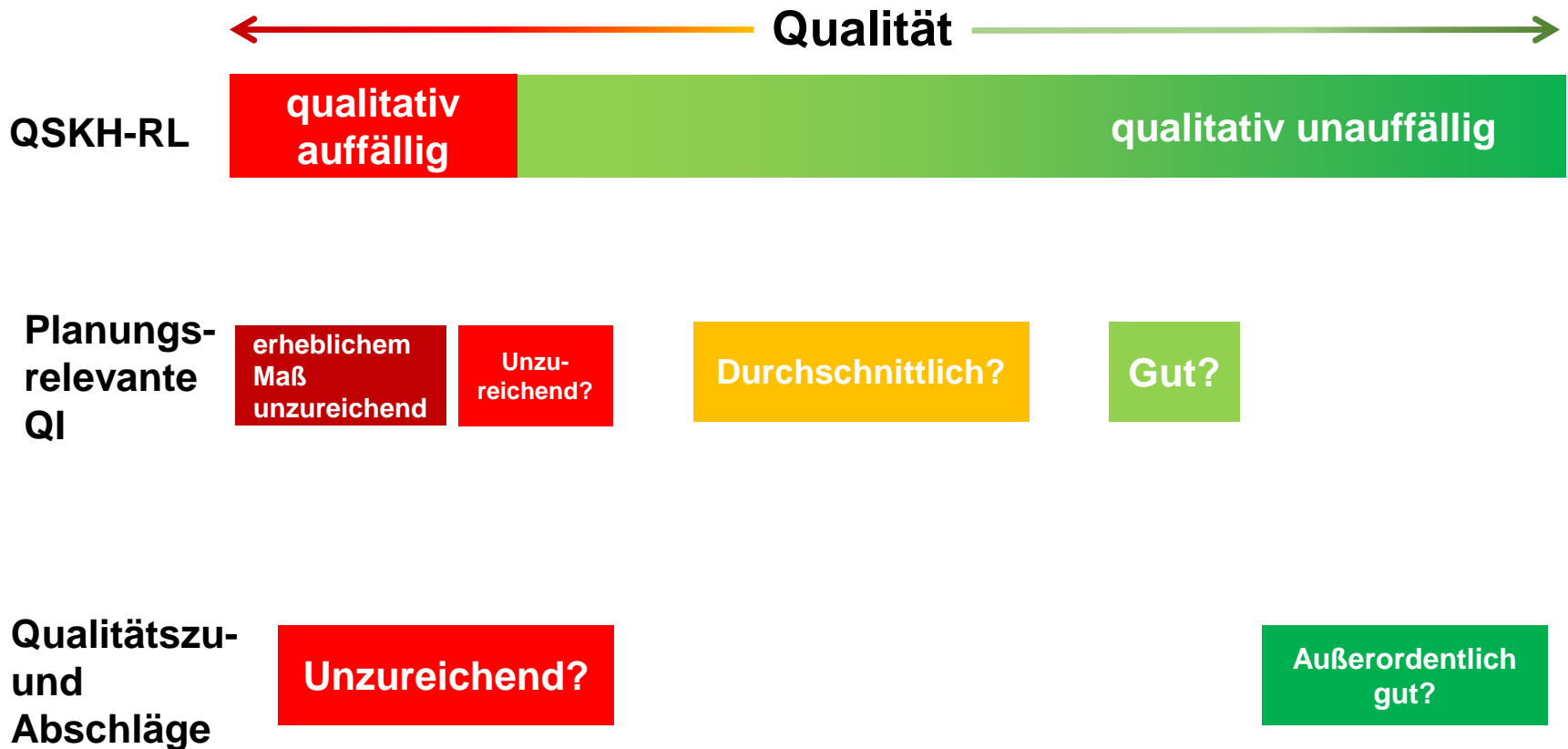
Zwischenfazit - Limitationen der externen stationären QS für Planungszwecke

- Grundvoraussetzungen für datengestützte Versorgungssteuerung:
 - Valide Daten
 - Risikoadjustierung der QI
- Ursprüngliche Qualitätsphilosophie: Qualitätsmessung von „Tracer-Diagnosen“ (z.B. Cholezystektomie) zur Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
 - → „Tunnelblick“ auf einzelne operative Prozeduren
- esQS: keine repräsentative Abbildung des stationären Leistungsspektrums, keine Fachabteilungs-Qualitätsindices
- Sinkende stationäre Verweildauer → zunehmende Einschränkung der Beurteilung der Ergebnisqualität gemessen an patientenrelevanten Endpunkten
 - → Stationäres Follow-up, sektorenübergreifende QS erforderlich
- → Beauftragung des IQTIG mit stufenweiser Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
- Unabhängig hiervon: Zurückhaltung der Länder gegenüber dem neuen Planungsinstrument



II. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Paradigmenwechsel



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Gesetzlicher Auftrag

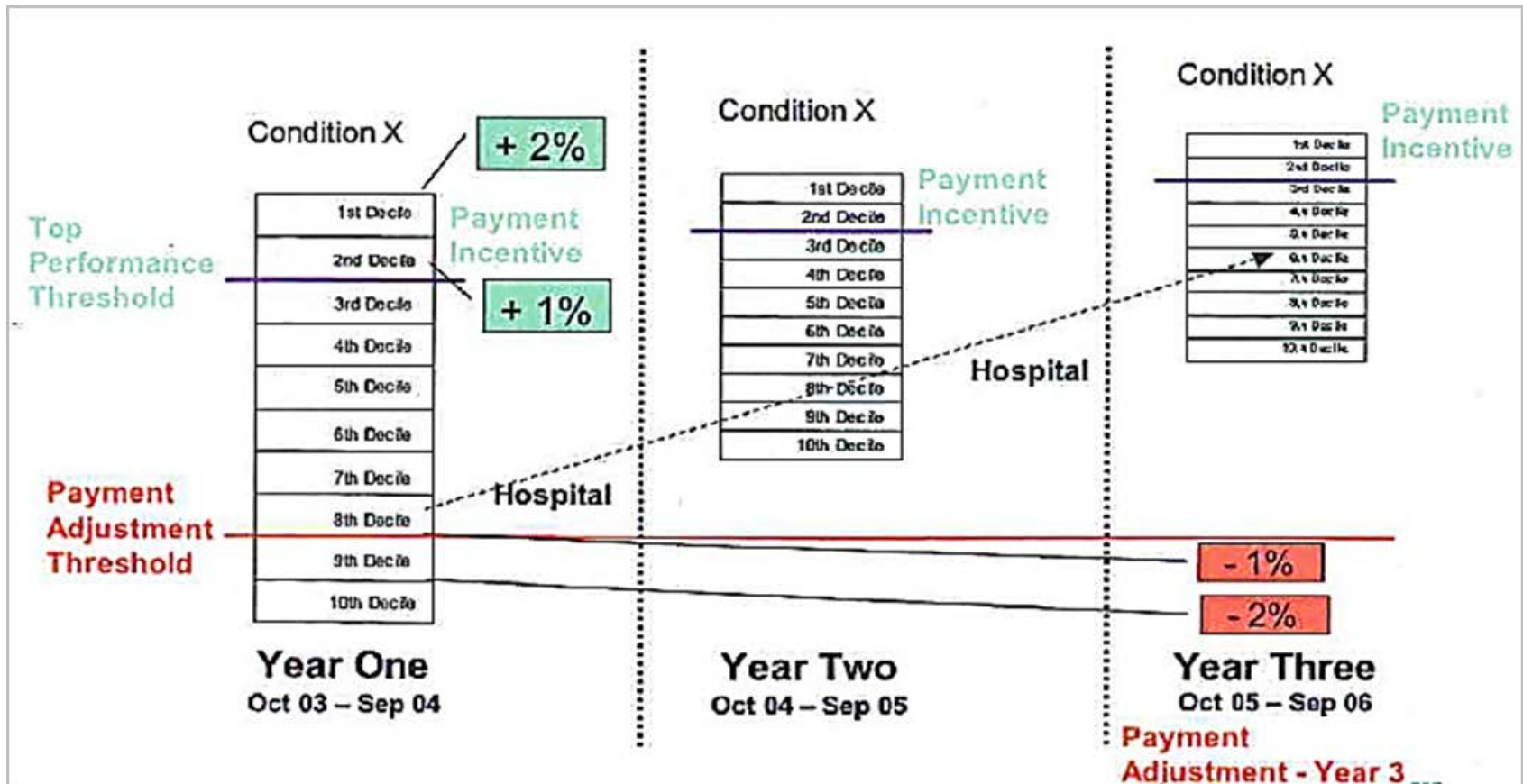
Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V:

- geeignete Leistungen oder Leistungsbereiche für qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen auswählen,
- geeignete Qualitätsindikatoren festlegen,
- jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität veröffentlichen,
- eine möglichst aktuelle Datenübermittlung der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das IQTIG vorsehen, zum Beispiel über eine Internetplattform, und
- die Auswertung der Daten sicherstellen
- Ausgangsbasis: QI der externen stationären QS



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Pay for Performance - Beispiel



Quelle: Richard Norling, „Pay for Performance“, S. 10, 2006



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Beauftragung des IQTIG durch den G-BA (1)

Beauftragung vom 20. Oktober 2016 (Stufe 1)	Abschlussbericht V1.0 vom 4. Juli 2017	Beauftragung zur Nachbesserung vom 21. September 2017
<p>Geeignete Leistung oder Leistungsbereich aus Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL für qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschläge</p>	<p>Empfehlung Leistungsbereich „Hüftgelenknahe Femurfraktur“</p>	<p>Prüfung des Leistungsbereichs „Herzchirurgie“ auf Eignung für eine qualitätsabhängige Vergütung</p> <p>Vergleich Vor- und Nachteile der empfohlenen Leistungsbereiche aus direktem (Herzchirurgie) und indirektem Verfahren (hüftgelenknahe Femurfraktur)</p>



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Beauftragung des IQTIG durch den G-BA (2)

Beauftragung vom 20. Oktober 2016 (Stufe 1)	Abschlussbericht V1.0 vom 4. Juli 2017	Beauftragung zur Nachbesserung vom 21. September 2017
<p>Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien zur Bestimmung außerordentlich guter und unzureichender Qualität</p>	<p>Index-Modell:</p> <p>Zuschläge nur, falls kein Qualitätsindikator des jeweiligen Leistungsbereichs rechnerisch/qualitativ auffällig und keine Auffälligkeit bei Dokumentation</p> <p>Berechnung des Zuschlagsindex, falls mind. Hälfte für Zuschlagsberechnung vorgesehenen Indikatoren besser als Median</p> <p>Qualitätsmängel können nicht durch überdurchschnittliche Qualität in anderen Indikatoren ausgeglichen werden</p> <p>Berechnung des Abschlagsindex sobald für Abschlagsberechnung vorgesehener Indikator qualitativ auffällig/rechnerisch auffällig wegen Dokumentationsmängeln</p>	<p>Qualitätsziele zu den empfohlenen Qualitätsindikatoren ergänzen</p> <p>Klarstellung des Bewertungskonzeptes zur Feststellung außerordentlich guter und unzureichender Qualität</p>



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Beauftragung des IQTIG durch den G-BA (3)

Beauftragung vom 20. Oktober 2016 (Stufe 1)	Abschlussbericht V1.0 vom 4. Juli 2017	Beauftragung zur Nachbesserung vom 21. September 2017
<p>Verfahren, das</p> <ul style="list-style-type: none"> insbesondere jährliche Veröffentlichung der Bewertungskriterien möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den Qualitätsindikatoren an IQTIG zeitnahe Bereitstellung der Auswertungsergebnisse durch IQTIG für Krankenhäuser und Krankenkassen <p>gewährleistet</p>	<p>vorgezogener strukturierter Dialog mit den Krankenhäusern zur Bildung und Beurteilung der Indices, mit unterjähriger Auswertung</p>	<p>Vorgeschlagenes Verfahren überarbeiten</p> <p>Begründung der Verfahrensunterschiede im Vergleich zur plan. QI-RL</p>
<p>Verfahren zur Datenvalidierung</p>	<p>Zusätzliche Datenvalidierung für Zuschläge</p>	<p>Verfahren zur Datenvalidierung überarbeiten</p>



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Aktueller Stand

Zur Umsetzung des Verfahrens für Qualitätszu- und Abschläge sind Anpassungen notwendig:

- Weiterentwicklung Strukturierter Dialog (Stufe 1)
(Beauftragung vom 18.01.2018 mit Frist zum 30.09.2018)
- Weiterentwicklung Datenvalidierung:
Qesü-Richtlinie (Beauftragung vom 15.06.2017 mit Frist zum 31.01.2018) und
QSKH-RL (Beauftragung vom 17.11.2017 mit Frist zum 31.05.2018 für Teil 1)



**Beschluss der Richtlinie und Auswahl des Leistungsbereichs
(Femurfraktur und/oder Herzchirurgie): Ende 2018**

Bestehender Auftrag des IQTIG (bis 31.12.2018):

- Entwicklung einer Methodik zur Bewertung von Exzellenzqualität
- Empfehlung von Leistungen oder Leistungsbereiche, die nicht zu Leistungsbereichen gemäß QSKH-Richtlinie zählen



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Pay for Performance – Erfahrungen aus dem Ausland (1)

Characteristics of top performers

1. Quality is a core value of the institution
2. Quality is a top priority of the executive team
3. Physicians are engaged in quality improvement
4. The institution has a defined improvement methodology
5. The institution has a defined methodology for prioritizing improvement efforts
6. The institution dedicates resources to quality improvement
7. “Knowledge transfer” is institutionalized and continuous

Quelle: Norling, Richard (2006): Pay für Performance, S.10



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

Pay for Performance - Erfahrungen aus dem Ausland (2)

Indikatoren des “Hospital Value-Based-Purchasing Program“

Indikator-ID	Beschreibung	Indikator-ID	Beschreibung
Prozessqualität		Ergebnisqualität	
AMI-7a	Fibrinolytische Therapie innerhalb von 30 Minuten nach Aufnahme	MORT-30-AMI	30-Tage-Mortalität bei Herzinfarkt
AMI-8a	Erstversorgung Koronarintervention (PCI) innerhalb von 90 Minuten nach Aufnahme	MORT-30-HF	30-Tage-Mortalität bei Herzinsuffizienz
HF-1	Schriftliche Entlassungspapiere mit Verordnungen und Therapiehinweisen	MORT-30-PN	30-Tage-Mortalität bei Pneumonie
PN-3b	Anlage von Blutkulturen in der Notaufnahme vor Beginn der Antibiotikatherapie	AHRQ Composite (PSI-90)	Aggregierter Indikator zu Komplikationen und Patientensicherheit bei bestimmten Krankheiten/Eingriffen
PN-6	Leitliniengerechte Antibiotikawahl bei ambulant erworbener Pneumonie bei immunkompetenten Patienten	CLABSI	Systemische Infektion durch zentralvenöse Katheter
SCIP-Inf-1	Antibiotikaphylaxe innerhalb einer Stunde vor Operation	CAUTI	Infektion durch Blasenkatheter
SCIP-Inf-2	Wahl der Antibiotikaphylaxe vor Operation	SSI	Wundinfektion bei Kolonoperationen
SCIP-Inf-3	Antibiotikaphylaxe beendet innerhalb von 24 Stunden nach OP-Ende	SSI	Wundinfektionen bei abdominaler Hysterektomie
SCIP-Inf-4	Postoperative Kontrolle des Morgenzuckers bei herzchirurgischen Patienten	Effizienz	
SCIP-Inf-9	Entfernung des Blasenkatheters am Tag 1 oder 2 nach Operation	MSPB-1	Medicare-Kosten für den Versicherten
SCIP-VTE-1	Durchführung der empfohlenen Thromboseprophylaxe bei operativen Patienten	Patientenzufriedenheit	
SCIP-VTE-2	Anteil operativer Patienten mit Thromboseprophylaxe innerhalb 24 Stunden vor und nach OP		Kommunikation mit den Pflegekräften
SCIP-Card-2	Anteil der Patienten mit Betablocker perioperativ von denen, die Betablocker vor Aufnahme eingenommen haben		Kommunikation mit den Ärzten
IMM-2	Gripeschutzimpfung		Ansprechbarkeit des Krankenhauspersonals
			Schmerzmanagement
			Erläuterung der Medikation
			Sauberkeit und Ruhe
			Adäquate Entlassungsinformation
			Gesamtbeurteilung des Krankenhauses

Quelle: Völzke, T./Matthes, N./Mansky, T (2015): Einen Schritt voraus. In: f&w 4/2015



III. Vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren

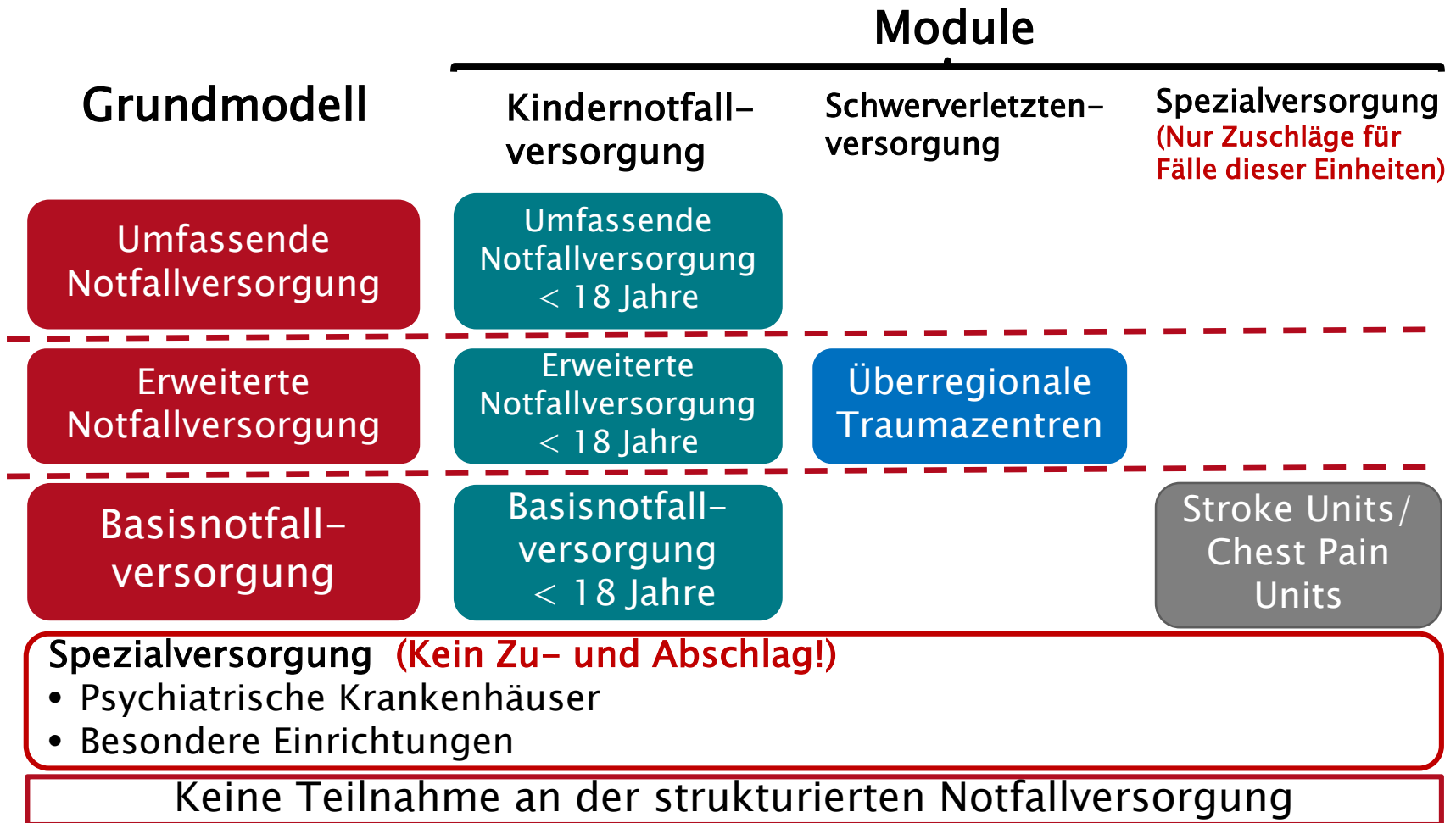
Qualitätszu- und -abschläge - Zwischenfazit

- Finanzieller Anreiz nicht nachhaltig
- Voraussetzung für nachhaltige Qualitätsentwicklung:
 - Einrichtungsinterne Qualitätskultur
 - Intrinsische Motivation der Gesundheitsberufe („accountability“)
- Klinische Relevanz des Deltas zwischen G-BA-definierter „normal guter“ und „außerordentlich guter“ Qualität“?
- Risiko der Risikoselektion?
- Einsatz von P4P in anderen Gesundheitssystemen insbesondere auch als Anreiz zur Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätszielen
 - Deutschland: Struktur- und Prozessqualitäts-Richtlinien des G-BA



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Stufenmodell inkl. Module



Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Ergänzung



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Eckpunkte des G-BA-Beschlusses vom 19.04.2018

- Gestuftes System der stationären Notfallversorgung mit 3 Stufen zzgl. Module für spezielle Notfallversorgung
- Festlegung von Mindeststandards für Notfallversorgung:
 - **Art und Anzahl der Fachabteilungen**
 - **Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals**
 - **Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten**
 - **Medizinisch-technische Ausstattung**
 - **Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme**
- Alle Anforderungen sind 24/7 am Standort zu erfüllen
- Für Sicherstellungszuschläge berechnete Krankenhäuser werden mindestens in Basisnotfallversorgung eingruppiert



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Anforderungen an die Basisnotfallversorgung

- Fachabteilungen: Innere Medizin und (Unfall-)Chirurgie
- Personalanforderungen:
 - **Arzt/Pflegekraft, die für Notfallversorgung verantwortlich sind**
 - **Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von max. 30 Minuten am Patienten**
 - **Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, spätestens 5 Jahre nach Verfügbarkeit im Land**
- Intensivstation mit sechs Intensivbetten (davon 3 Beatmungsbetten)
- Schockraum und CT (auch in Kooperation)
- strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung von Notfallpatienten (Triage), Ersteinschätzung spätestens 10 Minuten nach Eintreffen
- Aufnahme von Notfällen in Zentraler Notaufnahme (ZNA) (3 Jahre Übergangszeit)



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung

- Alle Anforderungen der Basisnotfallversorgung
- 4 weitere Fachabteilungen, davon mind. 2 aus folgender Liste:
 - **Neurochirurgie**
 - **Orthopädie und Unfallchirurgie**
 - **Neurologie**
 - **Innere Medizin und Kardiologie**
 - **Innere Medizin und Gastroenterologie**
 - **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
- Intensivstation mit mind. 10 Beatmungsbetten
- Medizinisch-technische und personelle Ausstattung zur Versorgung der Tracer Diagnosen (u.a. MRT)
- Hubschrauberlandestelle
- Beobachtungsstation mit mind. 6 Betten, organisatorisch der ZNA zugeordnet



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung

- Alle Anforderungen der Basisnotfallversorgung
- 7 weitere Fachabteilungen, davon mind. 5 aus folgender Liste:
 - **Neurochirurgie**
 - **Orthopädie und Unfallchirurgie**
 - **Neurologie**
 - **Innere Medizin und Kardiologie**
 - **Innere Medizin und Gastroenterologie**
 - **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
- Intensivstation mit mind. 20 Beatmungsbetten
- Medizinisch-technische und personelle Ausstattung zur Versorgung der Tracer Diagnosen (u.a. MRT)
- Hubschrauberlandestelle
- Beobachtungsstation mit mind. 6 Betten, organisatorisch der ZNA zugeordnet



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Anforderungen an die Basisnotfallversorgung von Kindern und Jugendlichen

- Fachabteilung für Kinder und Jugendmedizin am Standort
- dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche
- schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen
- strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung von Notfallpatienten (Triage), Ersteinschätzung spätestens 10 Minuten nach Aufnahme
- Kooperationsvereinbarung zur Versorgung von ambulanten Notfällen gem. § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit KV (Soll-Vorschrift)



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen

- Alle Anforderungen der Basisnotfallversorgung für KuJ
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft im Präsenzdienst (24/7) für Versorgung von Notfällen
- Krankenhäuser ohne Kinderchirurgie am Standort verfügen über schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mind. einer Abteilung für Kinderchirurgie
- Kapazitäten zur intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich kranken Kindern am Standort
- MRT mit 24-stündiger Verfügbarkeit
- Hubschrauberlandestelle



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen

- Alle Anforderungen der Basisnotfallversorgung und der erweiterten Notfallversorgung für KuJ
- Fachabteilungen für Kinder und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort
- Ärztlicher Präsenzdienst für Kinder- und Jugendmedizin.
- Verfügbarkeit Fachärzte für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie und Fachärzte mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen in 30 Minuten am Patienten
- Komplettes OP-Team inkl. Anästhesie mit einer an die Altersgruppe angepassten Ausstattung und Erfahrung in ständiger Bereitschaft
- Pädiatrische Intensivstation mit mind. 10 Betten und neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien am Standort
- Pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor (z.B. Umgang mit kleinen Mengen)
- 24-stündige Verfügbarkeit von MRT, Sonographie, Röntgendiagnostik und CT, die auf besondere Bedürfnisse pädiatrischer Patienten angepasst sind
- Hubschrauber-Landeplatz oder Hubschrauber-Landestelle (PIS)



IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen

Anforderungen an die spezielle Notfallversorgung

- Modul Schwerverletztenversorgung
 - Erfüllung Anforderungen an überregionales Traumazentrum gemäß „Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung“ (Stand Mai 2012), Teilnahme Notfallversorgung 24/7
- Modul Spezialversorgung (Keine Zu- oder Abschläge)
 - Psychiatrische Krankenhäuser
 - Spezialversorger oder versorgungsnotwendige Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag (laut Krankenhausplan, 24/7 Teilnahme)
- Modul Spezialversorgung (Zuschläge nur für Fälle dieser Einheiten)
 - Standorte mit Stroke Unit
 - Standorte mit Chest Pain Unit (CPU)



V. Sicherstellungszuschläge

Eckpunkte des G-BA-Beschlusses vom 17.04.2018: Sicherstellungszuschläge für Geburtshilfe

- Gefährdung der flächendeckenden Versorgung (Betroffenheitsmaß)
 - Bei Schließung mind. **zusätzlich 950 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren** mit Pkw-Fahrzeiten von **mehr als 40 Minuten** zum nächsten Krankenhaus
 - Regionen mit **unter 10 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren** je Quadratkilometer: Absenkung auf bis zu 99 möglich
- Vorliegen eines geringen Versorgungsbedarfs
 - durchschnittliche **Bevölkerungsdichte von Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren** im Versorgungsgebiet des Krankenhauses **unterhalb von 20 je Quadratkilometer**
- Notwendige, zuschlagsfähige Vorhaltungen
 - Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und Kooperation mit Pädiater
 - **zusätzlich** Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin zuschlagsfähig
- kein Sicherstellungszuschlag sofern **unzureichende Qualität** bei **plan. QI** durch IQTIG festgestellt



VI. Zusammenfassung und Diskussion

Qualitätsoffensive Krankenhaus – quo vadis? (1)

Qualitätsorientierte Weiterentwicklung von Krankenhausplanung und -vergütung grundsätzlich richtige Weichenstellung,

aber:

- Zunehmende Regelungsdichte und bürokratischer Aufwand
- Hohe Anforderungen an Methodik der neuen Indikatoren
 - Paradigmenwechsel: Differenzierung in unzureichende, durchschnittliche und (außerordentlich) gute Qualität
 - Methodisch anspruchsvoll, aber versorgungsrelevant?
- Hohe Anforderungen an Rechtssicherheit
 - Eingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 GG)
 - kompetentielle Grundfragen des KHSG



VI. Zusammenfassung und Diskussion

Qualitätsoffensive Krankenhaus – quo vadis? (2)

Qualitätsorientierte Weiterentwicklung von Krankenhausplanung und -vergütung grundsätzlich richtige Weichenstellung,

aber:

- QS kann Korrektur von Fehlentwicklungen nur unterstützen
 - kein Ersatz für Weiterentwicklung des DRG-Systems!
 - kein Ersatz für adäquate Investitionskostenfinanzierung!
 - kein Ersatz für **sektorenübergreifende** Strukturpolitik!



VI. Zusammenfassung und Diskussion

Qualitätsoffensive Krankenhaus – quo vadis? (3)

**Qualitätssicherung als
originäre Aufgabe des
ärztlichen Berufsstands**

„BQS-Verfahren“: Benchmarking von Krankenhäusern
„im geschützten Raum“

Einführung des DRG-Systems

Mindestanforderungen an Struktur- und
Prozessqualität

„Qualitätswettbewerb“

Public Reporting

Qualitätszu- und -abschläge

Qualitätsorientierte
Krankenhaus-Planung

Personaluntergrenzen

**„Qualitätsorientierte
Versorgungssteuerung“**

?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

