

Qualität messbar und transparent?

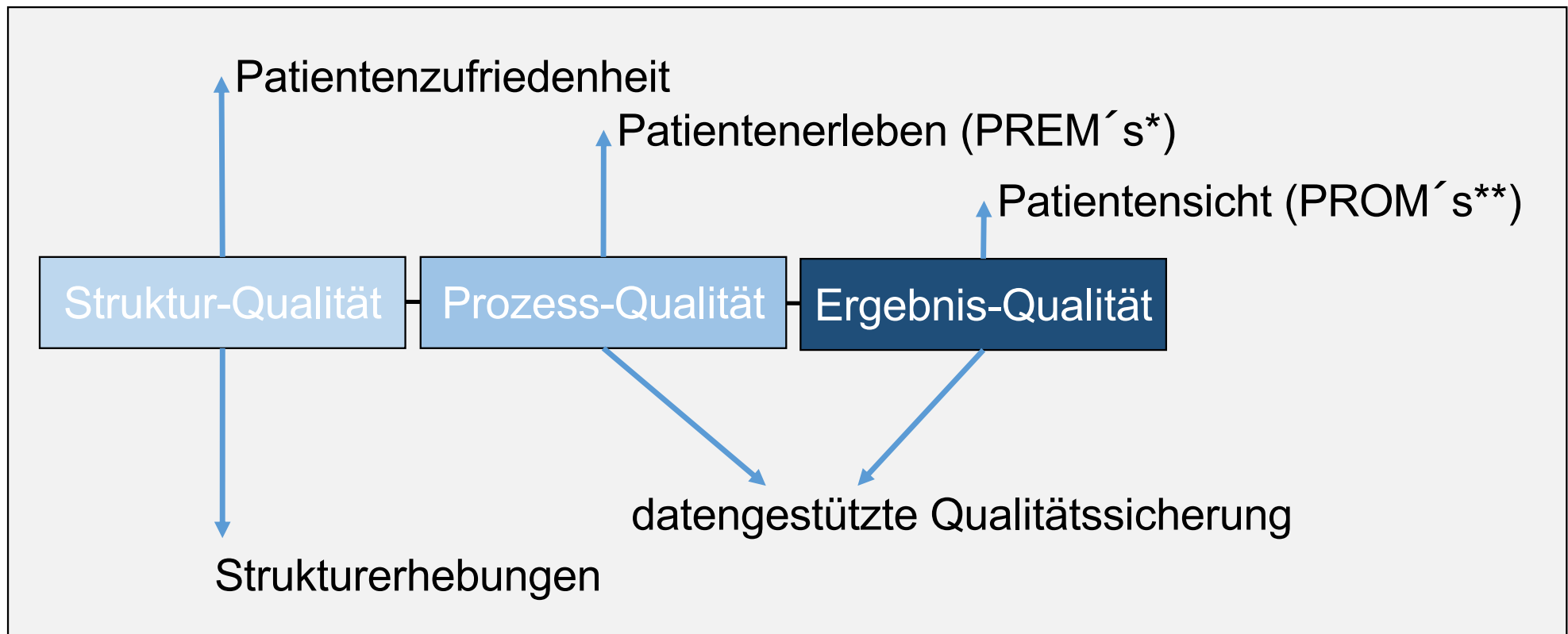
Mehr Qualität – weniger Bürokratie in der Krankenhausversorgung

*Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Vorsitzende der GQMG e.V.*

*BIERSDORFER KRANKENHAUSGESPRÄCHE
Arnsberg, 25. bis 27. September 2024*

... ein bisschen Theorie ...

Qualität – was kann man messen?



* Patient Reported Experience Measures

** Patient Reported Outcome Measures

... ein bisschen Wunsch ...

MEHR FORTSCHRITT WAGEN

**BÜNDNIS FÜR
FREIHEIT, GERECHTIGKEIT
UND NACHHALTIGKEIT**

KOALITIONSVERTRAG 2021–2025
ZWISCHEN DER SOZIALDEMOKRATISCHEN PARTEI DEUTSCHLANDS (SPD),
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN UND DEN FREIEN DEMOKRATEN (FDP)

Pflege und Gesundheit

Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land. Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik und ziehen Lehren aus der Pandemie, die uns die Verletzlichkeit unseres Gesundheitswesens vor Augen geführt hat. Wir sorgen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und eine menschliche und qualitativ hochwertige Medizin und Pflege. Wir verbessern die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe und Pflegekräfte. Wir ermöglichen Innovationen und treiben die Digitalisierung voran. Grundlage für all dies ist eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege.

→ **Pflege**

Die Pflegekräfte in Deutschland erbringen während der Pandemie eine herausragende Leistung. In der aktuell sehr herausfordernden Situation in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wollen wir diesen Einsatz anerkennen. Der Bund wird hierfür eine Milliarde Euro zur Verfügung stellen. Dazu werden wir die Steuerfreiheit des Pflegebonus auf 3.000 Euro anheben.

Wir werden in der stationären Pflege die Eigenanteile begrenzen und planbar machen. Die zum 1. Januar 2022 in Kraft tretende Regelung zu prozentualen Zuschüssen zu den Eigenanteilen werden wir beobachten und prüfen, wie der Eigenanteil weiter abgesenkt werden kann. Die Ausbildungskostenumlage werden wir aus den Eigenanteilen herausnehmen und versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanzieren, sowie die Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgleichen. Den Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) heben wir moderat an.

Wir ergänzen das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) um innovative quaternäre Wohnformen und ermöglichen deren Förderung gemeinsam mit Bund, Ländern und Kommunen. Bei der pflegerischen Versorgung vor Ort räumen wir den Kommunen im Rahmen der Versorgungsverträge verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten ein. Wir unterstützen den bedarfsgerechten Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie insbesondere der solitären Kurzzeitpflege.

Leistungen wie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege fassen wir in einem unbürokratischen, transparenten und flexiblen Entlastungsbudget mit Nachweispflicht zusammen, um die häusliche Pflege zu stärken und auch Familien von Kindern mit Behinderung einzubeziehen.

Wir dynamisieren das Pflegegeld ab 2022 regelhaft. Wir entwickeln die Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetze weiter und ermöglichen pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität, auch durch eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten.

Wir prüfen, die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung zu ergänzen, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert. Eine Expertenkommission soll bis 2023 konkrete Vorschläge vorlegen, die generationengerecht sind. Der privaten Pflegeversicherung würden wir vergleichbare Möglichkeiten geben.



[Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit \(spd.de\)](https://www.spd.de)

Die Stellungnahmen der Regierungskommission

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Erste Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine
moderne und bedarfsgerechte Kranken-
hausversorgung

Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe
für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung
für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Dritte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Grundlegende Reform
der Krankenhausvergütung**

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Vierte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Reform der Notfall- und Akut-
versorgung in Deutschland
Integrierte Notfallzentren und
Integrierte Leitstellen**

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken-
hausversorgung

**Verbesserung von Qualität und
Sicherheit der Gesundheitsversorgung
Potenzialanalyse anhand exemplarischer
Erkrankungen**

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Sechste Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Empfehlungen der Regierungskommission
für eine kurz-, mittel- und langfristige
Reform der konservativen und operativen
Kinder- und Jugendmedizin**

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Zweite Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine
moderne und bedarfsgerechte Kranken-
hausversorgung

Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen
Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Neunte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Reform der Notfall- und Akutversorgung:
Rettungsdienst und Finanzierung**

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Achte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder-
und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“):
Reform und Weiterentwicklung der
Krankenhausversorgung**

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Siebente Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Weiterentwicklung der Qualitäts-
sicherung, des Qualitäts- und
des klinischen Risikomanagements
(QS, QM und kRM)
Mehr Qualität – weniger Bürokratie**

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Zehnte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine
moderne und bedarfsgerechte Kranken-
hausversorgung

**Überwindung der Sektorengrenzen des
deutschen Gesundheitssystems**

26.09.24

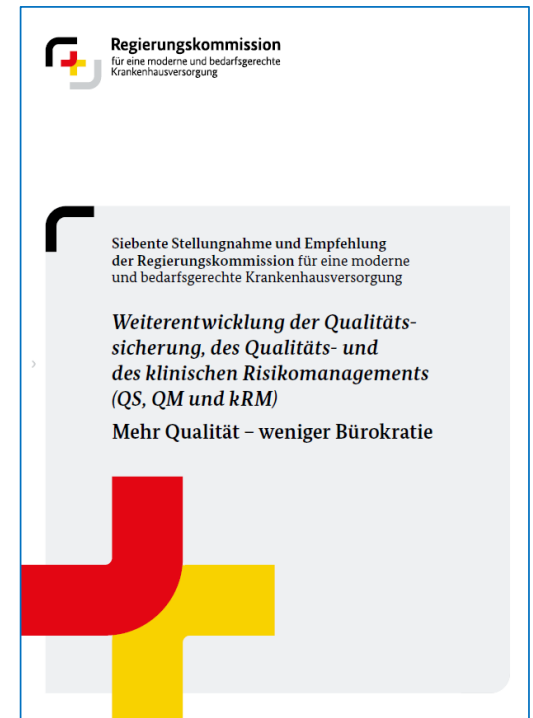
GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

© Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg 6

Was für mehr Qualität sorgen könnte.

Strukturqualität

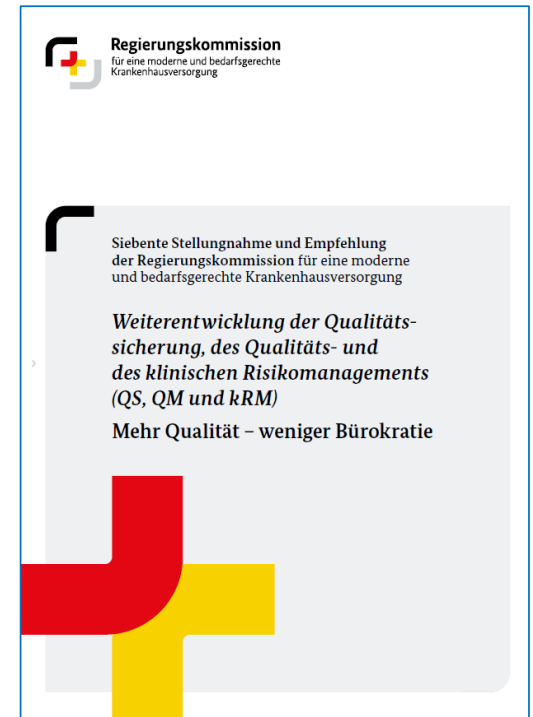
- standardisierte Vorgehensweise für die Entwicklung erarbeiten
- evidenz- und prioritätengeleitet vorgehen
- zunächst Mindestqualitätsvorgaben als Leistungsvoraussetzung festlegen
- danach weitere Qualitätsvorgaben erarbeiten, die zu qualitätsfördernden Maßnahmen führen können
- angemessene Ausstattung beschreiben
- notwendige Flexibilität bei Personaleinsatz berücksichtigen
- Nachweise für die Einhaltung bürokratiarm gestalten
- nach initialer Prüfung erst in 3 Jahren erneute Prüfung



Was für mehr Qualität sorgen könnte.

Prozess- und Ergebnisqualität

- Qualitätsmanagement Richtlinie an DIN EN ISO 9001 orientiert „übersetzen“
- klare, prüfbare Anforderungen formulieren
- Medizin- und Pflege-nahe Instrumente ergänzen
- Vorhaltungen von qualifiziertem Personal für Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
- freiwillige, auf Betreiben des Krankenhauses alle 3 Jahre durchgeführte Auditierung
- Las Grundlage für Begehungen für die datengestützte QS nutzen



Was für mehr Qualität sorgen könnte.

Fach- oder Prozedurenspezifische Zertifikate

- Als ergänzendes Instrument im Qualitätswettbewerb nutzen
- Kriterien für die Beurteilung für die Aussagekraft aus Patientensicht ergänzen um Sicht der Leistungserbringer
- Clearingstelle für Information der Bevölkerung gründen
- finanzielle Ressourcen der Versichertengemeinschaft nur für aussagekräftige Zertifikate mit nachgewiesenem Patientennutzen verwenden

Teil A: Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln

Auftragsdetails	
Auftragsname	Teil A: Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln
Auftragsdatum	19.04.2018
Abgabefrist	19.02.2019
Abgabe	19.02.2019 (termingerecht)
Status	abgegeben
Beauftragung	Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln
Beteiligungsverfahren	nein

<https://iqtig.org/das-iqtig/auftraege-des-iqtig/kritbewzert/>

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V mit der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln gemäß § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 7 SGB V

Vom 19. April 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. April 2018 beschlossen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V, wie folgt zu beauftragen:

I. Auftragsgegenstand

Das IQTiG wird beauftragt, gemäß § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 7 SGB V, Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

II. Hintergrund und Umfang der Beauftragung

Nach § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 7 SGB V soll das IQTiG den Auftrag erhalten, [...] Bewertungskriterien für die Vielfalt von Zertifikaten und Qualitätssiegeln im Gesundheitswesen (z.B. Hygienesiegel) zu erarbeiten und auf der Basis dieser Kriterien allgemeinverständlich über den Gehalt der Zertifikate zu informieren. Bewertungskriterien und Informationen zu den Zertifikaten und Siegeln bieten Hilfestellung für Patientinnen und Patienten bei der Beurteilung, welche Aussagen einer Zertifizierung in Bezug auf Qualität entnommen und welche Schlüsse aus einem Zertifikat gerade nicht abgeleitet werden können. Dadurch wird Transparenz über die Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln hergestellt und ihre Einordnung ermöglicht.* (Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-FQVG, BT-Drs. 18/1307, S. 35)

Sobald das IQTiG erstmals die beauftragten Kriterien entwickelt und über die Aussagekraft der Zertifikate und Qualitätssiegeln informiert hat, sollen diese gemäß § 6 Absatz 6 QM-RL bei der Methodik der Erhebung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements berücksichtigt werden.

Die Beauftragung des IQTiG erfolgt in zwei Teilen:

Teil A

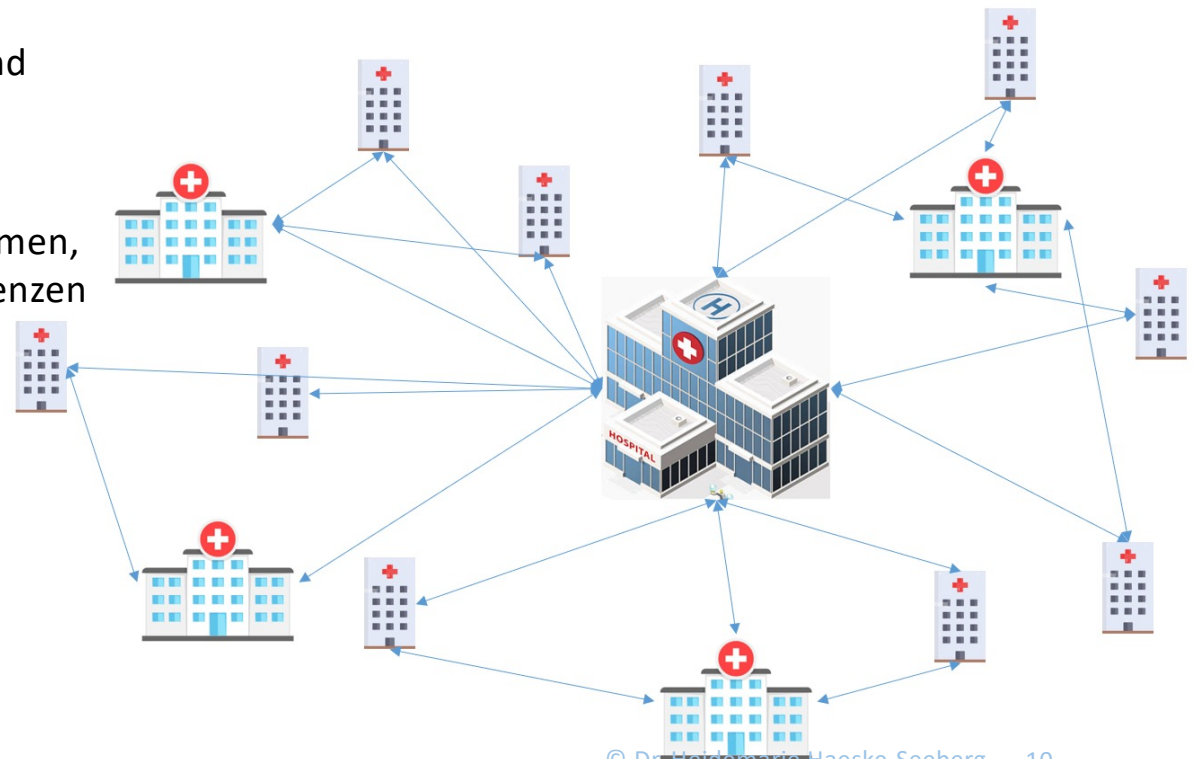
Das IQTiG wird beauftragt, eine wissenschaftliche Methodik zur Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu erstellen. Das umfasst insbesondere eine

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3294/2018-04-19_IQTIG-Beauftragung_Zertifikate.pdf

Was für mehr Qualität sorgen könnte.

Zertifikate für Gesundheitsregionen und Versorgungsnetzwerke

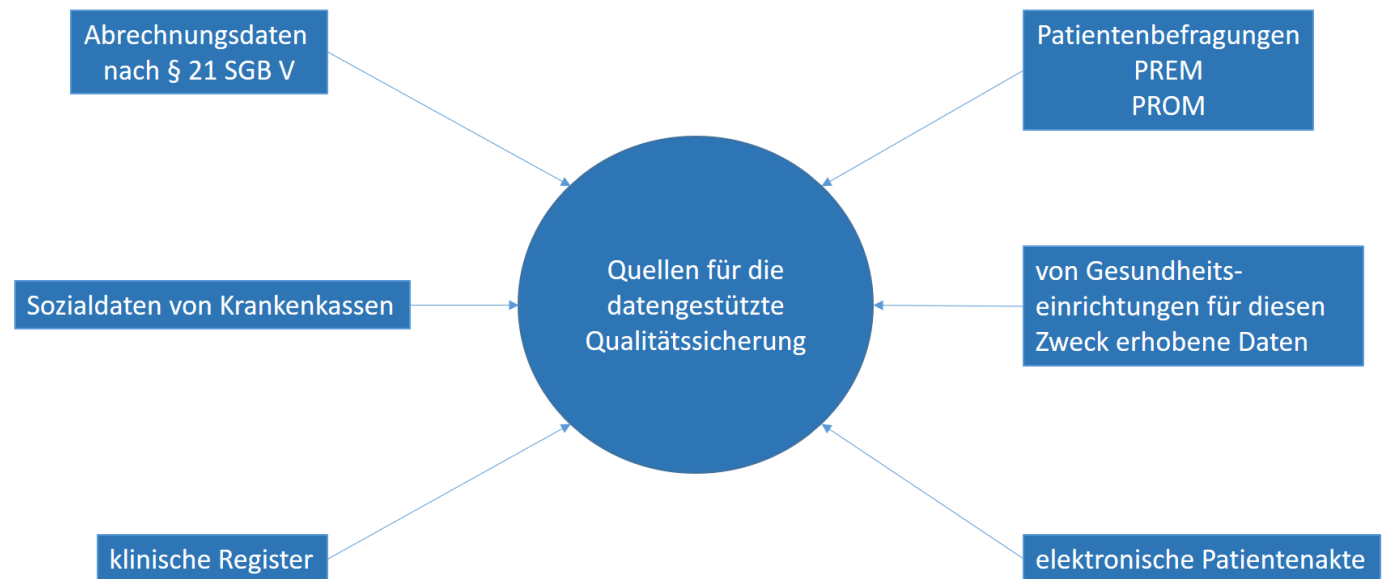
- freiwillige Zertifizierung regional verbundener und strukturiert zusammenarbeitender Gesundheitseinrichtungen
- Zertifikatsgegenstand:
 - Erarbeitung geplanter Behandlungsabläufen und sektorunabhängiger klinischer Pfade
 - Etablierung von Indikationsboard
 - Durchführung von Peer Reviews und gemeinsamen, regionalen Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
 - gegenseitige Unterstützung bei der Etablierung innovativer und leitliniengerechter Behandlungsmethoden



Was für mehr Qualität sorgen könnte.

Datengestützte Qualitätssicherung

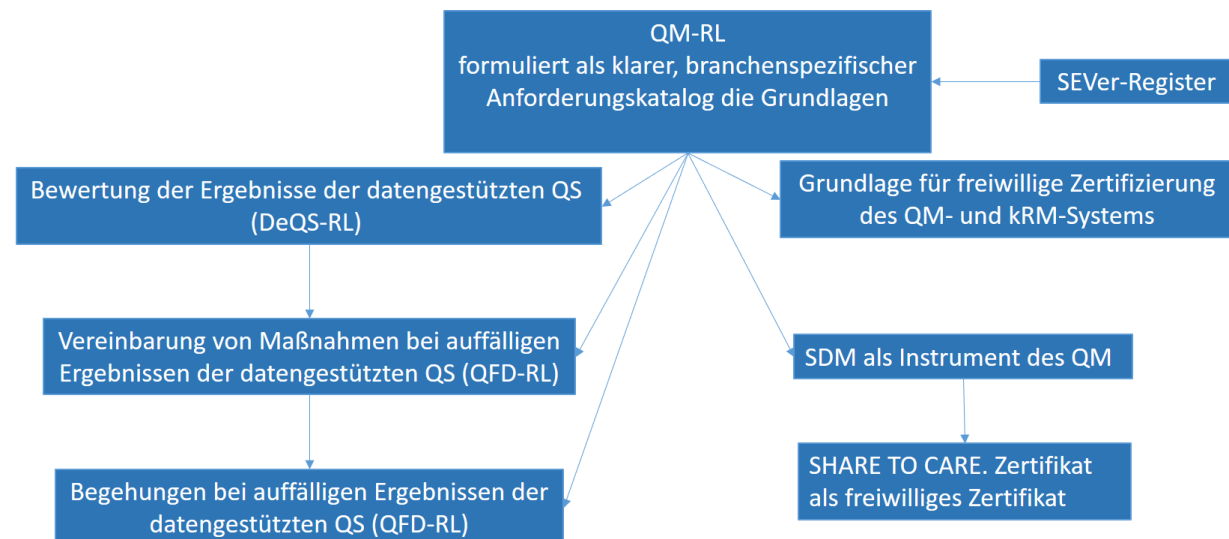
- mit ohnehin vorhandenen Daten ein Qualitäts- und Versorgungsmonitoring aufbauen
- Datenerhebung bei stabil unauffälligen Einrichtungen aussetzen
- zeitnah um PREM und PROM erweitern



Was für mehr Qualität sorgen könnte.

Datengestützte Qualitätssicherung

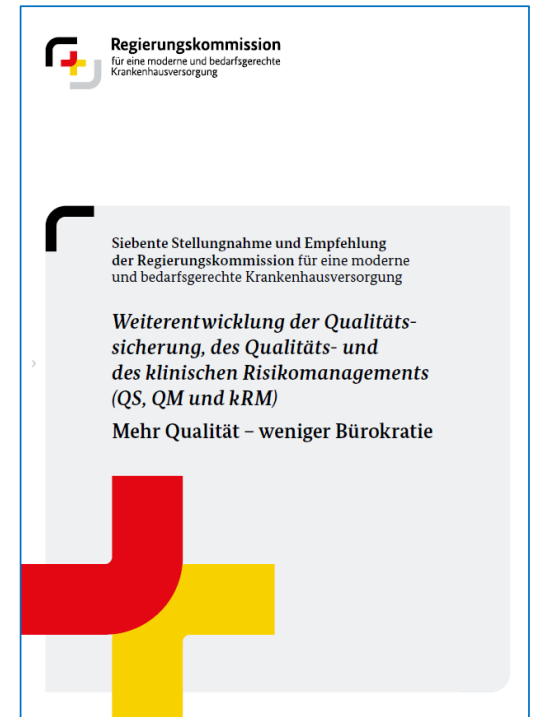
- Ergebnisse nicht nur für Kontrolle, sondern auch für QM nutzbar machen
- Zweiklang aus statistischen Ergebnissen und Expertenbewertung erhalten
- Vorgehensweisen zur Qualitätsbewertung und Durchsetzung notwendiger Verbesserungsmaßnahmen in den Bundesländern harmonisieren
- Vertiefte Ursachenanalyse durch Audits auf Systemebene entwickeln (harmonisiert mit QM-RL)



Was für mehr Qualität sorgen könnte.

Mindestmengen

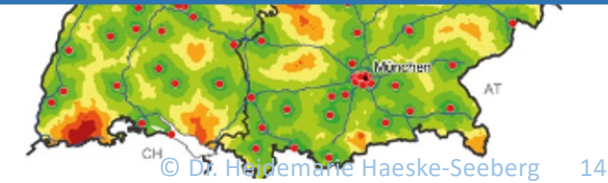
- können im Rahmen einer Konvergenzphase eine wichtige und wirksame Rolle dabei spielen, die Steuerung von Patientenströmen zu unterstützen
- Studienevidenz für einen Mengen-Outcome-Effekt ist maßgeblich
- könnten nach Zuweisung von Leistungsmengen ihren Sinn verlieren



Was für mehr Qualität sorgen könnte.

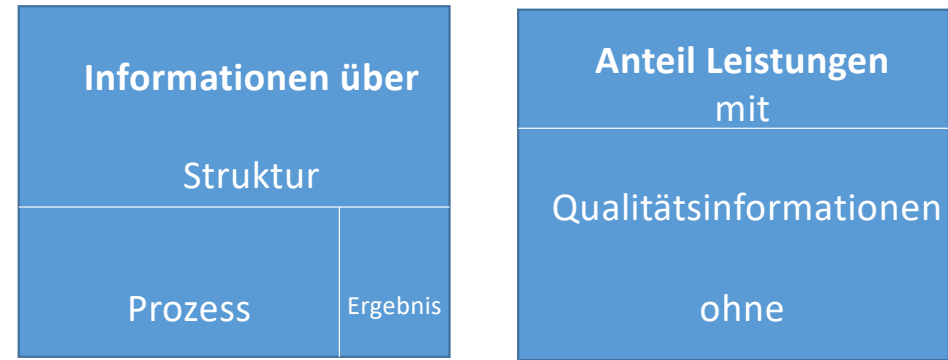
Transparenz

- Versorgungstransparenz durch Entwicklung Qualitäts- und Versorgungsmonitoring auf Makro-, Meso- und Mikroebene fördern
- Portalentwicklung patientenorientiert vorantreiben



Kann Transparenz über die Versorgungsqualität kurzfristig gelingen?

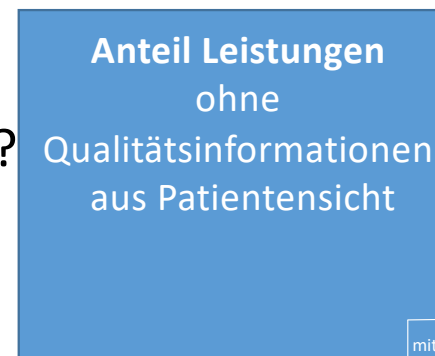
Welche Daten haben wir?



Reicht die Darstellung von Strukturqualität?



Was ist mit Informationen aus Patientenperspektive?



Was als Anreiz eingesetzt werden könnte.

Qualitätsabhängige Vergütung

freiwillige Zertifizierung des QM-Systems auf der Basis der weiterentwickelten QM-RL

freiwillige Zertifizierung für Gesundheitsregionen und Versorgungsnetzwerke

wirksame Etablierung von Indikationsboards

Zunächst Rücklaufquoten für und später Ergebnisse aus Befragungen mit PREMs und PROMs

Einführung von Instrumenten und Methoden des Shared Decision Making

Aufstockung des Vorhaltebudgets um bis zu 2%

Was für weniger Bürokratie sorgen könnte.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

- in der gegenwärtigen Form abschaffen

Datengestützte QS

- bei mehrjährig exzellenten Einrichtungen aussetzen

Mindestmengen

- Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser mit nachgewiesener hoher Qualität nutzen, um sinnvolle Leitungskonzentration zu fördern

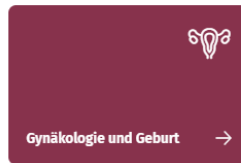
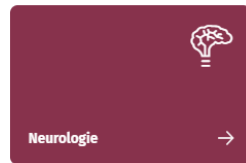
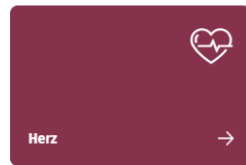
... und ein bisschen Wirklichkeit.

Finden Sie Ihr Krankenhaus

aus rund **1.700 Krankenhäusern** in ganz Deutschland

Krankheiten/ Operationen

Standorte/ Abteilungen



Zeitplan:

- 06.12.2022: [Vorschläge Expertenkommission](#)
05.01.2023: [Bund-Länder Einigung auf den Zeitplan](#)
19.05.2023: [BMG-Eckpunkte](#)
23.05.2023: [Bund-Länder-Kamin](#)
01.06.2023: [5. Bund-Länder-AG](#)
29.06.2023: [6. Bund-Länder-AG](#)
10.07.2023: [Eckpunktepapier Bund-Länder-AG](#)
22.09.2023: [Erster Arbeitsentwurf wird bekannt](#)
13.11.2023: [Überarbeiteter Arbeitsentwurf](#)
15.03.2024: [Referentenentwurf wird bekannt \(inoffiziell\)](#)
12.04.2024: [Veröffentlichung Referentenentwurf & Einleitung Stellungnahmeverfahren](#)
29.04.2024: [Verbändeanhörung](#)
30.04.2024: [Bund-Länder-Termin](#)
15.05.2024: [Kabinettsbeschluss](#)
27.06.2024: 1. Lesung Bundestag
05.07.2024: 1. Durchgang Bundesrat
25.09.2024: Anhörung Gesundheitsausschuss Bundestag

26.09.24

Deutscher Bundestag
20. Wahlperiode

Drucksache 20/11854
17.06.2024

Gesetzesentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

A. Problem und Ziel

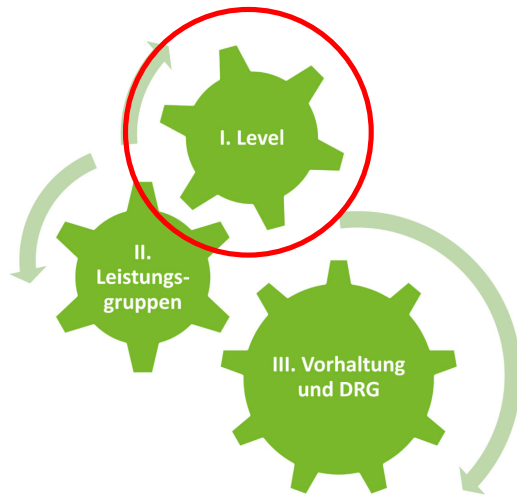
Das derzeitige auf Fallpauschalen basierende System der Krankenhausvergütung gilt als stark mengenorientiert. Für die Kliniken besteht ein ökonomischer Anreiz, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies kann dazu führen, dass gewisse mengenanfällige Krankenhausbehandlungen im derzeitigen System nicht ausschließlich aus medizinischen Gründen, sondern teilweise auch zur Erlössteigerung durchgeführt werden.

Da die Krankenhäuser seit vielen Jahren unter einer nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder leiden, können sie den so entstandenen Investitionsstau bei dringend notwendigen Anschaffungen oder baulichen Maßnahmen oft nur unter Heranziehung von Behandlungserlösen abbauen. Dies erhöht den Kostendruck in den Krankenhäusern weiter und birgt das Risiko, dass sie vermeintlich weniger lukrative medizinische Leistungen nicht mehr anbieten oder sie ihren Betrieb – unabhängig vom regionalen Versorgungsbedarf – infolge fehlender wirtschaftlicher Perspektive einstellen. Krankenhäuser sehen sich teilweise zu Einsparungen zuzwängen, die zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung gezwungen; nicht immer halten sie die für die Behandlung notwendigen Strukturen vor. Auch aufgrund dessen, dass viele Krankenhäuser bestimmte Leistungen nur selten durchführen und somit wenig Erfahrung mit der jeweiligen Leistung haben, sind Qualitätsdefizite in der Versorgung die Folge, die sich negativ auf das Wohl der Patientinnen und Patienten auswirken können.

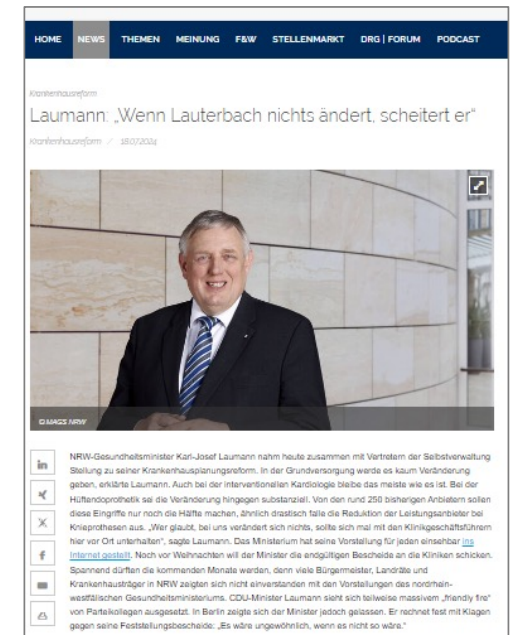
Auch der durch die demografische Entwicklung bedingte zunehmende Mangel an medizinischen und pflegerischen Fachkräften wird perspektivisch dazu beitragen, dass mit den bestehenden Strukturen eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Nicht zuletzt bleiben Potenziale in Richtung einer stärker sektorenübergreifend geprägten Erbringung von Krankenhausleistungen in der Vergangenheit vielfach ungenutzt.

Mit der Krankenhausreform werden daher folgende zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt



Krankenhausplanung funktioniere nicht am bundespolitischen Reissbrett, unterstrich Laumann einmal mehr. „Wir haben beispielsweise im Rheinland fünf Unikliniken und in Ostwestfalen nur eine.“ Viele kleinere Kliniken würden deshalb in Ostwestfalen Leistungen auf universitärem Niveau bringen. **„Deshalb macht eine Einteilung in Level aus meiner Sicht überhaupt keinen Sinn“, so Laumann. Denn Fachkliniken mit nur einer Leistungsgruppe würden bei der Bundesreform durchs Raster fallen.**



https://www.bibliomedmanager.de/news/laumann-wenn-lauterbach-nichts-aendert-scheitert-er?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_campaign=BibManager_2024_07_191972024165730798&utm_term=https%3a%2f%2fwww.bibliomedmanager.de%2fnews%2flaumann-wenn-lauterbach-nichts-aendert-scheitert-er&utm_id=169584&sfmc_id=97837982



12	Gefäßmedizin	12.1	Bauchaortenaneurysma	VG	Die Qualitätsvorgaben orientieren sich an den Vorgaben der G-BA Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (OBAA-RL), in der Fassung vom 13. März 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz. S. 1706) vom 14. Mai 2008, in Kraft getreten am 1. Juli 2008; zuletzt geändert am 2. Dezember 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.12.2021 85), in Kraft getreten am 2. Dezember 2021, darüber hinausgehend in NRW:							
					Mindestvoraussetzung							
					LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7			
					Auswahlkriterium			FA Innere Medizin und Angiologie				
		12.2	Carotis operativ/ interventionell	VG	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	LB Kardiologie ¹ LB Neurologie ¹ LG Neurochirurgie ¹	Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, CT 24/7, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Hybrid-OP	FA Gefäßchirurgie	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Interdisziplinäre Fallkonferenzen (Abklärung operativ, interventionell und/oder konservativ)	Interventionelle Radiologie und/oder Angiologie in Kooperation
					Auswahlkriterium	LB Kardiologie ¹ LB Neurologie ¹ LG Neurochirurgie ¹		FA Innere Medizin und Angiologie			Neuromonitoring Interventionelle Radiologie am Standort	
		12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	VG	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LB Kardiologie ¹ LG Komplexe Nephrologie ¹	Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, CT 24/7, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon mind. 2 FA Gefäßchirurgie	Interdisziplinäre Fallkonferenzen (Abklärung operativ, interventionell und/oder konservativ)	Physiotherapie (mind. in Kooperation)
					Auswahlkriterium	LB Kardiologie ¹ LB Neurologie ¹ LG Komplexe Nephrologie ¹		FA Innere Medizin und Angiologie			Interventionelle Radiologie und/oder Angiologie	

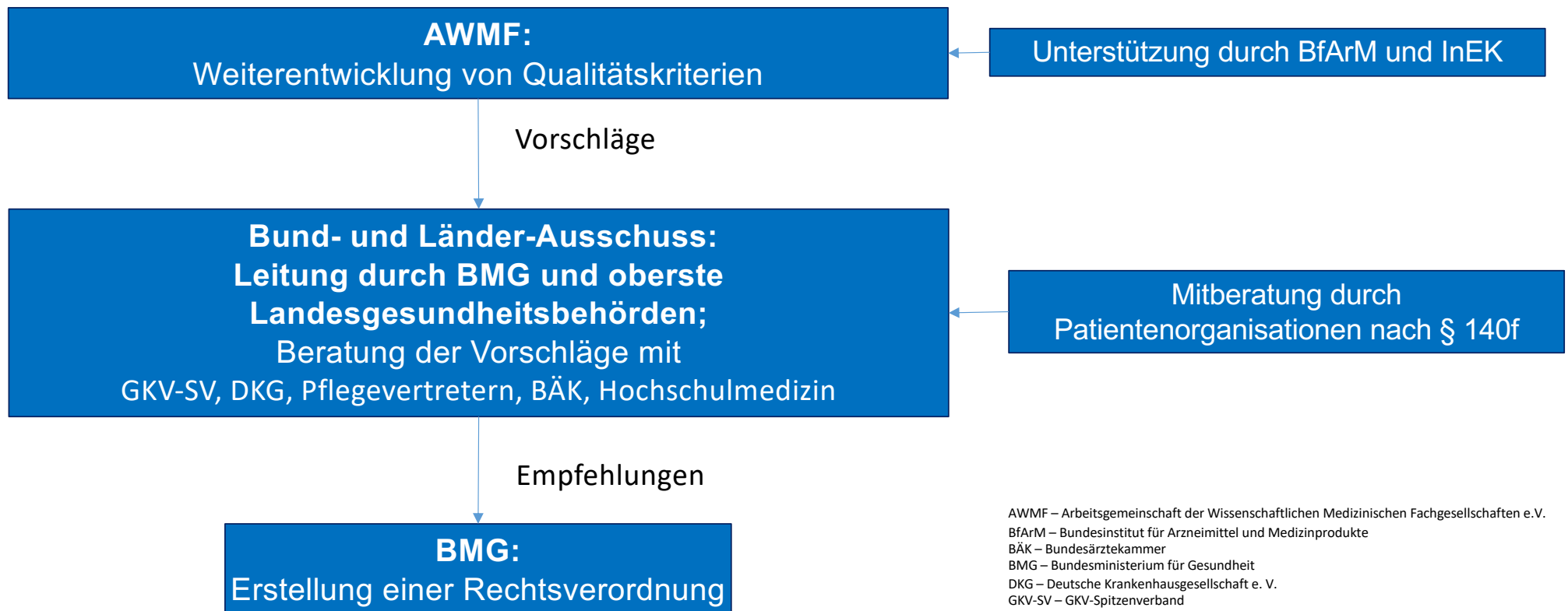
Anhang
(zu Artikel 1 Nummer 25)

Anlage 1
(zu § 135e)

Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Erbringung verwandter LG	Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
				Standort	Kooperation	
1	Allgemeine Innere Medizin	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor täglich rund um die Uhr, Computertomographie (CT) täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Endoskopie (täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr)	Facharzt (FA) Innere Medizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PfUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
	Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine	Magnetresonanztomographie (MRT)			

Erarbeitung von Qualitätsvorgaben gemäß KHVVG-E



„Mit **zwei bis drei** Leistungsgruppen haben wir Schwierigkeiten“, verriet Minister Lauterbach auf dem Krankenhausgipfel. „Ob wir das schaffen, ist unklar – wenn nicht würden wir uns näher am NRW-Korpus orientieren.“ Lauterbach nannte die Leistungsgruppe **Kinderchirurgie** als möglichen Ausfallkandidat. Ebenfalls sehr problematisch dürfte aber auch die Leistungsgruppe **Notfallversorgung** sein.


...

Beim Spitzengespräch in der vergangenen Woche hatte InEK-Chef Frank Heimig dem Vernehmen nach deutlich gemacht, dass es mit **vier der fünf neuen Leistungsgruppen** Probleme gebe.

DKG-Krankenhausgipfel

Lauterbach: „Wir haben Probleme mit zwei oder drei Leistungsgruppen“

Krankenhausreform / 09.09.2024



Gesundheitsminister Karl Lauterbach auf dem Krankenhausgipfel 2024. © Bibliomed

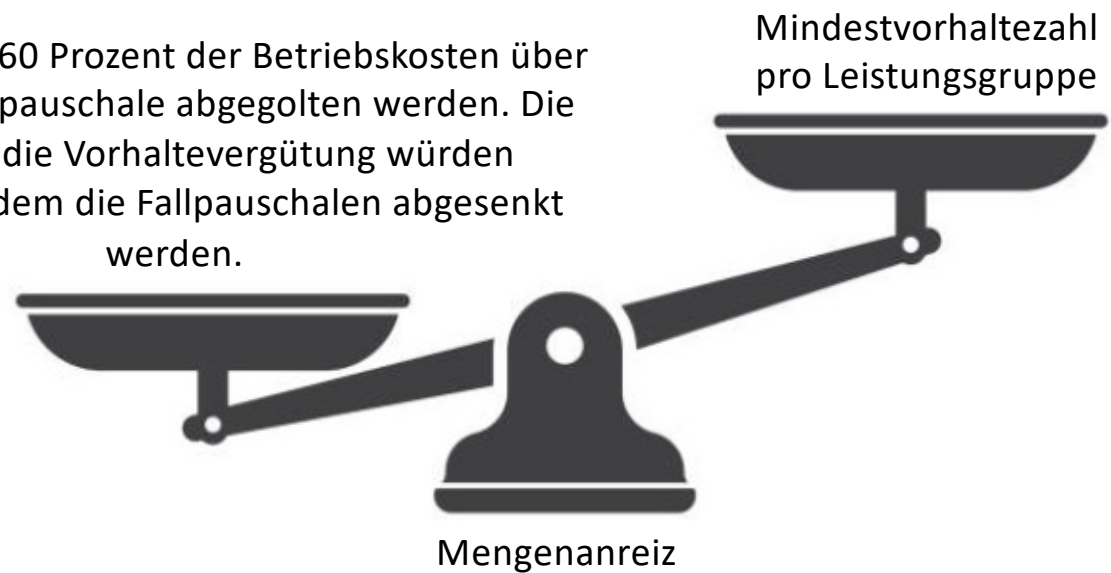
„Es darf nicht so weit kommen, dass die Krankenhausreform scheitert. Wir brauchen eine tragfähige Lösung mit inhaltlichen Kompromissen zwischen Bund und Ländern“, sagte Gastgeber Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf dem Krankenhausgipfel in Berlin.

Gaß ging in seiner Ansprache auf Minister Karl Lauterbachs Besuche von Krankenhausstandorten in den zurückliegenden Wochen ein. „Die Deutschlandreise des Gesundheitsministers – ein Sommermärchen“, nannte Gaß die Reise. Denn überall, wo der Minister war, sagte er der gastgebenden Klinik eine rosige Zukunft voraus. Im brandenburgischen Bad Belzig etwa versprach der Minister dem dort ansässigen Grundversorger eine sichere Zukunft, weil die Vorhaltepauschale 60 Prozent der heutigen Einnahmen garantiere. Die dortigen Mitarbeiter seien froh, durch die Reform aus dem Hamsterrad zu kommen, kommentierte Lauterbach in den sozialen Medien. Gaß entgegnete: „Kleine Häuser wie Bad Belzig werden weder die vorgesehenen Mindestzahlen noch die Strukturvorgaben vorweisen können. Krankenhäuser wie Bad Belzig werden die Reform nicht überleben können.“ Auch die Versprechen des Ministers bei seinen Besuchen in Hamburg und Mainz würden sich bei genauerem Betrachten in Luft auflösen, resümierte Gaß.

<https://www.bibliomedmanager.de/news/lauterbach-wir-haben-probleme-mit-zwei-oder-drei-leistungsgruppen>

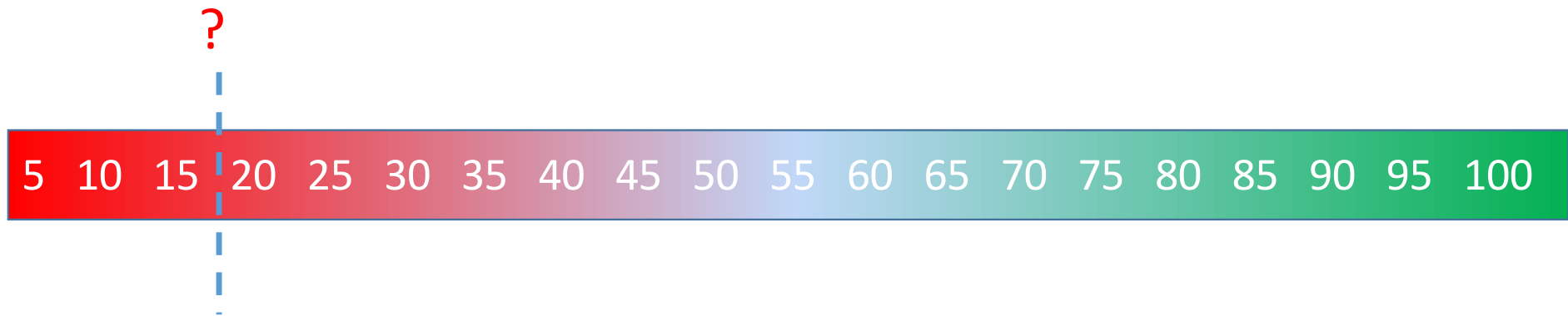


Künftig sollen 60 Prozent der Betriebskosten über eine Vorhaltepauschale abgegolten werden. Die Mittel für die Vorhaltevergütung würden generiert, indem die Fallpauschalen abgesenkt werden.

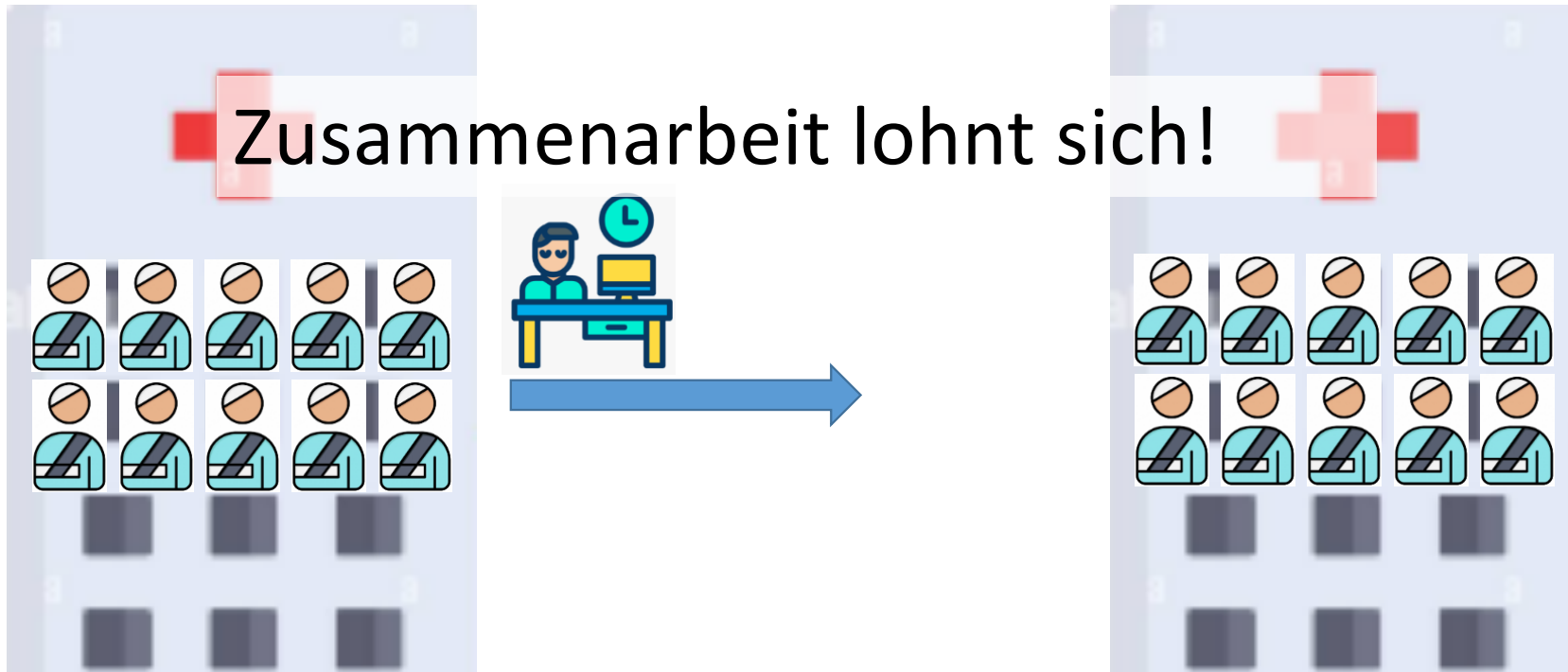


§ 135f Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit, ... **wissenschaftliche Empfehlungen für die Festlegung** und regelmäßige Weiterentwicklung **von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen** ... zu erarbeiten; die **Empfehlung** soll in Form eines **Perzentsils der Gesamtfallzahl eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe** erfolgen.



§ 135f Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung



... gilt die Mindestvorhaltezahl eines Krankenhausstandortes ... als erfüllt, wenn **zwei oder mehr Krankenhausträger im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vereinbaren, dass die Leistungen dieser Leistungsgruppe künftig nur von diesem Krankenhausstandort erbracht werden** (Leistungsverlagerung) und ... die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle der betroffenen Krankenhausstandorte gemeinsam im vorausgegangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht.

Edgar Franke, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG) gab Gaß zum Teil Recht. „Die Vorjahreszahlen sind Maßstab für die Vorhaltepauschale. Es wird keine Entökonomisierung geben“, so Franke (SPD).

DKG-Krankenhausgipfel

Lauterbach: „Wir haben Probleme mit zwei oder drei Leistungsgruppen“

Krankenhausreform / 09.09.2024



„Es darf nicht so weit kommen, dass die Krankenhausreform scheitert. Wir brauchen eine tragfähige Lösung mit inhaltlichen Kompromissen zwischen Bund und Ländern“, sagte Gastgeber Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf dem Krankenhausgipfel in Berlin.



Gaß ging in seiner Ansprache auf Minister Karl Lauterbachs Besuche von Krankenhausstandorten in den zurückliegenden Wochen ein. „Die Deutschlandreise des Gesundheitsministers – ein Sommermärchen“, nannte Gaß die Reise. Denn überall, wo der Minister war, sagte er der gastgebenden Klinik eine rosige Zukunft voraus. Im brandenburgischen Bad Belzig etwa versprach der Minister dem dort ansässigen Grundversorger eine sichere Zukunft, weil die Vorhaltepauschale 60 Prozent der heutigen Einnahmen garantiere. Die dortigen Mitarbeiter seien froh, durch die Reform aus dem Hamsterrad zu kommen, kommentierte Lauterbach in den sozialen Medien. Gaß entgegnete: „Kleine Häuser wie Bad Belzig werden weder die vorgesehenen Mindestzahlen noch die Strukturvorgaben vorweisen können. Krankenhäuser wie Bad Belzig werden die Reform nicht überleben können.“ Auch die Versprechen des Ministers bei seinen Besuchen in Hamburg und Mainz würden sich bei genauerem Betrachten in Luft auflösen, resümierte Gaß.



<https://www.bibliomedmanager.de/news/lauterbach-wir-haben-probleme-mit-zwei-oder-drei-leistungsgruppen>

Die Forderungen der Länder seien „nahezu vollständig ignoriert oder mit vagen Prüfwzusagen versehen“

Auf dem parallel stattfindenden Herbstsymposium der DGfM schilderte **Inek-Chef Frank Heimig**, wie herausfordernd die Entwicklung des Groupers ist – insbesondere mit Blick auf die jeweilige Zuweisung der Fallpauschalen in eine Leistungsgruppe. Heimig hatte bereits zuvor gewarnt, dass er vermutlich kein zufriedenstellendes Ergebnis vorlegen wird.



Stellungnahme der Länder zum KHVVG-E 30. April 2024

Stellungnahme der Länder zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

In Vorbereitung auf die Sitzung der Bund-Länder-Gruppe am 17. April 2024 ist dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine erste Länder-Positionierung zu zwingend erforderlichen Anpassungen des Referentenentwurfs übermittelt worden. Auf das 11-Punkte-Papier der Länder mitsamt konkretisierender Anlage wird vollumfänglich Bezug genommen.

Teil 1:

Der Bund und die Länder haben im Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 ausdrücklich vereinbart, dass vor Fertigstellung des Referentenentwurfs eine belastbare Auswirkungsanalyse und eine Folgenabschätzung vorliegen werden. Der Bund ist dieser Vereinbarung bislang nicht nachgekommen. Das vom Bund in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 17. April 2024 vorgestellte Instrument stellt keinen adäquaten Ersatz für eine valide, aussagekräftige und wissenschaftlich fundierte und vom BMG zugesagte Auswirkungsanalyse dar. Die Länder können einer derart



Bundesrat Drucksache 235/24 (Beschluss) 05.07.24

Stellungnahme des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 05.07.2024 den Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG) angenommen.

1. Zur Eingangsformel
Die Eingangsformel des Entwurfs des Gesetzes lautet: „Der Bundestag hat beschlossen.“

Bundesministerium für Gesundheit

Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHREIBE: Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHREIBE: 53107 Bonn

TEL: +49 (0)228 99441-1003
FAX: +49 (0)228 99441-4907
E-MAIL: poststelle@bmg.bund.de

Referatsleiterin: Katharina Hoffmann
Büroleiter:in: Tobias Andersen, Lisa Kuzner
AZ: 216-20561-12

Berlin, 13.09.2024

t-zugestaendnisse-von-lauterbach

rie Haeske-Seeberg 29

Ein der F.A.Z. vorliegendes Gutachten des Bonner Arbeitsrechtlers Gregor Thüsing kommt zu dem Ergebnis, dass es grundgesetzwidrig wäre, die private Krankenversicherung (PKV) an dem Transformationsfonds für die Klinikfinanzierung zu beteiligen.

26.09.24

Kritik an Klinikreform

Gutachten äußert Bedenken zur Finanzierung

itz. BERLIN. Die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) auf den Weg gebrachte Krankenhausreform gerät auch verfassungsrechtlich immer stärker unter Beschuss. Ein der F.A.Z. vorliegendes Gutachten des Bonner Arbeitsrechtlers Gregor Thüsing kommt zu dem Ergebnis, dass es grundgesetzwidrig wäre, die private Krankenversicherung (PKV) an dem Transformationsfonds für die Klinikfinanzierung zu beteiligen. Diese Möglichkeit eröffnet Lauterbachs Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, KHVVG, zu dem in dieser Woche eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags stattfindet.

Thüsing schreibt, dass es sich „bei dem Ausbau und der Reform gesundheitlicher Infrastruktur um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, zu deren Finanzierung die PKV nicht – auch nicht anteilig – verpflichtet werden darf“. Die ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit guten Krankenhäusern sei Teil der Daseinsvorsorge und daher „durch Steuermittel zu finanzieren, nicht aber aus Beitragsmitteln der Sozialversicherungen“, so der Rechtsprofessor. „Eine solche Zweckentfremdung der Beitragsmittel wäre verfassungsrechtlich unzulässig.“

Nach Ansicht Thüsings, dessen Stellungnahme im Auftrag des PKV-Verbands entstanden ist, wäre daher die Anrufung des Bundesverfassungsgerichts durchaus aussichtsreich: „Ein entsprechendes Gesetz würde von Anfang an unter dem Damoklesschwert einer erfolgreichen Verfassungsbe-

das KHVVG den Paragraphen 12b im Krankenhausfinanzierungsgesetz wie beabsichtigt ändern würde. Dieser Einschub sieht die Einrichtung des Transformationsfonds vor. Damit ist die Aufstockung eines schon vorhandenen Strukturfonds im Bundesamt für Soziale Sicherung gemeint, aus dem heraus „Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung“ gefördert werden dürfen.

Zwischen 2026 und 2035 sollen für den Transformationsfonds insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden, also aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Die „finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung“ könnte die Summe entsprechend aufstocken, heißt es im Gesetzentwurf; beim üblichen Zehnprozentanteil müsste die PKV 2,5 Milliarden Euro zusteuern. Voraussetzung für den Griff in die Beitragskasse ist, dass sich die Bundesländer in gleicher Höhe beteiligen. Auf diese Weise könnten bis zu 50 Milliarden Euro zusammenkommen.

Das Geld darf im Sinne von Lauterbachs Straffung der Krankenhauslandschaft unter anderem dazu eingesetzt werden, einzelne Kliniken umzugestalten sowie sie im Ganzen oder teilweise zu schließen. Zulässig ist der Mitteleinsatz auch für die Zusammenlegung von Standorten, für die Gründung von Krankenhausverbänden sowie für den Aufbau von telemedizinischen Netzen und von Hochschulzentren zur Behandlung besonders seltener, komplexer oder

Vorgeschlagen wird, dass die erstmaligen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst für alle Krankenhausstandorte erfolgen und dass Folgeprüfungen dann nur noch im Rahmen von Stichproben und anlassbezogen erfolgen. **Dies ist abzulehnen.**

Es wird vorgeschlagen, das Gutachten des Medizinischen Dienstes solle längstens für einen Zeitraum von drei Jahren (statt zwei) als Nachweis über die Einhaltung der Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppen gelten.

Die Bundesregierung nimmt den Vorschlag zur Kenntnis.

Demnach soll die Leistungsgruppenzuweisung im Fall einer Ausnahme ohne Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erfolgen. Zudem sollen Abweichungen von Qualitätskriterien insbesondere im Bereich der Grund- und Notfallversorgung (u. a.

Allgemeine Innere Medizin,

Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) möglich sein, ohne aber auf diese beschränkt zu sein.

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag.



Bundesministerium
für Gesundheit

Chef des Bundeskanzleramtes

nachrichtlich:

Bundesministerinnen und Bundesminister

Chef des Bundespräsidialamtes

Chefin des Presse- und Informationsamtes
der Bundesregierung

Beauftragte der Bundesregierung
für Kultur und Medien

Präsident des Bundesrechnungshofes

Prof. Dr. Karl Lauterbach

Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUBANDSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTSCHRIFT 53107 Bonn

TEL. +49 (0)228 99441-1003

FAX +49 (0)228 99441-4907

E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Referatsleiterin: Katharina Hoffmann
Bearbeitet von: Torben Andersen, Lisa Kutzner
Az.: 216-20651-12

Berlin, 13.09.2024

Kabinettsache
Datenblatt-Nr.: 20/15078

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG);
hier: Entwurf einer Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundestages (BR-Drs. 235/24 - Beschluss)

Anlagen: - 4 -

Anliegenden Entwurf einer Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG) mit Beschlussvorschlag sowie einen Sprechzettel für den Regierungssprecher übersende ich mit der Bitte, die Beschlussfassung der Bundesregierung im Rahmen der TOP-1-Liste in der Kabinettsitzung am 18. September 2024 vorzusehen.

Mit der durch das KHVVG bewirkten Krankenhausreform werden als zentrale Ziele die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten und eine Effizienzsteigerung in der Krankenhausversorgung verfolgt.

Damit in Deutschland auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gewährleistet werden kann, sollen künftig Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt werden, für die jeweils Qualitätskriterien als Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festgelegt werden.



Wird Qualität endlich ein entscheidender Faktor
in der Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung?



Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg

Sana Kliniken AG
Leiterin Stabsstelle Qualitätsnetzwerke
Oskar-Messter-Straße 24
85737 Ismaning
Heidemarie.Haeske-Seeberg@sana.de
+49 (0)89 67 82 04 113
0174 990 57 64

Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der
Gesundheitsversorgung e.V. - GQMG
Heidemarie.Haeske-Seeberg@gqmg.de

Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

