

Vereinbarung nach § 137 SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

zwischen

dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem BKK-Bundesverband, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
der See-Krankenkasse, Hamburg
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
-Im Folgenden Spitzenverbände der Krankenkassen genannt-

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln
-im Folgenden PKV genannt-

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf
-im Folgenden DKG genannt-

unter Beteiligung

der Bundesärztekammer, Köln
-im Folgenden BÄK genannt-

und

des Deutschen Pflegerates, Berlin
-im Folgenden DPR genannt-
als Vertretung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe

Präambel

Die zum 01.01.2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreform sieht in § 137 SGB V vor, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und der PKV mit der DKG unter Beteiligung der BÄK sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vereinbaren. Zur Regelung des Verfahrens ihrer Zusammenarbeit haben die Vertragspartner und die Vertragsbeteiligten einen Kuratoriumsvertrag geschlossen. Die nachstehende Vereinbarung stellt die Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten für zugelassene Krankenhäuser im Einvernehmen mit den Vertragsbeteiligten verbindlich fest.

§ 1 Ziele der Qualitätssicherung

Orientiert am Nutzen für den Patienten verfolgen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen insbesondere folgende Ziele:

- Durch Erkenntnisse über Qualitätsdefizite Versorgungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind.
- Unterstützung zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden einrichtungsinternen Qualitätssicherung (internes Qualitätsmanagement) zu geben.
- Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren herzustellen.
- Durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse insbesondere zu folgenden Aspekten die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern:
 - Indikationsstellung für die Leistungserbringung.
 - Angemessenheit der Leistung.

-Erfüllung der strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen.

-Ergebnisqualität.

§ 2 Einbezogene Leistungen

Zur Sicherung der Qualität von Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser definierte Leistungen verbindlich zu dokumentieren. Diese werden in einem Katalog vorgegeben. Er beinhaltet über die Definition der Leistung hinaus fachgebietsspezifisch zu dokumentierende Daten sowie eine fachgebietsübergreifende Basisdokumentation. Der Katalog ist als Anlage 1 Bestandteil dieser Vereinbarung und wird regelmäßig überprüft und fortgeschrieben. Anlage 1 wird in der jeweils geltenden Fassung durch die von der Bundesebene beauftragten Stelle bereitgestellt. Anlage 1 sowie ihre Fortschreibung kann sich auch auf Leistungen der derzeit ausgewählten Fachdisziplinen erstrecken, die nicht über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgegolten werden.

§ 3 Datenfluss

(1) Die erhobenen Daten sind von allen Krankenhäusern in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat der Geschäftsstelle auf Landesebene unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Die Geschäftsstelle auf Landesebene überprüft die Datensätze auf Vollständigkeit und anhand der von der Bundesebene vorgegebenen Kriterien auf Plausibilität. Die geprüften Daten werden unverzüglich an die von der Bundesebene beauftragte Stelle weitergeleitet. Die Geschäftsstelle auf Landesebene informiert die Krankenhäuser über die entsprechende Weiterleitung an die Bundesebene.

(2) Soweit die Weiterleitung gemäß Abs. 1 nicht sichergestellt ist, sind die erhobenen Daten anonymisiert von den Krankenhäusern der von der Bundesebene beauftragten Stelle unmittelbar zur Verfügung zu stellen. Der Landesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

- (3) Die von der Bundesebene beauftragte Stelle stellt den Geschäftsstellen auf Landesebene auf Anforderung die jeweiligen Daten zur Verfügung, um dort bei Bedarf die Durchführung vollständiger eigener Auswertungen zu ermöglichen.

§ 4 Maßnahmen

- (1) Zur Unterstützung der Bemühungen der Krankenhäuser um eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -verbesserung sollen die Institutionen auf Landesebene geeignete Rückkopplungs- und Beratungsinstrumente entwickeln, insbesondere für Auffälligkeiten und Besonderheiten.

Hierzu kommen insbesondere in Frage:

- Information des Krankenhauses und Gelegenheit zur Stellungnahme,
 - Beratung des Krankenhauses,
 - Besprechung mit den im Krankenhaus Verantwortlichen,
 - Begehung/Besichtigung mit der Gelegenheit, sich von der Vollständigkeit der Dokumentation zu überzeugen,
 - Abstimmung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung,
 - Rückkopplung der Ergebnisse der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung.
- (2) Auf Antrag eines Vertragspartners auf Landesebene soll im Einverständnis mit dem Krankenhaus eine Begehung/Besichtigung vor Ort, auch ohne Vorliegen von Auffälligkeiten erfolgen können. Die Begehung erfolgt durch eine auf Landesebene gebildete Arbeitsgruppe. Dies soll terminlich mit dem Krankenhaus vorher abgestimmt werden.
- (3) Die Arbeitsgruppe soll für das Lenkungsgremium einen Bericht über das Ergebnis der Maßnahmen erstellen und ggf. Empfehlungen zu den als notwendig angesehenen weiteren Konsequenzen aussprechen. Das Krankenhaus soll eine Durchschrift des Berichts mit der Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

§ 5 Finanzierung

Die Finanzierung der Entwicklung, Durchführung und Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt über die Leistungsvergütung und ist für Fallpauschalen und Sonderentgelte in der Finanzierungsvereinbarung nach § 3 Abs. 2 des Kuratoriumsvertrages geregelt. Die Finanzierungsmodalitäten sind, soweit sie von der Finanzierungsvereinbarung gem. § 137 SGB V abweichen, in Anlage 2 dieser Vereinbarung enthalten.

§ 6 In-Kraft-Treten/Geltung

Die Vereinbarung tritt am 01.01.2001 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende - von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der PKV nur gemeinsam - durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

Für den Fall der Kündigung erklären die Vertragspartner ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.

Anlage 1:

Stufenkonzept für die verbindliche Umsetzung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten

Stufe 1 zum 01.01.2001

Modul	Kurzbezeichnung	Fachgruppe
12/1	Cholezystektomie	Chirurgie
12/2	Appendektomie	Chirurgie
16/1*	Geburtshilfe	Gynäkologie
17/1	Schenkelhalsfraktur/pertrochantäre Fraktur	Chirurgie
17/2	TEP bei Coxarthrose	Orthopädie
17/3	Hüft-TEP-Wechsel	Orthopädie
20/2	PTCA	Kardiologie
21/3	Koronarangiographie ggf. mit PTCA	Kardiologie

* = Totalerhebung gemäß Empfehlung der Fachgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe

Stufe 2 zum 01.01.2002

Modul	Kurzbezeichnung	Fachgruppe
01/1	Dekompression bei Carpaltunnelsyndrom	Neurochirurgie
01/2	Dekompression bei Ulnarisrinnensyndrom	Neurochirurgie
03/1	Kataraktoperation	Augenheilkunde
05/1	Nasenscheidewandkorrektur	HNO-Heilkunde
07/1	Tonsillektomie	HNO-Heilkunde
09/1	Schrittmacher-Implantation/-Reimplantation	Kardiologie
09/2	Schrittmacher-Aggregatwechsel	Kardiologie
10/1	Venenexhairese	Chirurgie
10/2	Carotis-Rekonstruktion	Chirurgie
12/3	Hernienoperation	Chirurgie
14/1	Prostataresektion	Urologie
15/1*	Gynäkologische Operationen	Gynäkologie
17/4	Umstellungsosteotomie	Orthopädie
17/5	Kniegelenktotalendoprothese	Orthopädie
17/6	Kniegelenks-Schlittenprothese	Orthopädie
17/7	Knie-TEP-Wechsel	Orthopädie
20/1	PTA	Radiologie

* = Totalerhebung gemäß Empfehlung der Fachgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe (freiwillige Anwendung im Jahr 2001)

Anhang: Katalog der einbezogenen Leistungen (Stand:01.12.2000)

Anlage 2:

1. Für die in der Stufe 1 des Stufenkonzeptes einbezogenen Leistungen gelten die Zeitpunkte der in der Finanzierungsvereinbarung festgelegten Zu- und Abschlagsregelungen. Für die in der Stufe 2 des Stufenkonzeptes einbezogenen Leistungen gilt die erste Stufe der Zuschläge (8,- DM) ab dem 01.01.2002. Die erste Stufe der Abschläge (20-fache Höhe) tritt ab dem 01.01.2003 in Kraft.

In Ländern, in denen Module der Stufe 2 oder Teile davon bereits zum 01.01.2001 im Einsatz sind oder eingeführt werden, greift der Sanktionsmechanismus nur dann zum 01.01.2002, sofern für 2001 in diesen Ländern die Finanzierungsvereinbarung (Zuschlagsregelung) nach Anlage 1 des Kuratoriumsvertrages umgesetzt wird.

2. Beim Modul 15/1 und 16/1 ist der Empfehlung der Fachgruppe folgend eine Totalerhebung vorgesehen. Diese umfasst auch Fälle, die nicht über Fallpauschalen und Sonderentgelte und entsprechende Zuschläge gem. § 137 SGB V abgerechnet werden. In diesen Fällen sind die Zuschlagsregelungen der Finanzierungsvereinbarung (Zuschläge gem. § 11 Abs. 4 BPfIV) analog anzuwenden. Danach gelten die für die Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbarten Beträge auch für die Nicht-Fallpauschalen-/Nicht-Sonderentgeltfälle, die als Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart wurden. Die Abrechnung dieser Beträge erfolgt als Zuschlag pro Krankenhausfall analog § 11 Abs. 4 BPfIV oder über das Budget gem. § 12 BPfIV (so genanntes Restbudget) und ist dann wie vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre (§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 5 BPfIV) gesondert durchzuführen. Nach Vereinbarung der Leistungsmengen wird die ermittelte Zuschlagssumme dem Abteilungsbudget zugerechnet und anteilmäßig über den Abteilungspflegesatz finanziert.