HESSEN

3. Thüringer Krankenhausforum

Erwartungen an die Qualitätsoffensive aus Sicht der Bund-Länder-AG

Jochen Metzner,
Referatsleiter Krankenhausversorgung,
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration,
Erfurt, 22. November 2016

7:54 AM 95

Bundesrat Drucksache **518/15**

06.11.15

G

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 133. Sitzung am 5. November 2015 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 18/6586 – den von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingebrachten

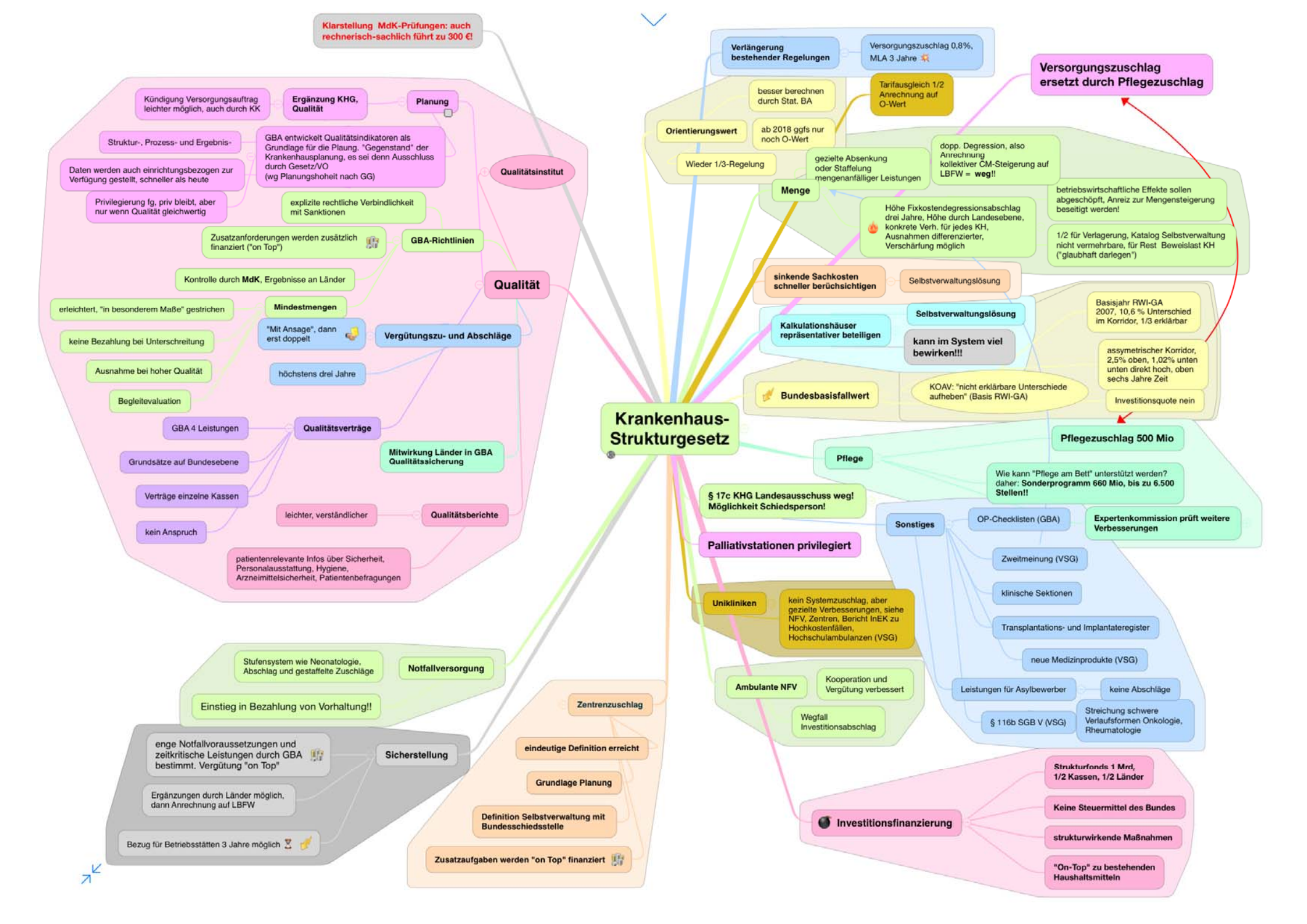
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)
– Drucksache 18/5372 –

in beigefügter Fassung angenommen.

Merke: der Name ist (eigentlich) Programm!!

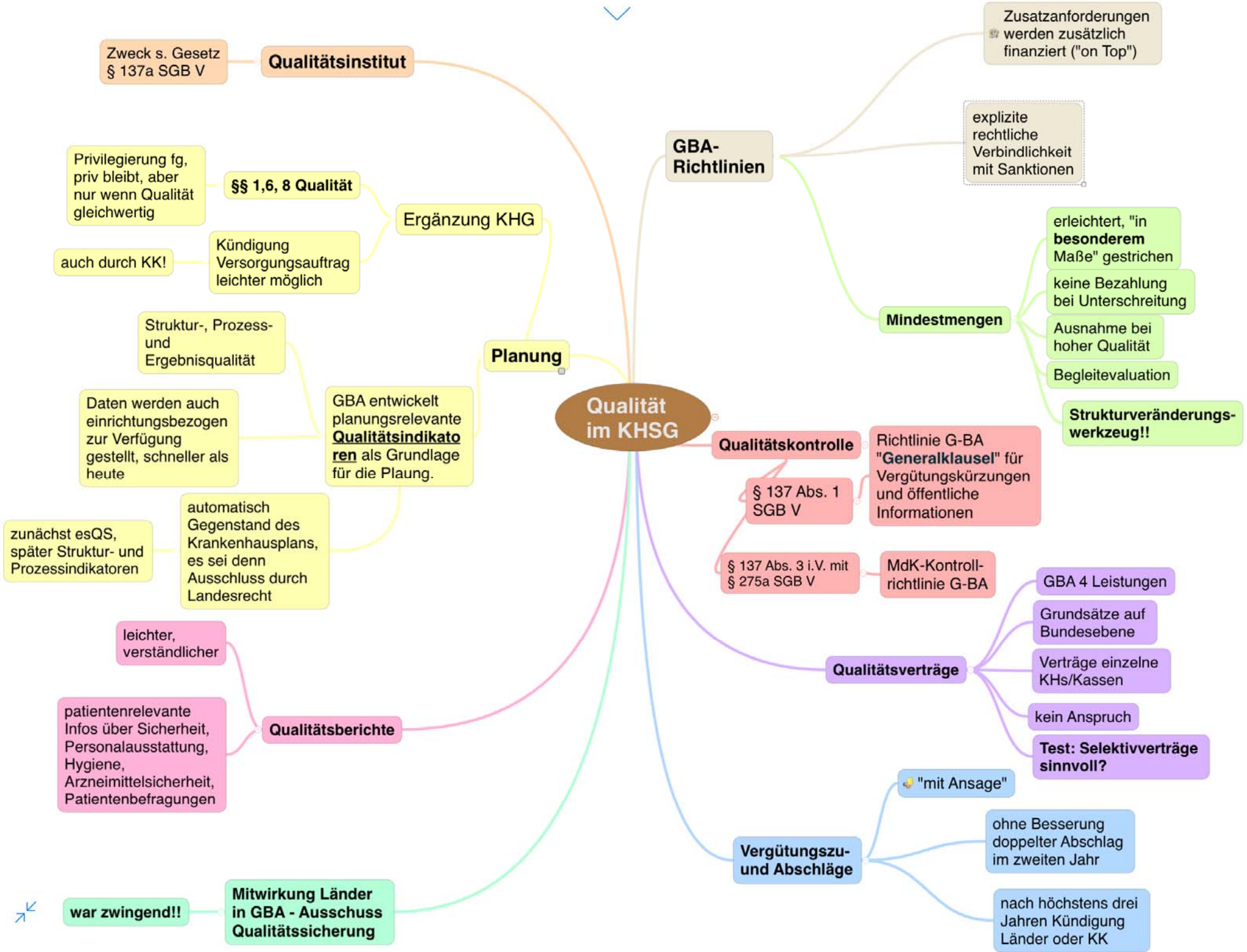
Fristablauf: 27.11.15
Initiativgesetz des Bundestages

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0720-2946


Krankenhaus-Strukturgesetz
Klarstellung MdK-Prüfungen: auch rechnerisch-sachlich führt zu 300 €!
Qualität
Qualitätsinstitut
Planung
Kündigung Versorgungsauftrag leichter möglich, auch durch KK
Ergänzung KHG, Qualität
Struktur-, Prozess- und Ergebnis-
GBA entwickelt Qualitätsindikatoren als Grundlage für die Plaung. "Gegenstand" der Krankenhausplanung, es sei denn Ausschluss durch Gesetz/VO (wg Planungshoheit nach GG)
Daten werden auch einrichtungsbezogen zur Verfügung gestellt, schneller als heute
Privilegierung fg, priv bleibt, aber nur wenn Qualität gleichwertig
explizite rechtliche Verbindlichkeit mit Sanktionen
GBA-Richtlinien
Zusatzanforderungen werden zusätzlich finanziert ("on Top")
Kontrolle durch MdK, Ergebnisse an Länder
Mindestmengen
erleichtert, "in besonderem Maße" gestrichen
keine Bezahlung bei Unterschreitung
Ausnahme bei hoher Qualität
Begleitevaluation
"Mit Ansage", dann erst doppelt
höchstens drei Jahre
Vergütungszu- und Abschläge
Qualitätsverträge
GBA 4 Leistungen
Grundsätze auf Bundesebene
Verträge einzelne Kassen
kein Anspruch
Mitwirkung Länder in GBA Qualitätssicherung
Qualitätsberichte
leichter, verständlicher
patientenrelevante Infos über Sicherheit, Personalausstattung, Hygiene, Arzneimittelsicherheit, Patientenbefragungen
Notfallversorgung
Stufensystem wie Neonatologie, Abschlag und gestaffelte Zuschläge
Einstieg in Bezahlung von Vorhaltung!!
Sicherstellung
enge Notfallvoraussetzungen und zeitkritische Leistungen durch GBA bestimmt. Vergütung "on Top"
Ergänzungen durch Länder möglich, dann Anrechnung auf LBFW
Bezug für Betriebsstätten 3 Jahre möglich
Zentrenzuschlag
eindeutige Definition erreicht
Grundlage Planung
Definition Selbstverwaltung mit Bundesschiedsstelle
Zusatzaufgaben werden "on Top" finanziert
Verlängerung bestehender Regelungen
Versorgungszuschlag 0,8%, MLA 3 Jahre
Versorgungszuschlag ersetzt durch Pflegezuschlag
Orientierungswert
besser berechnen durch Stat. BA
ab 2018 ggfs nur noch O-Wert
Tarifausgleich 1/2 Anrechnung auf O-Wert
Wieder 1/3-Regelung
Menge
gezielte Absenkung oder Staffelung mengenanfälliger Leistungen
dopp. Degression, also Anrechnung kollektiver CM-Steigerung auf LBFW = weg!!
betriebswirtschaftliche Effekte sollen abgeschöpft, Anreiz zur Mengensteigerung beseitigt werden!
Höhe Fixkostendegressionsabschlag drei Jahre, Höhe durch Landesebene, konkrete Verh. für jedes KH, Ausnahmen differenzierter, Verschärfung möglich
1/2 für Verlagerung, Katalog Selbstverwaltung nicht vermehrbare, für Rest Beweislast KH ("glaubhaft darlegen")
sinkende Sachkosten schneller berücksichtigen
Selbstverwaltungslösung
Kalkulationshäuser repräsentativer beteiligen
Selbstverwaltungslösung
kann im System viel bewirken!!!
Basisjahr RWI-GA 2007, 10,6 % Unterschied im Korridor, 1/3 erklärbar
assymetrischer Korridor, 2,5% oben, 1,02% unten unten direkt hoch, oben sechs Jahre Zeit
Bundesbasisfallwert
KOAV: "nicht erklärbare Unterschiede aufheben" (Basis RWI-GA)
Investitionsquote nein
Pflegezuschlag 500 Mio
Pflege
Wie kann "Pflege am Bett" unterstützt werden? daher: Sonderprogramm 660 Mio, bis zu 6.500 Stellen!!
§ 17c KHG Landesausschuss weg! Möglichkeit Schiedsperson!
Palliativstationen privilegiert
Sonstiges
OP-Checklisten (GBA)
Expertenkommission prüft weitere Verbesserungen
Zweitmeinung (VSG)
klinische Sektionen
Transplantations- und Implantateregister
neue Medizinprodukte (VSG)
Leistungen für Asylbewerber
keine Abschläge
§ 116b SGB V (VSG)
Streichung schwere Verlaufsformen Onkologie, Rheumatologie
Unikliniken
kein Systemzuschlag, aber gezielte Verbesserungen, siehe NFV, Zentren, Bericht InEK zu Hochkostenfällen, Hochschulambulanzen (VSG)
Ambulante NFV
Kooperation und Vergütung verbessert
Wegfall Investitionsabschlag
Investitionsfinanzierung
Strukturfonds 1 Mrd, 1/2 Kassen, 1/2 Länder
Keine Steuermittel des Bundes
strukturwirkende Maßnahmen
"On-Top" zu bestehenden Haushaltsmitteln

KHSG - mehr als nur Qualitätsoffensive

- DRG-System: gerechter machen - Bessere Preisbildung und Mengensteuerung
- Zuschläge endlich regeln - Besondere Aufgaben, Sicherstellungszuschlag, Stufensystem in der Notfallversorgung. Sinn: Geld für besondere und für die Versorgung der Bevölkerung vorrangig wichtige Leistungen (vor allem Notfallversorgung)
- Förderung der Pflege am Bett
- Strukturänderungen - Konzentration von Leistungen, dazu dienen Strukturfonds, Mindestmengen, Qualitätsvorgaben
- Viel zu komplex für Einzelkämpfer und kleine Standorte, weitere Professionalisierung nötig


Qualität im KHSG
Qualitätsinstitut
Zweck s. Gesetz § 137a SGB V
Ergänzung KHG
§§ 1,6, 8 Qualität
Privilegierung fg, priv bleibt, aber nur wenn Qualität gleichwertig
Kündigung Versorgungsauftrag leichter möglich
auch durch KK!
Planung
GBA entwickelt planungsrelevante Qualitätsindikatoren als Grundlage für die Plaung.
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
Daten werden auch einrichtungsbezogen zur Verfügung gestellt, schneller als heute
automatisch Gegenstand des Krankenhausplans, es sei denn Ausschluss durch Landesrecht
zunächst esQS, später Struktur- und Prozessindikatoren
Qualitätsberichte
leichter, verständlicher
patientenrelevante Infos über Sicherheit, Personalausstattung, Hygiene, Arzneimittelsicherheit, Patientenbefragungen
Mitwirkung Länder in GBA - Ausschuss Qualitätssicherung
war zwingend!!
GBA-Richtlinien
Zusatzanforderungen werden zusätzlich finanziert ("on Top")
explizite rechtliche Verbindlichkeit mit Sanktionen
Mindestmengen
erleichtert, "in besonderem Maße" gestrichen
keine Bezahlung bei Unterschreitung
Ausnahme bei hoher Qualität
Begleitevaluation
Strukturveränderungs-werkzeug!!
Qualitätskontrolle
§ 137 Abs. 1 SGB V
Richtlinie G-BA "Generalklausel" für Vergütungskürzungen und öffentliche Informationen
§ 137 Abs. 3 i.V. mit § 275a SGB V
MdK-Kontroll-richtlinie G-BA
Qualitätsverträge
GBA 4 Leistungen
Grundsätze auf Bundesebene
Verträge einzelne KHs/Kassen
kein Anspruch
Test: Selektivverträge sinnvoll?
Vergütungszu- und Abschläge
"mit Ansage"
ohne Besserung doppelter Abschlag im zweiten Jahr
nach höchstens drei Jahren Kündigung Länder oder KK

klassisches Argumentationsmuster
Transparenz ja - soweit wir wollen

27.09.2016 | sle

DEKV: Qualitätsindikatoren nicht instrumentalisieren

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) warnt vor einem missbräuchlichen Einsatz von Qualitätsindikatoren."Die Definition und Anwendung von Qualitätsindikatoren darf nicht als Mittel zum Zweck dienen, um interessengesteuerten Entwicklungen in der Krankenhausplanung den Weg zu bereiten", erklärte der DEKV-Vorsitzende Christoph Radbruch heute im Vorfeld der Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Berlin. Radbruch sprach sich zudem dafür aus, das Konzept für planungsrelevante Qualitätsindikatoren des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) kritisch zu beobachten: „Im Sinne einer hochwertigen Patientenversorgung ist es unmöglich, die Leistungen ganzer Fachbereiche durch jeweils nur zwei oder drei Qualitätsindikatoren objektiv abzubilden und zu bewerten." Diese Art der Evaluation als Instrument für die Krankenhausplanung zu nutzen, werde die Patientenversorgung nicht verbessern. Die Messung und Optimierung der Qualität in der Krankenhausbehandlung sei eine wichtige Aufgabe, für die Krankenhäuser selbst Verantwortung übernähmen.

Der DEKV vertritt 193 evangelische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen an über 230 Standorten in Deutschland.

Qualität im Krankenhausstrukturgesetz

- Das KHSG ist ein Gesamtwerk
- Man muss die Vorschriften im **Zusammenhang** betrachten, gerade auch zur Qualität (s. § 1 KHG!)
- **Planung**, **Mindestmengen**, **Richtlinien**, **Qualitätsverträge**, **Transparenz**, **Kontrolle** und **Zu**- und **Abschläge**, aber auch **Notfallversorgung/Sicherstellung** gehören zusammen!
- Planung soll bundeseinheitliche Qualitätsnormen beinhalten und sowohl legitime Anforderungen an die Patientenversorgung definieren (Struktur- und Prozessqualität) als auch Konsequenzen ermöglichen (vor allem Ergebnisqualität)
- Daher Neuregelung in §§ 6 Abs. 1a, 8 Abs. 1a und 1b KHG und entsprechende Regelungen für die Kassen beim Versorgungsvertrag(!!)

Was wollte die Neuregelung zur Qualität in der Krankenhausplanung bewirken?

- Bisher: keine hohen Anforderungen an "Leistungsfähigkeit" eines KH (s. BVerfG v. 12.06.90)

- Bisher: fraglich, ob und welche Qualitätsnormen ergänzend durch Landesrecht möglich sind (und Konsequenzen gegen Verstöße)

Die Entscheidungen

Das VG Düsseldorf hat den Klagen auf einen entsprechenden Feststellungsantrag hin stattgegeben. Die Qualitätsklausel sei keine Nebenbestimmung und nicht isoliert nach § 42 VwGO anfechtbar.

Ein feststellungsfähiges Rechtsverhältnis bestehe, weil die Reichweite des Versorgungsauftrags streitig sei. Dies müsse auch alsbald geklärt werden, weil das Krankenhaus sein künftiges Verhalten hiernach ausrichten müsse. Auch sei beispielsweise mit der Rückforderung von Fördermitteln zu rechnen. Dies sei nicht zumutbar.

Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan seien nach § 13 Abs. 1 KHGG NRW zwar möglich, hätten aber nicht zur Folge, dass bei Nichterfüllung die Leistung als außerhalb des Versorgungsauftrags nicht zu vergüten wäre. Dies lasse sich dem Krankenhausplan nicht entnehmen. Es handele sich um bloße Zielvorgaben, nicht um aktuell zu erfüllende Anforderungen.

FAZIT | Derzeit ist Qualität kein Kriterium im Sinne von § 1 KHG. Dies wird sich durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) voraussichtlich ändern; entsprechende Vorgaben sind im aktuellen Entwurf vom 30. Juni 2015 (BT-Drs 18/5372, S. 6) sowie ferner in der Stellungnahme des Bundesrates vom 10. Juli 2015 (BR-Drs. 277/15) vorgesehen. Bis dahin sind derartige normative Vorgaben im Krankenhausplan unzulässig (vgl. auch VG Saarland, Urteil vom 10.3.2015, Az. 2 K 422/14, Berufung anhängig beim OVG Saarland unter dem Az. 1 A 110/15).

Cookies erleichtern die Bereitstellung unserer Dienste. Mit der Nutzung unserer Dienste erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Cookies verwenden.

- Bisher: kein Einblick des Landes in Daten aus strukturiertem Dialog. Möglichkeit in Qualitätsbericht zu schauen (wenn er vorliegt), aber keine einheitliche Bewertung

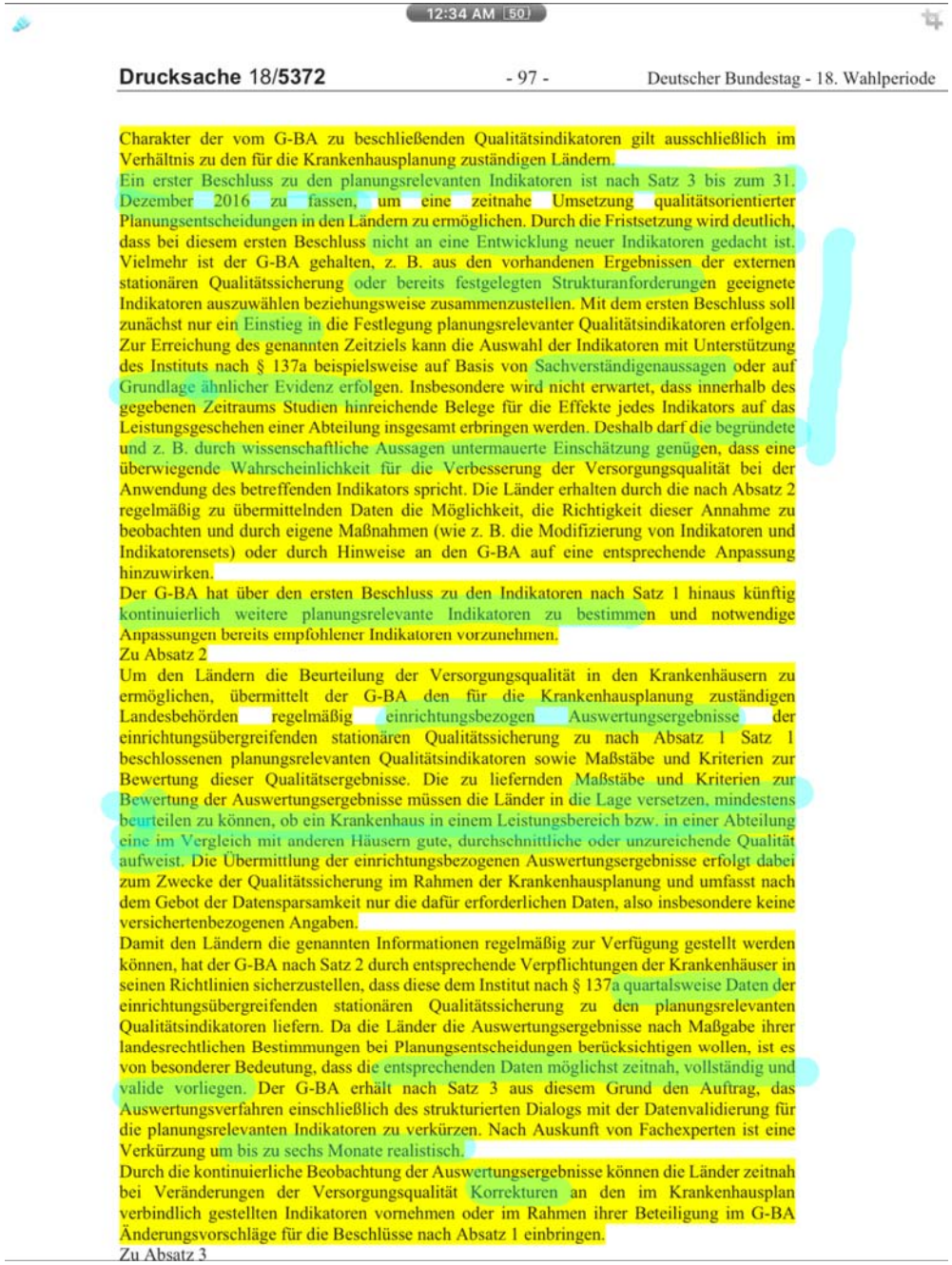
- Bisher also: Krankenhausplanung als "**stumpfes Schwert**"

Was wollte die Neuregelung zur Qualität in der Krankenhausplanung bewirken?

- Ziel: bundesweit einheitliche Qualitätsstandards, aber Klarstellung, dass eigene Regelungen durch Landesrecht möglich
- Daher planungsrelevante Indikatoren nun verbindlich, wenn nicht durch Landesrecht ausgeschlossen
- Konsequenzen nicht nur möglich, sondern obligatorisch, bis hin zum Ausschluss aus dem Krankenhausplan
- Gilt ausdrücklich auch für landesrechtliche Regelungen

Planungsrelevante Indikatoren

- zu Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität
- Erster Beschluss bis 31.12.2016
- Gesetzesbegründung: zunächst ESQS-Indikatoren verwenden (s. nächste Folie)
- Länder in U-AG eingebunden (NRW, Hessen)
- Indikatoren werden Gegenstand des KH-Plans, wenn sie nicht durch Landesrecht ausgeschlossen werden (so wohl Bayern)
- Zusatzfinanzierung von Personalvorgaben durch planungsrelevante Indikatoren vorgesehen, vgl. § 17b Abs. 1a Nr. 5 KHG/136c SGB V)



Charakter der vom G-BA zu beschließenden Qualitätsindikatoren gilt ausschließlich im Verhältnis zu den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern.
Ein erster Beschluss zu den planungsrelevanten Indikatoren ist nach Satz 3 bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen, um eine zeitnahe Umsetzung qualitätsorientierter Planungsentscheidungen in den Ländern zu ermöglichen. Durch die Fristsetzung wird deutlich, dass bei diesem ersten Beschluss nicht an eine Entwicklung neuer Indikatoren gedacht ist. Vielmehr ist der G-BA gehalten, z. B. aus den vorhandenen Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung oder bereits festgelegten Strukturanforderungen geeignete Indikatoren auszuwählen beziehungsweise zusammenzustellen. Mit dem ersten Beschluss soll zunächst nur ein Einstieg in die Festlegung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren erfolgen. Zur Erreichung des genannten Zeitziels kann die Auswahl der Indikatoren mit Unterstützung des Instituts nach § 137a beispielsweise auf Basis von Sachverständigenaussagen oder auf Grundlage ähnlicher Evidenz erfolgen. Insbesondere wird nicht erwartet, dass innerhalb des gegebenen Zeitraums Studien hinreichende Belege für die Effekte jedes Indikators auf das Leistungsgeschehen einer Abteilung insgesamt erbringen werden. Deshalb darf die begründete und z. B. durch wissenschaftliche Aussagen untermauerte Einschätzung genügen, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für die Verbesserung der Versorgungsqualität bei der Anwendung des betreffenden Indikators spricht. Die Länder erhalten durch die nach Absatz 2 regelmäßig zu übermittelnden Daten die Möglichkeit, die Richtigkeit dieser Annahme zu beobachten und durch eigene Maßnahmen (wie z. B. die Modifizierung von Indikatoren und Indikatorensets) oder durch Hinweise an den G-BA auf eine entsprechende Anpassung hinzuwirken.
Der G-BA hat über den ersten Beschluss zu den Indikatoren nach Satz 1 hinaus künftig kontinuierlich weitere planungsrelevante Indikatoren zu bestimmen und notwendige Anpassungen bereits empfohlener Indikatoren vorzunehmen.
Zu Absatz 2
Um den Ländern die Beurteilung der Versorgungsqualität in den Krankenhäusern zu ermöglichen, übermittelt der G-BA den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung dieser Qualitätsergebnisse. Die zu liefernden Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse müssen die Länder in die Lage versetzen, mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Häusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist. Die Übermittlung der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse erfolgt dabei zum Zwecke der Qualitätssicherung im Rahmen der Krankenhausplanung und umfasst nach dem Gebot der Datensparsamkeit nur die dafür erforderlichen Daten, also insbesondere keine versichertenbezogenen Angaben.
Damit den Ländern die genannten Informationen regelmäßig zur Verfügung gestellt werden können, hat der G-BA nach Satz 2 durch entsprechende Verpflichtungen der Krankenhäuser in seinen Richtlinien sicherzustellen, dass diese dem Institut nach § 137a quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren liefern. Da die Länder die Auswertungsergebnisse nach Maßgabe ihrer landesrechtlichen Bestimmungen bei Planungsentscheidungen berücksichtigen wollen, ist es von besonderer Bedeutung, dass die entsprechenden Daten möglichst zeitnah, vollständig und valide vorliegen. Der G-BA erhält nach Satz 3 aus diesem Grund den Auftrag, das Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs mit der Datenvalidierung für die planungsrelevanten Indikatoren zu verkürzen. Nach Auskunft von Fachexperten ist eine Verkürzung um bis zu sechs Monate realistisch.
Durch die kontinuierliche Beobachtung der Auswertungsergebnisse können die Länder zeitnah bei Veränderungen der Versorgungsqualität Korrekturen an den im Krankenhausplan verbindlich gestellten Indikatoren vornehmen oder im Rahmen ihrer Beteiligung im G-BA Änderungsvorschläge für die Beschlüsse nach Absatz 1 einbringen.
Zu Absatz 3

Auszug aus der Gesetzesbegründung zu § 136a SGB V

Problem: Gesetzgeber hat vorgegeben, dass die ersten Indikatoren "aus der externen stationären QS oder bereits festgelegten Strukturanforderungen" genommen werden sollen, um bis Ende 2016 erste Indikatoren zu entwickeln

Anforderungen an planungsrelevante Indikatoren aus Ländersicht

- sollen kompatibel sein mit der Planung (d.h. fachgebietsbezogen - so auch Gesetzesbegründung)
- favorisiert werden Struktur- und Prozesskriterien
- risikoadjustiert
- justitiabel
- Vernünftig aufbereitete Infos durch IQTIG/G-BA (s. § 136c Abs. 2 Satz 1 SGB V) - "G-BA übermittelt einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse")
- Streit im G-BA, ob Maßstäbe und Kriterien nur "unzureichende" Qualität darstellen sollen oder (so Ländermeinung) "in erheblichem Maße unzureichende Qualität (zwingend, weil sonst Konsequenzen kaum möglich). So auch aktueller AOLG-Beschluss

Erste Indikatoren aus der esQS

- IQTIG macht exzellente Arbeit, muss aber Vorgabe esQS erfüllen
- Problem: wie kann man aus Verstoß gegen einzelne Indikatoren auf fehlende Qualität einer Abteilung schließen? - Prinzip der Patientengefährdung hierfür Möglichkeit, wird aber kaum reichen
- Problem: zunächst Ansatz hoher Abdeckung eines Gebiets durch esQS, führte leider nur zu Gyn/GebH, Klassiker wie Femurfraktur oder amb erworbene Pneumonie fehlen

Die Indikatoren werden jedenfalls Wirkung zeigen, so oder so...

BibliomedManager

Meistgeklickt: Keine Herztransplantationen mehr im Uniklinikum Frankfurt

Das Aus für die Herztransplantationen am Universitätsklinikum Frankfurt (UKF) am Main war für die Leser von *BibliomedManager* die Top-Nachricht im Monat August. Hintergrund sind die niedrige Zahl der vorgenommenen Transplantationen sowie die relativ hohe Sterblichkeit der Patienten. Wie die Frankfurter Allgemeine Zeitung berichtet, sind drei der insgesamt vier Transplantations-Patienten der vergangenen zwei Jahre gestorben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erklärte, im Einvernehmen mit dem Uniklinikum der zuständigen Aufsichtsbehörde in Hessen, „dass eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Ergebnisqualität bei Herztransplantationen nicht eingehalten wurde". Bereits 2015 sei mit dem Krankenhaus ein strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2014 geführt worden, der Zweifel an der Versorgungsqualität ergab, heißt es in der Mitteilung weiter. Eine daraufhin mit dem Transplantationszentrum geschlossene Zielvereinbarung, „nach der die Sterblichkeit im Krankenhaus im Erfassungsjahr 2015 nicht außerhalb des definierten Referenzwertes liegen soll", sei nicht eingehalten worden.

Das Universitätsklinikum erklärte, dass insbesondere die rückläufige Zahl der Organspender bei kleineren Herztransplantationsprogrammen wie dem Frankfurter zu sehr geringen Fallzahlen pro Jahr führte. In Zukunft werde das UKF ein kooperatives Behandlungskonzept mit dem Transplantationsstandort Bad Nauheim verfolgen. Die etwa 30

Patienten, die am UKF auf ein Spend herz warten, haben keine Nachteile der Wartezeit auf ein Organ, da die zentral durch Eurotransplant vergeb werden.

Schweigepflicht soll gewahrt bleiben

Die Schweigepflicht für Ärzte soll weiterhin Bestand haben. Das erklärte Bundesinnenminister Thomas de Maizière (CDU) im August im Rahmen der Vorstellung eines neuen Sicherheitspakets der Bundesregierung. Es ginge bei den Plänen ausschließlich darum, die öffentliche Sicherheit zu

UK Dresden: Innerklinische Notfallteam

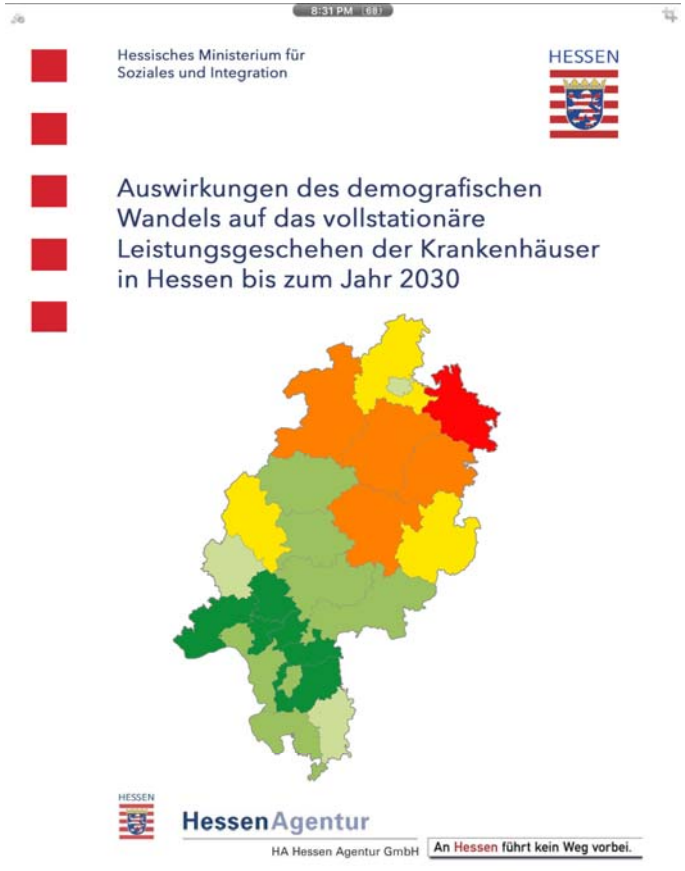
Wichtig: Folgeauftrag an das IQTIG

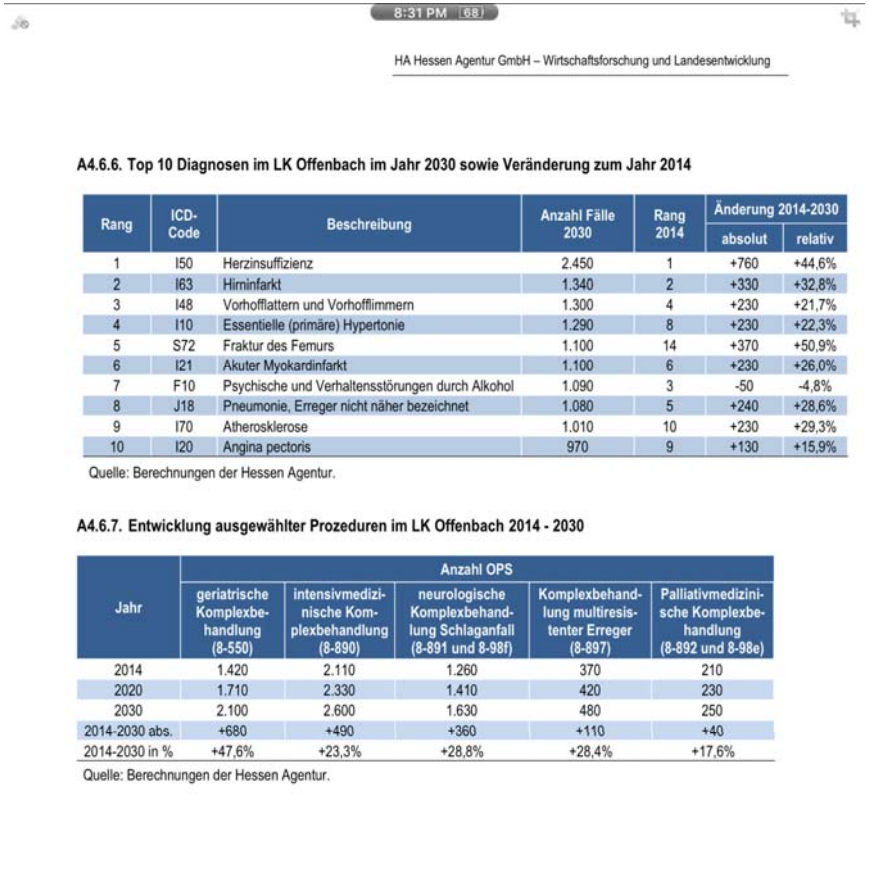
- Hier wird es weitere esQS-Indikatoren geben
- Wesentlich nun aber vor allem die kommenden Indikatoren zur Struktur- und vor allem **Prozessqualität**
- Müssen dann auch kompatibel sein zu anderen Beschlüssen des G-BA, z.B. Notfallversorgung
- In den Ländern oder international oder anderweitig bestehende Vorgaben sollen untersucht werden

Zukunft der Krankenhausplanung

neben planungsrelevanten Indikatoren umfangreichesRegelwerk über Qualitätsvorschriften zu erwarten, auch Personalvorgaben (siehe Expertenkommission Pflege), die aber nur finanziert werden, wenn sie in Zusatzentgelten, etwa für hochaufwändige Pflege (kein FIxkostendegressionsabschlag) oder G-BA-Richtlinien (§ 5 Abs. 3c KHEntgG) enthalten sind. Planung wandelt sich Richtung Verbraucherschutz.

ggfs. in Ländern ergänzende Vorgaben, etwa zur Patientensicherheit, oder Prognosen als Hilfestellung (s.u.)





A4.6.6. Top 10 Diagnosen im LK Offenbach im Jahr 2030 sowie Veränderung zum Jahr 2014

Rang	ICD-Code	Beschreibung	Anzahl Fälle 2030	Rang 2014	Änderung 2014-2030	
					absolut	relativ
1	I50	Herzinsuffizienz	2.450	1	+760	+44,6%
2	I63	Hirninfarkt	1.340	2	+330	+32,8%
3	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1.300	4	+230	+21,7%
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.290	8	+230	+22,3%
5	S72	Fraktur des Femurs	1.100	14	+370	+50,9%
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	1.100	6	+230	+26,0%
7	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.090	3	-50	-4,8%
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	1.080	5	+240	+28,6%
9	I70	Atherosklerose	1.010	10	+230	+29,3%
10	I20	Angina pectoris	970	9	+130	+15,9%

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

A4.6.7. Entwicklung ausgewählter Prozeduren im LK Offenbach 2014 - 2030

Jahr	Anzahl OPS				
	geriatrische Komplexbehandlung (8-550)	intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-890)	neurologische Komplexbehandlung Schlaganfall (8-891 und 8-98f)	Komplexbehandlung multiresistenter Erreger (8-897)	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-892 und 8-98e)
2014	1.420	2.110	1.260	370	210
2020	1.710	2.330	1.410	420	230
2030	2.100	2.600	1.630	480	250
2014-2030 abs.	+680	+490	+360	+110	+40
2014-2030 in %	+47,6%	+23,3%	+28,8%	+28,4%	+17,6%

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

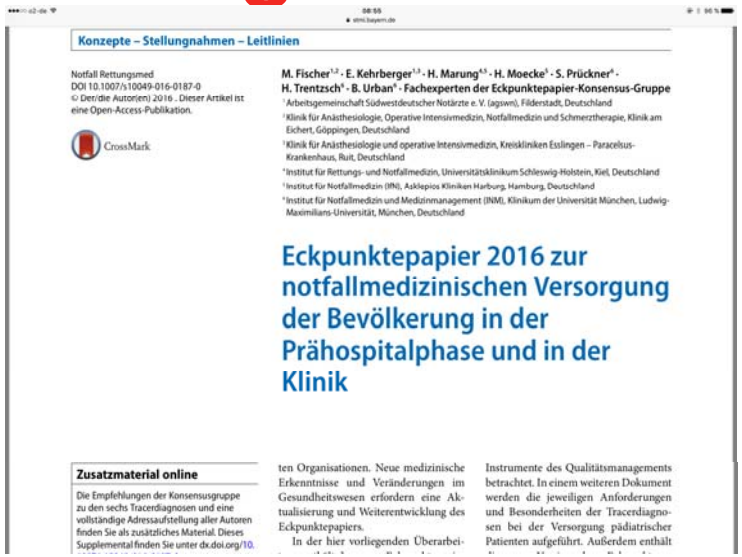
Landeseigene Qualitätsvorgaben?

- Aktuell in vielen Ländern vorhanden, Hessen etwa Strukturvorgaben zur Notfallversorgung, Thüringen hat ebenfalls eigene

- Diskussionen zum neuen KH-Plan in Hessen: LÄKH fordert (Personal-)Vorgaben. Tendenz: **nein, durch Bundesrecht kommt genug, in Landesrecht keine Finanzierung möglich**,

- höchstens bei Notfallversorgung (siehe rechts Eckpunkte für die notfallmedizinische Versorgung) Prozesskette in der Notfallversorgung betrachten (Vereinheitlichung **Rettungsdienstplan - Krankenhausplan**)

- keinesfalls Ausnahmen bei Mindestmengen! Elektiv = Qualität vor Erreichbarkeit



Konzepte – Stellungnahmen – Leitlinien

Notfall Rettungsmed
DOI 10.1007/s10049-016-0187-0
© Der/die Autor(en) 2016 . Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

CrossMark

M. Fischer[1,2] · E. Kehrberger[1,3] · H. Marung[4,5] · H. Moecke[5] · S. Prückner[6] · H. Trentzsch[4] · B. Urban[6] · Fachexperten der Eckpunktepapier-Konsensus-Gruppe

[1] Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (agswn), Filderstadt, Deutschland
[2] Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinik am Eichert, Göppingen, Deutschland
[3] Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Kreiskliniken Esslingen – Paracelsus-Krankenhaus, Ruit, Deutschland
[4] Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland
[5] Institut für Notfallmedizin (IfN), Asklepios Kliniken Harburg, Hamburg, Deutschland
[6] Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik

Zusatzmaterial online

Die Empfehlungen der Konsensusgruppe zu den sechs Tracerdiagnosen und eine vollständige Adressaufstellung aller Autoren finden Sie als zusätzliches Material. Dieses Supplemental finden Sie unter dx.doi.org/10.

ten Organisationen. Neue medizinische Erkenntnisse und Veränderungen im Gesundheitswesen erfordern eine Aktualisierung und Weiterentwicklung des Eckpunktepapiers.

In der hier vorliegenden Überarbei-

Instrumente des Qualitätsmanagements betrachtet. In einem weiteren Dokument werden die jeweiligen Anforderungen und Besonderheiten der Tracerdiagnosen bei der Versorgung pädiatrischer Patienten aufgeführt. Außerdem enthält

- Behandlung im KH 90 Minuten nach Alarmierung

- **einheitliche und transparente Kriterienkataloge**, welche KHs als "nächstgelegen geeignet" in Frage kommen, um Herzinfarkt, Schlaganfall, Schädel-Hirn- und Polytrauma, Sepsis und Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand behandeln zu können

Folgen des KHSG

Strategien werden ändern sich

- Wachstum wird (hoffentlich trotz FDA 35%) geringere Rolle spielen, Qualitätsorientierung, Sicherheitskultur, Patientenorientierung wird (hoffentlich) zunehmen („Qualität statt Quantität“)
- **Qualität als Kernkompetenz (was sonst??)**
- zunehmende Beachtung Intensivmedizin, Notfallversorgung, chronische Erkrankungen
- Kettenbildung mit Schließen kleiner Standorte, schon wegen Qualitätsanforderungen
- weitere und stetige Prozessoptimierung (Produktivität muss kontinuierlich steigen!)

Es bleibt sehr spannend!!