

Vereinbarung nach § 137 SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung Herz 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 im Bereich Herzchirurgie und pädiatrische Kardiologie für zugelassene Krankenhäuser im Einvernehmen mit den Vertragsbeteiligten verbindlich fest. Die Vertragspartner und die Vertragsbeteiligten streben bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens eine enge Abstimmung mit den zuständigen medizinischen Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie an.

§ 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 im Bereich der Herzchirurgie und der Pädiatrischen Kardiologie sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser definierte Leistungen verbindlich zu dokumentieren. Für das Verfahrensjahr 2003 soll die externe vergleichende Qualitätssicherung nach Systematik Qualitätssicherung Herz für alle Krankenhäuser fortgesetzt werden. Für Krankenhäuser, die das DRG-System schon 2003 einführen (Optionshäuser), bedeutet das, dass sie auch im Jahr 2003 das eingeführte Verfahren mit Auslöser Fallpauschale/Sonderentgelt und die Erhebung analog der V2/V3-Statistik fortführen. Die einbezogenen Leistungen 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 Anhang Bestandteil dieser Vereinbarung und wird regelmäßig überprüft und fortgeschrieben. Der Anhang wird in der jeweils geltenden Fassung durch die von der Bundesebene beauftragte Stelle bereitgestellt.

§ 3 Datenfluss

- (1) Die von der Bundesebene vorgegebenen Datensätze sind von den Krankenhäusern in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat der von der Bundesebene beauftragten Stelle unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

- (2) Die von der Bundesebene beauftragte Stelle stellt den Krankenhäusern mindestens einmal jährlich eine standardisierte Auswertung und Bewertung durch die Fachgruppe zur Verfügung.

§ 4 Maßnahmen

- (1) Zur Unterstützung der Bemühungen der Krankenhäuser um eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -verbesserung wird die Fachgruppe geeignete Rückkopplungs- und Beratungsinstrumente insbesondere bei Auffälligkeiten und Besonderheiten einsetzen und weiterentwickeln.

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 erfolgen nach Abstimmung mit der Fachgruppe und nach Einwilligung der entsprechenden Klinik Klinikbegehungen durch die Fachgruppe. Diese werden terminlich mit dem Krankenhaus vorher abgestimmt.
- (3) Die Fachgruppe erstellt für das Bundeskuratorium einen Bericht über das Ergebnis der Maßnahmen und spricht ggf. Empfehlungen zu den als notwendig angesehenen weiteren Konsequenzen aus. Das Krankenhaus erhält eine Durchschrift des Berichts mit der Gelegenheit zur Stellungnahme.

§ 5 Bericht an das Bundeskuratorium

- (1) Die Fachgruppe berichtet dem Bundeskuratorium mindestens einmal jährlich über die von ihr vorgenommene Aufarbeitung und Bewertung der Ergebnisse. Dabei ist auch über besondere Auffälligkeiten der Erhebung zu berichten. Bei Vorliegen der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren sollen die hiernach ermittelten Ergebnisse vergleichend gegenüber gestellt werden.
- (2) Die Berichterstattung umfasst insbesondere Informationen darüber
 - welche Krankenhäuser bzw. Abteilungen sich nicht an der Qualitätssicherungsmaßnahme Herzchirurgie und Pädiatrische Kardiologie beteiligen,
 - welche Krankenhäuser bzw. Abteilungen nicht bereit sind, notwendige und sinnvolle Vorschläge zur Qualitätsverbesserung umzusetzenund
 - welchen Krankenhäusern bzw. Abteilungen es nicht gelungen ist, nach Ablauf einer angemessenen Frist Qualitätsmängel zu beseitigen.
- (3) Falls mindestens die Hälfte der Mitglieder des Bundeskuratoriums dies wünscht, sind besondere oder zusätzliche Berichte abzugeben.

§ 6 Krankenhausinterne Kommunikation

- (1) Maßnahmen zur Qualitätssicherung können nur dann eine positive Wirkung entfalten, wenn sie von allen Vertragspartnern und -beteiligten gemeinsam gewollt und unterstützt werden. Zu den gewünschten positiven Auswirkungen der Qualitätssicherung Herz gehört auch die intensive krankenhauserinterne Kommunikation zwischen dem Leitenden Herzchirurgen / Pädiatrischen Kardiologen und Vertretern des Krankenhauses / Trägers anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme.

- (2) Zum Erreichen der intensiven Kommunikation über die Belange der Herzchirurgie / pädiatrischen Kardiologie ist der Leitende Herzchirurg / Pädiatrische Kardiologe verpflichtet, die Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen, die ihm aus der Qualitätssicherung Herzchirurgie / pädiatrischen Kardiologie zugeleitet werden, mit dem Leitenden Arzt des Krankenhauses und einem Vertreter des Krankenhausträgers durchzusprechen, kritisch zu analysieren und ggf. notwendige Konsequenzen festzulegen.
- (4) Über diese Gespräche selbst sowie über mögliche Schlußfolgerungen ist von den Gesprächsteilnehmern in geeigneter Weise ein Nachweis zu führen.

§ 7 Finanzierung

Die Finanzierung der Entwicklung, Durchführung und Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt über die Leistungsvergütung und ist in der Finanzierungsvereinbarung nach § 3 Abs. 2 des Kuratoriumsvertrages geregelt.

§ 8 In-Kraft-Treten / Geltung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2001 in Kraft. Sie kann mit Frist von einem Jahr zum Jahresende - von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der PKV nur gemeinsam - durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.
- (2) Für den Fall der Kündigung erklären die Vertragspartner ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.