

Eckpfeiler der Qualitätssicherung: Die Qualität der Qualitätsvorgaben?

GBA Rechtssymposium 2024

Krankenhausreform – Qualitätssicherung zwischen Selbstverwaltung und Krankenhausplanung?

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg

Leiterin Stabsstelle Qualitätsnetzwerke, Sana Kliniken AG

Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Interessenkonflikte

Leiterin Stabsstelle Qualitätsnetzwerke Sana Kliniken AG

Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. - GQMG

Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Welche Qualität müssen Qualitätsvorgaben haben

?

Qualitätskriterien für Leistungsgruppen

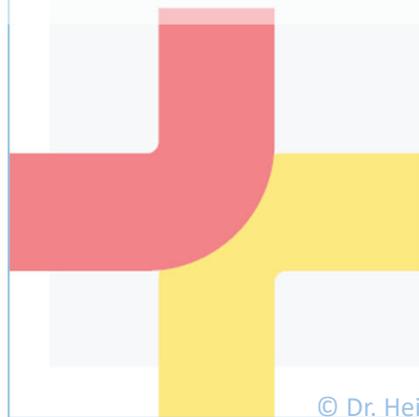


Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

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)*

Mehrheitliche Umsetzung Prinzip



© Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg

Erste Phase

evidenz- und prioritätengeleitet qualitätsentscheidende und investitionsintensive Mindestqualitätsvorgaben definieren

Zweite Phase

- erste Phase evaluieren
- „weitere Qualitätsvorgaben“ definieren, die nicht zum Leistungsausschluss führen (z.B. Prozessstandards)

§ 135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

Bundesrat	Drucksache	235/24
	24.05.24	
	G - AIS - Fz - In - K - Wi	
Gesetzentwurf der Bundesregierung		
<hr/>		
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)		

Die Qualitätskriterien sollen den **aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse** berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, ... durch Rechtsverordnung festzulegen und weiterzuentwickeln:

1. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien,
2. Regelungen zur Zulässigkeit der **Einhaltung** der Qualitätskriterien **in Kooperationen und Verbänden**,
3. Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den **Qualitätskriterien abgewichen** werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist

§ 135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

Bundesrat Drucksache **235/24**

24.05.24

G - AIS - Fz - In - K - Wi

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

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

BMG richtet einen Ausschuss – geleitet von Bund und Ländern – ein, um die Inhalte der Rechtsverordnung weiterzuentwickeln.

- zunächst Einholung Vorschlag der AWMF,
- Unterstützung durch InEK und BfArM,
- Beratung durch GKV-SV, DKG, BÄK und Pflegevertreter (in gleicher Zahl)

Bis dahin gelten Qualitätskriterien NRW.
(https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/uebersichtstabelle_ueber_die_qualitaetskriterien.pdf)

12	Gefäßmedizin	12.1	Bauchaortenaneurysma	VG	Mindestvoraussetzung	Die Qualitätsvorgaben orientieren sich an den Vorgaben der G-BA Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (GBAA-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 B5), in Kraft getreten am 2. Dezember 2021, darüber hinausgehend in NRW:	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		FA Gefäßchirurgie	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7		
					Auswahlkriterium							
		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 Duplexsonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Hybrid-OP	FA Gefäßchirurgie	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7	Interdisziplinäre Fallkonferenzen (Abklärung operativ, interventionell und/oder konservativ)	
					Auswahlkriterium	FA Innere Medizin und Angiologie	Neuromonitoring Interventionelle Radiologie und/oder Angiologie in Kooperation					
		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 Duplexsonographie, 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)	
					Auswahlkriterium	FA Innere Medizin und Angiologie	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			

3 FA (VZÄ) beschäftigt,
mind. Rufbereitschaft: 24/7

3 FA (VZÄ) beschäftigt,
mind. Rufbereitschaft: 24/7

3 FA (VZÄ) beschäftigt,
mind. Rufbereitschaft: 24/7

Davon mind. 2 FA
Gefäßchirurgie

AWMF: z.B.

Facharzt 24/7/365, Fachpflege Onkologie, OP-Pflege, Physiotherapie, Ernährungsberatung,
Stomatherapie, Wundmanagement

= 5-6 Fachärzte: Bereitschaft? Konsiliarisch? Telemedizinisch?

Was bedeutet Wundmanagement?: Ärztlich? Pflegerisch?
Welche Ausbildung? ...

?

Was passiert, wenn ein KH das anders auslegt als der MD?

Wie kann eine den
medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnissen
entsprechende Formulierung von
Personalanforderungen gewährleistet werden?

Was muss festgelegt werden



Was muss festgelegt werden?

Inhaltliche Anforderung

Um welche konkrete personelle Expertise (Wissen/Können, Qualifikation) oder technische Möglichkeit geht es?

- Computertomographische Untersuchung
- unfallchirurgische fachärztliche Expertise
- pflegerisches Wundmanagement

Was muss festgelegt werden?

Umfang / Anzahl

In welchem Umfang oder in welcher Anzahl muss die inhaltliche Anforderung erfüllt werden?

- **drei Computertomographen**
- **fünf Fachärzte für Unfallchirurgie**
- **ein pflegerischer Wundmanager pro bettenführende Station**

Was muss festgelegt werden?

Zeitliche Dimension

Zu welchen Zeitrahmen muss die inhaltliche Anforderung mit welchem Umfang verfügbar sein?

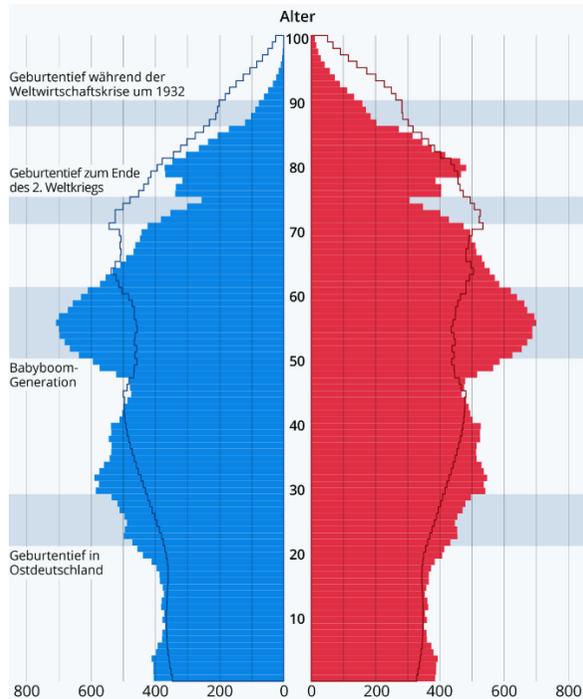
- **Verfügbarkeit von drei gleichzeitigen computertomographischen Untersuchungen werktäglich zwischen 9 und 17 Uhr**
- **Verfügbarkeit eines Facharztes für Unfallchirurgie 24 Stunden werktags sowie an Sonn- und Feiertagen mindestens als Rufbereitschafteine**
- **eine MTRA 24 Stunden werktags mindestens als Bereitschaftsdienst**

Cave: wie wird die flächendeckende Versorgung gewährleistet



Die Rahmenbedingungen

Mit der demografischen Entwicklung steigt der Bedarf an Gesundheitsleistungen.



<https://de.statista.com/infografik/19053/altersaufbau-der-deutschen-bevoelkerung/>

02.07.2024

Etwa 20% der niedergelassenen Ärzte gehen in den nächsten Jahren in den Ruhestand.

<https://www.bundesärztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2022>

„28 Prozent aller Fachärztinnen und Fachärzte sind 60 Jahre und älter.
 Von allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind 41 Prozent über 60 Jahre alt.
 Neun Prozent aller Ärztinnen und Ärzte sind 65 Jahre oder älter und stehen dem Arbeitsmarkt häufig nicht zur Verfügung.“

Es fehlen bis zu 690.000 Pflegekräfte

itz. BERLIN. In Deutschland werden nach Berechnungen des Statistischen Bundesamts Destatis im Jahr 2034 zwischen 90.000 und 350.000 Pflegekräfte fehlen. Bis 2049 könnte die Lücke auf 280.000 bis 690.000 Personen wachsen, teilte Destatis am Mittwoch in Wiesbaden mit. Die Größe der Unterdeckung hängt davon ab, wie gut sich der Arbeitsmarkt in der Pflege bis dahin entwickelt. 2019, vor der Corona-Pandemie, gab es im Land 1,62 Millionen Pflegekräfte. Unter Berücksichtigung der Demographie nimmt ihre Zahl bis 2034 auf 1,48 Millionen und bis 2049 auf 1,46 Millionen Personen ab. Das sind 10 Prozent weniger als heute. Der Grund dafür ist, dass viele Angehörige der „Babyboomer-Generation“ in den kommenden zehn Jahren in den Ruhestand gehen. Entwickelt sich der Pflegearbeitsmarkt hingegen so positiv, wie das in den Zweitausendzehnern Jahren zu beobachten war, dann ist 2034 mit 1,74 Millionen und 2049 mit 1,87 Millionen Beschäftigten zu rechnen. Das wären 15 Prozent mehr als derzeit. Die Fachleute haben vier Berufsgruppen aus der ambulanten und stationären Versorgung berücksichtigt: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Altenpflege sowie Altenpflegehelfer. Die Pflegeberufe erfordern eine dreijährige Ausbildung, die Hilfsberufe nur eine einjährige. Der Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, sprach angesichts der Zahlen von einem „Flopf“ bei der Anwerbung von Auslandskräften durch Bund und Länder. In zehn Jahren habe es nur 7700 Neubeschäftigte gegeben. Man müsse die nichtdeutschen Berufsabschlüsse anerkennen und besser fördern. Bernd Meurer vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste warf Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) Tatenlosigkeit vor. Durch die Rentenanstiege

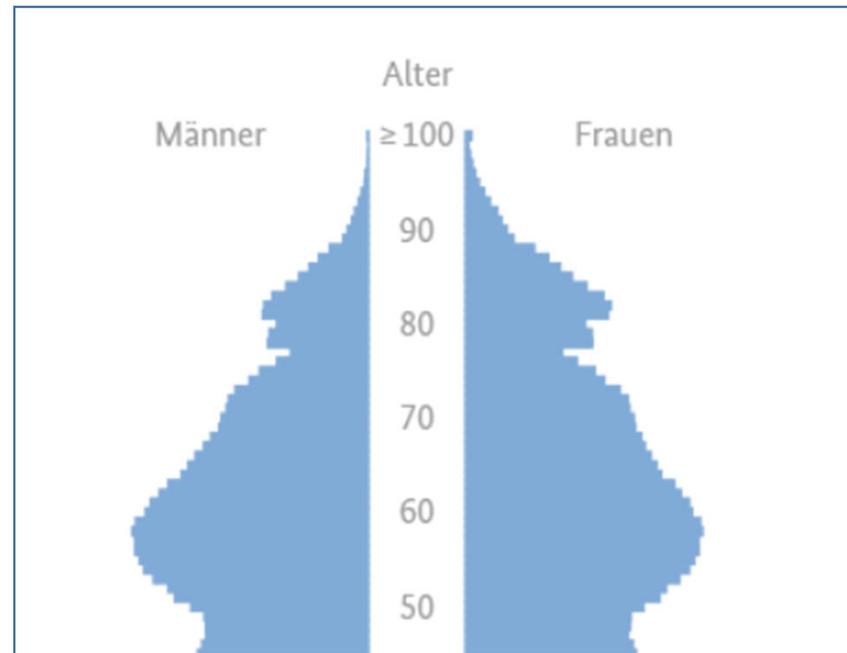
Das größte Risiko?



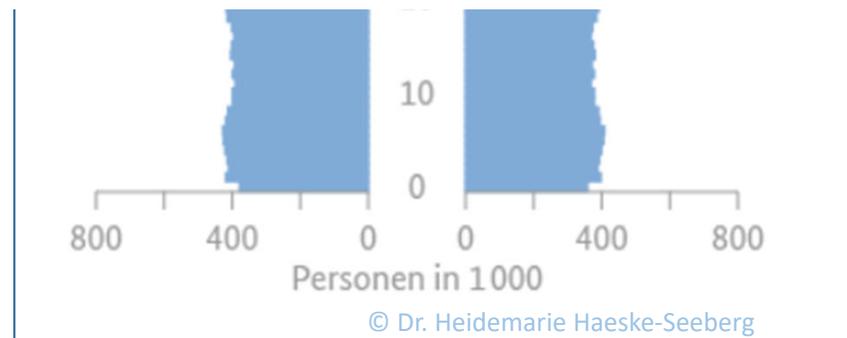
Qualitätsvorgaben realitätsnah gestalten!

Einige PatientInnen bekommen **keine** Versorgung





Qualitäts**mindest**vorgaben formulieren,
keine **Optimum**vorgaben!



Auswirkungen simulieren und evaluieren

Tabelle 5: Implementierungsgrad der QFR-RL (in %) Level-unabhängig und für die PNZ Level 1 und Level 2 nach Versorgungs- und Funktionsbereichen (Erfassungsjahre 2021, 2020 und 2019)

	Level-unabhängig			PNZ Level 1			PNZ Level 2		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Geburtshilfe – ärztlich	97,8	98,3	98,2	97,6	98,6	98,4	98,9	96,8	97,5
Geburtshilfe – hebammenhilflich	99,4	99,5	98,5	99,4	99,6	98,9	99,7	99,4	97,1
Neonatologie – ärztlich	99,6	99,7	99,7	100	99,9	99,9	97,2	98,4	98,0
Neonatologie – pflegerisch	83,2	83,8	80,8	80,9	81,6	77,7	91,1	91,5	90,5
Infrastruktur	99,7	99,8	99,9	99,8	99,8	99,9	99,1	99,6	100
Ärztl./nicht ärztliche Dienstleistungen	99,4	99,9	100	99,4	100	100	99,6	99,6	100
Qualitätssicherungsverfahren	99,5	99,4	99,1	99,6	99,3	99,3	99,2	99,5	98,5

Umsetzungsgrad der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Ergebnisse für die Erfassungsjahre 2019 und 2020

Erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 11. März 2022



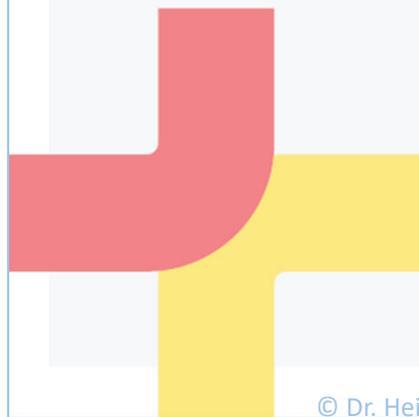
Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Siebente Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne

- Gegebenheiten und Rahmenbedingungen berücksichtigen
- verhältnismäßig gestalten
- Ausnahmetatbestände wie Personalmangel am Arbeitsmarkt berücksichtigen

Weiterentwicklung der Qualitäts-
sicherung, des Qualitäts- und
des klinischen Risikomanagements
(QS, QM und kRM)

Mehr Qualität – weniger Bürokratie



**Mindestvorhaltezahlen
und
Mindestmengen**



Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

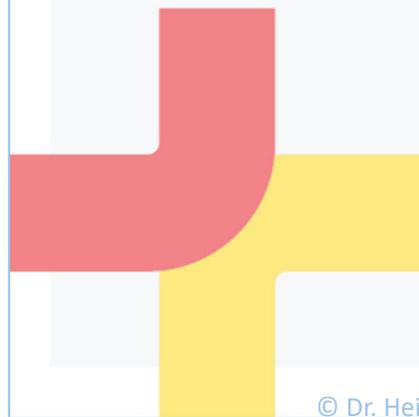
Mindestmengen

- 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

Siebente Stellungnahme und Empfehlung

Weiterentwicklung der Qualitäts-
des klinischen Risikomanagements

Mehr Qualität – weniger Bürokratie



© Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg

§ 135f Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung

(1) Für die Leistungsgruppen nach § 135e gilt jeweils eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (**Mindestvorhaltezahlen**). Bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen sind zu berücksichtigen:

1. Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards,
2. Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sowie
3. Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12

...

= flächendeckende Mindestmengen für alle Leistungsgruppen?

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** damit, unter Beachtung der Kriterien nach Absatz 1 Satz 1 **wissenschaftliche Empfehlungen für die Festlegung** und regelmäßige Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen nach § 135e zu erarbeiten;

Wieviel Evidenz ist dafür verfügbar?

Vielen Dank!

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

