

Die aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen und ihre Auswirkungen auf die Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen

Th. Weiler¹ und H. Sorgatz²

¹ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH, Wiesbaden, (Chefarzt: Prof. Dr. J. E. Schmitz)

² Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Nürnberg, (Präsident: Prof. Dr. D. Patschke, Marl)

Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), Nürnberg, (Präsident: Prof. Dr. B. Landauer, München)

Die Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem in Deutschland sind auf unterschiedlichen Ebenen (Bund / Länder) in Gesetzen, Verordnungen und Verträgen der Selbstverwaltung geregelt. Dadurch bedingt entstand eine Vielfalt an Kompetenzen, Zuständigkeiten und Regelungen. Das gilt im besonderen Maße auch für die Qualitätssicherung. Dies zu ändern ist neben den Themen Globalbudget, monistische Krankenhausfinanzierung, neues Entgeltsystem und integrierte Versorgung eines der Ziele der Gesundheitsreform 2000. Seit dem 30.06.1999 liegt dem Deutschen Bundestag der Entwurf eines „Gesetzes zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000“ vor (1). Parallel hierzu hat die 72. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 9./10. Juni 1999 in Trier eine Entschließung zur „Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ verabschiedet (2).

Wenn es sich derzeit auch „nur“ um einen Gesetzesentwurf und um eine Entschließung handelt, lohnt es dennoch, sich bereits jetzt damit zu befassen, da beide Materialien voraussichtlich weittragende Änderungen im Hinblick auf die Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen nach sich ziehen werden. Es ist bislang klare politische Zielsetzung, dieses Gesetz in seiner vorliegenden Form durchzusetzen und damit eine erneute Gesundheitsreform einzuleiten (3). Aus diesem Grund sind alle an der Patientenversorgung beteiligten Einrichtungen gut beraten, sich rechtzeitig darauf vorzubereiten.

Der vorliegende Beitrag stellt die in bezug auf die Qualitätssicherung wichtigsten geplanten Änderungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) und die Entschließung der GMK kurz vor und kommentiert sie im Hinblick auf ihre voraussichtlichen Auswirkungen. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt hierbei auf den Regelungen für den stationären Bereich.

Historie

Die Zuständigkeit für Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung liegt derzeit in erster Linie in den Händen der Selbstver-

waltung auf Länderebene. Die dazugehörigen Bestimmungen finden sich in den Heilberufsgesetzen und in den ärztlichen Berufsordnungen. Erst in jüngerer Zeit wurden Maßnahmen zur Qualitätssicherung auch auf Bundesebene im SGB V gesetzlich verankert. Die Länder und die Selbstverwaltung sind angehalten, die bundesgesetzlichen Vorgaben umzusetzen. 1988 wurde sozialrechtlich die ursprüngliche alleinige Zuständigkeit der Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der eigenen Berufsausübung mit dem Gesundheitsreform-Gesetz (GRG) aufgehoben und der Verantwortung der Krankenkassen und Krankenträger übergeben. Erst neun Jahre später, mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) vom Juli 1997 wurde diese Situation - zumindest zum Teil - wieder aufgehoben. Mit diesem Gesetz erhielt die Ärzteschaft durch § 137 a Abs. 1-3 SGB V zum Teil ihre Zuständigkeit zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung im stationären Bereich wieder zurück. Zu diesem Zeitpunkt lagen jedoch in einigen Bundesländern bereits zweiseitige Verträge - zwischen den Krankenhausgesellschaften und den Spitzenverbänden der Krankenkassen - zur Regelung der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung vor. Diese sahen eine Beteiligung der Ärztekammern nicht vor. An dieser Situation hat sich in einigen Bundesländern bis heute nichts geändert. Insgesamt betrachtet bedeutet dies, daß wir über die Bundesrepublik verteilt das bereits oben erwähnte Durcheinander an Kompetenzen und Zuständigkeiten wiederfinden. Die Notwendigkeit, hier eine Abhilfe zu schaffen, steht außer Frage.

Gesetzliche Grundlage zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Die zur Zeit gültigen gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung auf Bundesebene sind im Sozialgesetzbuch V insbesondere durch §§ 137 und 137 a Abs. 1 - 3 geregelt.

§ 137 verpflichtet „zugelassene Krankenhäuser“, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der

Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden.

Seit dem 01.07.1997 wird dieser Paragraph durch § 137 a ergänzt. § 137 a Abs. 1 bestimmt, daß die Bundesärztekammer (BÄK), die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Empfehlungen die ärztlichen Leistungen festlegen, für die besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorzusehen sind. In Abs. 2 erhält die BÄK die Aufgabe, Anforderungen für entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Leistungen, die nach Abs. 1 festgelegt sind, zu beschließen. In Abs. 3 werden die GKV-SV und die DKG aufgefordert, Rahmenempfehlungen über die Umsetzung der o.a. Anforderungen abzugeben.

Der Schwerpunkt dieser gesetzlichen Regelungen liegt ganz deutlich im Bereich der vergleichenden Qualitätssicherung, auch externe Qualitätssicherung genannt. Der Bereich der sogenannten internen Qualitätssicherung (einrichtungsinternes Qualitätsmanagement) wird dabei weder berücksichtigt noch gesetzlich geregelt.

Dies soll sich mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ab dem Jahr 2000 grundlegend ändern.

Gesetzentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Die geplanten Regelungen zu Qualitätssicherung sind in Kap. 4 Abschn. 9 SGB V unter der Überschrift „Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung“ aufgeführt. Im einzelnen sind dies vor allem die §§ 136 und 137. Nachfolgend sind die wichtigsten Punkte kurz dargestellt (siehe auch Anhang):

Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

§ 136 trägt die Überschrift „Verpflichtung zur Qualitätssicherung“ und beinhaltet im Eckpunktepapier der Regierungskoalition vom Frühjahr 1999 folgende Formulierung: „Es werden daher alle ambulanten und stationären Einrichtungen verpflichtet, ein umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen“ Der Begriff „Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM)“ ist gleichzusetzen mit dem Begriff „Total Quality Management (TQM)“ und bedeutet in der Lehre der Qualitätssicherung ein umfassendes, übergreifendes Unternehmens- und Führungskonzept. Da dieses nicht durchzusetzen war, hat man sich auf die unverfänglichere Forderung, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, geeinigt.

Zur begrifflichen Abgrenzung zwischen Qualitätsmanagement (QM) und TQM ist festzustellen, daß Qualitätsmanagement im Vergleich zum TQM keine umfassend angelegte Führungsstrategie ist, sondern

„die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen“ (4, 5).

Wie sich aus der Definition ersehen läßt, würde die Umsetzung dieser Forderung weitreichende Änderungen nach sich ziehen. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Einrichtungen wären gezwungen, Strukturen eines Qualitätsmanagements in ihren Unternehmen zu integrieren und ihre Abläufe darauf abzugleichen. Es ist zweifelhaft, ob eine von außen verordnete Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements in der Lage ist, einen Prozeß zu verbessern. Internes Qualitätsmanagement bedarf der Methodenpluralität und muß sich in die gesamte Unternehmensstruktur effizient einfügen. Es ist somit Aufgabe der Unternehmensführung und liegt in deren direkter Verantwortung. Insofern kann Qualitätsmanagement nur schwerlich mit dem gewünschten Erfolg gesetzlich verordnet werden.

Die Verpflichtung zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (externe Qualitätssicherung) bleibt, wie sie auch im derzeit gültigen Gesetz verankert ist, weiterhin bestehen.

Leitlinien

§ 136 Abs. 3 verlangt von den Leistungserbringern, bei ihrer Tätigkeit „anerkannte Leitlinien für eine wissenschaftlich gesicherte, zweckmäßige und wirtschaftlich sinnvolle Diagnostik und Behandlung zu beachten“. Das Verfahren zur Anerkennung soll durch die KBV, BÄK, GKV-SV und DKG geregelt werden. Inwieweit die Fachgesellschaften in der Lage sein werden, die von ihnen bereits erarbeiteten Leitlinien in dem o.a. Verfahren zur Anerkennung zu bringen, bleibt abzuwarten. Die Formulierung „anerkannte Leitlinien ... zu beachten“ liest sich relativ unverbindlich. Sie wird jedoch dann zur Gefahr, wenn diese Leitlinien zur Verpflichtung gemacht werden. Dies befürchten auch die DKG und formuliert: „Leitlinien sind als eine Hilfestellung für den Arzt zu verstehen, indem sie Handlungskorridore beschreiben; Leitlinien können eo ipso niemals eine verbindliche Verpflichtung sein. Eine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit kann und darf nicht erfolgen“ (4).

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

Mit § 137 c wird jedoch ein deutlicher Schritt in Richtung Einschränkung der Therapiefreiheit gegangen: „...Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, (sind) auf Antrag daraufhin zu überprüfen ..., ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, daß die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Kranken-

kassen nicht erbracht werden“. Diese Prüfung soll durch einen sogenannten „Ausschuß Krankenhaus“, zusammengesetzt aus Vertretern der Krankenkassen, der Krankenhäuser und der Bundesärztekammer sowie einem unparteiischen Vorsitzenden, erfolgen.

Vergütungsabschläge

§ 137 trägt die Überschrift „Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern“ und regelt grundsätzlich alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung in diesem Bereich. Hier sollen in besonderem Maße die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden. In Abs. 1 Satz 4 heißt es: „Die Vereinbarungen regeln insbesondere: ... Voraussetzungen sowie Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze, nach denen Abschläge von der Vergütung bei zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten“. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung wird hiermit erstmalig direkt im Gesetzestext mit einem Sanktionsprinzip verknüpft. Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist dies ein wenig probates Mittel, um die Prozesse zu verbessern. Der Weg, über Sanktionsmaßnahmen eine qualitative Verbesserung herbeizuführen, ist dem eines positiven Anreizsystems immer unterlegen und stammt aus der „Steinzeit“ der Qualitätssicherung. Es ist weiterhin unumstritten, daß die Prozeß- und Ergebnisqualität weder abschließend operationalisierbar noch ausreichend justitabel sind (4). Ein positives Anreizsystem zur Einrichtung eines Qualitätsmanagements, wie es beispielsweise von der DKG gefordert wird (6), erscheint sinnvoller.

Entschließung der 72. Gesundheitsministerkonferenz

Die Entschließung der 12. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 9./10. Juni diesen Jahres trägt die Überschrift „Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“. Einer der Schwerpunkte ist die Forderung nach einer sektorübergreifend orientierten Entwicklung des Qualitätsgedankens und einer besseren Koordination und Synchronisation einzelner Maßnahmen. Des weiteren soll dem Ziel der WHO Rechnung getragen werden, bis zum Jahr 2000 in allen Mitgliedstaaten Strukturen und Verfahren vorzuhalten, die gewährleisten, daß die Qualität der Gesundheitsversorgung laufend verbessert und Gesundheitstechnologien bedarfsgerecht weiterentwickelt und eingesetzt werden. Einen weiteren zentralen Punkt stellt die Patientenorientierung dar (vgl. Kundenorientierung im TQM). Erstmals wird hier gefordert, in allen Einrichtungen regelmäßig Patientenbefragungen durchzuführen. Die bereits im Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 erörterten Themen, wie „ärztliche Leitlinien“ und „Einrichtung von Qualitätsmanagement“, werden ebenfalls aufgegriffen. Im Gegensatz zum Gesetzes-

entwurf werden in der Entschließung der GMK jedoch auch positive Anreizsysteme diskutiert und gefordert. Insgesamt hat die GMK elf Ziele formuliert, die Absichts- und Erwartungscharakter besitzen und mit den im wesentlichen beteiligten Organen des Gesundheitswesens abgestimmt sind. Man geht davon aus, daß die aufgeführten Ziele in der jetzigen Ausprägung des Gesundheitswesens umsetzbar sind, jedoch zum Teil zu Mehrkosten führen können.

Nachfolgend werden diese 11 Ziele in einer verkürzten Form aufgelistet:

1. **Konsequente Patientenorientierung**
Es sollen neutrale Patienteninformationssysteme über die Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Bevölkerung aufgebaut und vorgehalten werden.
Von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind regelmäßig Patientenbefragungen durchzuführen.
2. **Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards für die Qualitätsentwicklung nutzen**
Es sollen ärztliche Leitlinien und Pflegestandards in der Diagnostik und Behandlung von 10 prioritären Krankheiten von den Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen anerkannt werden.
3. **Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sektorübergreifend gestalten**
Es sollen für prioritäre Krankheiten und Krankheitsfolgen sektorübergreifende und somit durchgehende Versorgungsketten mittels ärztlicher Leitlinien bzw. Pflegestandards im Sinne integrierter Versorgungskonzepte entwickelt und abgestimmt werden.
Die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen zur Qualitätssicherung in den Versorgungssektoren sollen vereinheitlicht und angepaßt werden.
4. **Qualitätsmanagement in den Einrichtungen des Gesundheitswesens stärken**
Alle Einrichtungen sollen ein an dem Stand der Wissenschaft und Technik orientiertes Qualitätsmanagement einführen.
Bei der Einführung soll auf vorhandene, international bewährte Modelle zurückgegriffen werden.
5. **Datenlage zur Qualitätsbewertung verbessern**
Es sollen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens mindestens 10 Qualitätsindikatoren adäquat erhoben und intern beurteilt werden (Benchmarking-System).
6. **Qualität darlegen**
Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen in jährlichen Qualitätsberichten die Qualität ihrer Leistungen dokumentieren und veröffentlichen.
7. **Qualitätsorientierte Steuerung weiterentwickeln**
Es sollen Möglichkeiten geprüft und Kriterien entwickelt bzw. weiterentwickelt werden, nach denen Planung, Zulassung, Kündigung von Versorgungsverträgen und/oder Vergütungen soweit wie möglich auch an Qualitätskriterien gekoppelt werden.

8. Weitere Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung setzen

Es sollen vorbildliche Beispiele für die Implementierung von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen mit Qualitätspreisen gewürdigt werden können.

9. Unterstützung und Moderation für Qualitätsentwicklung weiterentwickeln

Es sollen wissenschaftlich ausgerichtete, neutrale Beratungseinrichtungen für die Qualitätsentwicklung unter Einbeziehung der öffentlichen Hand und der Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens weiterentwickelt werden.

10. Verstärkte Koordination bei der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundes- und Länderebene

Die Koordination bei der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundesebene wird der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) bei gleichberechtigter Mitgliedschaft der Pflege übertragen.

11. Professionalität auf dem Gebiet von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement weiterentwickeln

Es sollen in den Ausbildungs-, Weiter- und Fortbildungsregelungen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen definierte Anteile der vorgesehenen Zeiten mit Themen des Qualitätsmanagements belegt werden.

Literatur

1. Deutscher Bundestag: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. Internet: <http://www.bmgesundheit.de/gkv/sgb-g.htm>
2. 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier: Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen
3. Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung Nr. 51: Rede der Bundesministerin Andrea Fischer zur 1. Lesung des Gesetzes zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 Internet: <http://www.bmgesundheit.de/aktuell/presse/leit/presse99/51.htm>
4. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV: Total Quality Management - TQM -, aus: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Krankenhaus, Vesterdruck GmbH, Duisburg
5. Jaster HJ: Total Quality Management (TQM). Aus: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, (1997) Thieme Verlag (S. 16 - 19)
6. Deutsche Krankenhausgesellschaft: Vorläufige Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000.

Anhang

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

- Auszug -

Die Überschrift des Neunten Abschnitts im Vierten Kapitel (SGBV) wird wie folgt gefaßt:

„Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung“

„§ 136 Verpflichtung zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer sind für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verantwortlich. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet,

1. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert sowie die Anwendung anerkannter Leitlinien fördert,
2. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.

(3) Die Leistungserbringer nach Absatz 2 haben bei der Leistungserbringung anerkannte Leitlinien für eine wissenschaftlich gesicherte, zweckmäßige und wirtschaftlich sinnvolle Diagnostik und Behandlung zu beachten; die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Verfahren ihrer Anerkennung. Für die vertragszahnärztliche Versorgung regeln die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundeszahnärztekammer und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich das Verfahren ihrer Anerkennung.“

„§ 136 a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach § 136 Abs. 2 Nr. 1 und die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 Nr. 2,
2. Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, einschließlich diagnosebezogener Leitlinien für aufwendige medizintechnische Leistungen und
3. den Inhalt und Umfang der für Qualitätsprüfungen vorzulegenden Unterlagen sowie der vorzuhaltenden Dokumentation.

Der Bundesausschuß hat dabei unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen und wissenschaftlicher

Erkenntnisse Einvernehmen darüber herzustellen, für welche Verfahren und Maßnahmen Richtlinien vorrangig zu beschließen sind. Es ist sicherzustellen, daß die Richtlinien vorrangig für Patientengruppen verabschiedet werden, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität eine nachhaltige Beeinflussung der Morbidität und Mortalität zu erwarten ist. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen auf der Grundlage der Richtlinien nach Absatz 1 die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird. Satz 1 gilt auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. Über das Ergebnis der Stichprobenprüfungen sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen jährlich in anonymisierter Form zu unterrichten.“

„§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam vereinbaren im Benehmen mit der Bundesärztekammer sowie den Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, soweit deren Belange berührt sind, Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen; dazu ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere

1. die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach § 136 Abs. 2 Nr. 1 und die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 Nr. 2,
2. Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, einschließlich aufwendiger medizintechnischer Leistungen, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,
3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Voraussetzungen sowie Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze, nach denen Abschläge von der Vergütung bei zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

Die Vertragspartner haben dabei unter Einbeziehung

unabhängigen Sachverstands und wissenschaftlicher Erkenntnisse Einvernehmen darüber herzustellen, welche Verfahren und Maßnahmen vorrangig zu vereinbaren sind. Es ist sicherzustellen, daß Vereinbarungen vorrangig für Patientengruppen getroffen werden, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität eine nachhaltige Beeinflussung der Morbidität und Mortalität zu erwarten ist.

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Die Verträge nach § 112 Abs. 1 sind, soweit darin Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart werden, unter Beteiligung der Ärztekammern abzuschließen. Soweit die Qualitätssicherungsmaßnahmen den Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Abschluß von Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.

(3) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 kommen durch Mehrheitsentscheidung der Vereinbarungspartner zustande. Die Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse sind an dem Vertragsschluß mit drei Vertretern, die Ersatzkassen mit zwei Vertretern, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft mit je einem Vertreter, die Krankenhäuser mit neun Vertretern beteiligt. Kommt in einem Vereinbarungsverfahren eine Mehrheitsentscheidung nicht zustande, wird auf Verlangen von mindestens drei Beteiligten nach Satz 2 ein weiterer stimmberechtigter unparteiischer Beteiligter hinzugezogen. Die Vertreter der Krankenkassen gemeinsam sowie die Vertreter der Krankenhäuser gemeinsam haben jeweils das Vorschlagsrecht für den unparteiischen Beteiligten. Kommt eine Einigung über den unparteiischen Beteiligten nicht zustande, wird er durch Los bestimmt.“

„§ 137 b Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe treffen insbesondere zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft. Diese hat hierzu den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Sie

erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung. Der Arbeitsgemeinschaft sind von ihren Mitgliedern vertragliche Vereinbarungen über die Qualität und die Qualitätssicherung auf Bundes- oder Landesebene vorzulegen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kann die Arbeitsgemeinschaft weitere Organisationen, soweit deren Belange berührt sind, sowie Vertreter der Patienten hinzuziehen."

„§ 137 c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) Die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam überprüfen auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, daß die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt. Die Beteiligten nach Satz 1 stimmen Arbeitsplan und Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und die Überprüfung der vertragsärztlichen und -

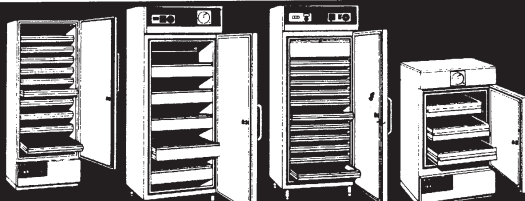
zahnärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 zuständigen Bundesausschüssen ab.

(2) Die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 bilden einen Ausschuß Krankenhaus. Der Ausschuß besteht aus drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der knappschaftlichen Krankenversicherung, fünf Vertretern der Krankenhäuser, vier Vertretern der Bundesärztekammer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Beteiligten nach Absatz 1 vereinbaren das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten; kommt eine Vereinbarung bis zum 31. August 2000 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit."

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Thomas Weiler*
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH
Ludwig-Erhard-Straße 100
D-65199 Wiesbaden.

Kirsch
Ihr Partner für Kühlung
im Gesundheitswesen



Medikamenten-Kühlschränke
Blutkonserven-Kühlschränke
Blutplasma-Gefrierschränke

Kirsch
gegründet 1865

Fabrik für Gewerbekühlschränke
Postfach 1840 77608 Offenburg
Tel.: 07 81/92 27-0
Fax: 07 81/92 27-200