

Antrag

der Abg. Jochen Haußmann u. a. FDP/DVP

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales und Integration

Einbeziehung von Qualitätsindikatoren in die Krankenhausplanung und -investitionsförderung des Landes

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. welche Erkenntnisse ihr darüber vorliegen, weshalb der Gemeinsame Bundesausschuss neue Maßstäbe zur Qualitätsmessung in Fortentwicklung der bisher erhobenen und an die Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (Ge-QiK) gemeldeten Daten entwickelt unter Darstellung, welchen Reformbedarf insbesondere im Hinblick auf einen sektorenübergreifenden Ansatz das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) sehen;
2. aus welchen Erwägungen heraus sie die bisher entwickelten neuen elf Indikatoren und das damit einhergehende Qualitätssicherungsprogramm des Bundes, das unter anderem die Kürzung von Mitteln, aber auch das Schließen von Abteilungen von Krankenhäusern, die die Qualitätsanforderungen wiederholt nicht erfüllen, zulässt, im Land nicht anwenden möchte, nachdem in der Stellungnahme zum Antrag „Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -investitionsförderung in Baden-Württemberg“ (Drucksache 15/5828) in der Antwort zu den Ziffern 1 und 2 noch ein anderer Eindruck vermittelt wurde, indem es hieß, die Bund-Länder-Arbeitsgruppe habe sich für einen gesetzlichen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur weitergehenden Berücksichtigung der Qualität als zusätzliches Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung ausgesprochen sowie die tatsächliche Umsetzung dieser Vorschläge auf Bundesebene bleibe abzuwarten und werde dann in die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Baden-Württemberg einzubinden sein;
3. welche Erkenntnisse ihr darüber vorliegen, welche anderen Bundesländer sich am Qualitätssicherungsprogramm des Bundes beteiligen werden und welche nicht;

4. welche Auswirkungen sie sich von der Nichtteilnahme erwartet, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss dennoch seine entsprechenden Ergebnisse veröffentlichen wird;
5. ob es aus ihrer Sicht im Sinne einer hochwertigen Patientenversorgung nicht zielführender wäre, mit konkreten Maßnahmen, wie beispielsweise Sicherstellungszuschlägen oder auf andere geeignete Weise die Rahmenbedingungen der Abteilungen von Krankenhäusern zu verbessern, die ansonsten nach dem Qualitätssicherungsprogramm des Bundes mit Sanktionen zu belegen wären, statt dieses schlichtweg im Land nicht anwenden zu wollen;
6. welche Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren und nachfolgende Einbeziehung in die Landeskrankenhausplanung und -investitionsförderung sie in Abstimmung mit dem Landeskrankenhausausschuss bis wann vornehmen wird;
7. welches die wesentlichen Ergebnisse der Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Versorgung, die sie seit dem Haushaltsjahr 2015 fördert, sind sowie welche Schlussfolgerungen sie hieraus ziehen wird;
8. wie sie generell die Bestrebungen bewertet, den Ergebnissen aus Qualitätsermittlungen mehr Steuerungswirkungen im Hinblick auf die Berechtigung zur Leistungserbringung, die Höhe der Vergütung sowie der Investitionsförderung des Landes mehr Gewicht zu verleihen;
9. wie aus ihrer Sicht eine entsprechende Umsetzung gestaltet werden müsste, damit der bürokratische Aufwand auf ein unabdingbares Mindestmaß beschränkt wird sowie es zu keiner Tendenz kommt, von einer Fehlerkultur Abstand zu nehmen;
10. wie sie die Bestrebung zum Abschluss von Selektivverträgen im Bereich stationärer Krankenhausleistungen bewertet.

14. 11. 2017

Haußmann, Keck, Dr. Rülke, Dr. Timm Kern,
Dr. Goll, Reich-Gutjahr, Dr. Schweickert,
Weinmann, Glück FDP/DVP

Begründung

Die Krankenhausplanung und -investitionsförderung ist ein Kernelement in der Gesundheitspolitik des Landes. Die Qualität in Gestalt der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gewinnt als Steuerungsgröße immer mehr an Gewicht. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zwischenzeitlich elf Indikatoren vorgelegt. Laut Medienberichten lehnt die Landesregierung eine Beteiligung an dem Qualitätssicherungsprogramm des Bundes ab. Dies gilt es, insbesondere vor dem Hintergrund der öffentlichen Anhörung des damaligen Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren am 8. Mai 2014 zur Fragestellung, wie eine Krankenhausplanung aussehen kann, welche verbindliche Qualitätskriterien für eine gute Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg enthält sowie des in Folge gestellten Antrags „Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -investitionsförderung in Baden-Württemberg (Drucksache 15/5828) und dessen Ausschussberatung am 19. März 2015 (Drucksache 15/6733) zu hinterfragen.

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 7. Dezember 2017 Nr. 52-0141.5716/3001- nimmt das Ministerium für Soziales und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

1. welche Erkenntnisse ihr darüber vorliegen, weshalb der Gemeinsame Bundesausschuss neue Maßstäbe zur Qualitätsmessung in Fortentwicklung der bisher erhobenen und an die Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (Ge-QiK) gemeldeten Daten entwickelt unter Darstellung, welchen Reformbedarf insbesondere im Hinblick auf einen sektorenübergreifenden Ansatz das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) sehen;

Gemäß § 135 a Sozialgesetzbuch (SGB) V sind alle Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung zur Sicherung und Weiterentwicklung der von ihnen erbrachten Qualität verpflichtet. Dies beinhaltet insbesondere die Einführung eines internen Qualitätsmanagements und die Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden (externen) Qualitätssicherung.

Die Festlegung von verbindlichen konkretisierenden Regelungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen. Die Richtlinien für zugelassene Krankenhäuser umfassen insbesondere Einzelheiten zu den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Bisher werden in der externen stationären Qualitätssicherung über 250 Indikatoren zu rund 30 Leistungsbereichen erfasst.

Auf diesen – für einen anderen Zweck entwickelten – Indikatoren beruhen die ersten „Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“, auf deren Limitationen und Weiterentwicklungsbedarf unter Frage 2 eingegangen wird.

Der G-BA hat die Anforderungen an die Qualitätssicherung möglichst auch sektorenübergreifend festzulegen. In seiner Richtlinie über einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung legt der G-BA im ersten Teil die Rahmenbedingungen zu den institutionellen Strukturen und Datenflüssen sowie das Vorgehen bei Auffälligkeiten fest, im zweiten Teil der Richtlinie werden nach und nach themenspezifische Bestimmungen zu einzelnen Qualitätssicherungsverfahren ergänzt.

Für jedes neue Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung entwickelt das fachlich unabhängige Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137 a SGB V im Auftrag des G-BA Instrumente zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität. Hierzu gehören auch geeignete Qualitätsindikatoren und Vorgaben zur Dokumentation. Bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bestehen besondere Anforderungen an den Datenschutz. Ein erstes einrichtungs- und sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren im Regelbetrieb gibt es für therapeutische und diagnostische Herzkathetereingriffe. Ein zweites Verfahren betrifft die Vermeidung von nosokomialen Infektionen und postoperativen Wundinfektionen.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung hat der Bundesgesetzgeber dem G-BA weitere Aufgaben übertragen. Neben der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll ein Katalog von Leistungsbereichen mit zugehörigen Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren bestimmt werden, der sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignet.

2. aus welchen Erwägungen heraus sie die bisher entwickelten neuen elf Indikatoren und das damit einhergehende Qualitätssicherungsprogramm des Bundes, das unter anderem die Kürzung von Mitteln, aber auch das Schließen von Abteilungen von Krankenhäusern, die die Qualitätsanforderungen wiederholt nicht erfüllen, zulässt, im Land nicht anwenden möchte, nachdem in der Stellungnahme zum Antrag „Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -investitionsförderung in Baden-Württemberg“ (Drucksache 15/5828) in der Antwort zu den Ziffern 1 und 2 noch ein anderer Eindruck vermittelt wurde, indem es hieß, die Bund-Länder-Arbeitsgruppe habe sich für einen gesetzlichen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur weitergehenden Berücksichtigung der Qualität als zusätzliches Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung ausgesprochen sowie die tatsächliche Umsetzung dieser Vorschläge auf Bundesebene bleibe abzuwarten und werde dann in die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Baden-Württemberg einzubinden sein;

Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) erhielt der G-BA den Auftrag, erstmals bis zum 31. Dezember 2016 Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind.

Zudem wurde im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) neu geregelt, dass die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren automatisch Bestandteil der Krankenhauspläne der Länder werden. Werden unzureichende Qualitätsstandards festgestellt, so dürfen diese Krankenhäuser nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Plankrankenhäuser sind in diesem Fall aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (§ 8 Absatz 1 a und 1 b KHG). Der Bundesgesetzgeber hat jedoch ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, diesen Automatismus durch Landesrecht ganz oder teilweise auszuschließen.

Aufgrund des engen Zeitfensters wählte der G-BA den Empfehlungen des IQTIG folgend Indikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung, die jedoch auch nach Einschätzung des G-BA für die Zwecke der Krankenhausplanung nur sehr eingeschränkt geeignet sind, da sie es nicht ermöglichen, fachabteilungsbezogen eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität festzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Nichtbeanstandung dieses Beschlusses des G-BA mit einer Auflage verbunden: Der G-BA wird verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2019 weiter entwickelte Festlegungen insbesondere mit stärker differenzierten Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern zu beschließen. Die Festlegungen müssen den Ländern eine fundierte fachliche Grundlage dafür zur Verfügung stellen, mindestens fachabteilungsbezogen eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität festzustellen.

Der G-BA hat daher im Mai 2017 eine Folgebeauftragung des IQTIG beschlossen. Die weiter zu entwickelnde Methodik soll eine differenziertere, über die Feststellung einer unzureichenden Qualität hinausgehende Qualitätsbeurteilung ermöglichen. Zudem muss beantwortet werden, welche Anforderungen an diese Indikatoren zu stellen sind, damit sie in der Zusammenschau die Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung ermöglichen.“ Dabei soll das IQTIG prüfen, ob sich aus den vorhandenen Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität sowie aus den Mindestmengenregelungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren ableiten lassen. Konkrete Umsetzungsvorschläge sollen, soweit methodisch möglich, für die Mindestmengenregelungen für Leber- und Nierentransplantation vorgelegt werden. Das IQTIG ist beauftragt, seinen wissenschaftlichen Abschlussbericht bis April 2018 vorzulegen.

Die ersten Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden den Ländern in Form eines Jahresberichts zum 1. September 2018 übermittelt. Das Ministerium für Soziales und Integration wird die Auswertungsergebnisse eingehend prüfen und nach Beteiligung des Landeskrankenhausausschusses entscheiden, ob bzw. welche Planungsindikatoren im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigt werden sollen, um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg zu gewährleisten.

Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung hat für die Landesregierung neben der Versorgungssicherheit der Bevölkerung höchste Priorität. Daher wollen

wir im Bereich der stationären Versorgung nicht mit einem gänzlich unerprobten neuen Verfahren, das zugleich entscheidende Bedeutung für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung hat, experimentieren, sondern uns mit unserer langjährigen Erfahrung im Bereich der Krankenhausplanung aktiv in den Prozess einbringen. Als Landesbehörde können wir bei der Auswahl der Qualitätskriterien die Besonderheiten der baden-württembergischen Krankenhausstrukturen und die spezifischen Bedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigen und so verhindern, dass durch die starre Anwendung von Planungsindikatoren die Versorgungssicherheit gefährdet wird. Die bundesrechtliche Regelung, nach der die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren automatisch Bestandteil des Landeskrankenhausplans werden, wird aus den folgenden Gründen abgelehnt:

- Zum einen greift die bundesrechtliche Regelung in erheblichem Maße in die den Ländern zustehende Planungshoheit über die Krankenhausplanung ein. Denn die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der Einzelheiten zu Krankenhausplanung und Investitionsprogrammen steht den Ländern zu.
- Zum anderen sind sowohl die Relevanz und Rechtssicherheit der Anwendung der Indikatoren für die Krankenhausplanung – z. B. für die Herausnahme einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan – als auch das Verfahren sehr umstritten.
- Die einrichtungsbezogenen Auswertungen, die das IQTIG den Ländern zukünftig regelmäßig liefert, sollen Aufschluss darüber geben, ob ein Krankenhaus in einem bestimmten Leistungsbereich eine gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität leistet. Es ist jedoch zweifelhaft, ob den Ländern Maßstäbe und Bewertungskriterien übermittelt werden können, die diesen die Feststellung einer in erheblichem Maße unzureichenden Qualität ermöglichen. Die Feststellung, ob eine erheblich unzureichende Qualität vorliegt, ist mit den Indikatoren in ihrer jetzigen Form nicht möglich. Baden-Württemberg plant auf der Ebene der Fachgebiete gemäß der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beziehen sich dagegen auf Einzelleistungen.

3. welche Erkenntnisse ihr darüber vorliegen, welche anderen Bundesländer sich am Qualitätssicherungsprogramm des Bundes beteiligen werden und welche nicht;

Die Länder haben sich zu dem neuen Verfahren sämtlich kritisch geäußert. Die Gesundheitsministerkonferenz hat in ihrer letzten Sitzung am 21./22. Juni 2017 einstimmig eine Optimierung der Zusammenarbeit des gemeinsamen Bundesausschusses und der Länder angemahnt und dabei als Beispiel die unbefriedigende Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren angeführt, die keinen Rückschluss auf die Planungsebene der Fachabteilung bzw. des Krankenhauses insgesamt ziehen lassen.

Die Länder Nordrhein-Westfalen und Bayern haben von der gesetzlich vorgesehenen Ausschlussmöglichkeit bereits Gebrauch gemacht. Weitere Länder haben angekündigt, landesgesetzliche Regelungen zu treffen, um die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren einzuschränken.

4. welche Auswirkungen sie sich von der Nichtteilnahme erwartet, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss dennoch seine entsprechenden Ergebnisse veröffentlicht wird;

6. welche Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren und nachfolgende Einbeziehung in die Landeskrankenhausplanung und -investitionsförderung sie in Abstimmung mit dem Landeskrankenhausausschuss bis wann vornehmen wird;

Das Ministerium für Soziales und Integration wird in Abstimmung mit dem Landeskrankenhausausschuss eigenständig entscheiden, welche Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigt werden sollen. Die Auswertungsergebnisse sollen unabhängig davon, ob die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplans sind, geprüft und genutzt werden.

Durch die gezielte Förderung von Bauvorhaben im Krankenhausbereich werden die Krankenhausstrukturen bedarfs- und zukunftsgerichtet weiterentwickelt. Die Verzahnung von Krankenhausplanung und Krankenhausinvestitionsförderung dient der ständigen Verbesserung der Strukturqualität und wird in die Überlegungen der Landesregierung zur Umsetzung der Qualitätsergebnisse miteinbezogen.

Krankenhausplanerische Konsequenzen sind nur eine Möglichkeit zur Sanktionierung einer „in erheblichem Maße unzureichenden Qualität“. Die Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung, die für zugelassene Krankenhäuser und Vertragsärzte unmittelbar verbindlich sind, bieten ein weites Spektrum von Unterstützung bis hin zu Sanktionen. Gem. § 137 SGB V hat der G-BA zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen, insbesondere Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs, Information Dritter und die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen. Die Krankenhäuser sind zudem seit dem Erfassungsjahr 2016 verpflichtet, die krankenhausbefragten Ergebnisse von grundsätzlich allen Indikatoren in den strukturierten Qualitätsberichten zu veröffentlichen.

5. ob es aus ihrer Sicht im Sinne einer hochwertigen Patientenversorgung nicht zielführender wäre, mit konkreten Maßnahmen, wie beispielsweise Sicherstellungszuschlägen oder auf andere geeignete Weise die Rahmenbedingungen der Abteilungen von Krankenhäusern zu verbessern, die ansonsten nach dem Qualitätssicherungsprogramm des Bundes mit Sanktionen zu belegen wären, statt dieses schlichtweg im Land nicht anwenden zu wollen;

Die Zuständigkeit für die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser liegt beim Bundesgesetzgeber. Eine Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung insbesondere im Hinblick auf die Refinanzierung von Personalkosten war eine zentrale Forderung Baden-Württembergs und anderer Länder bei den Beratungen zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). Das KHSG enthält demnach mehrere Ansatzpunkte zur Verbesserung der pflegerischen Situation in den Krankenhäusern, die sich ab dem Jahr 2017 auswirken. Im Gegensatz zur Betriebskostenfinanzierung liegt die Zuständigkeit für die Investitionsförderung der Krankenhäuser beim Land und wird entsprechend wahrgenommen.

Die Kriterien für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen durch die gesetzliche Krankenversicherung wurden durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Bei unzureichender Qualität bei basisrelevanten Vorhaltungen kann unter bestimmten Bedingungen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden. Diese Möglichkeit scheidet jedoch derzeit aus, da die basisrelevanten Vorhaltungen derzeit die Grund- und Regelversorgung Innere Medizin und Chirurgie umfassen, sich die vorliegenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aber auf die Gynäkologie und Geburtshilfe beziehen.

7. welches die wesentlichen Ergebnisse der Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Versorgung, die sie seit dem Haushaltsjahr 2015 fördert, sind sowie welche Schlussfolgerungen sie hieraus ziehen wird;

Das Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung befasst sich seit Januar 2016 mit der Entwicklung eines kreis- und sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes.

Die Datenerhebung in Teilprojekt 1 ist abgeschlossen, die Einzelanalysen zu den Krankheitsbildern dauern teilweise noch an. In Teilprojekt 2 werden erste Konzepte für einen Maßnahmenplan für die Modellregion Südwürttemberg (Landkreise Biberach, Ravensburg, Reutlingen) erstellt. Diese werden am 3. Februar 2018 in einem Bürgerdialog mit Herrn Minister Lucha diskutiert, und es werden Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung erarbeitet. Im Anschluss an den Bürgerdialog werden die bereits erarbeiteten Handlungsempfehlungen ggfs. angepasst und schließlich zu einem Maßnahmenplan in Form eines sektoren- und

kreisübergreifenden Versorgungskonzeptes zusammengefasst. Erste Ergebnisse aus dem Modellprojekt lassen darauf schließen, dass die getrennte Planung der ambulanten Bedarfsplanung und der stationären Krankenhausplanung zukünftig besser verzahnt werden muss. Problematisch sind außerdem die unterschiedlichen Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich. Hilfreich wäre eine abgestimmte Planung mit regionalem Bezug. Voraussetzung hierfür sollte eine stärkere Orientierung am Bedarf unter Berücksichtigung prospektiver Entwicklungen sein. Der Abschlussbericht des Modellprojektes Sektorenübergreifende Versorgung wird im Frühjahr 2018 erwartet.

8. wie sie generell die Bestrebungen bewertet, den Ergebnissen aus Qualitätsermittlungen mehr Steuerungswirkungen im Hinblick auf die Berechtigung zur Leistungserbringung, die Höhe der Vergütung sowie der Investitionsförderung des Landes mehr Gewicht zu verleihen;

Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung hat für die Landesregierung höchste Priorität. Daher unterstützt das Ministerium für Soziales und Integration alle Bemühungen und Ansätze, die zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung beitragen.

9. wie aus ihrer Sicht eine entsprechende Umsetzung gestaltet werden müsste, damit der bürokratische Aufwand auf ein unabdingbares Mindestmaß beschränkt wird sowie es zu keiner Tendenz kommt, von einer Fehlerkultur Abstand zu nehmen;

Die verstärkte Berücksichtigung der Qualität in der stationären Krankenhausversorgung ist grundsätzlich eine sinnvolle Forderung. Probleme sind bei der konkreten Umsetzung zu erwarten. Beispielsweise ist die Entwicklung wesentlicher Indikatoren mit einer Risikoadjustierung zur Messung der Qualität anspruchsvoll, insbesondere vor dem Hintergrund der notwendigen Rechtssicherheit und auch um eine denkbare Risikoselektion oder negative Auswirkungen auf die Fehlerkultur zu minimieren.

Bisherige Erfahrungen mit zunehmenden Qualitätsvorgaben zeigen, dass damit stets ein erhöhter Dokumentationsaufwand einerseits und ein erhöhter Kontrollaufwand andererseits verbunden waren. Eine Reduzierung des „bürokratischen Aufwands“ erscheint zwar auf der Basis begrenzter – insbesondere ärztlicher – Ressourcen wünschenswert, aber nicht realistisch.

10. wie sie die Bestrebung zum Abschluss von Selektivverträgen im Bereich stationärer Krankenhausleistungen bewertet.

Der G-BA hat mit Beschluss vom 18. Mai 2017 gem. § 136 b Abs.1 S. 1 Nr. 4 SGB V vier Leistungsbereiche festgelegt, zu denen Qualitätsverträge mit Anreizen zur Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen. Dabei handelt es sich um die Bereiche Endoprothetische Gelenkversorgung, Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten, Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten sowie Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus. Im nächsten Schritt vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die verbindlichen bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben für die Qualitätsverträge, um die nach dem Erprobungszeitraum anschließende gesetzlich vorgesehene Evaluierung zu ermöglichen. Auf Basis der Rahmenempfehlungen sollen Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen dann mit Krankenhausträgern befristete Qualitätsverträge zu den ausgewählten Leistungen beziehungsweise Leistungsbereichen abschließen. Die Auswirkungen auf die Versorgung bleiben abzuwarten.

Selektivverträge sollten aus Sicht der Landesregierung in jedem Fall zur Harmonisierung mit der Krankenhausplanung und -förderung unter einem Genehmigungsvorbehalt der Länder stehen. Dies ist derzeit nicht der Fall.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration