

V E R T R A G
über die Qualitätssicherung in der
stationären Krankenhausbehandlung

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V., Stuttgart

- einerseits -

und

die AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Landesvertretung Baden-Württemberg, Stuttgart,

der BKK Landesverband Baden-Württemberg, Kornwestheim,

die IKK Baden-Württemberg und Hessen, Ludwigsburg,

der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Landesvertretung Baden-Württemberg, Stuttgart

die Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg, Stuttgart,

die Knappschaft, Verwaltungsstelle München, München

- andererseits -

schließen unter Beteiligung

der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart

und

des Landespflegerates Baden-Württemberg, Stuttgart

folgenden Vertrag nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 i.V.m. § 137 SGB V:

§ 1

Zielsetzung

Die in diesem Vertrag vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen dazu dienen, durch signifikante, valide und vergleichbare Ergebnisse und Erkenntnisse, insbesondere zu folgenden Aspekten, die Qualität der Krankenhausleistungen zu sichern:

- a) die Indikationsstellung für die Leistungserbringung einschließlich der Auswahl alternativer Behandlungsformen,
- b) die Angemessenheit der Leistung,
- c) die Erfüllung der personellen und sächlichen Voraussetzung zur Erbringung dieser Leistung,
- d) die Ergebnisqualität.

Sie dienen der Umsetzung der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 137 SGB V und ergänzen diese gem. § 137 Abs. 2 SGB V.

§ 2

Lenkungsgremium

- (1) Zur Planung, Durchführung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der stationären Krankenhausbehandlung wird ein Lenkungsgremium gebildet. Es bedient sich zur Erfüllung seiner Aufgaben der Arbeitsgruppen (§ 3).
- (2) Das Lenkungsgremium regelt die Verfahrensfragen auf Landesebene und entscheidet über die Empfehlungen der Arbeitsgruppen. Auswertungen der Dokumentationen und weitere geeignete Maßnahmen werden auf Beschluss des Lenkungsgremiums durchgeführt.

- (3) Dem Lenkungsgremium gehören an
- a) die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft mit bis zu 7 Vertretern, die insgesamt 7 Stimmen haben,
 - b) die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit bis zu 7 Vertretern, die insgesamt 7 Stimmen haben,
 - c) die Landesärztekammer mit bis zu 7 Vertretern, die insgesamt 7 Stimmen haben,
 - d) der Landespflegerat gemeinsam mit bis zu 7 Vertretern, die insgesamt 7 Stimmen haben.

Die Mitglieder des Lenkungsgremiums können weitere Sachverständige mit beratender Stimme hinzuziehen.

- (4) Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden abwechselnd von der BWKG sowie von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam bestellt. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft bestimmt erstmalig den Vorsitzenden, die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen gemeinsam den Stellvertreter. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter wechseln alle 2 Jahre entsprechend Satz 1.
- (5) Die Beschlüsse werden grundsätzlich einvernehmlich gefasst. Sofern im Lenkungsgremium Beschlüsse hinsichtlich der Finanzierung der Qualitätssicherungsverfahren getroffen werden, haben die Landesärztekammer und der Landespflegerat beratende Stimme.

Ist im Lenkungsgremium keine einvernehmliche Beschlussfassung möglich, erfolgt mit einer Frist von acht Wochen eine nochmalige Beratung im Lenkungsgremium. Kommt im Rahmen dieser Beratung keine einvernehmliche Beschlussfassung zustande, bleibt den Vertragspartnern eine einvernehmliche Entscheidung unbenommen.

- (6) Das Lenkungsgremium tritt mindestens einmal jährlich zusammen. Es ist ferner einzuberufen, wenn einer der Vertragspartner es verlangt. Der Vorsitzende lädt zu den Sitzungen des Lenkungsgremiums ein. Er kann sich dabei der Geschäftsführung der Geschäftsstelle (§ 4) bedienen.

§ 3

Arbeitsgruppen

- (1) Das Lenkungsgremium richtet zur Erfüllung seiner Aufgaben fachgebietsspezifische Arbeitsgruppen ein. Sie werden mit der Auswertung der Ergebnisse befasst. Das Lenkungsgremium beschließt über die Aufgabenzuweisung generell oder im Einzelfall.
- (2) Die Arbeitsgruppen geben Empfehlungen zur Fortschreibung der Dokumentation und darüber ab, welche Leistungsbereiche für welchen Zeitraum ergänzend in eine statistische Auswertung einbezogen werden sollen. Außerdem entwickeln sie Vorschläge zur Definition landesweiter Qualitätsziele und identifizieren qualitätsrelevante Probleme und Fragestellungen. Die Empfehlungen der Fachgruppen auf Bundesebene sind soweit möglich zu berücksichtigen.
- (3) Die Arbeitsgruppe führt den strukturierten Dialog gem. § 5 und kann sich hierfür der Geschäftsstelle bedienen.
- (4) Die Arbeitsgruppen berichten dem Lenkungsgremium über die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen und ihre Bewertung mindestens einmal im Jahr.
- (5) Die Arbeitsgruppe besteht grundsätzlich aus drei Ärzten als ordentlichen Mitgliedern und je einem Stellvertreter. Die Stellvertreter können an den Arbeitsgruppensitzungen gemeinsam mit dem ordentlichen Mitglied teilnehmen und haben in diesem Fall beratende Stimme. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft und die Landesärztekammer bestellen als ordentliches Mitglied und als Stellvertreter jeweils einen Krankenhausarzt, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen jeweils einen Arzt des MDK.

Stellt das Lenkungsgremium fest, dass zu einem Modul eine eigenständige Dokumentationspflicht für die Pflegeberufe besteht, können auch Pflegekräfte als ordentliche Mitglieder bestellt werden. Der Landespflegerat bestellt in diesem Fall für die betreuende Arbeitsgruppe eine Pflegekraft als weiteres ordentliches Mitglied und einen Stellvertreter. Den Vorsitz der Arbeitsgruppe führt grundsätzlich der Vertreter der Landesärztekammer. Weiter können Sachverständige, insbesondere Ärzte des entsprechenden Fachgebietes, zeitlich befristet für spezielle Fragestellungen von der Arbeitsgruppe beratend hinzugezogen werden.

- (6) Das Lenkungsgremium kann für die Arbeitsgruppen weitere fachkundige Personen mit beratender Stimme bestellen.
- (7) Die Arbeitsgruppe soll ihre Festlegungen einvernehmlich treffen, andernfalls ist die Angelegenheit dem Lenkungsgremium unter Angabe der unterschiedlichen Meinungen vorzulegen.

§ 4

Geschäftsstelle

- (1) Für die organisatorische Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wird eine Geschäftsstelle bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft eingerichtet. Die Geschäfte werden von dem dafür bestimmten Vertreter der BWKG geführt.
- (2) Die Leitung der Geschäftsstelle nimmt an den Sitzungen des Lenkungsgremiums und der fachgebietsspezifischen Arbeitsgruppen teil, unterstützt sie in ihrer Arbeit und hat ihre Beschlüsse umzusetzen.
- (3) Die Geschäftsstelle legt einmal jährlich - spätestens bis zum 31. Oktober des Jahres - den Vertragspartnern den Haushaltsplan für das kommende Geschäftsjahr zur Beschlussfassung vor. Spätestens bis zum 31. August des Folgejahres nach Ablauf des Geschäftsjahres legt sie den entsprechenden Nachweis der Mittelverwendung zu ihrer Entlastung vor. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

- (4) Die Geschäftsstelle übernimmt insbesondere folgende Aufgaben:
- a) Koordination des Informationsflusses zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Lenkungsgremium, den Arbeitsgruppen und der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS),
 - b) Identifizierung qualitätsrelevanter Probleme und Fragestellungen
 - c) administrative Unterstützung des Lenkungsgremiums und der Arbeitsgruppen,
 - d) unverzügliche und namentliche Nennung der nicht teilnehmenden Krankenhäuser an das Lenkungsgremium und die Arbeitsgruppen,
 - e) Information der Arbeitsgruppen über die Vollständigkeit der Dokumentation und Information der Vertragsparteien über die jährliche Gesamtzahl der dokumentierten Fälle / Leistungen (aufgeschlüsselt nach Modulen) aller Krankenhäuser,
 - f) zeitgleiche Übermittlung der Auswertungen und Auswertungsergebnisse an die Krankenhäuser und die Arbeitsgruppen,
 - g) Information und Unterstützung der Krankenhäuser,
 - h) Empfang der Erfassungsdaten von Krankenhäusern,
 - i) Überprüfung der empfangenen Daten auf Vollständigkeit und anhand der von der Bundesebene vorgegebenen Kriterien auf Plausibilität und Rückprotokollierung fehlerhafter Datensätze an die Krankenhäuser,
 - j) Validierung der Daten,
 - k) Erstellung der von dem Lenkungsgremium in Auftrag gegebenen Auswertungen,

- l) Weiterleitung der Datensätze an die auf Bundesebene dafür benannte Stelle und Information der Krankenhäuser über die Weiterleitung sowie Rückkopplung der Bundesauswertung.

§ 5

Maßnahmen und Strukturierter Dialog

- (1) Die Qualitätssicherungsmaßnahmen gründen auf einer standardisierten Dokumentation qualitätsrelevanter Behandlungsdaten bestimmter Patientengruppen und/oder bestimmter Leistungsbereiche. Anhand des zwischenbetrieblichen Vergleichs und vorgegebener Standards soll eine klinische Abteilung zuverlässige und gültige Anhaltspunkte für ihren Qualitätsstatus gewinnen können. Bei negativem Status hat die Abteilung geeignete Maßnahmen zu ergreifen.
- (2) Die Krankenhäuser stellen die im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlichen Daten der Geschäftsstelle grundsätzlich auf elektronischem Datenträger (Disketten, CD-ROM) oder per E-Mail gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar des Folgejahres vollständig zur Verfügung. Dabei zu erfassende Daten von Personen, die in der ärztlichen oder pflegerischen Versorgung tätig werden, oder von Patienten dürfen nur im Verantwortungsbereich des zuständigen leitenden Abteilungsarztes erhoben und dokumentiert werden.
- (3) Die Gesamtstatistik sowie die Einzelergebnisse der Abteilung/Klinik (Einzelstatistik, Klinikprofil) werden dem jeweiligen verantwortlichen leitenden Abteilungsarzt spätestens zur Mitte des Folgejahres der Erhebung mitgeteilt. Der gesetzliche Vertreter des Krankenhausträgers legt im Benehmen mit dem jeweiligen verantwortlichen leitenden Abteilungsarzt fest, inwieweit und in welcher Form der gesetzliche Vertreter des Krankenhausträgers Kenntnis von den Ergebnissen und auffälligen Abweichungen erlangt; dabei sind die berechtigten Interessen der Beteiligten zu berücksichtigen. Die Ergebnisse fachabteilungsüber-

greifender Auswertungen erhält der ärztliche Direktor oder ein von ihm benannter Vertreter des Krankenhauses.

- (4) Der leitende Abteilungsarzt und der ärztliche Direktor sprechen die ihnen zur Verfügung gestellten Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen mit allen Mitgliedern der Krankenhausleitung unter Einschluss der Pflegedienstleitung durch und analysieren sie. Aufgrund der jeweiligen Auswertungsergebnisse entscheidet die Abteilung/Klinik über erforderliche Maßnahmen. Sie kann sich bei der Interpretation der Auswertungsergebnisse und bei Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität durch die Arbeitsgruppen beraten lassen.
- (5) Die Arbeitsgruppe weist den jeweiligen Adressaten gem. Abs. 3 bei auffälligen Abweichungen hierauf über die Geschäftsstelle besonders hin oder fordert ihn in angemessener Frist zur Stellungnahme auf. Die Abteilung/Klinik hat die Möglichkeit, eine Erläuterung ihrer Angaben abzugeben. Die Identität der beanstandeten Abteilung/Klinik bleibt der Arbeitsgruppe dabei verborgen. Die Geschäftsstelle ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die betroffene Abteilung/Klinik hat die Möglichkeit, um eine Beratung durch die Arbeitsgruppe zu ersuchen.
- (6) Kommt die Arbeitsgruppe mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass es der Abteilung/Klinik innerhalb angemessener Frist nicht gelungen ist, negative Abweichungen zu begründen oder Qualitätsmängel abzustellen, wird innerhalb der Arbeitsgruppe die Anonymität aufgehoben. Kommt eine mehrheitliche Entscheidung nicht zustande, berät das Lenkungsgremium auf Antrag eines Arbeitsgruppenmitgliedes über die Aufhebung der Anonymität. Die Abteilung/Klinik wird von der Arbeitsgruppe unmittelbar beraten. Zu diesem Zweck wird die Abteilung/Klinik ausschließlich der jeweiligen Arbeitsgruppe benannt. Der gemeinsam erkannte Verbesserungsbedarf ist in einer Zielvereinbarung schriftlich niederzulegen. Sofern konkrete Maßnahmen festgelegt werden, ist für deren Umsetzung eine angemessene Frist zu vereinbaren.
- (7) Auf Antrag eines Vertragspartners kann im Einverständnis mit dem Krankenhaus eine Begehung / Besichtigung vor Ort auch ohne Vorliegen von Auffällig-

keiten durch die fachgebietsspezifische Arbeitsgruppe erfolgen. Der Termin einer Begehung / Besichtigung ist mit dem Krankenhaus abzustimmen. Die Arbeitsgruppe erstellt für das Lenkungsgremium einen Bericht über das Ergebnis der Maßnahmen und spricht ggf. Empfehlungen aus oder schließt eine Zielvereinbarung zu den als notwendig angesehenen Konsequenzen ab. Das Krankenhaus erhält eine Durchschrift des Berichtes mit der Gelegenheit zur Stellungnahme.

- (8) Verweigert ein Krankenhaus ohne berechtigten Grund Stellungnahmen, Besprechungen oder Begehungen oder den Abschluss einer erforderlichen Zielvereinbarung oder erfüllt es die Verpflichtungen der Zielvereinbarung ohne nachvollziehbare Gründe nicht fristgerecht, benennt die Geschäftsstelle das Krankenhaus dem Lenkungsgremium auf Landesebene.

§ 6

Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss

- (1) Das Lenkungsgremium berichtet dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Landesebene.
- (2) Das Lenkungsgremium informiert den Gemeinsamen Bundesausschuss über erforderliche Änderungen oder Ergänzungen der Dokumentation mit dem Ziel, dass diese in die Fortschreibung aufgenommen werden, um eine bundeseinheitliche Dokumentation zu gewährleisten.
- (3) Über weitere Formen der Zusammenarbeit und des Informationsaustausches verständigen sich das Lenkungsgremium und den Gemeinsamen Bundesausschuss jeweils zu gegebenem Anlass.

§ 7

Finanzierung

- (1) Die vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden über einen Zuschlag auf die Vergütung für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall finanziert. Der zu dokumentierende Krankenhausfall ergibt sich aus den einzelnen Vereinbarungen gemäß § 137 SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung. Der Zuschlag setzt sich aus drei Komponenten zusammen, für die jeweils gesonderte Beträge vereinbart werden:

- Zuschlagsanteil Krankenhaus für die interne Dokumentation im Krankenhaus,
- Zuschlagsanteil Land für Aufwendungen der Geschäftsstelle auf Landesebene,
- Zuschlagsanteil Bund für die Aufwendungen der BQS.

Der Zuschlag unterliegt nicht dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag des Krankenhauses ein, und wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche gem. § 12 Abs. 2 BPflV bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG nicht berücksichtigt.

- (2) Die Qualitätssicherungszuschläge werden mit jedem vollstationären Krankenhausfall vom Krankenhaus zusätzlich in Rechnung gestellt und von den entsprechenden Kostenträgern bezahlt. Maßgeblich für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag. Hinsichtlich der Rechnungslegung und des Einzugs gelten die Regelungen der Verträge nach § 112 SGB V und die jeweiligen Vereinbarungen der Vertragsparteien nach §§ 11 KHEntgG, 17 BPflV in Verbindung mit § 18 Abs. 2 KHG. Der interne Zuschlagsanteil verbleibt beim Krankenhaus. Der externe Zuschlagsanteil Land wird an die Geschäftsstelle auf Landesebene abgeführt. Der externe Zuschlagsanteil Bund wird an die BQS abgeführt.
- (3) Das Krankenhaus überweist jeweils bis zum 15.03. und 15.11. eines Jahres die Hälfte der abzuführenden Zuschlagssumme. Die ganzjährige Zuschlagssumme

ergibt sich aus den für das laufende Jahr vereinbarten vollstationären Krankenhausfällen multipliziert mit dem jeweiligen Zuschlagsanteil Land / Zuschlagsanteil Bund. Liegt eine Vereinbarung für das laufende Jahr nicht bis zum 25.10 vor, werden die Vereinbarungszahlen aus dem Vorjahr oder hilfsweise Schätzzahlen als Berechnungsgrundlage herangezogen. Das Krankenhaus übermittelt der Geschäftsstelle auf Landesebene und der BQS die Zahl der jeweils vereinbarten vollstationären Krankenhausfälle. In den Verhandlungen nach § 11 KHEntgG und § 17 BPflV für das Folgejahr ist von den Krankenhäusern die erfolgte Abführung der Zuschlagsanteile Bund und Land nachzuweisen. Das Krankenhaus erstellt leistungsbereichsbezogen eine Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht. Es bestätigt die Übereinstimmung der Sollstatistik mit den internen Aufzeichnungen des Krankenhauses durch eine Konformitätserklärung der Geschäftsführung. Diese Aufstellung wird gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form und als Ausdruck der von der Landesebene beauftragten Stelle und der von der Bundesebene beauftragten Stelle übermittelt. Das Krankenhaus übermittelt die Aufstellung nach Satz 4 und 6 in einer durch die von der Bundesebene beauftragten Stelle vorgegebenen angemessenen Frist.

- (4) Die Geschäftsstelle auf Landesebene erteilt dem Krankenhaus nach vollständiger Datenübermittlung bis zum 30.04. ein Zertifikat über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig und plausibel dokumentierten Fälle sowie über die fristgerechte Ablieferung der Aufstellung nach Abs. 3 Satz 5. Für die direkten Verfahren übermittelt die BQS die für die Ausstellung der Bescheinigung erforderlichen Angaben. Das Krankenhaus legt diese Bescheinigung den Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen zusammen mit den Ist-Zahlen der zu dokumentierenden Krankenhausfälle vor.

Für jeden zu dokumentierenden aber nicht dokumentierten Fall kommt ein Vergütungsabschlag gem. § 137 Abs. 1 Nr. 5 SGB V zur Geltung.

Der gesamte Abschlagsbetrag wird im nächst möglichen Pflegesatzzeitraum verrechnet. Im Fall erheblicher Abweichungen haben die Pflegesatzparteien die Möglichkeit, zu einem früheren Zeitpunkt eine Verrechnung zu vereinbaren.

- (5) Die Höhe des Zuschlages, das Nähere über Ausgleiche und Abschläge sowie die Finanzierung anderer als der in Abs. 1 genannten Maßnahmen werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt
- (6) Die im Rahmen der Tätigkeit des Lenkungsgremiums und der fachgebietsspezifischen Arbeitsgruppen anfallenden Kosten übernimmt jede Institution für die von ihr bestellten Vertreter.

§ 8

Pflegesatzrechtliche Umsetzung

Die Vertragsparteien dieser Vereinbarung gehen davon aus, dass die Finanzierungsregelung des § 7 von den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG pflegesatzrechtlich entsprechend umgesetzt wird.

§ 9

In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2008 in Kraft. Er ersetzt den Vertrag vom 14.12.2006. In Gang gesetzte Maßnahmen gem. § 5 der Verträge vom 01.01.2005 und vom 14.12.2006 und die nach § 3 Abs. 1 eingerichteten Arbeitsgruppen bleiben unberührt.
- (2) Dieser Vertrag kann nach den Regelungen in § 112 Abs. 4 SGB V gekündigt werden.

Stuttgart, 20. Dezember 2007



Baden-Württembergische
Krankenhausgesellschaft e.V.,
Stuttgart



AOK Baden-Württemberg,
Stuttgart Dr. Christopher Hermann
Stv. Vorsitzender des Vorstandes

Walter Scheller
Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung
Baden-Württemberg



Heinz Kaltenbach
Stellvertreter des Vorstandes

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Landesvertretung Baden-Württemberg,
Stuttgart

BKK Landesverband Baden-Württemberg,
Kornwestheim

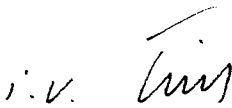


Heinz Kaltenbach
Stellvertreter des Vorstandes

IKK Baden-Württemberg und Hessen
vertreten durch den BKK Landesverband
Baden-Württemberg,
Kornwestheim

Walter Scheller
Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung
Baden-Württemberg

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Landesvertretung Baden-Württemberg,
Stuttgart



Landwirtschaftliche Krankenkasse
Baden-Württemberg,
Stuttgart

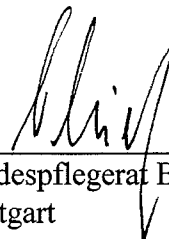


Knappschaft
Verwaltungsstelle
80781 MÜNCHEN
Friedrichstraße 19 · 80801 München
Tel. 089 381 75-0 Fax 089 381 75-102

Knappschaft,
Verwaltungsstelle München,
München



Landesärztekammer Baden-Württemberg,
Stuttgart



Landespfleger Baden-Württemberg,
Stuttgart