

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Konzepte des IQTIG zu Workshops, Projektplänen und Registrierung im Rahmen der Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V

Vom 20. Dezember 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2018 beschlossen, die Konzepte des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom 8. November 2018 zu vorbereitenden Workshops („Konzept zur Durchführung und Ergebnisse eines Pilot-Workshops“), zu Projektplänen der Vertragspartner sowie zur Registrierung der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V (**Anlagen 1 bis 7**) im Rahmen der Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 20. Dezember 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Evaluation Qualitätsverträge

Arbeitsergebnisse im Rahmen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V.

Abgabe: 28. September 2018

Stand nach Anpassungen: 8. November 2018

1 Arbeitspaket A. Vorbereitende Workshops

Für den Leistungsbereich Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus sieht die Beauftragung vom 21. Juni 2018 die Durchführung von Workshops mit potenziellen Vertragspartnern unter Hinzuziehung von Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie Fachexpertinnen und -experten vor. Hierzu sind die folgenden Schritte vorgesehen:

- Erstellung eines detaillierten Konzepts zur Durchführung der/des Workshops (Zeitplan, Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Einladung, Moderation/Format, Ergebnissicherung)
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der/des Workshops
- Aufarbeitung der Ergebnisse und Konkretisierung des Evaluationskonzeptes für den Leistungsbereich

Das Konzept zur Durchführung und die Ergebnisse des Workshops sind in Anlage 1 dargelegt.

2 Arbeitspaket B. Prüfung der Projektpläne

Die Beauftragung sieht im Rahmen dieses Arbeitspaketes vor, die Anforderungen an einen Projektplan, insbesondere an Lieferpflichten, Abläufe und Zeitziele gemäß dem Evaluationskonzept vom 22. Dezember 2017 inklusive Addendum vom 7. März 2018 zu beschreiben und in eine Checkliste, die zur Prüfung der Erfüllung der Anforderungen (Mindestanforderungen) dient, weiterzuentwickeln. Zudem ist der Prozess einschließlich der zu übermittelnden Dokumente sowie der verbindlichen Fristen zu beschreiben.

Die Prozessbeschreibung sowie die Checkliste inklusive Anforderungen an den Projektplan finden sich in Anlage 2. Als Hinweis sei gegeben, dass die Ausführungen zur Datenübermittlung in der hierin enthaltenen Tabelle davon abhängig sind, wie der Datenfluss letztlich im Rahmen des Arbeitspakets E ausgestaltet wird. D. h., die Ausführungen werden nach Beschluss des G-BA zur

Veröffentlichung der Arbeitsergebnisse für Arbeitspaket E ggf. an diese angepasst. Darüber hinaus wurde eine Vorlage für einen Projektplan (Anlage 3) sowie eine Excel-Datei mit formalen Anlagen, die sich aus den in der Checkliste dargelegten Anforderungen ergeben, entwickelt (Anlage 4).

Um das IQTIG zu berechtigen, die im Projektplan enthaltenen personenbezogenen Daten zu speichern, ist die Einwilligung der im Projektplan genannten Ansprechpartner erforderlich, die mittels Einwilligungsformular (Anlage 5) eingeholt werden kann.

3 Arbeitspaket C. Zentrale Registrierung der Verträge

Dieses Arbeitspaket sieht die strukturierte Beschreibung der Vertragsinhalte vor, die von den Vertragspartnern an das IQTIG zur Evaluation übermittelt werden sollen. Die Vertragsinhalte wurden bereits im Rahmen des Arbeitspakets B. (Anlage 2) berücksichtigt.

Daneben sind Vertragsinhalte, unter Berücksichtigung der in § 6 Absatz 4 Satz 2 Rahmenvereinbarung¹ genannten, zu bestimmen, die gemäß § 6 Absatz 4 Satz 3 Rahmenvereinbarung während des Erprobungs- und Evaluationszeitraumes im geschützten Bereich der Internetseite des IQTIG in einer Übersicht veröffentlicht werden. Die Inhalte sollen hierbei leserfreundlich und strukturiert dargestellt werden.

Hierzu wurde ein Formular für die Vertragspartner zur Bereitstellung der definierten Informationen in Kombination mit der Registrierung der Qualitätsverträge (Anlage 6) entwickelt, das gleichzeitig die Struktur der Übersicht der abgeschlossenen Verträge vorgibt. Der Registrierungsprozess wurde zusammen mit dem Prüfprozess im Rahmen des Arbeitspakets B. erarbeitet (Anlage 2).

Die Übermittlung der Dokumente sowohl im Rahmen des Arbeitspakets B. als auch des Arbeitspakets C. wird über die E-Mail-Adresse qualitaetsvertraege@iqtig.org organisiert.

Anlagen:

Anlage 1: Konzept zur Durchführung und Ergebnisse eines Pilot-Workshops. Qualitätsverträge nach § 110a SGB V: Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“

Anlage 2: Information Projektpläne/Registrierung

Anlage 3: Projektplan

Anlage 4: Anlagen zum Projektplan

Anlage 5: Einwilligungserklärung

Anlage 6: Registrierungsformular für Qualitätsverträge

¹ Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung (Rahmenvereinbarung)

Konzept zur Durchführung und Ergebnisse eines Pilot-Workshops

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V: Leistungsbereich
„Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren
Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. September 2018

Impressum

Thema:

Konzept zur Durchführung und Ergebnisse eines Pilot-Workshops. Qualitätsverträge nach § 110a SGB V: Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“

Ansprechpartnerin:

Dr. Laura Haas

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

21. Juni 2018

Datum der Abgabe:

28. September 2018

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Impressum.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	4
Vorwort.....	5
Zusammenfassung.....	6
1 Auftrag.....	7
2 Auftragsverständnis.....	8
3 Zielsetzung des Workshops und erwartete Arbeitsergebnisse.....	9
4 Teilnehmer und Einladung.....	10
4.1 Bewerbungs- bzw. Anmeldeprozess.....	10
4.2 Eingeladene Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	10
5 Zeitplan.....	12
6 Format der Veranstaltung.....	13
7 Methodik zur Durchführung des Workshops.....	14
7.1.1 Einführung in die Zielsetzung des Workshops.....	14
7.1.2 Identifikation der Probleme der aktuellen Versorgungspraxis.....	14
7.1.3 Strukturierung der Probleme der aktuellen Versorgungspraxis.....	14
7.1.4 Bewertung der Probleme der aktuellen Versorgungspraxis anhand von Selektionskriterien.....	14
8 Ableitung von Kennziffern im Nachgang zum Workshop.....	17
9 Ergebnisse des Workshops.....	19
9.1.1 Identifizierte Problematik im Vorfeld der Krankenhausaufnahme und abgeleitete Kennziffern.....	21
9.1.2 Identifizierte Problematik bei Krankenhausaufnahme und abgeleitete Kennziffern.....	23
9.1.3 Identifizierte Problematik während der Krankenhausbehandlung und abgeleitete Kennziffern.....	26
9.1.4 Identifizierte Problematik bei Krankenhausentlassung und abgeleitete Kennziffern.....	35
9.1.5 Ableitung anderer themenübergreifender Kennziffern struktureller und prozeduraler Art.....	40

Anhang	43
Organisationsplan	44
Tagesordnung.....	46
Literatur.....	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erwartete Arbeitsergebnisse	9
Tabelle 2: Relevante Meilensteine des Projekts	12
Tabelle 3: Selektionskriterien für die Probleme der Versorgung.....	15
Tabelle 4: Eignungskriterien für Kennziffern in Anlehnung an die methodischen Grundlagen des IQTIG.....	17
Tabelle 5: Fristen zur Umsetzung der Arbeitsschritte.....	44

Vorwort

Für den ersten Workshop, der am 10. September 2018 im IQTIG stattfand, haben sich keine Vertragspartner der Krankenkassen und Krankenhäuser angemeldet. Daher fand der Workshop ausschließlich unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten statt. Im Rahmen des Workshops wurden für Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung exemplarisch Kennziffern definiert.

Die im vorliegenden Konzept vorgestellten Kennziffern können von interessierten Vertragspartnern entweder vollständig als Set oder einzeln entsprechend der Zielsetzung des eigenen Versorgungskonzepts übernommen werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit für beide Vertragspartner, sich für einen Workshop beim IQTIG zu registrieren, um unter Hinzuziehung von Expertinnen und Experten passgenaue Kennziffern für ihre Versorgungskonzepte zu entwickeln.

Insgesamt stehen den Vertragspartnern die folgenden Möglichkeiten für eine Kennzifferndefinition zur Verfügung:

- Übernahme eines zuvor definierten Kennziffern-Sets
- Übernahme einzelner Kennziffern eines Kennziffern-Sets
- Neuentwicklung von Kennziffern im Rahmen eines Workshops am IQTIG

Insoweit es die Zielsetzung des Versorgungskonzepts zulässt, hat das IQTIG ein Interesse daran, dass die am Institut entwickelten und veröffentlichten Kennziffern bzw. idealerweise die vollständigen Kennziffern-Sets von den Vertragspartnern übernommen werden. Hintergrund hierfür ist, dass für eine sinnvolle Evaluation eine Vergleichbarkeit der verwendeten Kennziffern gegeben sein sollte.

Zusammenfassung

Hintergrund:

Der Auftrag des G-BA vom 15. Dezember 2016 und der Folgeauftrag vom 21. Juni 2018 bilden die Grundlage für das vorliegende Addendum.

Zielsetzung des Auftrags:

Die Zielsetzung besteht in der Kennzifferndefinition für spezifische Versorgungskonzepte potenzieller Vertragspartner im Rahmen eines Workshops unter Hinzuziehung von Fachexpertinnen und Fachexperten und Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern. Potenzielle Vertragspartner sind Krankenkassen und Krankenhäusern, die ein Interesse haben, gemeinsam einen Qualitätsvertrag miteinander abzuschließen.

Methodik:

Der Workshop hat am 10. September 2018 stattgefunden. Da sich keine potenziellen Vertragspartner zu dem Workshop angemeldet haben, wurden allgemeingültige Kennziffern für Patientinnen und Patienten mit einer geistigen Behinderung definiert. Der Workshop fand unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten der Krankenhäuser und der Krankenkassen und Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter statt.

Ergebnisse:

Verschiedene Kennziffern wurden definiert, die insbesondere die Themenbereiche Aufnahme- und Entlassmanagement und die Kommunikation und den Umgang mit den Patientinnen und Patienten betreffen.

Ausblick:

Sobald sich potenzielle Vertragspartner beim IQTIG anmelden, um Kennziffern zu definieren, werden weitere Workshops veranstaltet.

1 Auftrag

Am 15. Dezember 2016 hat der G-BA das IQTIG im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Abs. 3 SGB V beauftragt, ein Evaluationskonzept zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 Satz 2 und 3 SGB V zu erarbeiten (G-BA 2016). Am 18. Mai 2017 hat der G-BA vier Leistungen oder Leistungsbereiche festgelegt, zu denen Qualitätsverträge nach § 110a SGB V mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen (G-BA 2017):

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs von älteren Patientinnen und Patienten
- Respirator-Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Das Evaluationskonzept wurde dem G-BA am 22. Dezember 2017 vorgelegt (IQTIG 2017b). Es sieht für den Leistungsbereich „Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“ eine von den anderen drei Leistungsbereichen abweichende Methodik zur Kennzifferdefinition vor. Wie im Konzept beschrieben, soll mindestens ein Workshop veranstaltet werden, dessen Ziel darin besteht, verbindliche Evaluationskennziffern für die jeweiligen Versorgungskonzepte potenzieller Vertragspartner unter Hinzuziehung von Fachexpertinnen und Fachexperten und von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern zu definieren.

Der Folgeauftrag des G-BA vom 21. Juni 2018 (G-BA 2018), der das IQTIG mit der Schaffung der Voraussetzungen zur Umsetzung des Evaluationskonzepts beauftragt, greift den zu veranstaltenden Workshop auf und schlägt die folgenden Schritte für eine Durchführung vor:

- Erstellung eines detaillierten Konzepts zur Durchführung der/des Workshops (Zeitplan, Teilnehmer, Einladung, Moderation/Format und Ergebnissicherung)
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der/des Workshops
- Aufarbeitung der Ergebnisse und Konkretisierung des Evaluationskonzeptes für den Leistungsbereich (weitere Addenda zum Abschlussbericht)

Das Addendum ist bis zum 30.09.2018 an den G-BA zu übermitteln.

2 **Auftragsverständnis**

Das vorliegende Dokument liefert ein detailliertes Konzept zur Durchführung des Workshops. Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Workshops wird durch das IQTIG übernommen und die Ergebnisse werden so aufbereitet, dass eine Weiterentwicklung der Ergebnisse aus dem Evaluationskonzept vom 22. Dezember 2017 erfolgen kann.

Eine zentrale Problematik, die für die Umsetzung des Auftrags relevant ist, ist die Bedingung, dass potenzielle Vertragspartner an einem Workshop des IQTIG teilnehmen. Potenzielle Vertragspartner sind Partner der Krankenkassen und Krankenhäuser, die Interesse daran haben, gemeinsam einen Qualitätsvertrag zu unterzeichnen. Hinsichtlich des ersten Workshops am 10. September 2018 ist der Fall eingetreten, dass sich keine potenziellen Vertragspartner für den Workshop registriert haben.

Das IQTIG kann daher im vorliegenden Dokument keine Kennziffern für spezifische Versorgungskonzepte der Vertragspartner präsentieren. Der alternative Plan sieht die Veranstaltung eines Expertenworkshops mit Expertinnen und Experten der ursprünglich vorgesehenen Gruppen der Krankenhäuser, Krankenkassen und Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter vor. Die Zielsetzung des Workshops liegt jedoch in der Definition allgemeiner Kennziffern für Patientinnen und Patienten der Zielgruppe. Die Ergebnisse sollen zukünftigen Vertragspartnern als Grundlage für die Kennzifferndefinition für die eigenen Versorgungskonzepte dienen.

3 Zielsetzung des Workshops und erwartete Arbeitsergebnisse

Da sich keine potenziellen Vertragspartner zu dem Workshop am 10. September 2018 angemeldet haben, bestand die Zielsetzung des Workshops in der Definition von allgemeinen Kennziffern für die Patientinnen und Patienten der Zielgruppe. Die Zielgruppe umfasst Patientinnen und Patienten, die von unterschiedlichen Beeinträchtigungen betroffen sind, bspw. von einer geistigen Behinderung, Mobilitätseinschränkungen, psychische und seelische Behinderungen sowie Sinneinschränkungen. Die Beeinträchtigung „geistige Behinderung“ wurde hier exemplarisch für die Definition von Kennziffern ausgewählt.

Die erwarteten Arbeitsergebnisse des Workshops bestanden in der Identifikation der Probleme der aktuellen Versorgungspraxis für die Patientengruppe mit geistiger Behinderung, der Strukturierung der identifizierten Probleme zu übergeordneten Themenbereichen und der Formulierung von Lösungsansätzen. Es wurde auch eine Bewertung der übergeordneten Themenbereiche hinsichtlich einer Eignung für eine Kennziffer anhand der Selektionskriterien, die auf den methodischen Grundlagen des IQTIG basieren, vorgenommen (IQTIG 2017a). Die Selektionskriterien werden in Tabelle 3 eingeführt. Im Nachgang zu dem Workshop wurden Kennziffern definiert, die sich aus der identifizierten Problematik und den Lösungsansätzen ableiten.

Tabelle 1: Erwartete Arbeitsergebnisse

Ziel	Ergebnisse	Bearbeitung
1	Identifikation der Problematik der aktuellen Versorgungspraxis anhand eines Versorgungspfads	Workshop
2	Strukturierung der identifizierten Problematik der aktuellen Versorgungspraxis	Workshop
3	Aufzeigen von Lösungsansätzen für die identifizierte Problematik	Workshop
4	Bewertung der identifizierten Problematik hinsichtlich einer Eignung zur Kennzifferdefinition anhand von Selektionskriterien	Workshop
5	Definition von Kennziffern, die sich aus der identifizierten Problematik ableiten und Prüfung der Kennziffern anhand von Eignungskriterien	IQTIG, im Nachgang zu dem Workshop

4 Teilnehmer und Einladung

4.1 Bewerbungs- bzw. Anmeldeprozess

Patientenvertreter und Patientenvertreterinnen wurden durch den G-BA benannt. Ein offizieller Aufruf zur Registrierung als Fachexpertin oder Fachexperte der Bereiche Medizin, Pflege, Sozial- oder Heilpädagogik und Ethik wurde an die Organisationen nach §137a Abs. 7 SGB V verschickt. Fachexpertinnen und Fachexperten konnten sich zwischen 14. August und 31. August 2018 am IQTIG bewerben.

Auf der Internetseite des IQTIG konnten sich potenzielle Vertragspartner der Krankenkassen- und Krankenhauseite zwischen 17. August und 3. September 2018 zu dem Workshop anmelden. Zur Teilnahme am Workshop sollte es den Vertragspartnern möglich sein, das Versorgungskonzept so zu beschreiben, dass die notwendigen Informationen bezüglich des Hintergrunds zur Erarbeitung des Konzepts, zu seinen Zielen, den Zielgruppen, und den Charakteristika der Interventionen vorliegen. Zur Erfassung dieser Angaben hat das IQTIG ein Formular erstellt, welches auf der Internetseite des Instituts abrufbar ist.¹

4.2 Eingeladene Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Da sich keine potenziellen Vertragspartner der Krankenkassen- und Krankenhauseite bis zum 3. September 2018 für eine Teilnahme am Workshop registriert haben, wurden ausschließlich Expertinnen und Experten der Krankenkassen und Krankenhäuser und Patientenvertreter eingeladen. Damit auch die Krankenkassen repräsentiert sind hat der GKV-Spitzenverband Expertinnen und Experten der Krankenkassen vorgeschlagen. Die Krankenhäuser waren durch die Auswahl der Fachexpertinnen und Fachexperten bereits einbezogen. Ihre Auswahl erfolgte nach bestimmten Kriterien. Auswahlkriterien waren insbesondere die Erfahrung in der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderung, idealerweise im stationären Sektor, und Erfahrung in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren oder Evaluationskennziffern. Es wurde auch auf eine ausgewogene Zusammensetzung der Expertenrunde im Hinblick auf die Erfahrung in verschiedenen Themenbereichen (geistige Behinderung oder körperliche Beeinträchtigungen) geachtet. Folgende Kriterien waren für die Auswahl maßgeblich:

- Keine relevanten Interessenskonflikte
- Erfahrung in der Versorgung von Menschen mit geistiger und/oder mit schweren Mehrfachbehinderungen, idealerweise Beteiligung im Rahmen sog. Leuchtturmprojekte, die das Ziel verfolgen, die aktuelle Versorgung für die relevante Patientengruppe zu verbessern oder andere relevante Erfahrungen in einem anderen Bereich, der in der Ausschreibung genannt wurde
- Erfahrung in der Definition von Kennziffern oder Qualitätsindikatoren

¹ <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsvertraege/>

An dem Workshop haben insgesamt 11 Expertinnen und Experten teilgenommen: 4 Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter, 3 stationär tätige Medizinerinnen und Mediziner mit unterschiedlicher Expertise, 2 Experten aus dem Bereich der Pflege, 1 Expertin aus dem Bereich der Sozialpädagogik und 1 Teilnehmerin der Krankenkassenseite.

5 Zeitplan

Der Zeitplan gibt einen Überblick über die relevanten Meilensteine des Projekts und das Datum der Umsetzung.

Tabelle 2: Relevante Meilensteine des Projekts

Meilensteine	Datum der Umsetzung
Beauftragung durch den G-BA	21. Juni 2018
Benennung der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter für eine Teilnahme am Workshop durch den G-BA	31. Juli 2018
Aufruf zur Bewerbung von Fachexpertinnen und Fachexperten für eine Teilnahme am Workshop	14. August 2018
Rahmenvereinbarung nach § 110 Abs. 2 SGB V veröffentlicht	15. August 2018
Beginn der Anmeldefrist für potenzielle Vertragspartner für eine Teilnahme am Workshop	17. August 2018
Auswahl der Fachexpertinnen und Fachexperten ist erfolgt	03. September 2018
Ende der Anmeldefrist für potenzielle Vertragspartner für eine Teilnahme an dem Workshop	03. September 2018
Vorbereitungsveranstaltung Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter	03. September 2018
Veranstaltung des Workshops	10. September 2018
Übermittlung des Konzepts an den G-BA	28. September 2018

Der Organisationsplan zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbearbeitung des Workshops ist im Anhang zu finden.

6 Format der Veranstaltung

Die Veranstaltung zur Entwicklung der Kennziffern wurde im Format eines Workshops organisiert. Die Arbeitsergebnisse wurden vorrangig über Arbeit in Gruppen und mittels Diskussionen mit den Teilnehmern gemeinsam erarbeitet. Die Interaktionen der Teilnehmer stellten dabei einen herausragenden Bestandteil des Workshops dar. Nach jeder Phase der Gruppenarbeit wurden die Ergebnisse vorgestellt und mit Hilfe der Moderatoren des IQTIG diskutiert. Das IQTIG hatte im Rahmen des Workshops eine ausschließlich moderierende Rolle inne und unterstützte die Teilnehmer bei der Ideenfindung. Die Tagesordnung für die Veranstaltung findet sich im Anhang zu diesem Dokument.

7 Methodik zur Durchführung des Workshops

7.1.1 Einführung in die Zielsetzung des Workshops

In einem ersten Schritt ging das IQTIG auf die wesentlichen Inhalte und die Zielsetzung der Aufträge des G-BA und die schon erarbeiteten Ergebnisse des IQTIG ein. Darauf aufbauend wurden die Ziele des Workshops, die erwarteten Arbeitsergebnisse und die Methodik zur Durchführung des Workshops den Teilnehmerinnen und Teilnehmern präsentiert.

7.1.2 Identifikation der Probleme der aktuellen Versorgungspraxis

Der Versorgungspfad, der im Rahmen des Workshops vorgegeben wurde, wurde gegliedert in die Abschnitte Krankenhausaufnahme, Krankenhausbehandlung und Entlassung einschließlich der Schnittstellen vor der Krankenhausaufnahme und nach der Entlassung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erarbeiteten die Problemstellungen der aktuellen Versorgungspraxis in Gruppenarbeit. Die Diskussion zu den identifizierten Problemen der Versorgung wurde für jeden Abschnitt des Versorgungspfads durch Moderatoren des IQTIG geleitet.

7.1.3 Strukturierung der Probleme der aktuellen Versorgungspraxis

Zusammen mit den Teilnehmenden des Workshops wurden die identifizierten Probleme übergeordneten Themenbereichen zugeordnet und Lösungsansätze erarbeitet. Die Arbeit erfolgte zusammen in einer durch die Moderatoren geleiteten Diskussion.

7.1.4 Bewertung der Probleme der aktuellen Versorgungspraxis anhand von Selektionskriterien

Die übergeordneten Problembereiche der Versorgung, die in der Gruppe erarbeitet wurden, wurden anhand von Selektionskriterien hinsichtlich ihrer Eignung für eine mögliche Kennzifferdefinition geprüft. Die Selektionskriterien, die in Anlehnung an die Methodischen Grundlagen des IQTIG ausgewählt wurden (IQTIG 2017a), waren die folgenden:

Tabelle 3: Selektionskriterien für die Probleme der Versorgung

Kriterium	Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevanz des Merkmals für Patientinnen und Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenrelevanz z. B. durch Bezug der Kennziffer auf Patientensicherheit, weitere Beispiele hierfür sind: Sterblichkeit, Krankheitsbeschwerden und -folgen, gesundheitsbezogene Lebensqualität, respektvolle Behandlung der Patientinnen und Patienten, emotionale Unterstützung, Informierung der Patientinnen und Patienten, Partizipation der Patientinnen und Patienten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei nicht unmittelbar für die Patientinnen und Patienten relevanten Kennziffern: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Kennziffer und einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittelbar patientenrelevante Ziele können erst durch den Nachweis eines Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel als relevant angesehen werden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besteht ein nennenswertes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung (auch im Vergleich zur Routineversorgung)? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anhaltspunkte: besteht bezüglich eines Aspekts eine große Variabilität hinsichtlich der geleisteten Versorgungsqualität zwischen Anbietern? Evidenz zu Qualitätsdefiziten oder Fehlentwicklungen, hohen Kosten; eine hohe Fallzahl
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist die Kennziffer durch den Leistungserbringer beeinflussbar? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Kennziffer eignet sich nur dann zur Messung der Qualitätsverbesserung, wenn die Beeinflussung des zu messenden Aspekts auch durch den Leistungserbringer möglich ist – bei der Einschätzung der Beeinflussbarkeit einer Kennziffer stellt sich auch die Frage nach der Notwendigkeit einer Risikoadjustierung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, die einzelnen übergeordneten Themenbereiche anhand der Selektionskriterien zu bewerten und diejenigen Themenbereiche zu identifizieren, bei denen alle vier Kriterien von Tabelle 3 erfüllt waren bzw. mindestens eines der vier Kriterien nicht erfüllt war. Themenbereiche, bei denen laut Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht alle vier Kriterien erfüllt waren, wurden in der Gruppe hinsichtlich ihrer Eignung für eine Kennzifferdefinition diskutiert. Oftmals hat eine andere Formulierung bzw. Spezifizierung der Problematik dazu geführt, dass die Selektionskriterien erfüllt werden konnten.

8 Ableitung von Kennziffern im Nachgang zum Workshop

Die Vorarbeiten des Workshops wurden verwendet, um im Nachgang zum Workshop messbare Kennziffern abzuleiten. Die Kennziffern wurden anhand der Eignungskriterien, die in Anlehnung an die Kriterien der Methodischen Grundlagen des IQTIG ausgewählt wurden, geprüft (IQTIG 2017a). Vier der Eignungskriterien für Kennziffern sind mit den Selektionskriterien zur Einschätzung der Probleme der Versorgung identisch.

Tabelle 4: Eignungskriterien für Kennziffern in Anlehnung an die methodischen Grundlagen des IQTIG

Eignungskriterium	Beschreibung
1. Relevanz des Merkmals für Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenrelevanz z. B. durch Bezug der Kennziffer auf Patientensicherheit, weitere Beispiele hierfür sind: Sterblichkeit, Krankheitsbeschwerden und -folgen, gesundheitsbezogene Lebensqualität, respektvolle Behandlung der Patientinnen und Patienten, emotionale Unterstützung, Informierung der Patientinnen und Patienten, Partizipation der Patientinnen und Patienten
2. Bei nicht unmittelbar für die Patientinnen und Patienten relevanten Kennziffern: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Kennziffer und einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittelbar patientenrelevante Ziele können erst durch den Nachweis eines Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel als relevant angesehen werden, z. B. Strukturen und Prozesse, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines bestimmten patientenrelevanten Ergebnisses erhöhen
3. Besteht ein nennenswertes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung (auch im Vergleich zur Routineversorgung)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anhaltspunkte: besteht bezüglich eines Aspekts eine große Variabilität hinsichtlich der geleisteten Versorgungsqualität zwischen Anbietern? Evidenz zu Qualitätsdefiziten oder Fehlentwicklungen, hohen Kosten; eine hohe Fallzahl
4. Ist die Kennziffer durch den Leistungserbringer beeinflussbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Kennziffer beschreibt nur dann die Qualität, wenn die Beeinflussung des zu messenden Aspekts auch durch den Leistungserbringer möglich ist – bei der Einschätzung der Beeinflussbarkeit einer Kennziffer stellt sich auch die Frage nach der Notwendigkeit einer Risikoadjustierung

Eignungskriterium	Beschreibung
5. Stehen Datenquellen zur Verfügung?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falls nein, müssen die Eignungskriterien 6–8 nicht beantwortet werden, da eine mögliche Erfassung von Primärdaten von den Vertragspartnern unterschiedlich ausgestaltet werden kann
6. Kann eine Beobachtung/Messung der Kennziffer so erfolgen, dass die Messung objektiv ist?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objektivität ist gegeben, wenn der beobachtete Wert unabhängig von der beobachtenden Person oder von Begleitumständen unabhängig ist. Ist die Objektivität bei der Erfassung anhand von Datenfeldern gegeben?
7. Ist zu erwarten, dass die Messung der Kennziffer reliabel ist?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reliabilität ist ein Maß für die Präzision der Messung bei sonst gleichen Untersuchungsumständen
8. Ist die Messung der Kennziffer valide?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilden die beobachtbaren Sachverhalte tatsächlich das theoretische Konzept ab, welches eigentlich erfasst werden soll? Bilden die verfügbaren Daten tatsächlich das theoretische Konzept ab?
9. Ist die Kennziffer nutzbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist die Kennziffer zeitnah nutzbar, z. B. aufgrund der Datenverfügbarkeit? Ist die Aussage der Kennziffer verständlich, um daraus Handlungsempfehlungen ableiten zu können?

9 Ergebnisse des Workshops

Die Probleme der aktuellen Versorgungspraxis wurden im Workshop jeweils separat für die Abschnitte Aufnahme, Behandlung und Entlassung erfasst, diskutiert, zu größeren Themenbereichen zusammengefasst und anhand der vier oben vorgestellten Selektionskriterien für eine Eignung einer Kennzifferndefinition bewertet. Im folgenden Kapitel wird für jeden Abschnitt des Versorgungspfads das jeweilige Problem beleuchtet, daraus das Ziel für die Versorgung der Patientengruppe abgeleitet, Lösungsvorschläge der Expertengruppe präsentiert, um dann daraus Kennziffern abzuleiten, die anhand der Eignungskriterien des IQTIG geprüft werden. Die identifizierte Problematik der aktuellen Versorgungspraxis einschließlich eines Verweises auf die definierten Evaluationskennziffern (EV-KZ) finden sich in der Grafik auf der folgenden Seite.

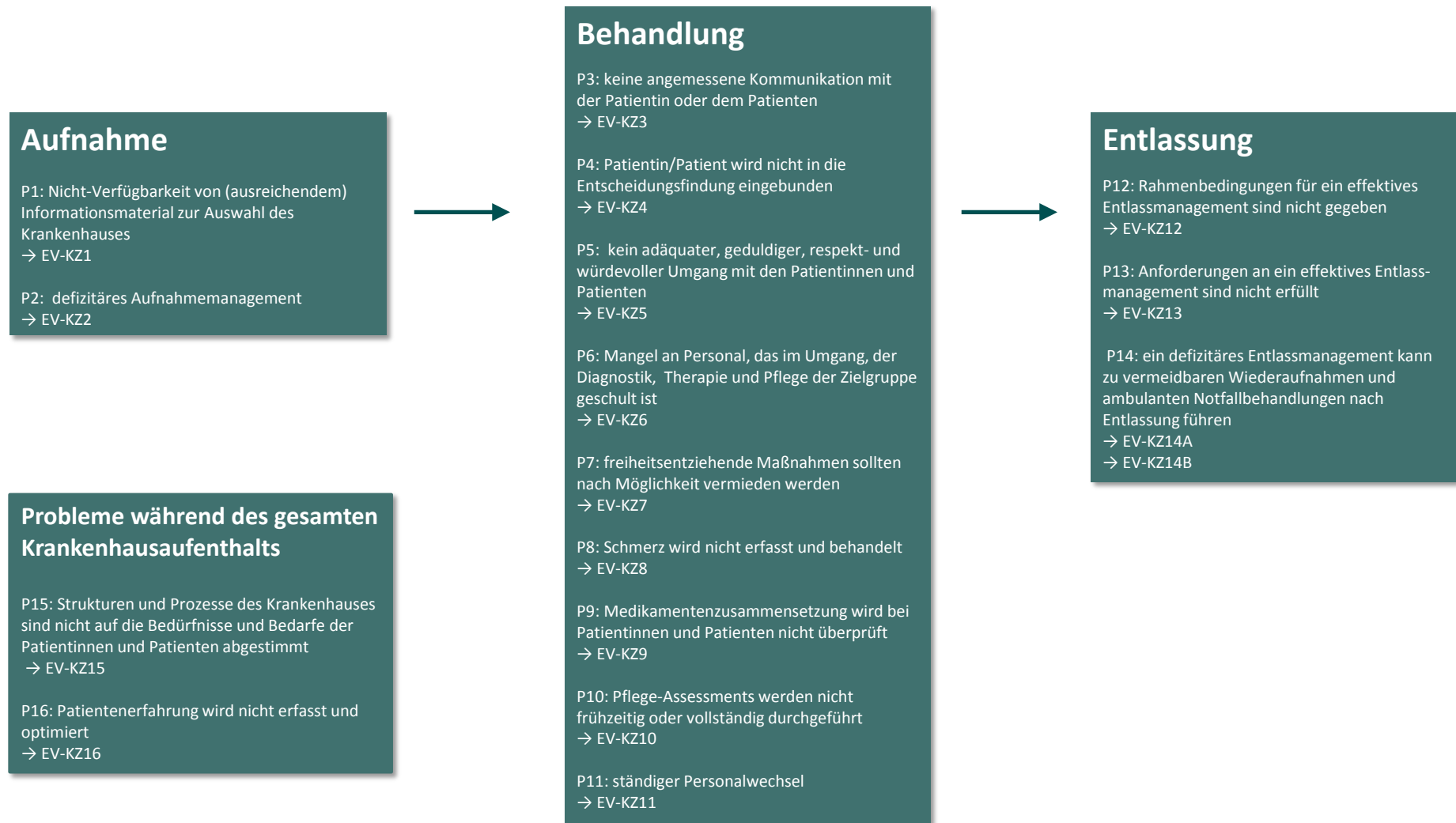


Abbildung 1: Problematik der aktuellen Versorgungspraxis. Darstellung anhand eines Versorgungspfades; P = Problematik; EV-KZ = Evaluationskennziffer

9.1.1 Identifizierte Problematik im Vorfeld der Krankenhausaufnahme und abgeleitete Kennziffern

Problem: Die Expertengruppe beschrieb die Problematik eines erschwerten Zugangs zum Krankenhaus für diese Patientengruppe durch schwer verfügbare Informationen in geeigneter Form.

Ziel: Das Ziel besteht in der Veröffentlichung von relevanten und geeigneten Informationen zur Erleichterung der Krankenhauswahl bei elektiven Krankeneingriffen

Lösungsvorschlag:

- Veröffentlichung von nützlichen Informationen über das Krankenhaus für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Betreuer, inwieweit das Krankenhaus den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Patientin / des Patienten entspricht. Nützliche Informationen sind zum Beispiel Informationen über die Art der Leistungen oder Spezialisierungen, Aspekte der Barrierefreiheit oder Möglichkeiten der Mitnahme einer Bezugsperson
- Informationen sollten in leichter Sprache und in einem nützlichen Format zur Verfügung stehen, z. B. in Form von Broschüren

Eignung zur Kennzifferdefinition: ja, alle 4 Selektionskriterien sind laut Expertinnen und Experten erfüllt

Kennzifferntheme: Erleichterte Krankenhauswahl durch Verfügbarkeit von Informationen in einem geeigneten Format

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
Bereitstellung der notwendigen Informationen in geeigneter Form zur Auswahl des Krankenhauses (EV-KZ1)	Es ist Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuern möglich, vor dem Krankenhausaufenthalt zu beurteilen, inwieweit das Krankenhaus in seinen Leistungen den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Patientin / des Patienten entspricht.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentation des Vorhandenseins von Broschüren, von Unterlagen, Internetseite ▪ Datenquelle: Befragung der Einrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9

9.1.2 Identifizierte Problematik bei Krankenhausaufnahme und abgeleitete Kennziffern

Problem: Das Problem besteht in einem defizitären Aufnahmemanagement, welches sich negativ auf fließende Übergänge in der Behandlung und Pflege des Patienten oder der Patientin auswirkt.

Identifizierte Probleme:

- Das Aufnahmegespräch findet nicht frühzeitig statt
- Relevante Informationen zur Vorgeschichte der Patientin oder des Patienten werden nicht eingeholt
- Keine vorherige Koordination mit Betreuerin/Betreuer oder Kostenträger
- Keine (ausreichende) Erfassung der Bedürfnisse und Bedarfe der Patientinnen und Patienten
- Keine Klärung der Frage, ob die Patientin oder der Patient eine Bezugsperson braucht und falls, ja wer diese ist
- Keine aktive Klärung durch das Krankenhaus, wie eine nicht vorhandene, jedoch erforderliche Bezugsperson ersetzt werden könnte
- Keine Klärung der Frage, ob die Finanzierung für die erforderliche Bezugsperson des Patienten oder der Patientin gesichert ist

Ziel: Im Sinne eines effektiven Aufnahmemanagements besteht das Ziel darin, das Aufnahmegespräch möglichst frühzeitig zu führen und alle relevanten Informationen rechtzeitig einzuholen.

Lösungsvorschlag:

- Das Aufnahmegespräch sollte als ein geplanter Prozess gestaltet werden und frühzeitig stattfinden
- Ein allgemeiner Ansprechpartner (Kordinator/Lotse) auf Seiten des Krankenhauses für den Dienst oder die Einrichtung der Eingliederungshilfe bzw. die Personen aus dem Umfeld der Patientin oder des Patienten kann dazu beitragen, relevante Informationen einzuholen und krankenhausintern weiterzugeben
- Notwendige Informationen sollten möglichst frühzeitig von den vorbehandelnden Ärzten, Betreuern, Angehörigen, den Diensten und dem Umfeld des Patienten oder der Patientin angefragt und erfasst werden:
 - Informationen zur Selbstpflege, zu Bedürfnissen und Bedarfen des Patienten/der Patientin
 - Es muss die Frage geklärt werden, ob die Patientin oder der Patient eine Bezugsperson benötigt und falls ja, ob diese auch aufgenommen werden kann
 - Falls die Bezugsperson nicht vorhanden ist, sollte das Krankenhaus aktiv versuchen, diese zu kompensieren, z. B. durch eine Klärung, inwieweit aufgrund der Reichweite und Risiken der geplanten Behandlung die Anordnung einer gesetzlichen Betreuung mit dem Aufgabenbereich Gesundheitsfürsorge anzuregen oder zu prüfen ist, insoweit diese noch nicht besteht
 - Bei Bedarf: Klärung der finanziellen Aspekte, falls Bezugsperson des Patienten oder der Patientin aufgenommen werden soll

Aus der Auflistung ergeben sich konkrete Lösungsvorschläge der Expertengruppe:

- Frühzeitiges Führen des Aufnahmegesprächs
- Koordinatorin bzw. Koordinator / Lotsin bzw. Lotse kann helfen, die Unterlagen anzufordern und die Informationen einzuholen
- Zur vollständigen Erstellung der Anamnese: Bereitstellung eines Aufnahmebogens für Patientinnen und Patienten in leichter Sprache
- Möglicherweise Kooperation zwischen Krankenhaus und einweisendem Arzt bzw. Ärztin zur Bereitstellung von Informationen
- Bei Notfalleingriffen sollte innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme und bei elektiven Eingriffen vor der Aufnahme eine Kontaktaufnahme mit den vorbehandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten / Kostenträgern erfolgt sein, um die relevanten Informationen einzuholen
- Verwendung einer Checkliste sowohl für elektive Eingriffe und Notfalleingriffe, zur Prüfung, ob alle relevanten Informationen zur Verfügung stehen

Eignung zur Kennzifferdefinition:

- Bei der Problematik Einholung von Informationen bzw. bei Notfalleingriffen, Einholung von Informationen innerhalb von 24 Stunden wurde darauf hingewiesen, dass der Leistungserbringer zwar einen Einfluss auf den aktiven Versuch der Einholung von Informationen hat, jedoch nicht auf den Erhalt der Informationen.
- Die anderen Vorschläge genügten den vier Selektionskriterien laut Experteneinschätzung
- Die möglichen Kennziffern „Einstellung einer Lotsin / eines Lotsen“, „Vorhaltung eines Fragebogens zur vollständigen Erhebung der Anamnese in leichter Sprache“ oder „Kooperation zwischen einweisendem Arzt/Ärztin und dem Krankenhaus zur Bereitstellung von Informationen“ können je nach Konzeptausgestaltung sinnvolle Maßnahmen sein, werden hier jedoch nicht vorgeschlagen, da davon ausgegangen wird, dass sich der Effekt derartiger Maßnahmen in den definierten Kennziffern niederschlägt.

Kennzifferntheema: Effektives Aufnahmemanagement

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
<p>Anteil (%) der Patientinnen und Patienten, bei denen alle relevanten Informationen frühzeitig eingeholt wurden (EV-KZ2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen der Checkliste hinsichtlich der Einholung der relevanten Informationen sollten erfüllt sein (ÄZQ 2012) ▪ Inhaltlich sollte sich die Checkliste an der oben aufgeführten Problematik orientieren; siehe auch (ÄZQ 2012) ▪ Bei elektiven Eingriffen: frühzeitig vor der Krankenhausaufnahme; „frühzeitig“ ist von den Vertragspartnern zu definieren ▪ Bei Notfalleingriffen: Innerhalb von 24 Stunden ▪ Bei Nichterfüllung einer Anforderung ist eine Begründung sinnvoll 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen die durch die Vertragspartner definierte Checkliste darauf hindeutet, dass alle relevanten Informationen frühzeitig eingeholt wurden ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ▪ Datenquelle: Zusätzliche Dokumentation der Checklisten durch die Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: Eignungskriterien 1–3; 5–9; ▪ Eignungskriterium 4: Leistungserbringer hat einen begrenzten Einfluss auf die Lieferung der Informationen daher ist die Angabe eines Grundes bei Nichterfüllung der Anforderung sinnvoll

9.1.3 Identifizierte Problematik während der Krankenhausbehandlung und abgeleitete Kennziffern

Problem: Unzureichende Kommunikation, inadäquater Umgang und keine aktive Beteiligung des Patienten bzw. der Patientin bei der Entscheidungsfindung

- Es erfolgt keine oder eine unzureichende Ausschöpfung der tatsächlichen Mitwirkungsmöglichkeiten der Patientin bzw. des Patienten, gerade im Hinblick auf eine aktive Beteiligung bei der Entscheidungsfindung
- Unzureichender Versuch inhaltliches Verständnis beim Patienten oder der Patientin zu erwirken
- Kein direktes Ansprechen des Patienten oder der Patientin: Patient oder Patientin ist oftmals in seinen/ihren Belangen nicht der erste Ansprechpartner
- Fehlende Kompetenzen auf Seiten des Personals kann zu Problemen im Umgang mit der Patientengruppe führen
- Zeitmangel stellt ein Problem im Umgang mit den Patientinnen und Patienten dar

Ziel: Verbesserung der Kommunikation und des Umgangs mit dem Patienten oder der Patientin und den Personen aus seinem/ihrer Umfeld, um Verständnis, Teilhabe, Selbstbestimmung und informierte Entscheidungen zu ermöglichen

Lösungsvorschlag:

- Angebot von Information, Kommunikation und Unterstützung zur aktiven Beteiligung an Entscheidungen in selbstgewähltem Umfang (Teilhabe) für eine informierte Entscheidungsfindung
 - Aktive Nutzung nonverbaler und verbaler Möglichkeiten in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und Einbindung in die Entscheidungsfindung
 - Verwendung von bild-basierten Informationen wie Kommunikationstafeln oder persönliche Kommunikationshilfen und Verwendung von leichter Sprache
 - Materialien zur örtlichen Orientierung, über diagnostische und medizinische Maßnahmen in leichter Sprache
- Geduldiger, respekt- und würdevoller Umgang mit Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung, der ihre Mitwirkungsmöglichkeiten voll ausschöpft und informierte Entscheidungen möglich macht
 - Unbedingte Beibehaltung des Patienten oder der Patientin als erster Ansprechpartner in allen Belangen der Behandlung: 1. Personal berät mit dem Patienten oder der Patientin, 2. Personal bezieht Betreuer oder Betreuerin mit ein, 3. Personal berät bei Differenzen unter sich, 4. Einbindung einer Ethikkommission, falls keine Klärung erreicht werden kann
- Angebot von Fort- und Ausbildungsmöglichkeiten des Personals
 - Zur Anwendung von Kommunikationshilfen
 - Abbau der Kommunikationsbarrieren, die durch fehlendes Wissen über geistige Behinderung beeinflusst werden können

- Änderung der Einstellung des Personals den Patienten/Patientinnen zur Verbesserung des Umgangs mit der Patientengruppe
- Kompetenzen zur Ermöglichung von Teilhabe, Selbstbestimmung und informierte Entscheidungen
- Aufnahme einer Bezugsperson: Wissen und Expertise der pflegenden Angehörigen bzw. Bezugspersonen aus dem Umfeld des Patienten / der Patientin sollte einbezogen werden; diese Personen erfüllen eine vermittelnde, unterstützende und übersetzende Funktion
- Ggf. Diagnostik der emotionalen Entwicklung der Patientin oder des Patienten oder der Patientin (z. B. Verwendung des SEED-Schemas (Zepperitz 2018, Sappok et al. 2018), um damit die Grundbedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten zu verstehen)

Eignung zur Kennzifferndefinition: ja, alle 4 Selektionskriterien sind erfüllt

Kennzifferthema: Kommunikation, Umgang und informierte Entscheidungsfindung

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
<p>Vorhalten eines Maßnahmenbündels zur Verbesserung der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten (EV-KZ3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwendung von bild-basierten Informationen ▪ Verwendung von leichter Sprache ▪ Materialien zur örtlichen Orientierung, über diagnostische und medizinische Maßnahmen ▪ Möglichkeit der Aufnahme einer Bezugsperson 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhaltung ja/nein ▪ Datenquelle: Befragung der Einrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9
<p>Anteil (%) der Patientinnen und Patienten, die als primäre Ansprechpartner in ihren Belangen in die Entscheidungsfindung eingebunden wurden (EV-KZ4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot von Information und Kommunikation sollten auf die Kommunikationsformen des Patienten oder der Patientin eingehen ▪ Angebot der Einbindung des Patienten in die Entscheidungsfindung in selbstgewähltem Umfang ▪ Patientin oder Patient war immer der erste Ansprechpartner in allen Belangen, die ihn/sie betreffen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten, die als primärer Ansprechpartner in die Entscheidungsfindung eingebunden wurden ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ▪ Datenquelle: Befragung von Patientinnen und Patienten, bzw. der Angehörigen oder Betreuerinnen/Betreuer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
<p>Anteil (%) des Personals einer Abteilung oder der Abteilungen, welcher im Umgang mit Patienten und Patientinnen mit geistiger Behinderung geschult ist (EV-KZ5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen sind zu empfehlen, z. B. das Fortbildungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V. (DGMGB) für Ärztinnen und Ärzte. Die Fortbildung umfasst 50 Unterrichtseinheiten. Der Theorieteil wird mit 50 Fortbildungspunkten von der Bundesärztekammer anerkannt. ▪ Inhalt der Schulungen: Verbesserung der Kommunikation und des Umgangs mit den Patientinnen und Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl des geschulten Personals aus den durch die Vertragspartner festgelegten Abteilungen ▪ Nenner: Anzahl des geschulten Personals aus den durch die Vertragspartner festgelegten Abteilungen ▪ Datenquelle: Zusätzliche Dokumentation durch die Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9

Problem: die Diagnostik, Therapie und Pflege der Zielgruppe stellt das Personal des Krankenhauses vor Herausforderungen

- Diagnosestellung gestaltet sich häufig schwierig und Symptome sind schwer deutbar
- Verhaltensauffälligkeiten, Weglauftendenzen, Abwehr der Medikamenteneinnahme, herausforderndes Verhalten erschweren die Diagnostik, Therapie und Pflege der Patienten/Patientinnen
- Sedierung oder Fixierung oft Folge einer Behandlung, die nicht die Bedürfnisse und Bedarfe der Patienten oder Patientinnen berücksichtigt
- Hoher Zeitaufwand für die Diagnostik, Begleitung zu Untersuchungen, Therapie und Pflege der Patientinnen und Patienten
- Personal nicht ausreichend geschult in der Diagnostik, Therapie und Pflege der Patientengruppe
- Schmerz wird häufig nicht erfasst und behandelt
- Pflege: Einholung von Informationen zur Pflege erfolgen nicht immer oder sind unvollständig und müssen sobald wie möglich nachgeholt werden (z. B. Checkliste, Abfrage von Ritualen, Pflegeassessment)
- Polypharmazie liegt aufgrund einer Multimorbidität der Zielgruppe häufig vor, kann Wechselwirkungen und Komplikationen wie z. B. Verhaltensauffälligkeiten auslösen
- Keine ausreichende Kontinuität des Personals; ständiger Personalwechsel kann bei Patientinnen und Patienten zu Angst und Kontrollverlust führen
- Kein systematischer berufsgruppen- und abteilungsübergreifender Austausch im Krankenhaus hinsichtlich der Diagnostik, Pflege und Behandlung der Patientinnen und Patienten

Ziel: Erreichung einer effektiven Diagnostik, Therapie und Pflege durch geschultes Personal und Vermeidung eines ständigen Personalwechsels

Lösungsvorschlag:

- Ausbildung und Fortbildung des behandelnden Personals zu Themen der Diagnostik, Therapie und Pflege der Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung
- Entwicklung von Strategien für Verhaltensauffälligkeiten und herausforderndes Verhalten (keine spontanen Untersuchungstermine, Pflegekonzepte werden ausgearbeitet, Tagesstrukturen für Menschen mit Behinderungen werden aufrechterhalten, z. B. durch Ergotherapie)
- Senkung der Sedierungs- und Fixierungsrate durch patientenzentrierte Behandlung
- Frühzeitige Einbindung einer Apothekerin oder eines Apothekers zur Prüfung und ggf. Anpassung der Medikamentenzusammensetzung mit dem Ziel eine Polypharmazie abzubauen bzw. zu vermeiden.
- bei Änderungen der Medikamentenzusammensetzung auch die ambulant behandelnde Ärztin bzw. den ambulanten behandelnden Arzt miteinbeziehen, die Betreuerin bzw. den Betreuer einbeziehen, diese/dieser muss ihr/sein Einverständnis geben, was Änderungen der Medikation angeht
- Schmerzen sollten routinemäßig anhand eines Assessment-Instruments erfasst und behandelt werden

- Kontinuität in der Behandlung und Pflege der Patientinnen und Patienten durch Bezugspflegesystem, die die Kontinuität des Pflegepersonals verantwortet und koordiniert
- Weitergabe von Informationen über den Patienten oder die Patientin im Rahmen einer multiprofessionellen Visite

Eignung der Problemfelder zur Kennzifferdefinition: ja, alle Selektionskriterien erfüllt.

Kennzifferntheema: Effektive Diagnostik, Therapie und Pflege

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
Anteil (%) des Personals einer Abteilung, welches im Umgang, der Diagnostik, der Therapie und der Pflege der Zielgruppe geschult ist (EV-KZ6)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zertifizierte Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen sind zu empfehlen, z. B. das Fortbildungsprogramm der DGMGB (siehe EV-KZ5) ▪ Inhalt der Schulungen sollten sich auf die Bereiche Umgang, Diagnostik, Therapie und Pflege fokussieren 	<p>Zähler: Anzahl des geschulten Personals aus den durch die Vertragspartner festgelegten Abteilungen</p> <p>Nenner: Gesamtanzahl des Personals aus den durch die Vertragspartner festgelegten Abteilungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9
Anteil (%) der Patientinnen oder Patienten, die sediert oder fixiert wurden (EV-KZ7)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiheitsentziehende Maßnahmen wie Sedierungen oder Fixierungen, sollten soweit wie möglich vermieden werden ▪ Vergleich des Anteils der Patientinnen oder Patienten vor und nach Konzeptimplementierung bzw. mit einer Vergleichsgruppe ▪ Risikoadjustierung je nach Charakteristika der Zielgruppe sinnvoll 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: sedierte oder fixierte Patientinnen oder Patienten ▪ Nenner: alle Patientinnen oder Patienten der Zielgruppe ▪ Datenquelle: Erfassung der Sedierung und/oder Fixierung durch das Krankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9
Anteil (%) der Patientinnen oder Patienten, bei denen Schmerz erfasst wird (EV-KZ8)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schmerz wird oft nicht erfasst und daher auch nicht behandelt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Schmerz-Assessment erfolgt ist 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein zielgruppenspezifisches Schmerz-Assessment sollte anhand eines validierten Instruments stattfinden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ▪ Dokumentation durch die Leistungserbringer 	
<p>Anteil (%) der Patientinnen und Patienten, bei denen eine Prüfung der Medikamentenzusammensetzung erfolgt ist, um einer Polypharmazie entgegenzuwirken (EV-KZ9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Polypharmazie kann Verhaltensauffälligkeiten auslösen, zu Wechselwirkungen und Komplikationen führen ▪ Prüfung sinnvoll bei Patientinnen und Patienten, die mindestens 6 verschiedene Wirkstoffe einnehmen (Masnoon et al. 2017, AQUA 2015); (Verwendung der ATC-Kodes der World Health Organisation – WHO) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen eine Prüfung der Medikamentenzusammensetzung erfolgt ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe mit mindestens 6 verschiedenen ATC-Kodes ▪ Datenquelle: Erfassung der Arzneimittelgruppen anhand des Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikationssystems (ATC) durch das Krankenhaus oder über Sozialdaten bei den Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9
<p>Anteil (%) der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Pflegeassessment durchgeführt wurde (EV-KZ10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeassessment anhand eines validierten Instruments sinnvoll ▪ Sollte bei Aufnahme oder Einweisung, so früh wie möglich durchgeführt werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Pflegeassessment durchgeführt wurde ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
Anteil (%) der Patientinnen und Patienten, die Personalkontinuität in der Pflege erfahren haben (EV-KZ11)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ständiger Personalwechsel kann bei Patientinnen und Patienten Angst und Kontrollverlust auslösen ▪ Personalkontinuität: ▪ Zielwerte für die maximal akzeptable Anzahl an Pflegefachkräften pro Patientin/Patient pro Tag festlegen ▪ Alternativ kann auch die durchschnittliche Anzahl verschiedener Pflegekräfte pro Patientin/Patient und Tag gemessen werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenquelle: Dokumentation durch die Leistungserbringer ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten mit Personalkontinuität in der Pflege ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe Oder: ▪ Analyse der Veränderung der durchschnittlichen Anzahl der Pflegekräfte pro Patient pro Tag vor/nach dem Konzept oder im Vergleich zur Vergleichsgruppe ▪ Datenquelle: Dokumentation durch die Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderungen erfüllt: alle Eignungskriterien 1–9

9.1.4 Identifizierte Problematik bei Krankenhausentlassung und abgeleitete Kennziffern

Problem: defizitäres Entlassmanagement

- Ein defizitäres Entlassmanagement zeigt sich laut Expertengruppe darin, dass Patientinnen und Patienten im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt aufgrund fehlender Planung und Weitergabe von Informationen keine angemessene Betreuung, Pflege und daher auch keine Kontinuität in der Behandlung erfahren.
- Infolgedessen kommt es zu Komplikationen und unnötigen Wiedereinweisungen der Patientinnen oder Patienten, deren Gründe nicht-medizinischer Art sind und die auf ein defizitäres Entlassmanagement zurückzuführen sind.
- Gründe für ein defizitäres Entlassmanagement sind:
 - Entlassplanung wird zu kurzfristig begonnen
 - Keine Prüfung, inwieweit eine Weiterbehandlung von komplex beeinträchtigten Patientinnen und Patienten in ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung oder bei einem Spezialisten notwendig ist. Eine Einschätzung ist frühzeitig notwendig und Informationen sollten frühzeitig gesammelt werden
 - Es gibt keinen Case Manager oder Lotsinnen bzw. Lotsen, die die Organisation der nachfolgenden Versorgung übernehmen
 - Die erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Pflege und Behandlung des Patienten oder der Patientin werden nicht oder nicht rechtzeitig oder fehlerhaft an die relevanten Stellen (weiterbehandelnde/r Ärztin/Arzt, Dienst, Einrichtung der Behindertenhilfe, Betreuerin/Betreuer, Angehörige, Patientin/Patient) weitergeleitet.
 - Nahtlose Versorgung mit Medikamenten kann nicht gewährleistet werden
 - Entlassbrief wird nicht weitergeleitet
 - Keine Absprachen über den Entlasszeitpunkt mit den Angehörigen, dem Dienst oder der Einrichtung
 - Abschlussgespräch mit Betreuerin/Betreuer findet nicht statt und Erklärung der Weiterbehandlung fehlt
 - Entlasszeitpunkt wird nicht eingehalten
 - Es ist ein Problem, wenn keine nahtlose häusliche Krankenpflege organisiert ist
 - Es besteht keine Möglichkeit einer sozialmedizinischen Nachsorge zur Pflegeüberleitung, um den Übergang der stationären Versorgung in das häusliche Umfeld zu erleichtern

Ziel:

Krankenhaus setzt sich für eine lückenlose Anschlussversorgung ein, um eine kontinuierliche Behandlung und Pflege des Patienten oder der Patientin zu gewährleisten

Lösungsvorschlag:

- Frühzeitige Vorbereitung und Planung der nachstationären Versorgung
- Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt:
 - Festlegung der Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements

- Ein Entlassungsverantwortlicher im Krankenhaus („Lotse“) kann dabei helfen, alle prozess-
teilnehmenden Leistungserbringer, die Angehörigen, sowie die Betreuerinnen/Betreuer zu
informieren:
 - über alle relevanten Vorgänge, die wesentlichen Erkenntnisse aus dem Krankenhausauf-
enthalt inklusive der Nachsorge
 - über praktische und organisatorische Details der Rückkehr in die Häuslichkeit
 - die Lotsin / der Lotse begleitet die Patientin / den Patienten bei der Entlassung und steht
für Rückfragen zur Verfügung
- Möglichkeit einer sozialmedizinischen Nachsorge (Überleitpflege)
- Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen

Die Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfe sind erkannt und Maßnahmen werden im Krankenhaus initiiert und auch an die nachsorgenden Leistungserbringer kommuniziert bzw. die Maßnahmen mit diesen abgesprochen, z. B: Termine mit nachsorgenden Ärztinnen/Ärzten werden vereinbart, Medikamente werden ausgestellt und die nachsorgenden Ärztinnen/Ärzte über die Änderungen in der medikamentösen Behandlung informiert.

- Verbindliche Kommunikation und Kooperation zwischen dem Krankenhaus und anderen pro-
zessteilnehmenden Leistungserbringern wie dem Dienst oder der Einrichtung der Eingliederungshilfe, den nachsorgenden niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und auch den Angehörigen oder dem gesetzlichen Betreuer.
- Im Rahmen der Kommunikation sollten
 - alle am Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringer, die Angehörigen, die Betreuerinnen und Betreuer berücksichtigt werden,
 - die relevanten Informationen zur Verfügung gestellt werden,
 - diese Informationen sollten vollständig sein und
 - sollten zeitnah weitergeleitet werden.

Die folgenden vorgeschlagenen Kennziffern orientieren sich auch an den Ergebnissen der Konzeptskizze des AQUA Instituts zum Thema Entlassungsmanagement (AQUA 2015) und an den Vorschläge des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin hinsichtlich eines effektiven Schnittstellenmanagements (ÄZQ 2012).

Kennzifferntheema: Effektives Entlassmanagement

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
Umsetzung der Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement (EV-KZ12)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassmanagements sind festgelegt ▪ Entlassungsverantwortlicher zur Koordination des Entlassungsprozesses wurde benannt ▪ Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung ▪ Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzung ja/nein ▪ Dokumentation durch Leistungserbringer, Nachweis durch Dokumente möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Eignungskriterien erfüllt
Anteil (%) der Patientinnen und Patienten, für die die Anforderungen an ein effektives Entlassmanagement erfüllt wurden, um eine lückenlose Anschlussversorgung zu ermöglichen (EV-KZ13)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitergabe und Ausstellung der Informationen an die Patientinnen und Patienten, die Angehörigen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Betreuerinnen und Betreuer sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Dienstes oder der Einrichtung der Behindertenhilfe ▪ Die Informationsweitergabe sollte vollständig sein, d. h. alle relevanten Informationen umfassen und rechtzeitig erfolgen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die die Anforderungen an ein effektives Entlassmanagement erfüllt wurden ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ▪ Datenquelle: Dokumentation durch die Leistungserbringer ▪ Stichprobenhafter Nachweis durch Unterlagen ▪ Ggf. Festlegung eines Schwellenwerts für die Bewertung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kriterien 1–4 und 6–7: ja; Kriterien 5 und 8: eine zuverlässige Dokumentation ist Voraussetzung für eine valide Auswertung der Kennziffer

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfohlen wird die Verwendung einer Checkliste mit den dort definierten Kriterien zur Anforderungserfüllung (ÄZQ 2012): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Anforderungen an einen Entlassbrief sollten definiert werden ▫ Informationsübergabe zu Medikamentenanpassungen an die nachsorgenden Leistungserbringer ▫ Erfüllung der Zeitfristen für die Informationsweiterleitung und Weitergabe der Dokumente an die nachsorgenden Leistungserbringer, Pflegeheim etc. (z. B. wird der Patientin / dem Patienten der Entlassbrief am selben Tag mitgegeben) 		
Anteil (%) der Patientinnen und Patienten, die keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung hatten (EV-KZ14A)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Studien belegen (AQUA 2015), dass ein defizitäres Entlassmanagement sich auf die Zahlen der ambulanten Notfallbehandlungen auswirken. ▪ Die ambulante Notfallversorgung wird durch den vertragsärztli- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Notfallbehandlung hatten ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ▪ Erfassung: Sozialdaten bei den Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kriterien 1–7 und 9: erfüllt; Kriterium 8: Validität mag zunächst einmal eingeschränkt sein, da alle ambulanten Notfallbehandlungen erfasst werden; aber: die Auswertung wird unter der Annahme getroffen, dass die Situation Vorher-Nachher bzw. im

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
	<p>chen Bereitschaftsdienst der Kas- senärztlichen Vereinigungen so- wie durch die an der Notfallver- sorgung teilnehmenden Krankenhäuser sichergestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu identifizieren sind die Notfälle mit den Notfallpauschalen der GOP 01210, 01212, 01214, 1216, 01218 	<p>Oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Befragung der Betreuer/Angehö- rigen oder Patienten 	<p>Vergleich mit einem anderen Krankenhaus dieselbe ist; das einzige was sich ändert ist die Einführung von Maßnahmen im Rahmen eines Konzepts. Eine zu- sätzliche Risikoadjustierung ist sehr sinnvoll, um eine Vergleich- barkeit herzustellen.</p>
<p>Anteil (%) der Patientinnen und Pa- tienten mit Wiederaufnahmen in- nerhalb von 30 Tagen nach Entlas- sung (EV-KZ14B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Studien, die belegen (AQUA 2015), dass ein defizitäres Ent- lassmanagement zu einem An- stieg der Wiederaufnahmen führt ▪ Grund für Einweisung: defizitäres Entlassungsmanagement ⇒ Ziel: Verringerung der Anzahl der Wiedereinweisungen z. B: durch ein verbessertes Überleitma- nagement ▪ Stichproben der Vergleichsgrup- pen sollten vergleichbar sein hin- sichtlich der Diagnosen, Art der Behandlung, Krankheitsschwe- regrad, Patientencharakteristika. ▪ Risikoadjustierung notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen wiederaufgenommen wurden ▪ Nenner: alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ▪ Erfassung über Sozialdaten bei den Krankenkassen (diagnoseun- abhängige krankenhäuserübergrei- fende Abbildung der Wiederauf- nahmen) und zusätzlich Informationslieferung der Kran- kenhäuser, ob ein Patient inner- halb von 30 Tagen wiederaufge- nommen wurde (diagnoseunabhängig) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kriterien 1–7 und 9: erfüllt; Krite- rium 8: Validität mag zunächst einmal eingeschränkt sein, da mit der Datenerfassung alle Wie- dereinweisungsgründe erfasst werden; aber: die Auswertung wird unter der Annahme getrof- fen, dass die Situation Vorher- Nachher bzw. im Vergleich mit einem anderen Krankenhaus die- selbe ist; was sich ändert ist al- lein die Einführung von Maßnah- men im Rahmen eines Konzepts. Eine zusätzliche Risikoadjustie- rung ist sehr sinnvoll, um eine Vergleichbarkeit herzustellen.

9.1.5 Ableitung anderer themenübergreifender Kennziffern struktureller und prozeduraler Art

Problem: Inadäquate Rahmenbedingungen struktureller und prozeduraler Art

Ziel: Umsetzung der Strukturen und Prozesse, die für eine Erfüllung der Bedürfnisse und Bedarfe der Patientinnen und Patienten notwendig sind

Lösungsvorschlag:

- Schulungen des Personals in den Bereichen:
 - Effektives Aufnahme- und Entlassmanagement
 - Diagnostik, Therapie, Pflege bei Menschen mit geistiger Behinderung
 - Verbesserte Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten
 - Anwendung von Kommunikationshilfen
 - Respekt- und würdevoller Umgang mit den Patientinnen und Patienten
 - Wahrung der Rechte der Patientinnen und Patienten
 - Akzeptable Wartezeiten und Einhaltung von Terminen
- Angst- und Stressreduktion durch entsprechende Räumlichkeiten
 - Einzelzimmer
 - Ruhige Wartebereiche
 - Platz für mitaufgenommene Bezugsperson
- Ausreichend Personal
- Schaffung der Rahmenbedingungen zur Mitnahme einer Bezugsperson oder einer 1:1-Betreuung, falls notwendig
 - Rooming-In
- Einhaltung von Terminen (zur Reduktion der Angst und des Kontrollverlusts bei Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung)
- Reduktion der Wartezeiten durch Einführung einer zur Manchester-Triage zusätzlichen Triage-Ebene
- Barrierefreiheit

Eignung zur Kennzifferdefinition: ja, alle 4 Selektionskriterien sind laut Expertinnen und Experten erfüllt

Kennzifferntheme. Übergeordnete Kennziffern der Struktur- und Prozessqualität

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
Umsetzung eines Maßnahmenbündels zur Optimierung von übergreifenden Strukturen und Prozessen im Krankenhaus (EV-KZ15)	<p>Je nach Konzept Formulierung eines Maßnahmenbündels:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung einer zusätzlichen Triage-Ebene (zur Manchester-Triage) zur Reduktion der Wartezeiten ▪ Möglichkeit der Aufnahme einer Bezugsperson ▪ Vorhaltung von Räumlichkeiten (Rooming-In, ruhiger Wartebereich) ▪ Barrierefreiheit ▪ Zertifikate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzung ja/nein ▪ Dokumentation durch die Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ erfüllt: Eignungskriterien 1–9

Kennzifferntheme: Übergeordnete Kennziffern der Ergebnisqualität

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
Anteil (%) der Patientinnen oder Patienten, deren aufgenommene Bezugsperson, die eine positive Patientenerfahrung angeben (EV-KZ16)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung des objektivierbaren Konstrukts der Patientenerfahrung anhand eines Instruments, welches für diese Zielgruppe bzw. deren Angehörige geeignet ist. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten bzw. der aufgenommenen Bezugspersonen, die den vereinbarten bzw. empfohlenen Zielwert des Fragebogens erreichen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ erfüllt: Eignungskriterien 1–9; Kriterium 7: Reliabilität nur bei hoher Rücklaufquote garantiert, diese sollte vorab festgelegt werden, z. B. 80 % der Zielgruppe

Kennziffer	Beschreibung	Messung	Erfüllung der Eignungskriterien
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Themen, die für die Patientenerfahrung relevant sind: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Effektives Aufnahme- und Entlassmanagement ▫ Diagnostik, Therapie, Pflege bei Menschen mit geistiger Behinderung ▫ Verbesserte Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten ▫ Anwendung von Kommunikationshilfen ▫ Respekt- und würdevoller Umgang mit den Patientinnen und Patienten ▫ Wahrung der Rechte der Patientinnen und Patienten ▫ Akzeptable Wartezeiten und Einhaltung von Terminen ▫ Barrierefreiheit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenner: Alle befragten Patientinnen oder Patienten bzw. Angehörigen der Zielgruppe ▪ Datenquelle: Patientenbefragung oder alternativ Befragung der Angehörigen 	

Anhang

Organisationsplan

Der Organisationsplan zur Umsetzung relevanter Arbeitsschritte ist im Folgenden dargestellt.

Tabelle 5: Fristen zur Umsetzung der Arbeitsschritte

Phase	Arbeitsschritt	Frist zur Umsetzung
Vorbereitung des Workshops	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reservierung der Räume für den Workshop 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ende Juni 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation der Verpflegung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ende Juni 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schreiben an den G-BA mit Bitte zur Benennung von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern ▪ Erstellung eines Anschreibens an die Patientenvertreter und Patientenvertreterinnen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ende Juni 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung einer Strategie zur Identifikation von Fachexpertinnen und Fachexperten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juli 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung eines Anschreibens an die Vertragspartner und Vertragspartnerinnen und Fachexpertinnen und Fachexperten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfang August 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung der Workshop-Materialien für eine Anmeldung der Vertragspartnerinnen und Vertragspartner ▪ Formblatt, anhand dessen strukturierte Angaben zu den eigenen Versorgungskonzepten gemacht werden können 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfang August 2018

Phase	Arbeitsschritt	Frist zur Umsetzung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennziffern-Raster zur Einreichung eines ersten Entwurfs an Kennziffern 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufruf zur Bewerbung für Fachexperten und Fachexpertinnen für eine Teilnahme am Workshop 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitte August 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeit zur Anmeldung potenzieller Vertragspartnerinnen und Vertragspartner auf der Internetseite des IQTIG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitte August 2018 – Anfang September 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Präsentationsgestützte Vorbereitungsveranstaltung für Patientenvertreterinnen und -vertreter zur Einführung in die Thematik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfang September 2018
Durchführung des Workshops (10. September 2018)		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Materialien erstellt (Tagessordnung, Selektionskriterien) und für Workshop-Teilnehmer gedruckt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfang September 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Präsentation zur Einführung in den Workshop erstellt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfang September 2018
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stattfinden des Workshops 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10. September 2018
Nachbearbeitung des Workshops		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufarbeitung der Ergebnisse und Erstellung des Addendums 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 28. September 2018

Tagesordnung

TOP 1	10:00 – 10:30 Uhr	Begrüßung und Vorstellung der Teilnehmer
TOP 2	10:30 – 11:00 Uhr	Zielsetzung und methodisches Vorgehen im Rahmen des Workshops
	11:00 – 11:15 Uhr	<i>Pause</i>
TOP 3	11:15 – 12:45 Uhr	Versorgungspfad 1 Identifikation von Problemen der aktuellen Versorgungspraxis Bewertung der Merkmale anhand von Selektionskriterien
	12:45 – 13:45 Uhr	<i>Mittagspause</i>
TOP 4	13:45 – 14:45 Uhr	Versorgungspfad 1 Identifikation von Problemen der aktuellen Versorgungspraxis Bewertung der Merkmale anhand von Selektionskriterien
	14:45 – 15:10 Uhr	Pause
TOP 5	15:10 – 17:30 Uhr	Versorgungspfad 1 Identifikation von Problemen der aktuellen Versorgungspraxis Bewertung der Merkmale anhand von Selektionskriterien
TOP 6	17:30 – 18:00 Uhr	Ausblick, Feedback und Verabschiedung

Literatur

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Stand: 17.09.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-022. URL: https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Entlassungsmanagement/Bericht_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf (abgerufen am: 12.02.2018).
- ÄZQ [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin] (2012): Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren. [Stand:] März 2012. Berlin: ÄZQ. URL: <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf> (abgerufen am: 27.09.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V: Entwicklung eines Evaluationskonzeptes zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 Satz 2 und 3 SGB V. [Stand:] 15.12.2016. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2809/2016-12-15_IQTIG-Beauftragung_Evaluationskonzept_Entwicklung-Versorgungsqualitaet.pdf (abgerufen am: 25.09.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. BAnz AT 08.06.2017 B4. [Stand:] 18.05.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2960/2017-05-18_Qualitaetsvertraege-Festlegung-Leistungsbereiche_BAnz.pdf (abgerufen am: 25.09.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V. [Stand:] 21.06.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3377/2018-06-21_IQTIG-Beauftragung_Evaluation%20Qualitaetsvertraege.pdf (abgerufen am: 25.09.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017a): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (abgerufen am: 30.11.2017).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017b): Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Evaluationskonzept zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Abschlussbericht. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Evaluationskonzept-Qualitaetsvertraege_Abschlussbericht-mit-Addendum_2018-08-17.pdf (abgerufen am: 26.09.2018).
- Masnoon, N; Shakib, S; Kalisch-Ellett, L; Caughey, GE (2017): What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics* 17(1): 230. DOI: 10.1186/s12877-017-0621-2.

Sappok, T; Zepperitz, S; Barrett, BF; Došen, A (2018): SEED: Skala der Emotionalen Entwicklung - Diagnostik. Manual. Bern: Hogrefe.

Zepperitz, S (2018): Das Alter der Gefühle. Der entwicklungspsychologische Ansatz als erweiterter Blick in der psychiatrischen Diagnostik und alltagstaugliches Konzept in der Behindertenhilfe. [Stand:] 03.05.2018. Berlin: KEH [Königin Elisabeth Herzberge gGmbH], Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité. URL: https://www.lups.ch/fileadmin/files/pdfs/Downloads/Referate_WB/2018-05-03_HPF_Referat_SEO_Sabine_Zepperitz.pdf (abgerufen am: 26.09.2018).

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

Information zu Projektplänen und zur Registrierung der Qualitätsverträge

Stand: 8. November 2018

Für jeden (geplanten) Qualitätsvertrag ist nach § 8 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung (im Weiteren „Rahmenvereinbarung“ genannt) ein Projektplan durch die Vertragspartner vorzulegen. In der Rahmenvereinbarung ist auch die Einhaltung der Inhalte des Projektplans durch die Vertragspartner als verpflichtend geregelt.

Der Projektplan soll den Vertragspartnern als gemeinsames Pflichtenheft dienen. Das IQTIG nutzt die im Projektplan enthaltenen Informationen dazu, die weiteren Schritte der Evaluation zielgerichtet vorzubereiten und um das Instrument Qualitätsverträge nach § 110a SGB V übergreifend zu bewerten. Zur Erstellung des Projektplans ist die entsprechende Vorlage gemeinsam durch die Vertragspartner zu bearbeiten, ggf. sind dort genannte Anlagen zur Ergänzung des Projektplans zu erstellen.

Nach abgeschlossener Ausarbeitung (siehe Prozessplan, Kapitel 1) sind die Vertragspartner gebeten, die Dokumente (vollständig ausgefüllter Projektplan sowie ergänzende formale und formlose Anlagen) an das IQTIG (qualitaetsvertraege@iqtig.org) zu übermitteln. Darüber hinaus ist für jede im Projektplan unter *Vertragspartner* genannte Ansprechpartnerin und jeden genannten Ansprechpartner ein unterschriebenes Einwilligungsformular an die Postadresse¹ des IQTIG zu schicken. Dies ist notwendig, um das IQTIG dazu zu berechtigen, die entsprechenden personenbezogenen Daten zu nutzen. Ohne diese Berechtigung kann das IQTIG keine Informationen an die angegebenen Vertragspartner übermitteln oder Kontakt mit diesen aufnehmen.

Die Vertragspartner erhalten nach Eingang des Projektplans beim IQTIG innerhalb von drei Werktagen² eine Empfangsbestätigung per E-Mail, in der ggf. auf fehlende Dokumente und Angaben hingewiesen wird, die anschließend noch nachgeliefert werden können.

Anschließend prüft das IQTIG den eingereichten Projektplan dahingehend, ob die Mindestanforderungen, die die Durchführung der Evaluation des Instruments Qualitätsverträge gewährleisten sollen, erfüllt sind (Näheres hierzu kann dem nachfolgenden Kapitel 2 entnommen werden). Die Prüfung beträgt in der Regel vier Wochen, falls der Projektplan die

¹ Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) | – Qualitätsverträge – | Katharina-Heinroth-Ufer 1 | 10787 Berlin

² Werkzeuge sind Montag bis Freitag

Mindestanforderungen erfüllt. Falls es während der Anlaufzeit (bis 30. Juni 2019) zu einem erhöhten Aufkommen an eingehenden Projektplänen kommen sollte, ist es möglich, dass sich dieser Zeitraum verlängert. Die Prüfung erfolgt nacheinander durch zwei Prüfer. Die Ergebnisse werden entsprechend dokumentiert. Anschließend wird aus dem Projektplan inkl. der Dokumentation der Prüfung ein PDF-Dokument erstellt.

Falls die Mindestanforderungen nicht erfüllt sein sollten, erfolgt eine Information per E-Mail an die Vertragspartner mit entsprechenden Hinweisen und der Bitte um Überarbeitung und Neueinreichung.

Falls die Mindestanforderungen erfüllt sind, bereitet das IQTIG ein Formular zur Registrierung des Qualitätsvertrags (Registrierungsformular für Qualitätsverträge) vor. Die Vertragspartner erhalten per E-Mail eine Bestätigung der Erfüllung der Mindestanforderungen gemeinsam mit dem Projektplan (PDF-Dokument) und dem Formular.

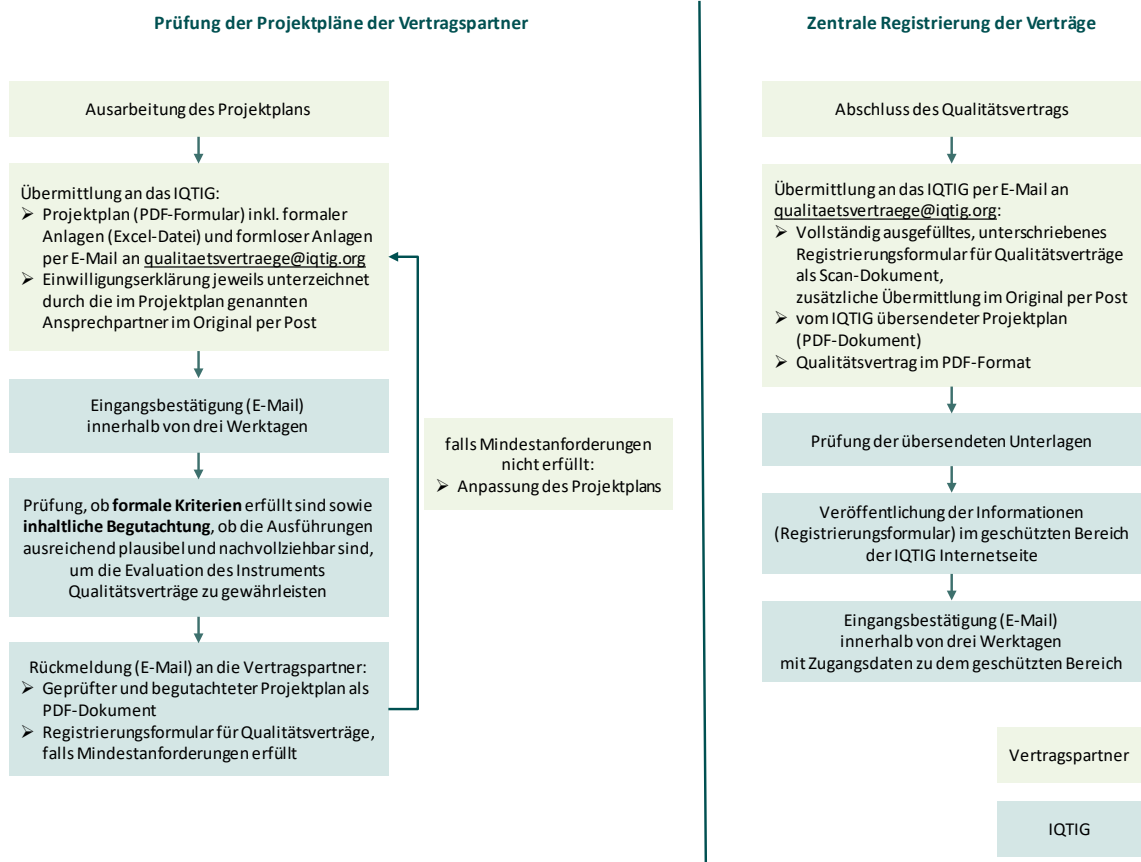
Anschließend kann der Qualitätsvertrag registriert werden. Hierzu benötigt das IQTIG das ausgefüllte Registrierungsformular für Qualitätsverträge, den vom IQTIG an die Vertragspartner übersendeten Projektplan (PDF-Dokument) sowie den Qualitätsvertrag im PDF-Format. Bei erfolgreicher Überprüfung der Unterlagen wird innerhalb von drei Werktagen die Registrierung des Vertrags per E-Mail bestätigt.

Die im Registrierungsformular für Qualitätsverträge hinterlegten Angaben werden im geschützten Bereich der IQTIG-Internetseite in einer Übersicht der abgeschlossenen Qualitätsverträge den in § 6 Absatz 4 Satz 4 Rahmenvereinbarung genannten Akteuren zugänglich gemacht. Mit der Bestätigung der Registrierung werden den Vertragspartnern entsprechende Zugangsdaten übermittelt.

Falls sich während der Laufzeit Änderungen ergeben, sind die Vertragspartner gebeten, diese dem IQTIG schriftlich in Form eines angepassten Projektplans nach den oben genannten Übermittlungsmodalitäten mitzuteilen. Auch bei einer außerordentlichen Kündigung des Qualitätsvertrags ist das IQTIG zu informieren. Hierbei ist die Kündigung zu begründen (§ 8 Absatz 6 Satz 3 und 4 Rahmenvereinbarung).

Weitere Informationen erhalten Sie auf der [Internetseite](#) des IQTIG. Fragen zu Erstellung des Projektplans und zur Registrierung können per E-Mail an qualitaetsvertraege@iqtig.org gerichtet werden.

1 Prüfprozess



2 Checkliste

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet außer den *Anforderungen* an den Projektplan in der Spalte *Darlegung*, ob entsprechende Antwortkategorien zur Verfügung stehen oder freitextliche Angaben möglich sind. Die Spalten *Formale Kriterien* und *Inhaltliche Begutachtung* spiegeln die Prüfung durch das IQTIG wider, hierbei gilt:

1. Die *Formalen Kriterien* sind aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung (im Weiteren „Rahmenvereinbarung“ genannt) verbindlich von den Vertragspartnern zu berücksichtigen. Übergreifend gehört zu den formalen Kriterien auch die Vollständigkeit des Projektplans.
2. Die *Inhaltliche Begutachtung* prüft, ob die inhaltlichen Angaben im Sinne der Evaluation plausibel und nachvollziehbar dargestellt sind.

Die Einhaltung der formalen Kriterien, die Vollständigkeit des Projektplans sowie gegebene Plausibilität und Nachvollziehbarkeit sind als Mindestanforderungen aufzufassen, die erforderlich sind, um die Evaluation des Instruments Qualitätsverträge zu gewährleisten. Die Prüfung des Projektplans durch das IQTIG hat zum Ziel, die Erfüllung dieser Mindestanforderungen festzustellen und den Vertragspartnern zu bestätigen.

Anforderung	Darlegung	Formale Kriterien	Inhaltliche Begutachtung
Allgemeines			
Projekttitle	Bitte geben Sie einen Projekttitle an.	keine	entfällt
Leistung/ Leistungsbereich	Bitte geben Sie die Leistung bzw. den Leistungsbereich an.	keine	entfällt
Laufzeit	Bitte geben Sie die Laufzeit des Qualitätsvertrags an. Hinweis: Qualitätsverträge sind zu befristen (§ 6 Absatz 3 Satz 1 Rahmenvereinbarung). Die maximale Laufzeit ist (voraussichtlich) auf den Zeitraum vom 01.07.2019 bis zum 30.06.2023 begrenzt (§ 5 Absatz 2 Satz 2 Rahmenvereinbarung).	Angegebene Laufzeit liegt im nach § 5 Absatz 2 Rahmenvereinbarung bestimmten Zeitraum und ermöglicht einen	entfällt

			angemessenen Zeitraum zur Datenerhebung.	
Vertragspartner	Bitte machen Sie Angaben zu Ihnen als Vertragspartner.	<p>Krankenhausträger</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Name ▪ Straße, Hausnummer ▪ PLZ, Ort ▪ Ansprechpartner (Anrede, Titel, Vorname, Name, Dienststellung, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) <p>Beteiligtes/beteiligte Krankenhaus/Krankenhäuser (Anlage 1)</p> <p>Krankenkasse/n</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Name ▪ Straße, Hausnummer ▪ PLZ, Ort ▪ Ansprechpartner (Anrede, Titel, Vorname, Name, Dienststellung, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) 	keine	entfällt

Weitere Qualitätsverträge	Bitte geben Sie als Krankenhausträger an, ob Sie weitere Qualitätsverträge abgeschlossen haben bzw. abzuschließen beabsichtigen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein, noch kein Qualitätsvertrag abgeschlossen. ▪ Ja, bereits mehrere/einen Qualitätsverträge/-vertrag abgeschlossen. ▪ Ja, es ist beabsichtigt, mehrere/einen weitere/n Qualitätsverträge/-vertrag abzuschließen. 	keine	entfällt
Zielgruppe	Bitte beschreiben Sie die Zielgruppe des Qualitätsvertrags. Falls möglich, grenzen Sie diese bitte durch die Angabe entsprechender ICD-10/OPS-Kodes oder weiterer Merkmale (z. B. Alter) ein. Bitte geben Sie (jeweils) die im Rahmen des Qualitätsvertrags erwartete, jährliche Fallzahl an. Hinweis: Die Zielgruppen der jeweiligen Leistung bzw. des jeweiligen Leistungsbereichs sind in den Tragenden Gründen ³ beschrieben.	Freitext	Inhalte des Qualitätsvertrags stimmen mit der Definition des entsprechenden Leistungsbereichs überein. ⁴	ja
Hintergrund und Umfeld	Bitte beschreiben Sie die bisherige Versorgung im betreffenden Versorgungskontext: <ul style="list-style-type: none"> ▪ reguläre Versorgungspraxis 	Freitext	Keine	ja

³ Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2960/> (abgerufen am 25.09.2018).

⁴ Siehe Tragenden Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Jeweils Kapitel *Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten*.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ beteiligte Akteure ▪ Problemaufriss (beispielsweise bestehende Unter-, Fehl-, Überversorgung) 			
Qualitätsziele	<p>Bitte legen Sie die Qualitätsziele des Qualitätsvertrags dar. Hinweis: Die Qualitätsziele aus den Tragenden Gründen sind hierbei ganz oder teilweise festzulegen (§ 7 Absatz 1 Satz 2 Rahmenvereinbarung).</p>	Freitext	Die entsprechenden Qualitätsziele aus den Tragenden Gründen sind abgebildet.	ja
Qualitätsanforderungen	<p>Bitte legen Sie die Qualitätsanforderungen dar. Hinweis: Qualitätsanforderungen konkretisieren die Qualitätsziele. Sie legen dar, wie das entsprechende Qualitätsziel erreicht werden soll. Nach Möglichkeit wird das Was, Wer, Wo und Wann beantwortet (z. B.: Die Pflegekraft führt bei Personen über 65 Jahren, für die eine kardiologische Operation geplant ist, am präoperativen Tag ein Delir-Screening durch.).</p>	Freitext	Keine	ja

Interventionskonzept

Interventionen	<p>Bitte beschreiben Sie die Maßnahmen⁵, anhand derer eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden soll. Berücksichtigen Sie hierbei bitte soweit möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stand der Forschung, zugrundeliegende Evidenz, Genese der Maßnahmen ▪ innovative Charakteristika im Vergleich zur bisherigen Versorgung 	Freitext	keine	ja
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------	----

⁵ Hiermit sind die Maßnahmen beim Leistungserbringer gemeint (z. B. Anschaffungen, Schulungen, Untersuchungen) und nicht unmittelbare Bestandteile des Anreiz-Modells (wie zusätzliche Vergütungen etc.).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu erwartende Effekte ▪ Wirkzusammenhang zwischen Maßnahmen und zu erwartenden Effekten inkl. der erwarteten Zeithorizonte 			
Mehraufwände	<p>Bitte beschreiben Sie Mehraufwände durch die Interventionen bzw. Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal-, Sach-, Investitionsaufwände/-kosten ▪ Information der Beteiligten (z. B. Mitarbeitende, Patientinnen/Patienten) <p>Bitte beschreiben Sie darüber hinaus, ob es Regelungen gibt zum Umgang mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investitionskosten (innerhalb/außerhalb des Anreiz-Modells) sowie ▪ (Mehr)Aufwänden, die durch die Evaluation verursacht werden (z. B. durch zusätzliche Dokumentation). 	Freitext	keine	ja
Potentiell, unerwünschte Effekte	<p>Bitte benennen Sie potentiell unerwünschte Effekte durch die Interventionen bzw. Maßnahmen.</p> <p>Hierzu zählen u. a. Risiken und Nachteile, die sich durch die Interventionen bzw. Maßnahmen sowohl auf Patienten- als auch auf Systemebene ergeben können (z. B. Risiken durch mangelnde Routine/Erprobung, mögliche Überversorgung, Verunsicherung der Patientin/des Patienten, Mehrbelastung des ärztlichen/pflegerischen Personals)</p>	Freitext	keine	ja
Ethikvotum	Bitte fügen Sie dem Projektplan ggf. ein Ethikvotum bei. ⁶	formlose Anlage 8	keine	entfällt

⁶ Grundsätzlich obliegt es den Vertragspartnern, festzustellen, ob ein Ethikvotum erforderlich ist.

Evaluationsdesign				
Organisationsform ⁷	Bitte geben Sie die (geplante) Organisationsform an.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zentral ▪ dezentral 	keine	entfällt
Evaluationskennziffern	Bitte machen Sie in der entsprechenden Anlage Angaben bezüglich der eingesetzten Evaluationskennziffern ⁸ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endoprothetische Gelenkversorgung (Anlage 2) ▪ Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten (Anlage 3) ▪ Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Anlage 4) ▪ Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus (Anlage 5) ▪ Weitere Evaluationskennziffern (Anlage 6) 	Anlagen Falls verbindliche ⁹ Evaluationskennziffern nicht zutreffend sind, ist dies in der zutreffenden Anlage zu begründen.	Die Vertragspartner verwenden die nach der Rahmenvereinbarung verbindlichen Evaluationskennziffern. Abweichungen hiervon sind plausibel und nachvollziehbar.	ja
Datengrundlage	Bitte benennen und beschreiben Sie – falls zutreffend – weitere Datenquellen neben der Leistungserbringerdokumentation/Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Sie in die Evaluation einbeziehen.	Freitext	keine	ja

⁷ Die Organisationsform bestimmt darüber, ob die erhobenen Daten zur Bestimmung der Evaluationskennziffern zentral vom IQTIG oder dezentral von den Vertragspartnern ausgewertet werden. Dies gilt für die im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 dargelegten Evaluationskennziffern (§ 7 Absatz 2 Satz 3 Rahmenvereinbarung). Durch die Vertragspartner entwickelte Evaluationskennziffern sind grundsätzlich dezentral zu behandeln.

⁸ Die im Rahmen des Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 entwickelten Evaluationskennziffern sind verbindlich durch die Vertragspartner zu erheben (§ 7 Absatz 2 Satz 3 Rahmenvereinbarung). Darüber hinaus können durch die Vertragspartner eigene Evaluationskennziffern entwickelt werden.

⁹ Evaluationskennziffern bzw. ergänzende Daten, die in den entsprechenden Anlagen als obligatorisch bezeichnet sind, sind verbindlich. Solche, die als fakultativ bezeichnet sind, sind nicht verbindlich. Im Leistungsbereich „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“ sind darüber hinaus nur die Kennziffern verbindlich, die in den jeweiligen Anwendungsbereich fallen.

<p>Nullwert-/Vergleichsmessung</p>	<p>Bitte skizzieren und begründen Sie die Erhebung der Daten zu vergleichenden Zwecken hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ der eingesetzten Methode(n) ▪ der Wahl der Erhebungszeiträume ▪ der erwarteten Fallzahlen ▪ des Umgangs mit Störfaktoren (z. B. Risikoadjustierung) ▪ des Umgangs mit möglichen Einflüssen der Interventionen bzw. Maßnahmen auf die Nullwert-/Vergleichsmessungen (z. B. Schulung von Mitarbeitenden erst nach Abschluss der Nullwertmessung) <p>Hinweis: Um die Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags mit der Regelversorgung zu vergleichen, kann für die einzelne Evaluationskennziffer entweder eine Nullwertmessung oder Vergleichsmessung durchgeführt werden.</p> <p>Bei Nullwertmessungen sind die erforderlichen Daten im selben Umfang¹⁰ in einem zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten vor Beginn der Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags in der umsetzenden Einrichtung/den umsetzenden Einrichtungen zu erheben.</p> <p>Bei Vergleichsmessungen sind die erforderlichen Daten im selben Umfang¹¹ für den Zeitraum der Intervention bzw. den Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags zu erheben.</p>	<p>Freitext</p>	<p>Die Vertragspartner sehen angemessene Nullwert-/Vergleichsmessungen vor.</p>	<p>ja</p>
------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	---------------------------------------------------------------------------------	-----------

¹⁰ Die Erhebung von Daten zu vergleichenden Zwecken erfolgt nach denselben Kriterien und derselben Vorgehensweise (Patientenauswahl, Messinstrument etc.) wie die Erhebung nach Einführung der Intervention bzw. Maßnahmen.

¹¹ Die Erhebung von Daten zu vergleichenden Zwecken erfolgt nach denselben Kriterien und derselben Vorgehensweise (Patientenauswahl, Messinstrument etc.) wie die Erhebung in der Einrichtung/den Einrichtungen, welche die Intervention bzw. Maßnahme umsetzt/umsetzen.

	<p>Dies kann ggf. mithilfe von Sozialdaten oder bei einer Einrichtung/Einrichtungen, die das Versorgungskonzept nicht umsetzen geschehen. Ist absehbar, dass in der Vergleichseinrichtung/den Vergleichseinrichtungen höhere Fallzahlen als in der Einrichtung/den Einrichtungen zustanden kommen, welche die Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags umsetzt/umsetzen, können auch Stichproben durchgeführt werden. Hierbei ist die Stichprobenziehung zu erläutern.</p> <p>Ergänzende Informationen zur Erhebung der Daten zu vergleichenden Zwecken sind dem <u>Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018</u> zu entnehmen.</p>			
Sicherung der Datenqualität	<p>Bitte geben Sie die Maßnahmen an, die Sie zur Sicherung der Datenqualität vorsehen.</p> <p>(z. B. Gewährleistung der Vollständigkeit/Vollständigkeit der Dokumentation, Überprüfung der Dokumentation)</p>	Freitext	keine	ja
Datenübermittlung	<p>Bitte berücksichtigen Sie im Zeitplan, dass die erforderlichen Daten eines Erfassungsjahres kontinuierlich, jedoch mindestens jährlich im April¹² des Folgejahres an das IQTIG zu übermitteln sind. Darüber hinaus ist eine abschließende Übermittlung nach Beendigung des Qualitätsvertrages vorzusehen.</p>	-	-	-
Datenschutzkonzept	<p>Bitte fügen Sie dem Projektplan als Anlage ein Datenschutzkonzept bei, in dem adressiert wird:</p>	formlose Anlage 9	Datenschutzkonzept liegt vor.	ja

¹² Falls der Qualitätsvertrag zum Stichtag 30. April eines Jahres weniger als sechs Monate Laufzeit aufweist, ist keine Datenübermittlung zu diesem Zeitpunkt erforderlich. Falls ein Qualitätsvertrag innerhalb von drei Monaten zum Stichtag 30. April eines Jahres beendet wird, ist eine Datenübermittlung zu diesem Stichtag nicht mehr notwendig.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgehen bei der Aufklärung und der Einwilligung der Patientinnen und Patienten zur Teilnahme¹³ ▪ Umgang mit den erhobenen Daten (u. a. Verarbeitung und Löschen der Daten, Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung) 			
Anreizkonzept				
Qualitätskennziffern	Bitte kennzeichnen Sie in den entsprechenden für Ihren Qualitätsvertrag zutreffenden Anlagen 2 bis 6 die Evaluationskennziffern , die tatsächlich zur Bewertung der Qualität im Rahmen des Anreiz-Modells verwendet werden, als Qualitätskennziffern .	Anlagen	keine	entfällt
Indizes	Bitte stellen Sie – falls zutreffend – dar, ob einzelne Qualitätskennziffern zur Bewertung zu Indizes zusammengefasst werden.	Freitext	keine	ja
Anreize	Bitte stellen Sie die Anreize des Qualitätsvertrags dar. Bitte berücksichtigen Sie hierbei: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neben monetären Anreizen auch nicht-monetäre (z. B. Empfehlung des Krankenhauses, Public Reporting) ▪ Wann ein Anreiz ausgelöst wird (z. B. nach Erbringung einer Leistung, bei Erreichen eines bestimmten Werts einer Qualitätskennziffer, bei Verbesserung des Werts einer Qualitätskennziffer im Vergleich zu einem früheren Zeitpunkt). ▪ Wie die Höhe des Anreizes festgelegt ist bzw. wie die Höhe bestimmt wird (z. B. Festbetrag, erhöht sich mit steigender 	Freitext	keine	ja

¹³ Für die Erhebung und Verarbeitung der erforderlichen personenbezogenen Daten ist die schriftliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten notwendig. Das IQTIG wird vor der Erprobungsphase ein entsprechendes Einwilligungsformular für Patientinnen und Patienten im Rahmen von Qualitätsverträgen entwickeln und zur Verfügung stellen.

	<p>Qualität bzw. steigendem Wert einer Qualitätskennziffer, steht im relativen Verhältnis zu einem Ergebnis).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herkunft der Anreize (z. B. zusätzliche Mittel, Ausschüttung/Verwendung von Einsparungen) ▪ Adressaten der Anreize (z. B. Krankenhausträger, -management, Abteilung, Mitarbeitende, Patientinnen/Patienten) 			
Karenzzeiten	Bitte geben Sie – falls zutreffend – die Zeiträume während der Laufzeit des Qualitätsvertrags an, in denen das Anreiz-Modell oder Teile von diesem (noch) nicht gültig sind.	Freitext	keine	ja
Potentielle Fehlanreize	Bitte legen Sie dar, inwiefern durch das Anreiz-Modell Fehlanreize in der Versorgung geschaffen werden könnten (z. B. Patientenselektion, Vernachlässigung bestimmter nicht geförderter Bereiche, Dokumentationsbias).	Freitext	keine	ja
Sonderregelungen	Bitte beschreiben Sie – falls zutreffend – Regelungen und deren Ausgestaltung, die es erlauben, von der vereinbarten Vorgehensweise abzuweichen. (z. B. Ausschluss von Patientinnen/Patienten aus der eigentlichen Zielgruppe, Abweichung von vorgegebenen Regeln bspw. Leitlinie).	Freitext	keine	ja
Vermeidung von Unter-, Fehl- und Überversorgung	Bitte benennen und beschreiben Sie – falls zutreffend – Maßnahmen, die Unter-, Fehl- und Überversorgung durch das Anreiz-Modell vermeiden sollen. (z. B. Berücksichtigung von Kennziffern zur Indikationsqualität oder von Änderungen in der Zusammensetzung der versorgten Population bei der Anreizberechnung)	Freitext	keine	ja

Latenzzeit	Bitte geben Sie den Zeitraum zwischen Feststellung bzw. Bekanntgabe, ob die Ziele im Rahmen des Anreiz-Modells erreicht wurden, und der Gewährung der Anreize an.	MM	keine	ja
Vorzeitige Vertragsbeendigung	Bitte geben Sie – falls zutreffend – vereinbarte Ereignisse an, die im Zusammenhang mit den Qualitätsergebnissen zu einer vorzeitigen Beendigung des Qualitätsvertrags führen.	Freitext	keine	ja
Public Reporting	Bitte geben Sie an, ob Qualitätsergebnisse veröffentlicht werden sollen. Falls dies der Fall ist, erläutern Sie bitte, welche Informationen veröffentlicht und welche Medien hierzu genutzt werden.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ja ▪ nein Freitext	keine	ja

Organisation

Berichtswesen	Bitte berücksichtigen Sie im Zeitplan, dass bis 28. Februar eines jeden Kalenderjahres ¹⁴ ein Zwischenbericht an das IQTIG übermittelt werden soll, der das jeweilige Vorjahr ¹⁵ reflektiert. Darüber hinaus soll nach der Beendigung des Qualitätsvertrages im zweiten darauffolgenden Monat zum Monatsende ein Endbericht an das IQTIG übermittelt werden. Hinweis: Zur Erstellung der Berichte stellt das IQTIG zu den gegebenen Zeitpunkten Vorlagen zur Verfügung.	-	-	-
Projektmanagement	Bitte beschreiben Sie die Zusammenarbeit, Organisation, Abstimmung und den Austausch zwischen den Vertragspartnern. Geben Sie ggf. gegenseitige Lieferpflichten an, insbesondere bei einer dezentralen Organisationsform.	Freitext	keine	ja

¹⁴ Falls die Abgabe eines Endberichts bis einschließlich 30. April geplant ist, kann ein Zwischenbericht entfallen.

¹⁵ Falls die Laufzeit des Qualitätsvertrags im Vorjahr weniger als drei Monate betrug, kann ein Zwischenbericht entfallen.

Organisatorischer und zeitlicher Ablaufplan	<p>Bitte legen Sie die Umsetzung des Qualitätsvertrags auf Grundlage eines Zeitplans mit entsprechenden Arbeitspaketen, Aufgaben und überprüfbaren Meilensteinen dar. Hierbei sollen u. a. folgende Aspekte berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorbereitung, Einführung und Durchführung der Interventionen (z. B. Konzeptentwicklung, Schulung, Personalaufbau, Anschaffungen, Veranstaltungen) ▪ Datenverarbeitung¹⁶ (inkl. Datenübermittlung) ▪ Projektmanagement ▪ Berichtswesen 	Zeitplan (Anlage 7)	siehe hierzu Vorgaben unter Datenübermittlung und Berichtswesen	ja
---------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-----------------------------------------------------------------	----

¹⁶ im Sinne der Datenschutzgrundverordnung

Projektplan

Stand: 8. November 2018

Anforderung		↓ <i>Bearbeitung durch die Vertragspartner</i>	
Allgemeines			
Projekttitle	Bitte geben Sie einen Projekttitle an.		
Leistung/ Leistungs- bereich	Bitte geben Sie die Leistung bzw. den Leistungsbereich an.		Endprothetische Gelenkversorgung
			Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
			Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
			Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
Laufzeit	Bitte geben Sie die Laufzeit des Qualitätsvertrags an. Hinweis: Qualitätsverträge sind zu befristen (§ 6 Absatz 3 Satz 1 Rahmenvereinbarung). Die maximale Laufzeit ist (voraussichtlich) auf den Zeitraum vom 01.07.2019 bis zum 30.06.2023 begrenzt (§ 5 Absatz 2 Satz 2 Rahmenvereinbarung).	Von	
		Bis	

Vertragspartner	Bitte machen Sie Angaben zu Ihnen als Vertragspartner.		
	Krankenhausträger	Name	
		Straße, Hausnummer	
		PLZ, Ort	
		<i>Ansprechpartner/in:</i>	Anrede, Titel
			Vorname, Name
			Dienststellung
			E-Mail
		Telefonnummer	
	Beteiligtes/beteiligte Krankenhaus/Krankenhäuser (Anlage 1)		
	Krankenkasse/n	Name	
		Straße, Hausnummer	
		PLZ, Ort	
		<i>Ansprechpartner/in:</i>	Anrede, Titel
			Vorname, Name
Dienststellung			
E-Mail			
Telefonnummer			

Weitere Qualitätsverträge	Bitte geben Sie als Krankenhausträger an, ob Sie weitere Qualitätsverträge abgeschlossen haben bzw. abzuschließen beabsichtigen.		Nein, noch kein Qualitätsvertrag abgeschlossen.
			Ja, bereits mehrere/einen Qualitätsverträge/-vertrag abgeschlossen.
			Ja, es ist beabsichtigt, mehrere/einen weitere/n Qualitätsverträge/-vertrag abzuschließen.
Zielgruppe	Bitte beschreiben Sie die Zielgruppe des Qualitätsvertrags. Falls möglich, grenzen Sie diese bitte durch die Angabe entsprechender ICD-10/OPS-Kodes oder weiterer Merkmale (z. B. Alter) ein. Bitte geben Sie (jeweils) die im Rahmen des Qualitätsvertrags erwartete, jährliche Fallzahl an. Hinweis: Die Zielgruppen der jeweiligen Leistung bzw. des jeweiligen Leistungsbereichs sind in den Tragenden Gründen ¹ beschrieben.		
Hintergrund und Umfeld	Bitte beschreiben Sie die bisherige Versorgung im betreffenden Versorgungskontext: <ul style="list-style-type: none"> ▪ reguläre Versorgungspraxis ▪ beteiligte Akteure ▪ Problemaufriss (beispielsweise bestehende Unter-, Fehl-, Überversorgung) 		

¹ Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2960/> (abgerufen am 25.09.2018).

Qualitätsziele	<p>Bitte legen Sie die Qualitätsziele des Qualitätsvertrags dar.</p> <p>Hinweis: Die Qualitätsziele aus den Tragenden Gründen sind hierbei ganz oder teilweise festzulegen (§ 7 Absatz 1 Satz 2 Rahmenvereinbarung).</p>	
Qualitätsanforderungen	<p>Bitte legen Sie die Qualitätsanforderungen dar.</p> <p>Hinweis: Qualitätsanforderungen konkretisieren die Qualitätsziele. Sie legen dar, wie das entsprechende Qualitätsziel erreicht werden soll. Nach Möglichkeit wird das Was, Wer, Wo und Wann beantwortet (z. B.: Die Pflegekraft führt bei Personen über 65 Jahren, für die eine kardiologische Operation geplant ist, am präoperativen Tag ein Delir-Screening durch.).</p>	

Interventionskonzept

Interventionen	<p>Bitte beschreiben Sie die Maßnahmen², anhand derer eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden soll.</p> <p>Berücksichtigen Sie hierbei bitte soweit möglich:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Stand der Forschung, zugrundeliegende Evidenz, Genese der Maßnahmen▪ innovative Charakteristika im Vergleich zur bisherigen Versorgung▪ zu erwartende Effekte▪ Wirkzusammenhang zwischen Maßnahmen und zu erwartenden Effekten inkl. der erwarteten Zeithorizonte	
----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

² Hiermit sind die Maßnahmen beim Leistungserbringer gemeint (z. B. Anschaffungen, Schulungen, Untersuchungen) und nicht unmittelbare Bestandteile des Anreiz-Modells (wie zusätzliche Vergütungen etc.).

Mehraufwände	<p>Bitte beschreiben Sie Mehraufwände durch die Interventionen bzw. Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal-, Sach-, Investitionsaufwände/-kosten ▪ Information der Beteiligten (z. B. Mitarbeitende, Patientinnen/Patienten) <p>Bitte beschreiben Sie darüber hinaus, ob es Regelungen gibt zum Umgang mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investitionskosten (innerhalb/außerhalb des Anreiz-Modells) sowie ▪ (Mehr)Aufwänden, die durch die Evaluation verursacht werden (z. B. durch zusätzliche Dokumentation). 	
Potentiell, unerwünschte Effekte	<p>Bitte benennen Sie potentiell unerwünschte Effekte durch die Interventionen bzw. Maßnahmen.</p> <p>Hierzu zählen u. a. Risiken und Nachteile, die sich durch die Interventionen bzw. Maßnahmen sowohl auf Patienten- als auch auf Systemebene ergeben können (z. B. Risiken durch mangelnde Routine/Erprobung, mögliche Überversorgung, Verunsicherung der Patientin/des Patienten, Mehrbelastung des ärztlichen/pflegerischen Personals)</p>	
Ethikvotum	Bitte fügen Sie dem Projektplan ggf. ein Ethikvotum bei. ³	formlose Anlage 8

³ Grundsätzlich obliegt es den Vertragspartnern, festzustellen, ob ein Ethikvotum erforderlich ist.

Evaluationsdesign	
Organisationsform ⁴	Bitte geben Sie die (geplante) Organisationsform an.
Evaluationskennziffern	<p>Bitte machen Sie in der entsprechenden Anlage Angaben bezüglich der eingesetzten Evaluationskennziffern⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endoprothetische Gelenkversorgung (Anlage 2) ▪ Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten (Anlage 3) ▪ Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Anlage 4) ▪ Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus (Anlage 5) ▪ Weitere Evaluationskennziffern (Anlage 6)
Datengrundlage	Bitte benennen und beschreiben Sie – falls zutreffend – weitere Datenquellen neben der Leistungserbringerdokumentation/Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Sie in die Evaluation einbeziehen.

⁴ Die Organisationsform bestimmt darüber, ob die erhobenen Daten zur Bestimmung der Evaluationskennziffern zentral vom IQTIG oder dezentral von den Vertragspartnern ausgewertet werden. Dies gilt für die im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 dargelegten Evaluationskennziffern (§ 7 Absatz 2 Satz 3 Rahmenvereinbarung). Durch die Vertragspartner entwickelte Evaluationskennziffern sind grundsätzlich dezentral zu behandeln.

⁵ Die im Rahmen des Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 entwickelten Evaluationskennziffern sind verbindlich durch die Vertragspartner zu erheben (§ 7 Absatz 2 Satz 3 Rahmenvereinbarung). Darüber hinaus können durch die Vertragspartner eigene Evaluationskennziffern entwickelt werden.

⁶ Evaluationskennziffern bzw. ergänzende Daten, die in den entsprechenden Anlagen als obligatorisch bezeichnet sind, sind verbindlich. Solche, die als fakultativ bezeichnet sind, sind nicht verbindlich. Im Leistungsbereich „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“ sind darüber hinaus nur die Kennziffern verbindlich, die in den jeweiligen Anwendungsbereich fallen.

<p>Nullwert-/Vergleichsmessung</p>	<p>Bitte skizzieren und begründen Sie die Erhebung der Daten zu vergleichenden Zwecken hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ der eingesetzten Methode(n) ▪ der Wahl der Erhebungszeiträume ▪ der erwarteten Fallzahlen ▪ des Umgangs mit Störfaktoren (z. B. Risikoadjustierung) ▪ des Umgangs mit möglichen Einflüssen der Interventionen bzw. Maßnahmen auf die Nullwert-/Vergleichsmessungen (z. B. Schulung von Mitarbeitenden erst nach Abschluss der Nullwertmessung) <p>Hinweis: Um die Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags mit der Regelversorgung zu vergleichen, kann für die einzelne Evaluationskennziffer entweder eine Nullwertmessung oder Vergleichsmessung durchgeführt werden.</p> <p>Bei Nullwertmessungen sind die erforderlichen Daten im selben Umfang⁷ in einem zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten vor Beginn der Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags in der umsetzenden Einrichtung/den umsetzenden Einrichtungen zu erheben.</p> <p>Bei Vergleichsmessungen sind die erforderlichen Daten im selben Umfang⁸ für den Zeitraum der Intervention bzw. den Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags zu erheben. Dies kann ggf. mithilfe von Sozialdaten oder bei einer Einrichtung/Einrichtungen, die das Versorgungskonzept nicht umsetzen geschehen. Ist absehbar, dass in der Vergleichseinrichtung/den Vergleichseinrichtungen höhere Fallzahlen als in der Einrichtung/den Einrichtungen zustanden kommen, welche die Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags umsetzt/umsetzen, können auch Stichproben durchgeführt werden. Hierbei ist die Stichprobenziehung zu erläutern.</p> <p>Ergänzende Informationen zur Erhebung der Daten zu vergleichenden Zwecken sind dem <u>Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018</u> zu entnehmen.</p>	
------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

⁷ Die Erhebung von Daten zu vergleichenden Zwecken erfolgt nach denselben Kriterien und derselben Vorgehensweise (Patientenauswahl, Messinstrument etc.) wie die Erhebung nach Einführung der Intervention bzw. Maßnahmen.

⁸ Die Erhebung von Daten zu vergleichenden Zwecken erfolgt nach denselben Kriterien und derselben Vorgehensweise (Patientenauswahl, Messinstrument etc.) wie die Erhebung in der Einrichtung/den Einrichtungen, welche die Intervention bzw. Maßnahme umsetzt/umsetzen.

Sicherung der Datenqualität	Bitte geben Sie die Maßnahmen an, die Sie zur Sicherung der Datenqualität vorsehen. (z. B. Gewährleistung der Vollständigkeit/Vollständigkeit der Dokumentation, Überprüfung der Dokumentation)	
Datenübermittlung	Bitte berücksichtigen Sie im Zeitplan, dass die erforderlichen Daten eines Erfassungsjahres kontinuierlich, jedoch mindestens jährlich im April ⁹ des Folgejahres an das IQTIG zu übermitteln sind. Darüber hinaus ist eine abschließende Übermittlung nach Beendigung des Qualitätsvertrages vorzusehen.	-
Datenschutzkonzept	Bitte fügen Sie dem Projektplan als Anlage ein Datenschutzkonzept bei, in dem adressiert wird: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgehen bei der Aufklärung und der Einwilligung der Patientinnen und Patienten zur Teilnahme¹⁰ ▪ Umgang mit den erhobenen Daten (u. a. Verarbeitung und Löschen der Daten, Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung) 	formlose Anlage 9

⁹ Falls der Qualitätsvertrag zum Stichtag 30. April eines Jahres weniger als sechs Monate Laufzeit aufweist, ist keine Datenübermittlung zu diesem Zeitpunkt erforderlich. Falls ein Qualitätsvertrag innerhalb von drei Monaten zum Stichtag 30. April eines Jahres beendet wird, ist eine Datenübermittlung zu diesem Stichtag nicht mehr notwendig.

¹⁰ Für die Erhebung und Verarbeitung der erforderlichen personenbezogenen Daten ist die schriftliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten notwendig. Das IQTIG wird vor der Erprobungsphase ein entsprechendes Einwilligungsformular für Patientinnen und Patienten im Rahmen von Qualitätsverträgen entwickeln und zur Verfügung stellen.

Anreizkonzept		
Qualitätskennziffern	Bitte kennzeichnen Sie in den entsprechenden für Ihren Qualitätsvertrag zutreffenden Anlagen 2 bis 6 die Evaluationskennziffern , die tatsächlich zur Bewertung der Qualität im Rahmen des Anreiz-Modells verwendet werden, als Qualitätskennziffern .	Anlagen
Indizes	Bitte stellen Sie – falls zutreffend – dar, ob einzelne Qualitätskennziffern zur Bewertung zu Indizes zusammengefasst werden.	

Anreize	<p>Bitte stellen Sie die Anreize des Qualitätsvertrags dar. Bitte berücksichtigen Sie hierbei:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neben monetären Anreizen auch nicht-monetäre (z. B. Empfehlung des Krankenhauses, Public Reporting) ▪ Wann ein Anreiz ausgelöst wird (z. B. nach Erbringung einer Leistung, bei Erreichen eines bestimmten Werts einer Qualitätskennziffer, bei Verbesserung des Werts einer Qualitätskennziffer im Vergleich zu einem früheren Zeitpunkt). ▪ Wie die Höhe des Anreizes festgelegt ist bzw. wie die Höhe bestimmt wird (z. B. Festbetrag, erhöht sich mit steigender Qualität bzw. steigendem Wert einer Qualitätskennziffer, steht im relativen Verhältnis zu einem Ergebnis). ▪ Herkunft der Anreize (z. B. zusätzliche Mittel, Ausschüttung/Verwendung von Einsparungen) ▪ Adressaten der Anreize (z. B. Krankenhausträger, -management, Abteilung, Mitarbeitende, Patientinnen/Patienten) 	
Karenzzeiten	Bitte geben Sie – falls zutreffend – die Zeiträume während der Laufzeit des Qualitätsvertrags an, in denen das Anreiz-Modell oder Teile von diesem (noch) nicht gültig sind.	

Potentielle Fehlanreize	Bitte legen Sie dar, inwiefern durch das Anreiz-Modell Fehlanreize in der Versorgung geschaffen werden könnten (z. B. Patientenselektion, Vernachlässigung bestimmter nicht geförderter Bereiche, Dokumentationsbias).	
Sonderregelungen	Bitte beschreiben Sie – falls zutreffend – Regelungen und deren Ausgestaltung, die es erlauben, von der vereinbarten Vorgehensweise abzuweichen. (z. B. Ausschluss von Patientinnen/Patienten aus der eigentlichen Zielgruppe, Abweichung von vorgegebenen Regeln bspw. Leitlinie).	
Vermeidung von Unter-, Fehl- und Überversorgung	Bitte benennen und beschreiben Sie – falls zutreffend – Maßnahmen, die Unter-, Fehl- und Überversorgung durch das Anreiz-Modell vermeiden sollen. (z. B. Berücksichtigung von Kennziffern zur Indikationsqualität oder von Änderungen in der Zusammensetzung der versorgten Population bei der Anreizberechnung)	
Latenzzeit	Bitte geben Sie den Zeitraum zwischen Feststellung bzw. Bekanntgabe, ob die Ziele im Rahmen des Anreiz-Modells erreicht wurden, und der Gewährung der Anreize an.	Monat/e

<p>Vorzeitige Vertragsbeendigung</p>	<p>Bitte geben Sie – falls zutreffend – vereinbarte Ereignisse an, die im Zusammenhang mit den Qualitätsergebnissen zu einer vorzeitigen Beendigung des Qualitätsvertrags führen.</p>		
<p>Public Reporting</p>	<p>Bitte geben Sie an, ob Qualitätsergebnisse veröffentlicht werden sollen. Falls dies der Fall ist, erläutern Sie bitte, welche Informationen veröffentlicht und welche Medien hierzu genutzt werden.</p>	<p>ja</p>	
		<p>nein</p>	

Organisation		
Berichtswesen	Bitte berücksichtigen Sie im Zeitplan, dass bis 28. Februar eines jeden Kalenderjahres ¹¹ ein Zwischenbericht an das IQTIG übermittelt werden soll, der das jeweilige Vorjahr ¹² reflektiert. Darüber hinaus soll nach der Beendigung des Qualitätsvertrages im zweiten darauffolgenden Monat zum Monatsende ein Endbericht an das IQTIG übermittelt werden. Hinweis: Zur Erstellung der Berichte stellt das IQTIG zu den gegebenen Zeitpunkten Vorlagen zur Verfügung.	-
Projektmanagement	Bitte beschreiben Sie die Zusammenarbeit, Organisation, Abstimmung und den Austausch zwischen den Vertragspartnern. Geben Sie ggf. gegenseitige Lieferpflichten an, insbesondere bei einer dezentralen Organisationsform.	

¹¹ Falls die Abgabe eines Endberichts bis einschließlich 30. April geplant ist, kann ein Zwischenbericht entfallen.

¹² Falls die Laufzeit des Qualitätsvertrags im Vorjahr weniger als drei Monate betrug, kann ein Zwischenbericht entfallen.

Organisatorischer und zeitlicher Ablaufplan	<p>Bitte legen Sie die Umsetzung des Qualitätsvertrags auf Grundlage eines Zeitplans mit entsprechenden Arbeitspaketen, Aufgaben und überprüfbareren Meilensteinen dar. Hierbei sollen u. a. folgende Aspekte berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Vorbereitung, Einführung und Durchführung der Interventionen (z. B. Konzeptentwicklung, Schulung, Personalaufbau, Anschaffungen, Veranstaltungen)▪ Datenverarbeitung¹³ (inkl. Datenübermittlung)▪ Projektmanagement▪ Berichtswesen	Zeitplan (Anlage 7)
---------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

¹³ im Sinne der Datenschutzgrundverordnung

Evaluationskennziffern: Endoprothetische Gelenkversorgungsiehe Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 S. 131 ff.

KNZ-ID	Kurzbezeichnung	Anmerkungen	Verwendung		Qualitätskennziffer (Teil des Anreizmodells)
			ja/nein	Falls nein, bitte begründen:	ja/nein
EG-1	Personal: Fallzahlen pro Hauptoperateur	obligatorisch			
EG-2	Erfüllung der Kriterien für Endoprothetikzentren	fakultativ			
EG-3	Indikationsstellung: Präoperativer HOOS / KOOS Score	obligatorisch			
EG-4	Wahl des Implantats	obligatorisch			
EG-5	Definition eines individuellen Aktivitäts-/Partizipationsziels	obligatorisch			
EG-6	Konsiliarische Betreuung aus den Bereichen Geriatrie und Psychosomatik	obligatorisch			
EG-7	Patientenschule	obligatorisch			
EG-8	Frühe Mobilisation	obligatorisch			
EG-9	Gute Mobilisation: TUG	obligatorisch			
EG-10	Schmerzlinderung	obligatorisch			
EG-11	Patientenbefragung 1 Jahr poststationär	obligatorisch			
EG-12	Revisionsfreiheit 2 Jahre postoperativ nach elektivem Primärimplantat	obligatorisch			

Evaluationskennziffern: Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten

siehe Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 S. 79 ff.

KNZ-ID	Kurzbezeichnung	Anmerkungen	Verwendung		Qualitätskennziffer (Teil des Anreizmodells) ja/nein
			ja/nein	Falls nein, bitte begründen:	
PD-EV-KZ0	Anteil (%) des geschulten Personals am Gesamtpersonal	obligatorisch			
PD-EV-KZ1	Anteil (%) der adressierten Patientengruppe, bei dem bei Aufnahme oder Erstkontakt eine Risikoeinschätzung erfolgt, die mindestens die Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen und der Gebrechlichkeit anhand validierter Instrumente umfasst	obligatorisch	Bitte geben Sie an, welche Lösung Sie umsetzen (siehe S. 81 f.)		
PD-EV-KZ2	Anteil (%) bzw. Anzahl (je nach Lösung A oder B bei EV-KZ1) der Risikopatientinnen und -patienten mit kognitiver Auffälligkeit, die bei Aufnahme oder Erstkontakt anhand eines validierten Diagnoseinstruments auf das Vorliegen eines Delirs hin untersucht werden	obligatorisch			
PD-EV-KZ3	Anteil (%) bzw. Anzahl der Risikopatientinnen und -patienten (OP, älter als 65 Jahre, kognitive Auffälligkeit und/oder gebrechlich, bei denen ein postoperatives Delirscreening erfolgt	obligatorisch			
PD-EV-KZ4	Postoperative Delirrate (Änderung in %)	obligatorisch			
PD-EV-KZ5	Unterstützung des Vorhabens, den Effekt des Delirs auf die Institutionalisierungsrate bzw. Pflegegrad (als Proxy) der Patientin oder des Patienten zu prüfen	obligatorisch			
PD-fakultativ	Multikomponentenprogramm versus rein pharmakologisches Präventionsprogramm	fakultativ			

Evaluationskennziffern: Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patientensiehe *Addendum zum Abschlussbericht vom 7. März 2018 S. 8 ff.*

KNZ-ID	Kurzbezeichnung	Anwendungsbereich	Anmerkungen	Verwendung		Qualitätskennziffer (Teil des Anreizmodells)
				ja/nein	Falls nein, bitte begründen:	
RE-fakultativ	Zertifizierung durch Fachgesellschaft als Grundvoraussetzung zur Schließung des QV	Intensivstation/ Weaningzentrum	fakultativ			
RE-EV-KZ1A	(%) Anteil der entwöhnten Patienten	Intensivstation	obligatorisch			
RE-EV-KZ1B	(%) Anteil der <u>stabil</u> entwöhnten Patienten	Intensivstation	obligatorisch			
RE-EV-KZ2	(%) Anteil der invasiv beatmeten Patienten, der vor Entlassung in die außerklinische Beatmung in einem Weaningzentrum vorgestellt wird oder (nur in begründeten Fällen) in Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung für außerklinische Beatmung entlassen wird	Intensivstation mit Anbindung an ein Weaningzentrum/ Weaningzentren	obligatorisch			
RE-EV-KZ2	(%) Anteil der invasiv beatmeten Patienten, der in Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung für außerklinische Beatmung entlassen wird	Intensivstation ohne Anbindung an ein Weaningzentrum/ Weaningzentren	obligatorisch			
RE-EV-KZ3	(%) Anteil der reevaluierten Patienten aus der außerklinischen Beatmung	Intensivstation	obligatorisch			
RE-EV-KZ4A	(%) Anteil der reevaluierten und entwöhnten Patienten aus der außerklinischen Beatmung	Intensivstation	obligatorisch			
RE-EV-KZ4B	(%) Anteil der reevaluierten und <u>stabil</u> entwöhnten Patienten aus der außerklinischen Beatmung	Intensivstation	obligatorisch			
RE-EV-KZ5	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ein Weaningzentrum aus der außerklinischen Langzeitbeatmung aufnimmt	Weaningzentrum	obligatorisch			
RE-EV-KZ5A	(%) Anteil der entwöhnten Patienten	Weaningzentrum	obligatorisch			
RE_EV-KZ5B	(%) Anteil der <u>stabil</u> entwöhnten Patienten	Weaningzentrum	obligatorisch			
RE_EV-KZ6	(%) Anteil der reevaluierten Patienten aus der außerklinischen Beatmung	Weaningzentrum	obligatorisch			
RE_EV-KZ7A	(%) Anteil der reevaluierten und entwöhnten Patienten	Weaningzentrum	obligatorisch			
RE-EV-KZ7B	(%) Anteil der reevaluierten und <u>stabil</u> entwöhnten Patienten	Weaningzentrum	obligatorisch			
ergänzende-Daten-ID	Kurzbezeichnung					
RE-Basis_1	Informationen zum Versorgungskonzept	Basisstatistik	obligatorisch			
RE-Basis_2	Fallzahlen zu den Weaning-Kategorien 2 und 3	Basisstatistik	obligatorisch			
RE-Basis_3	Bei Entlassung oder Verlegung: in welche Einrichtung die Patientin oder der Patient verlegt oder entlassen wurde	Basisstatistik	obligatorisch			
RE-Basis_4	Patientenvariablen, die im Rahmen der Routinedatenerfassung erhoben werden (z. B. Alter, Geschlecht, Komorbiditäten)	Basisstatistik	obligatorisch			
RE-Risiko_1	Kontraindikationen für eine Entwöhnung	Risikofaktoren	obligatorisch			
RE-Risiko_2	Weitere Komorbiditäten gelten unter Experten und in der Literatur als protrahierend für eine Entwöhnung	Risikofaktoren	obligatorisch			

Zeitplan

Nr.	Bezeichnung Meilenstein / Arbeitspaket	Inhalte des Meilensteins / Arbeitspakets	Start	Ende/Termin
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				

Einwilligungserklärung

Stand: 8. November 2018

Information

Die von Ihnen im Projektplan unter dem Punkt *Vertragspartner* gemachten, personenbezogenen Angaben verwendet das IQTIG, um Ihnen Informationen im Rahmen der Evaluation des Instruments Qualitätsverträge zukommen zu lassen und Sie ggf. persönlich kontaktieren zu können. Hierzu speichert das IQTIG die von Ihnen gemachten Angaben zu Ihrer Person.

Darüber hinaus werden die Angaben bei einer erfolgreichen Registrierung Ihres Qualitätsvertrags dazu verwendet, um Ihnen persönliche Zugangsdaten zu erzeugen, die Sie nutzen können, um sich im geschützten Bereich auf der Internetseite des IQTIG anzumelden. Dort erhalten Sie Einsicht auf die Übersicht der abgeschlossenen Qualitätsverträge, die nach § 6 Absatz 4 Satz 4 der Rahmenvereinbarung¹ vom Gemeinsamen Bundesausschuss, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und den Vertragspartnern, die einen Qualitätsvertrag registriert haben, eingesehen werden können. Hierzu benötigt das IQTIG Ihre E-Mail-Adresse und speichert bei der Anmeldung Ihre IP Adresse und das Datum sowie die Uhrzeit des Logins. Die Übersicht kann auch heruntergeladen werden, wir möchten Sie darauf hinweisen, dass diese der Vertraulichkeit unterliegt. Beim Herunterladen der Übersicht wird der Dateiname, der Dateipfad sowie Datum und Uhrzeit des Downloads gespeichert.

¹ Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung

Einwilligung

Hiermit willige ich in die Speicherung meiner im Projektplan angegebenen, personenbezogenen Daten ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. In diesem Fall werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

Hinweis: Nach einem Widerruf erhalten Sie vom IQTIG keine Information mehr und das IQTIG kann sie auch nicht mehr kontaktieren. Darüber hinaus erlischt der Zugang zum geschützten Bereich der Internetseite des IQTIG. Der Widerruf kann formlos per E-Mail (qualitaetsvertraege@iqtig.org) oder an die Postanschrift² des IQTIG übermittelt werden.

Anrede, Titel, Vorname, Name

Unterschrift

² Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) | – Qualitätsverträge – |
Katharina-Heinroth-Ufer 1 | 10787 Berlin

Registrierungsformular für Qualitätsverträge

Stand: 28. September 2018

Zur Registrierung der Qualitätsverträge senden Sie bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular (als gescannte PDF-Datei) zusammen mit dem Qualitätsvertrag im PDF-Format und dem vom IQTIG als PDF-Dokument rückübermittelten, aktuellen Projektplan an qualitaetsvertraege@iqtig.org. Darüber hinaus wird gebeten, das Original des Registrierungsformulars an die Postadresse¹ des IQTIG zu schicken.

Hinweis: Die nachfolgenden Inhalte werden, wie im Beschluss² des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen und in § 6 Absatz 4 Satz 2 Rahmenvereinbarung³ ausgeführt, im geschützten Bereich der IQTIG-Internetseite veröffentlicht. Hierauf haben nach § 6 Absatz 4 Satz 4 Rahmenvereinbarung nur der Gemeinsame Bundesausschuss, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und die jeweiligen Vertragspartner Zugriff. Entsprechende Zugangsdaten für den geschützten Bereich erhalten die im Projektplan angegebenen Ansprechpartner im Zuge einer erfolgreichen Registrierung. Darüber hinaus werden die zur Registrierung übermittelten Qualitätsverträge nur Mitarbeitenden des IQTIG zugänglich gemacht, die im Rahmen der Evaluation des Instruments Qualitätsverträge tätig sind. Ggf. werden hierin enthaltene Informationen anonym und aggregiert für die Evaluation verwendet.

Projekttitel	
Vertragspartner	

¹ Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) | – Qualitätsverträge – | Katharina-Heinroth-Ufer 1 | 10787 Berlin

² Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V vom 21. Juni 2018 URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3377/> (abgerufen am 28.09.2018).

³ Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung (Rahmenvereinbarung)

Laufzeit	
Bundesland	
Leistungsbereich	Endoprothetische Gelenkversorgung
	Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
	Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
Organisationsform ⁴	zentral
	dezentral
Qualitätsziele	

⁴ Die Organisationsform ist nach § 8 Absatz 4 Satz 2 Rahmenvereinbarung (spätestens) nach Abschluss des Qualitätsvertrages dem IQTIG mitzuteilen.

<p>Zusammenfassung der Inhalte des Qualitätsvertrags (max. 2.500 Zeichen)</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------	--

Die Vertragspartner willigen hiermit ein, dass die o. a. Angaben unter Berücksichtigung des vorangehenden Hinweises veröffentlicht werden.

Anrede, Titel, Vorname, Name

Unterschrift