

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungs- bereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Num- mer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

Vom 18. Mai 2017

### Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>3</b>
2.1	Endoprothetische Gelenkversorgung .....	4
2.1.1	Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen.....	4
2.1.2	Ziele der Qualitätsverträge .....	5
2.1.3	Adressierte Patientengruppe.....	6
2.1.4	Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten .....	6
2.2	Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten.....	6
2.2.1	Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen.....	6
2.2.2	Ziele der Qualitätsverträge .....	8
2.2.3	Adressierte Patientengruppe.....	8
2.2.4	Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten .....	8
2.3	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten .....	8
2.3.1	Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen.....	8
2.3.2	Ziele der Qualitätsverträge .....	10
2.3.3	Adressierte Patientengruppe.....	10
2.3.4	Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten .....	10
2.4	Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus.....	11
2.4.1	Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen.....	11
2.4.2	Ziele der Qualitätsverträge .....	12
2.4.3	Adressierte Patientengruppe.....	12
2.4.4	Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten .....	13
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>13</b>

4.	Verfahrensablauf.....	13
5.	Fazit .....	15
6.	Literaturverzeichnis.....	16

## **1. Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu beschließen, zu denen Verträge nach § 110a SGB V mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen.

Der G-BA hat die Festlegung dieser vier Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 8 Satz 1 SGB V bis zum 31. Dezember 2017 zu beschließen. Er hat das Institut nach § 137a SGB V mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität bei den ausgewählten Leistungen und Leistungsbereichen nach Abschluss des Erprobungszeitraums zu beauftragen. Gegenstand der Untersuchung ist auch ein Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag nach § 110a SGB V.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Für die Erprobung der nach § 110a SGB V vorgesehenen Qualitätsverträge wird dem G-BA gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V vom Bundesgesetzgeber aufgetragen, vier Leistungen oder Leistungsbereiche aus dem stationären Bereich festzulegen.

Der G-BA gibt damit vor, welche Leistungen oder Leistungsbereiche für den Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen mit dem Krankenhausträger grundsätzlich geeignet sind (vgl. § 110a Absatz 1 Satz 1 SGB V) und kann danach auch entscheiden, ob es im Hinblick auf die mit diesen Verträgen angestrebten Qualitätsverbesserungen und deren Messbarkeit sinnvoller erscheint, einzelne Leistungen (z.B. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation) oder ganze Leistungsbereiche (z.B. endoprothetische Versorgung) als Vereinbarungsgegenstand auszuwählen. Dabei enthält die Formulierung „Leistungen oder Leistungsbereiche“ ausweislich der Gesetzesbegründung keine Alternativentscheidung. Vielmehr kann der G-BA auch Kombinationen von Leistungen und Leistungsbereichen auswählen.

Die Entscheidung über die grundsätzliche Eignung der Leistungen bzw. Leistungsbereiche für Qualitätsverträge hat der G-BA auch möglichst unter Berücksichtigung der bereits etablierten oder zumindest zur Verfügung stehenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. Strukturvorgaben, Qualitätszu- und -abschläge oder Mindestmengenfestlegung) zu treffen. Für die Qualitätsverträge bieten sich daher Leistungs- und Versorgungsthemen (z.B. die Vermeidung des Dekubitus) oder auch konkrete Leistungen (im Sinne kodierter Prozeduren) an, für welche ein Verbesserungspotenzial der Ergebnisqualität erkennbar ist. Der G-BA hat vor dem Hintergrund des Modellcharakters der nach § 110a SGB V zu erprobenden Verträge sehr verschiedenartige Bereiche ausgewählt, die sich auf eine konkret zu bezeichnende Indikation oder – in einem offenen Ansatz – auf eine spezielle Population beziehen. Diese Herangehensweise soll den zukünftigen Vertragspartnern möglichst große Gestaltungsfreiheit bei der Entwicklung von Qualitätsinstrumenten und Incentivierungsmodellen geben. Gleichzeitig ist jedoch sicherzustellen, dass trotz der gewünschten Vielfalt, die zur Erprobung des Instrumentes „Qualitätsvertrag“ notwendige übergreifende Evaluation möglich bleibt.

Bei der Entscheidung über die Eignung der Leistungen bzw. Leistungsbereiche für Qualitätsverträge ist deshalb der Gesichtspunkt der Evaluierbarkeit zu berücksichtigen: Nach § 136b Absatz 8 Satz 2 SGB V hat der G-BA das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität in den vertragsgegenständlichen Leistungsbereichen zu beauftragen, die nach Ablauf des Erprobungszeitraums durchgeführt werden soll. Die Evaluation soll insbesondere darüber Auskunft geben, ob und inwieweit sich die Versorgungsqualität durch den Abschluss von Qualitätsverträgen verbessert hat. Um aufzuzeigen, ob und in welcher Weise sich die Qualitätsverträge auf die Versorgungsqualität auswirken, hat das Institut auch Vergleiche mit der Leistungserbringung in Krankenhäusern ohne Qualitätsverträge vorzunehmen. Im Dezember 2016 hat der G-BA das IQTIG bereits mit der

Entwicklung eines Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 Satz 2 und 3 SGB V beauftragt.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V hat der G-BA die folgenden vier Leistungen oder Leistungsbereiche festgelegt:

- 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

Mit Blick auf die Operationalisierung durch zukünftige Vertragspartner werden nachfolgend die ausgewählten Leistungen und Leistungsbereiche jeweils entsprechend der folgenden Untergliederung dargestellt:

- Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen
- Ziele der Qualitätsverträge
- Adressierte Patientengruppe
- Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten

Damit sollen hier lediglich Hinweise zur inhaltlichen Ausgestaltung der Verträge gegeben werden. Darüber hinaus gehende verbindliche Rahmenvorgaben, die zur Evaluation der Verträge notwendig sind, werden gemäß § 110a Absatz 2 SGB V durch die Vertragspartner auf Bundesebene vereinbart.

## **2.1 Endoprothetische Gelenkversorgung**

### **2.1.1 Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen**

Die Implantation von Endoprothesen gehört zu den häufigsten operativen Eingriffen im stationären Sektor. So weist die DRG-Statistik 2014 rund 455.000 Operationen und Prozeduren (OPS 4-Steller: 5-820 bis 5-827) aus. Dabei führt die Hüftendoprothetik (219.000 Fälle) mit deutlichem Abstand, gefolgt von der Knieendoprothetik (149.000 Fälle) und der oberen Extremität mit gut 21.000 Fällen. Insgesamt lässt sich seit dem Jahr 2000 mit leichten Schwankungen ein stetiger Anstieg der Operationszahlen feststellen. Anlass für eine endoprothetische Erstoperation ist in den meisten Fällen eine degenerative Erkrankung in Form einer symptomatischen Gelenkarthrose (z. B. sind über 80 % der Hüft- und 96 % der Knieendoprothetischen Eingriffe arthrosebedingt)[23],[33].

Ein Großteil der deutschen Krankenhäuser führt gemäß der § 21-Daten (KHEntgG) der Krankenhäuser endoprothetische Eingriffe durch. Zwischen 1.150 (Schulter) und 1.319 (Hüfte) Krankenhäuser haben mindestens einen endoprothetischen OPS kodiert. Auch die häufigsten endoprothetischen DRGs kommen in einer vergleichbaren Größenordnung in den meisten Krankenhäusern vor. Während einige Krankenhäuser nur sehr niedrige Fallzahlen erreichen, lassen sich eine Reihe von Krankenhäusern identifizieren, die den Eingriff besonders häufig durchführen. Letztere kommen in besonderem Maße als potenzielle Partner für Qualitätsverträge in Frage. Vor allem in der Hüft- und Knieendoprothetik werden durch zahlreiche Krankenhäuser sehr hohe Eingriffszahlen erreicht. Hier kodieren 81 bzw. 45 Krankenhäuser mehr als 500 endoprothetische OPS und 129 bzw. 95 Krankenhäuser erreichen in den häufigsten DRGs (I47 und I44) Fallzahlen von zum Teil weit über 300[34]. Auch im Bereich der weniger häufig zum Einsatz kommenden Schulterendoprothetik besteht ein relevantes Potenzial an Krankenhäusern, die Fallzahlen über 100 erreichen und mehr als 100 schulterendoprotheti-

sche OPS kodieren. Der Bereich der Endoprothetik bietet sich somit als geeigneter Leistungsbereich für Qualitätsverträge an, da hier zahlreiche potenzielle Vertragspartner zur Verfügung stehen.

Gleichzeitig gilt die Endoprothetik insbesondere aufgrund der ökonomischen Anreize des DRG-Systems als mengenanfälliger Leistungsbereich[29]. Verbesserungspotenzial besteht vor allem bei der Vermeidung von Komplikationen. So sind die Krankenhausfälle, bei denen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate verursachte Komplikationen festgestellt wurden, von 2000 bis 2010 um ca. 106 % angestiegen[27]. Die Diagnosen mit der verhältnismäßig höchsten Bedeutung stellten hierbei mechanische Komplikationen sowie Infektionen und entzündliche Reaktionen durch Gelenkendoprothesen dar.

Die Hüft- und Kniegelenks-Endoprothetik ist bereits seit dem Jahre 2001 bzw. 2002 Bestandteil der externen stationären Qualitätssicherung[2], die kontinuierlich weiterentwickelt wird. Für die Evaluation kann in diesen Bereichen auf bereits vorliegende Daten zurückgegriffen werden. Darüber hinaus gibt es mit dem QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten) der AOK, dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) und dem Indikatorenset G-IQI (German Inpatient Quality Indicators), das z.B. von der IQM Initiative Qualitätsmedizin genutzt wird, bereits etablierte Ansätze zur Nutzung von Routinedaten für die Qualitätssicherung in der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik. In diesem Bereich kann somit ein Vertragstyp implementiert werden, der sich aufgrund der bereits vorliegenden Qualitätsdaten für den direkten Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne Qualitätsvertrag eignet. Zugleich bietet die Schulterendoprothetik die Möglichkeit, den Einsatz von Qualitätsverträgen ohne bestehende gesetzliche Qualitätssicherungsverfahren zu erproben. Zudem gibt es bisher in keinem der endoprothetischen Leistungsbereiche qualitätsorientierte Vergütungskonzepte.

## 2.1.2 Ziele der Qualitätsverträge

Das übergeordnete Qualitätsziel ist die Erreichung von Exzellenzqualität. Dies beinhaltet insbesondere die Verbesserung des Behandlungsergebnisses durch die Vermeidung von peri- und postoperativen Komplikationen, die Senkung der Revisionsrate sowie die Steigerung der Patientenzufriedenheit. Zudem ist sicherzustellen, dass der operative Eingriff nur durchgeführt wird, wenn dies medizinisch indiziert ist.

Zentrale Ziele einer (Erst)Implantation wie

- Wieder-Herstellung größtmöglicher Funktionalität
- Verringerung des therapierefraktären Schmerzes bei Arthrose oder anderen zugrundeliegenden Erkrankungen
- Erreichung einer zügigen Mobilisierung
- Steigerung der Lebensqualität durch Erhalt der Mobilität und Verringerung der Symptomatik Steifigkeit der Gelenke
- möglichst lange Lebensdauer („Standzeit“) des Implantats bei guter Belastbarkeit

lassen sich gut in etablierte Messgrößen übersetzen und standardisiert dokumentieren.

Wesentliche Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg und Komplikationen sind durch das Krankenhaus steuerbar, so z.B. die Durchführung peri- und postoperativer Maßnahmen wie Aufklärung, Anästhesie, Prophylaxe (Infektionen, Thrombosen/Embolien etc.), OP-Dauer, (interdisziplinäre) Behandlungspfade, Nachuntersuchungen, Entlassmanagement, die Qualifikation des Behandlungsteams und Spezialisierung sowie die Auswahl des Implantats[6],[33],[22].

Grundsätzlich geeignete Instrumente zur Messung der Qualität sind demnach

- Erhebung der Indikationsqualität (gemessen u.a. an: unzureichende Wirksamkeit der konservativen Therapie, Umfang der Bewegungseinschränkung bzw. Wert einer

Schweregradeinteilung der Arthrose, Schmerz, ggf. radiologisch sichtbare Veränderungen)

- Festlegung von Referenzbereichen für die Komplikationsraten und der damit verbundenen Zahl von vorzeitigen Wechsel- und Revisionseingriffen sowie die
- Erhebung der Patientenerfahrungen, des empfundenen Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Komplikationsraten und die Indikationsqualität lassen sich durch etablierte Qualitätssicherungsinstrumente abbilden (s. o.). Zwar wird die Patientenerfahrung derzeit noch nicht im Rahmen bestehender Instrumente erfasst. Es existieren aber eine Reihe von wissenschaftlich validierten Patient Reported Outcome Measures (z. B. SF 36, EQ-5D, Oxford Knee Score, Harris Hip Score, WOMAC-Score), die sich für den Einsatz bei den Qualitätsverträgen eignen dürften[22],[33].

### **2.1.3 Adressierte Patientengruppe**

Der überwiegende Teil der elektiven endoprothetischen Operationen ist auf eine Arthrose zurückzuführen. Danach sollen hier insbesondere Patientinnen und Patienten mit Arthrose im Hinblick auf eine begründete Indikationsstellung für ein Implantat adressiert werden [23],[27].

### **2.1.4 Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten**

Der Leistungsbereich Endoprothetische Gelenkversorgung umfasst alle elektiven Leistungen, bei denen insbesondere ein Schulter-, Hüft- oder Kniegelenk durch künstlich hergestelltes Material ersetzt wird, das im Körper verankert wird und die Gelenkfunktion übernimmt. Totalersatz bedeutet dabei den Ersatz aller beteiligten Gelenkflächen, bei einem Teilersatz werden lediglich eine oder mehrere Flächen, nicht das gesamte Gelenk ausgetauscht. Relevant für den Abschluss von Qualitätsverträgen sind insbesondere alle Leistungen des Total- oder Teilersatzes von Hüft- und Kniegelenken sowie der Schulter. Es könnten Ersteingriffe ebenso wie Wechseleingriffe und Revisionen einbezogen werden[33].

## **2.2 Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten**

### **2.2.1 Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen**

Eine sehr verbreitete Form akuter Funktionsstörungen des Gehirns bei älteren und/ oder kritisch kranken Patientinnen und Patienten ist das Delir, was ohne Intervention mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert ist. Mit dem Begriff Delir wird nach ICD-10-GM ein ätiologisch unspezifisches hirnorganisches Syndrom bezeichnet, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer[14]. Das Delir kann als hypoaktive, hyperaktive oder gemischte Form auftreten.

Das Delir wurde früher als „Durchgangssyndrom“ bezeichnet und lange Zeit als ein vorübergehender Zustand und zwangsläufige Begleiterscheinung betrachtet[21]. Mittlerweile gelten durch Operationen ausgelöste psychische Störungen – postoperative Delire – als psychiatrische Notfälle, die mit erheblichen Folgen für den postoperativen Heilungsverlauf und das Behandlungsergebnis einhergehen[7]. Ein Delir beeinträchtigt nicht nur kurzfristig die Genesung, sondern kann sich langfristig nachteilig auf die Lebenssituation auswirken und geht mit einer erhöhten Mortalität einher. Patientinnen und Patienten mit einem Delir haben eine verlängerte Verweildauer und weisen eine höhere Institutionaliserungsrate auf. Das postoperative Delir bewirkt persistierende kognitive Defizite und erhöht die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Demenz.

Ein Delir ist meist multifaktoriell bedingt. Insbesondere ältere Patientinnen und Patienten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben sowie kognitiv eingeschränkte oder demenziell vorkranke Menschen gelten als besonders vulnerabel für ein Delir. Ein höheres Lebensalter erhöht mit hoher Evidenz die Wahrscheinlichkeit eines Delirs und ist ein entscheidender Risikofaktor. Das Delir zählt mit 14- 56 % zu der häufigsten Komplikation bei geriatrischen Patientinnen und Patienten in der stationären Versorgung[16]. Studien zufolge erleiden 44-61 % der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre nach der Routineoperation einer hüftgelenknahen Fraktur ein Delir[20]. Ein bedeutsamer Risikofaktor stellt insbesondere die zerebrale Vorschädigung dar. Aktuelle Erhebungen zufolge weisen insgesamt 40 % aller über 65-jährigen Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern kognitive Störungen und Demenzerkrankungen auf, die in der Regel bei der Aufnahme nicht bekannt sind und hohe Anforderungen an das pflegerische und medizinische Personal stellen[28]. Im Allgemeinen wird bei der Krankenhausaufnahme die aktuelle kognitive Leistungsfähigkeit nicht überprüft und es liegen zu wenige Informationen über die kognitive Leistungsfähigkeit vor dem Krankenhausaufenthalt vor, so dass folglich kognitive Einschränkungen in der klinischen Routine häufig unerkannt bleiben. Mitunter wird ein Delir – insbesondere die hypoaktive Form – nicht einmal als solches erkannt. Von einer massiven Untererfassung des im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erlittenen Delirs wird ausgegangen[26]. Folglich werden diese Patientinnen und Patienten auch keiner besonderen Behandlung zugeführt. Die optimierte – und auf die besonderen Versorgungsbedürfnisse abgestimmte – Behandlung dieser Patientengruppe stellt die Krankenhäuser vor eine erhebliche und wachsende Herausforderung. Angesichts des demografischen Wandels und der damit einhergehenden veränderten Patientenstruktur ist die Vermeidung dieses Krankheitsbildes daher von elementarer Bedeutung.

Neben den prädisponierenden Faktoren – welche die Patientin oder der Patient aufgrund seiner individuellen Anamnese und Konstitution mit sich bringt – spielen insbesondere die präzipitierenden Faktoren, denen die Patientin oder der Patient während der Krankenhausbehandlung ausgesetzt ist, eine bedeutende Rolle bei der Entstehung eines Delirs. Diese sind dagegen häufig modifizierbar, so dass die Möglichkeit einer Risikoreduktion besteht und diesbezüglich alle Anstrengungen dahingehend verwendet werden sollten, präventiv Delire zu vermeiden.

Die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen (Regeln zur Struktur- und/ oder Prozessqualität) können zur Verbesserung der Krankenhausversorgung älterer Patientinnen und Patienten beitragen. So konnte beispielsweise das Versorgungsmodell des St.-Franziskus-Hospitals in Münster zeigen, dass die Rate postoperativer Deliren – in einem Krankenhaus ohne geriatrische Spezialstation – gesenkt werden kann, wenn während des stationären Aufenthaltes ein fester Ansprechpartner für die Patientin oder den Patienten zur Verfügung steht und bereits bei der Aufnahme der Patientin oder des Patienten ein Screening auf kognitive Defizite erfolgt[18]. Des Weiteren konnte eine aktuelle Studie in einem Allgemeinkrankenhaus ohne geriatrische Fachabteilung zeigen, dass die Etablierung eines Pflegenden mit einer Expertise in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Delir und die Anwendung gezielter Interventionsmaßnahmen, die sich am „Hospital Elder Life Programm“ (HELP: das Programm wurde zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Delirien im Allgemeinkrankenhaus von Sharon K. Inouye an der Yale University School of Medicine entwickelt) orientierten, mit einer Reduktion des Risikos für ein postoperatives Delir bei älteren und kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten einhergeht[25].

Vor diesem Hintergrund sollte auf das Vorliegen von Risikofaktoren während der stationären Behandlung geachtet werden, um frühzeitig präventive Maßnahmen einsetzen zu können. Die Etablierung eines speziell auf die Bedürfnisse delirgefährdeter Patientinnen und Patienten zugeschnittenen Betreuungsprogramms gilt als effektiv in der Delirvermeidung. Zur Unterstützung der Früherkennung des Delirs können Screening- und Assessmentinstrumente ab der Aufnahme hochrisikogeneigter Patientinnen und Patienten in den diagnostischen Prozess integriert werden und konsequent in der täglichen Überwachung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden (Delir-Monitoring), um Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die besonders intensiver Betreuung und Pflege bedürfen. Neben einer umfassenden Betreuung dieser Patientinnen und Patienten durch speziell geschulte Pflegekräfte stehen beispielsweise

nicht-pharmakologische Therapieansätze sowie die Anpassung der Behandlungsumgebung – zur Stressreduktion – als Präventionsmaßnahmen zur Verfügung. Hierzu zählen insbesondere Maßnahmen zur repetitiven Reorientierung, Schlafverbesserung, Förderung der Kognition, Gestaltung des Tagesablaufs, Frühmobilisation, Einbezug von Angehörigen und Verbesserung der Nahrungsaufnahme.

Vor dem Hintergrund, dass ein Verbesserungspotenzial der Ergebnisqualität erkennbar ist und bisher keine weiteren Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ergriffen wurden, wird diese Leistung als Vereinbarungsgegenstand für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V als geeignet eingeschätzt.

Ansätze zur Delirprävention bei älteren Patientinnen und Patienten besitzen in Deutschland eher einen Projektstatus[26]. Immer mehr Krankenhäuser entwickeln umfassende Maßnahmen für eine verbesserte Versorgung dieser Patientengruppe und wenden diese erfolgreich in der Praxis an[26],[24],[17],[37].

Der Einsatz von Krankenhäusern, die gezielt auf die Bedürfnisse von älteren Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus eingehen und somit ihre Versorgung langfristig verbessern, soll über das Instrument der Qualitätsverträge eine besondere Beachtung erfahren und in der Fläche Verbreitung finden, zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten.

### **2.2.2 Ziele der Qualitätsverträge**

Ziel ist es, die stationäre Versorgung älterer Patientinnen und Patienten, die sich einem stationären operativen Eingriff unterziehen, zu verbessern und damit das postoperative Delirrisiko gezielt zu senken. Dies beinhaltet insbesondere die Aufrechterhaltung der kognitiven und physischen Funktionen während des gesamten Krankenhausaufenthaltes, um eine möglichst weitgehende Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhalten bzw. wiederherzustellen und somit auch eine drohende Pflegebedürftigkeit oder Institutionalisierung zu vermeiden.

### **2.2.3 Adressierte Patientengruppe**

Vor dem Hintergrund der identifizierten Risikopatienten sind insbesondere Patientinnen und Patienten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, die sich einem stationären operativen Eingriff unterziehen, insbesondere mit einer beginnenden Altersdemenz und/ oder zerebralen Vorbeschädigungen die adressierte Zielgruppe.

### **2.2.4 Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten**

Der Leistungsbereich „Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten“ kann Leistungen der Früherkennung (Diagnostik), Prävention und Therapie von Deliren bei älteren Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus umfassen.

## **2.3 Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten**

### **2.3.1 Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen**

Etwa 31 % der intubierten und mechanisch beatmeten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus können als Patientinnen und Patienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning klassifiziert werden (s. Tabelle 1: Klassifikation von Weaningpatienten[31]). Davon gehören rund 15 % in die Gruppe „Prolongiertes Weaning“, die auf einer spezialisierten Weaningeinheit behandelt werden sollten[8].



Klassifikation	Beschreibung
Einfaches Weaning	Patienten, die im ersten Anlauf den Weaningprozess vom Spontanatemversuch (SBT) bis zum erfolgreichen Weaning ohne Schwierigkeiten überstehen.
Schwieriges Weaning	Patienten, die 2-3 SBT benötigen und bis zu 7 Tage vom ersten SBT bis zum erfolgreichen Weaning.
Prolongiertes Weaning	Patienten, die mehr als 3 SBT oder mehr als 7 Tage vom ersten SBT bis zum erfolgreichen Weaning benötigen.

Tabelle 1: Klassifikation von Weaningpatienten[31]

Wertet man die § 21-Daten (KHEntgG) der Krankenhäuser aus, so ist pro Jahr von etwa 350.000 Krankenhausfällen mit invasiver Beatmung auszugehen. Dabei nimmt die Anzahl der beatmeten Patientinnen und Patienten seit Einführung des DRG-Systems stetig zu – wissenschaftliche Belege für eine Ausrichtung der Beatmungsdauer an den gruppierungsrelevanten Beatmungsintervallen finden sich jedoch nicht[5]. Zudem steigt angesichts verbesserter intensivmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten bei Organversagen, zunehmenden Komorbiditäten und einem höheren Lebensalter die Anzahl der Patienten, die nur schwer vom Respirator zu entwöhnen sind und prolongiert beatmet werden müssen[30].

Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) werden Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten auf nicht-spezialisierten Intensivstationen nicht selten ohne Überprüfung des Weaning-Potenzials direkt in außerklinische Beatmungseinrichtungen entlassen[38].

Hier besteht die Gefahr, dass es ohne die Anwendung eines vorausgehenden sachkompetenten Konzeptes zur Respiratorentwöhnung zu einer nicht notwendigen dauerhaften invasiven außerklinischen Beatmung kommt. Mit zunehmender Beatmungsdauer steigen jedoch Morbidität und Letalität signifikant. Das Verbesserungspotenzial konnte bereits im Rahmen einer Studie belegt werden, in der rund 62 % der Patientinnen und Patienten, die zunächst als nicht entwöhnbar in Weaningeinheiten verlegt worden sind, erfolgreich ohne invasive Beatmung entlassen werden konnten[38]. D.h. durch die Versorgung in spezialisierten Krankenhäusern könnten bis zu zwei Drittel der Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten erfolgreich entwöhnt und damit eine außerklinische Beatmung verhindert werden. Entsprechende Versorgungskonzepte sind jedoch nur regional vorhanden[38].

Verbesserungspotenzial in der stationären Versorgung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning finden sich in folgenden von den Krankenhäusern zu beeinflussenden Bereichen:

- Strukturierte Konzepte zur systematischen Respiratorentwöhnung
- Besondere Qualifizierung des Fachpersonals
- spezifische Konzepte zum Entlass- und Wiedereinweisungsmanagement[38].

Einen Ansatzpunkt für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung kann die Übernahme von langzeitbeatmeten Intensivpatientinnen und Intensivpatienten in spezielle Weaningeinheiten darstellen. Von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) wurde 2006 ein Projekt „Wean-Net“ – das Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningeinheiten – gegründet mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zu fördern und eine freiwillige Qualitätssicherung einzuführen. In Weaningeinheiten werden langzeitbeatmete Patientinnen und Patienten aus Intensivstationen übernommen, die nur schwer vom Respirator entwöhnt werden können. Ziel ist es, die medizinische Behandlungsqualität zu steigern und die Kosten einer Intensivbehandlung zu senken. 2016 gab es bundesweit 36 solcher Einheiten. Diese Krankenhäuser mit derart spezialisierten Abteilungen kommen in besonderem Maße als Vertragspartner in Frage.

Durch das Projekt liegen bereits konkrete strukturelle und prozessuale Ansätze für die Ausgestaltung und Evaluation der Qualitätsverträge vor. Mögliche Kriterien können sein:

- Leitung des Bereichs durch einen Facharzt für Pneumologie,
- Erreichen einer Mindestfallzahl behandelter Patienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning,
- Vorhandensein einer Intensivstation unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ sowie einer Station für die Einleitung und ggf. Anpassung einer Heimbeatmung, d.h. adäquate räumliche Bedingungen, sachgerecht ausgebildetes Personal und technische Ausstattung (insbesondere mit Blick auf die eingesetzten Respiratoren).

### **2.3.2 Ziele der Qualitätsverträge**

Ziel der Qualitätsverträge ist die Steigerung der Ergebnisqualität in der stationären Versorgung von Beatmungspatientinnen oder Beatmungspatienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning. Vorrangiges Ziel ist die Vermeidung einer dauerhaften invasiven außerklinischen Beatmung und damit sowohl die Vermeidung beatmungsbedingter Komplikationen als auch die Verbesserung der Lebensqualität für die betroffenen Patientinnen und Patienten.

### **2.3.3 Adressierte Patientengruppe**

Qualitätsverträge in diesem Bereich adressieren insbesondere Patientinnen und Patienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning, bei denen durch sachgerechte Entwöhnung eine dauerhafte invasive außerklinische Beatmung vermieden werden kann.

Besonderes Augenmerk ist hierbei insbesondere auf Patientinnen und Patienten mit prolongiertem Weaning zu legen. Prolongiertes Weaning betrifft insbesondere Patientinnen und Patienten mit COPD, akuter Pneumonie und schwerer respiratorischer Insuffizienz nach operativen Eingriffen[38].

### **2.3.4 Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten**

Kriterien für den Einschluss können insbesondere der unternommene Entwöhnungsversuch bei Patientinnen und Patienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning oder der beatmet entlassene Patient ohne dokumentierten Entwöhnungsversuch sein.

Neben den bereits im DRG-System vorhandenen Kennzahlen liegen mit der Überarbeitung der OPS-Version 2017 nun weitere Routinedaten vor, die eine Evaluation ermöglichen. Für die OPS-Version 2017 wurde ein neuer OPS eingeführt [OPS 2017 8-716], der in Verbindung mit ICD 10 2017 Z-99.0/Z-99.1 nachvollziehen lässt, ob eine Patientin oder ein Patient beatmet entlassen und ob ein Entwöhnungsversuch unternommen wurde.

Für die Evaluation derjenigen Patientinnen und Patienten, bei denen die Entwöhnung erfolgreich war, stehen derzeit noch keine geeigneten OPS-Codes zur Verfügung. Diese werden aber im aktuellen Vorschlagsverfahren (Katalog 2018)[12] diskutiert. Danach soll es Codes für die Beatmungsentwöhnung nach den Kategorien 1 bis 3 geben, die unabhängig davon anzugeben sind, ob anschließend eine häusliche Beatmung erforderlich wurde. Sobald diese Codes Eingang in die Klassifikation finden, wäre sogar eine vollständige Evaluation über Routinedaten möglich, z.B. durch Bildung von Indices (Anzahl der Patientinnen und Patienten mit erfolgreichem Weaning im Verhältnis zu Patientinnen und Patienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning insgesamt oder im Verhältnis zu den in die häusliche Beatmung entlassenen Patientinnen und Patienten). In diesem Falle könnte man ebenfalls über eine geeignete Risikoadjustierung (Alter, Begleiterkrankungen, Dauer der maschinellen Beatmung) diskutieren.

## **2.4 Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus**

### **2.4.1 Hintergrund/ Relevanz/ Rahmenbedingungen**

Im Art. 2 UN-BRK (UN-Behindertenrechtskonvention) werden diejenigen als Menschen mit Behinderungen bestimmt, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder perzeptive Beeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe hindern können[3]. Die Zahl der Menschen mit zerebralen Störungen, geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen in Deutschland nimmt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes jährlich zu[35]. Gleichzeitig entwickelt sich der Altersdurchschnitt dieser Menschen – wie bei der Bevölkerung allgemein – immer weiter nach oben. Damit wächst auch das entsprechende Patientenkollektiv im Krankenhaus. Geistig behinderte oder mehrfach schwerstbehinderte Menschen stellen somit ein immer größeres Patientenkollektiv in den Krankenhäusern dar. Zudem sind Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen überdurchschnittlich häufig von zusätzlichen körperlichen und psychischen Störungen betroffen. Im Hinblick auf die pflegerische Versorgung haben Menschen mit geistiger Behinderung vor allem dann einen großen Bedarf, wenn sie außerdem sehr schwer körperlich behindert sind.

Gemäß nationalem Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sollen alle Menschen mit Behinderungen einen uneingeschränkten (barrierefreien) Zugang zu allen Gesundheitsdiensten und Gesundheitsdienstleistungen haben. Dabei sind die unterschiedlichen Voraussetzungen von Menschen mit Behinderungen und deren spezifischer Bedarf – sowohl in Bezug auf Erkrankungen, Medikamente und therapeutische Versorgung als auch in Bezug auf Umgang, Assistenz und Kommunikation – zu berücksichtigen[10].

Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen benötigen im Krankenhaus aufgrund ihres ganz speziellen und erhöhten Hilfebedarfs eine andere Pflege und Behandlung als nichtbehinderte Menschen[32]. Ihre Möglichkeiten, sich auf neue, hochkomplexe Situationen mit fremden, unvertrauten Menschen (Pflegekräfte, Ärzte, Therapeuten) einzustellen, sind eingeschränkt. Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen reagieren nicht selten auf außerordentliche Belastungen – so die Erkrankung selbst und die Krankenhaussituation – mit Verhaltensproblemen. Restriktive Maßnahmen sind – abgesehen von der komplizierten Rechtslage – oft nur zu verhindern, wenn der Betroffene die regelmäßige personelle Präsenz ihm vertrauter Menschen erfährt.

Das Assistenzpflegebedarfsgesetz[1], welches behinderten Menschen mit besonderem pflegerischen Bedarf ermöglicht, ihre eigenen, bei ihnen beschäftigten Pflegekräfte in das Krankenhaus mitzunehmen, kann zwar als Verbesserung der Situation gewertet werden. Tatsächlich stellt jedoch nur ein geringer Teil der Menschen mit Behinderungen den Alltag mit ständiger persönlicher Pflege-Assistenz im Rahmen des Arbeitgebermodells sicher. Behinderte Menschen, die Assistenz über das Dienstleistungsmodell beziehen, können dies nicht. Zudem werden nach der bisherigen Rechtslage die Kosten für eine Begleitung nicht ohne weiteres übernommen[4].

Bei einer Behandlung im Krankenhaus ist neben dem besonders hohen Aufwand in der Pflege, vor allem die besondere Situation bei Diagnostik und Therapie zu erwähnen[11],[9],[19]. Präzise Auskünfte zur Krankheitsvorgeschichte und zur Schilderung der Beschwerden und deren Entwicklung sind nur selten zu erhalten. Auch die Art und Weise, wie sich die Symptomatik eines Krankheitsbildes darstellt und wie die Krankheit verläuft, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen durchaus im Einzelfall deutlich anders als bei anderen Patientinnen und Patienten. Nicht selten müssen übliche Maßnahmen der Diagnostik und Therapie modifiziert werden, wenn z.B. Untersuchungen oder einfache Behandlungen nur in Narkose möglich sind. Die Beobachtung und Behandlung dieser Menschen im Krankenhaus bedarf somit einer besonderen Erfahrung und muss individuell auf den jewei-

ligen Menschen bezogen werden. Symptome müssen im Kontext der individuellen Behinderung und Persönlichkeit gedeutet werden. Mangelnde Kommunikation mit der oder dem Betroffenen verursacht Unverständnis und Angst, blockiert deren oder dessen Mitarbeit und die Heilungsprozesse verlangsamen sich. Auf das medizinische, pflegerische und therapeutische Personal kommen damit hohe Anforderungen durch Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu. Es geht dabei um das Wissen um behinderungsspezifische Krankheitsrisiken, Krankheitsmanifestationen und -verläufe. Es müssen vermehrt apparativ-technische Untersuchungsmethoden eingesetzt werden, weil die übliche Beschwerdeschilderung oder die anamnestischen Angaben unsicher oder dürftig sind. Kritische Punkte in der Behandlung geistig oder schwer mehrfachbehinderter Patientinnen und Patienten sind zudem die Krankenhausaufnahme und die Entlassung aus dem Krankenhaus[36]. Hier bedürfen die Schnittstellen zu Vor- und Nachbehandlung einer besonders intensiven, persönlichen Kommunikation zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem behandelnden Pflegepersonal. Es bedarf genauer Informationen über die Ausprägung der Behinderung und den Verlauf der Behandlung der Erkrankung, die den stationären Aufenthalt ausgelöst hat[15].

Es gibt bereits Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen, die im Hinblick auf die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen besondere Versorgungskonzepte entwickelt haben[13]. Hierzu gehören insbesondere die Qualifikation des Personals im Hinblick auf Kommunikation und Umgang mit behinderten Menschen, die Gewährleistung eines zielgruppenspezifischen Aufnahme- und Entlassmanagements, der Einsatz zielgruppenspezifischer Behandlungspfade und die Ermöglichung eines barrierefreien Zugangs zu Behandlungs-, Untersuchungs- und Aufenthaltsräumen sowie weitere darüber hinausgehende strukturelle Hilfen. Über das Instrument der Qualitätsverträge soll gezielt auf die besonderen Belange behinderter Menschen eingegangen werden, um somit ihre Versorgungssituation im Krankenhaus langfristig zu verbessern.

#### **2.4.2 Ziele der Qualitätsverträge**

Ziel ist die Förderung einer qualitativ hochwertigen und auf die besonderen Belange der Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen eingehenden stationären Versorgung.

Dies beinhaltet ein auf diese Patientengruppe zugeschnittenes optimiertes Aufnahme- und Entlassmanagement und die angemessene Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse dieser Patientengruppe im Behandlungsprozess. Hierzu gehören z.B. die Erfassung und Weitergabe von wichtigen Informationen zur Person und ihren Bedürfnissen/Selbstpflege (Selbstständigkeit, Kontinenz, Nahrungsaufnahme, Fremd- oder Autoaggressivität etc.) und die verbesserte Wahrnehmung und Berücksichtigung von Patientenerfahrung und Steigerung der Patientenzufriedenheit insbesondere durch an die Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit dieser Patientengruppe angepasste Rahmenbedingungen.

#### **2.4.3 Adressierte Patientengruppe**

Die Zielgruppe sind Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die aufgrund einer Erkrankung stationär in einem Krankenhaus behandelt werden müssen.

Danach sollen hier Patientinnen und Patienten adressiert werden, die insbesondere folgende Kriterien erfüllen:

1.
  - Vorliegen der Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1)  
oder
  - Vorliegen einer geistigen Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1)  
oder

- Vorliegen einer schweren körperlichen oder seelischen Behinderung, qualifiziert mit einem GdB 70 bis 100

und

2.

- Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe oder
- Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zum Ausschluss von Altersdemenzen muss die Einstufung in einem Pflegegrad bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahres erfolgt sein.

#### 2.4.4 Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten

Der Leistungsbereich „Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“ umfasst eine Vielzahl an möglichen Maßnahmen, die die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit Behinderung sicherstellen. Bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen richten die Krankenhäuser insbesondere ihre Prozesse und Strukturen speziell auf die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen aus.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### 4. Verfahrensablauf

Am 27. Mai 2016 begann die AG Qualitätsverträge und Qualitätszu- und -abschläge (AG QVZA) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 13 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (siehe nachfolgende **Tabelle**).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
3. Februar 2016	UA QS	Einrichtung der AG Qualitätsverträge und Qualitätszu- und -abschläge (AG QVZA)
2. März 2016	UA QS	Konkretisierung des Arbeitsauftrags der AG
27. Mai 2016	AG QVZA	Aufnahme der Beratungen, Planung Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
24. Juni 2016	AG QVZA	Beratungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
7. Juli 2016	AG QVZA	Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
3. August 2016	UA QS	Sachstandsbericht und Zeitplanung der AG
19. August 2016	AG QVZA	Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
23. September 2016	AG QVZA	Beratungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
7. Oktober 2016	AG QVZA	Beratungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
27. Oktober 2016	AG QVZA	Beratungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
16. November 2016	AG QVZA	Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
9. Dezember 2016	AG QVZA	Beratungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
18. Januar 2017	AG QVZA	Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
3. Februar 2017	AG QVZA	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe zu den Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, Planung der weiteren Vorgehensweise und Abstimmung der Zeitplanung
14. März 2017	AG QVZA	Beratung des Beschlusssentwurfs und der Tragenden Gründe zu den Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V
5. April 2017	UA QS	Ggf. Einleitung des Stellungnahmeverfahrens bzw. Beschlussempfehlung an das Plenum
26. April 2017	AG QVZA	Beratung der Tragenden Gründe zu den Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V
18. Mai 2017	Plenum	Beschlussfassung

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat sowie die Länder gemäß § 92 Absatz 7f Satz 1 SGB V beteiligt.

## **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Mai 2017 die Festlegung einer Liste von Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V beschlossen.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Absatz 7f Satz 1 SGB V tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußern keine Bedenken.

Berlin, den 18. Mai 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 6. Literaturverzeichnis

1. Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30. Juli 2009. BGBl. I 2009(50):2495-2296.
2. Orthopädie und Unfallchirurgie. In: Institut Für Qualitätssicherung Und Transparenz Im Gesundheitswesen (Iqtig) (Ed). Qualitätsreport 2015. Berlin (GER): IQTIG; 2016. S. 130-145.
3. **Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen.** Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [online]. Berlin (GER): Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen; 2014. [Zugriff: 01.02.2017]. URL: [https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere\\_UNKonvention\\_KK.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile).
4. **Becker C.** Assistenzleistungen im Krankenhaus im Lichte des Grundgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention [online]. Berlin (GER): Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL); 2015. [Zugriff: 23.03.2017]. URL: [http://www.isl-ev.de/attachments/article/1447/Rechtsgutachten\\_%20Assistenz%20im%20Krankenhaus.docx](http://www.isl-ev.de/attachments/article/1447/Rechtsgutachten_%20Assistenz%20im%20Krankenhaus.docx).
5. **Biermann A, Geissler A.** Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern: eine Analyse von DRG-Anreizen und Entwicklungen in der Beatmungsmedizin. Berlin; Universitätsverlag der TU; 2013.
6. **Böcken J, Kostera T.** Krankenhausstruktur: Spezialisierung erhöht die Behandlungsqualität, ohne die wohnortnahe Versorgung zu gefährden. Berlin; Bertelsmann-Stiftung; 2016.
7. **Böhner H, Hummel T, Sandmann W, Schneider F.** Aktuelle Diagnostik und Therapie postoperativer Delirien. Dtsch Med Wochenschr 2001;126(17):504-506.
8. **Boles JM, Bion J, Connors A, Herridge M, Marsh B, Melot C, et al.** Weaning from mechanical ventilation. Eur Respir J 2007;29(5):1033-1056.
9. **Budroni H, Schnepf W, Conrads T.** „Verloren sein“: die Angst vor einem Krankenhausaufenthalt; Menschen mit Behinderung im Krankenhaus. Die Schwester Der Pfleger 2010;49(5):424-428.
10. **Bundesministerium für Arbeit und Soziales.** Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention [online]. September 2011. Berlin (GER): Bundesministerium für Arbeit und Soziales Referat Öffentlichkeitsarbeit, Internet; 2011. [Zugriff: 01.02.2017]. URL: <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a740-aktionsplan-bundesregierung.html>
11. **Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB).** Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus: Problemlagen und Lösungsperspektiven; Dokumentation des Symposiums am 04.02.2010 [online]. Berlin (GER): BeB; 2010. [Zugriff: 01.02.2017]. URL: [http://www.mara.de/fileadmin/Krankenhaus\\_Mara/downloads/Dokumentation\\_Symposium\\_020810.pdf](http://www.mara.de/fileadmin/Krankenhaus_Mara/downloads/Dokumentation_Symposium_020810.pdf).
12. **Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin.** Änderungsvorschlag für den OPS 2017 [online]. Köln (GER): Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI). [Zugriff: 01.02.2017]. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2017/239-ops2017-weaning-und-haesusliche-maschinelle-beatmung.pdf>.



13. **Deutscher Evangelischer Krankenhausverband.** Begleitung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus. DEKVthema 2010(1):1-16.
14. **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).** Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision; German Modification; Version 2017 (ICD-10-GM Version 2017) [online]. 23.09.2016. Köln (GER): DIMDI; 2016. [Zugriff: 01.02.2017]. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/index.htm>.
15. **Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung.** Bessere Krankenhausversorgung von Menschen mit Behinderung! Liste von Gesichtspunkten für Abstimmung und Absprachen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung einerseits und Krankenhäusern andererseits [online]. Berlin (GER): Fachverbände für Menschen mit Behinderung; 2016. [Zugriff: 01.02.2017]. URL: <http://beb-ev.de/wp-content/uploads/2016/11/2016-11-01-Checkliste-Kooperation-FV-DKG-DEKV-KKVD.pdf>.
16. **Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK.** Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol 2009;5(4):210-220.
17. **Göpel CR, Duning T.** Nachhaltig vorbeugen: Relevanz des Delirs im Krankenhaus. f&w 2016(10):914-917.
18. **Gurlit S, Mollmann M.** How to prevent perioperative delirium in the elderly? Z Gerontol Geriatr 2008;41(6):447-452.
19. **Harenski K.** Geistig behinderte Menschen im Krankenhaus: alles andere als Wunschpatienten. Dtsch Arztebl 2007;104(27):1970-1971.
20. **Hibbeler B.** Der alte Patient wird zum Normalfall. Dtsch Arztebl 2013;110(21):1036-1037.
21. **Hibbeler B.** OP gelungen, Patient Pflegefall. Dtsch Arztebl 2014;111(12):477.
22. **Homm R.** Patient-Reported Outcomes (PROs) bei Hüft- und Kniegelenkersatz. In: Dormann F, Klauber J (Eds). Qualitätsmonitor 2017. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2016. S. 117-131.
23. **Jeschke E.** Follow-up-Qualitätsindikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz. In: Dormann F, Klauber J (Eds). Qualitätsmonitor 2017. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2016. S. 101-116.
24. **Kratz T, Diefenbacher A.** Ältere Patienten: Delir nach OP – das lässt sich managen. kma 2017;22(1):34-36.
25. **Kratz T, Heinrich M, Schlauss E, Diefenbacher A.** Preventing postoperative delirium. Dtsch Arztebl Int 2015;112(17):289-296.
26. **Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA).** Der alte Mensch im OP: praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs [online]. Düsseldorf (GER): MGEPA; 2012. [Zugriff: 01.02.2017]. URL: [http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/presse/pressemitteilungen/Der\\_alte\\_Mensch\\_im\\_OP.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/presse/pressemitteilungen/Der_alte_Mensch_im_OP.pdf).
27. **Rabenberg M.** Arthrose. Berlin; Robert-Koch-Institut; 2013 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 54).
28. **Robert Bosch Stiftung.** General Hospital Study - GhoST. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern [online]. Stuttgart

- (GER): Robert Bosch Stiftung; 2016. [Zugriff: 01.02.2017]. URL: [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie\\_Demenz\\_im\\_Akutkrankenhaus.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie_Demenz_im_Akutkrankenhaus.pdf).
29. **Schäfer T, Jeszenszky C, Günther KP, Malzahn J, Niethard FU.** Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Hüft- und Knieendoprothesen. In: Wissenschaftliches Institut Der Aok (Wido) (Ed). Krankenhaus-Report 2012 Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer; 2012. S. 45-62.
  30. **Schönhofer B.** Strukturierte Entwöhnung vom Respirator. Dtsch Arztebl 2011;108(51-52):2768-2769.
  31. **Schönhofer B, Geiseler J, Pfeifer M, Jany B, Herth F.** WeanNet: Das Netzwerk pneumologischer Weaningzentren. Pneumologie 2014;68(11):737-742.
  32. **Seidel M.** Patienten mit Behinderung – Herausforderung für jedes Haus. DEKVthema 2010(01):4-5.
  33. **Seidlitz C, Kleine S, Kip M.** Einführung in das Indikationsgebiet und Verfahren. In: Bleß HH, Kip M (Eds). Weißbuch Gelenkersatz: Versorgungssituation bei endoprothetischen Hüft- und Knieoperationen in Deutschland. Berlin: Springer; 2017. S. 1-15.
  34. **Statistisches Bundesamt (Destatis).** Gesundheit: fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik); Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern [online]. Wiesbaden (GER): Destatis; 2015. [Zugriff: 01.02.2017]. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640147004.pdf?__blob=publicationFile).
  35. **Statistisches Bundesamt (Destatis).** Statistik der schwerbehinderten Menschen: Kurzbericht 2015 [online]. Wiesbaden (GER): Destatis; 2017. [Zugriff: 23.03.2017]. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SchwerbehinderteKB.html>.
  36. **Steffen P, Blum K.** Menschen mit geistiger Behinderung: Defizite in der Versorgung. Dtsch Arztebl 2012;109(17):860-862.
  37. **V. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel.** "help" gegen Verwirrtheit im Krankenhaus: EvKB führt als erste Klinik neues Programm ein [online]. 06.09.2012. Bielefeld (GER): V. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel. [Zugriff: 03.05.2017]. URL: [https://www.bethel.de/aktuelles/aktuelles-detail/artikel/help-gegen-verwirrtheit-im-krankenhaus.html?no\\_cache=1&cHash=4e9ad601ae57ea25d0fb4ab1d8382a8](https://www.bethel.de/aktuelles/aktuelles-detail/artikel/help-gegen-verwirrtheit-im-krankenhaus.html?no_cache=1&cHash=4e9ad601ae57ea25d0fb4ab1d8382a8).
  38. **WeanNet Study Group.** WeanNet: das Netzwerk von Weaning-Einheiten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). Dtsch Med Wochenschr 2016;141(18):e166-172.