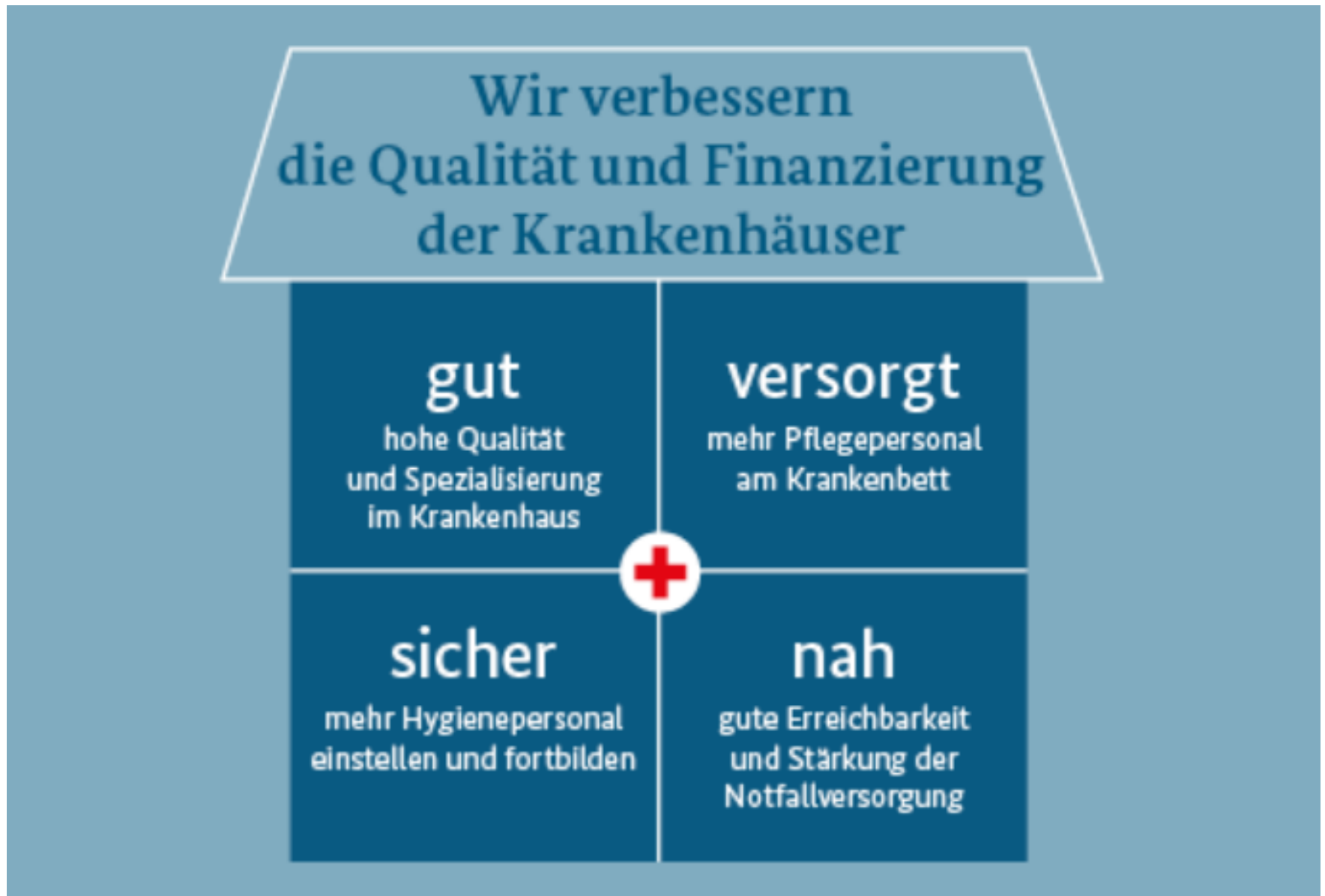


Qualitätsvorgaben des G-BA – wie verändert sich die Krankenhauslandschaft?

BBDK Frühjahrskolloquium 2016

Meschede, 11.03.2016

Einführung



Qualität: Definitionen

BGB § 276 Abs. 2 Verantwortlichkeit des Schuldners

Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt.

BGB § 630a Abs. 2 Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

SGB V § 135a Abs. 1 Satz 2 Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

SGB V § 106 Abs. 2a Nr. 3 Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

[...] Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,

Begründung zu § 630a BGB (BT-Drucksache 17/10488 vom 15.08.2012, Seite 19)

Für Ärzte ist im Regelfall auf den jeweiligen **Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung** abzustellen, der zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat.

Maßgeblich sind insoweit regelmäßig **Leitlinien**, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegebenen werden. Dies entspricht der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH VersR 2010, 214 f.; vgl. auch OLG Hamm NJW 2000, 1801 ff., Carstensen, DÄBl. 1989, B 1736, B 1737).

Für besondere Fachbereiche im Rahmen der ärztlichen Behandlung gilt es darüber hinaus auch den sogenannten **Facharztstandard** zu beachten, der für das jeweilige Fachgebiet im Zeitpunkt der Behandlung maßgeblich ist. Etwas anderes kann nur dann gelten, soweit es auf die Spezialkenntnisse des Facharztes im Einzelfall doch nicht ankommt. Die individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten des einzelnen Arztes sind hingegen nicht von Bedeutung.

Krankenhausstrukturgesetz: Das Gesetz zielt nach der amtlichen Begründung ab auf

- eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards der Krankenhausversorgung,
- die Begleitung und Unterstützung des Umstrukturierungsprozesses im Krankenhausbereich sowie
- auf eine nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser.

Krankenhausstrukturgesetz: Schwerpunkte des Gesetzes (Auszug)

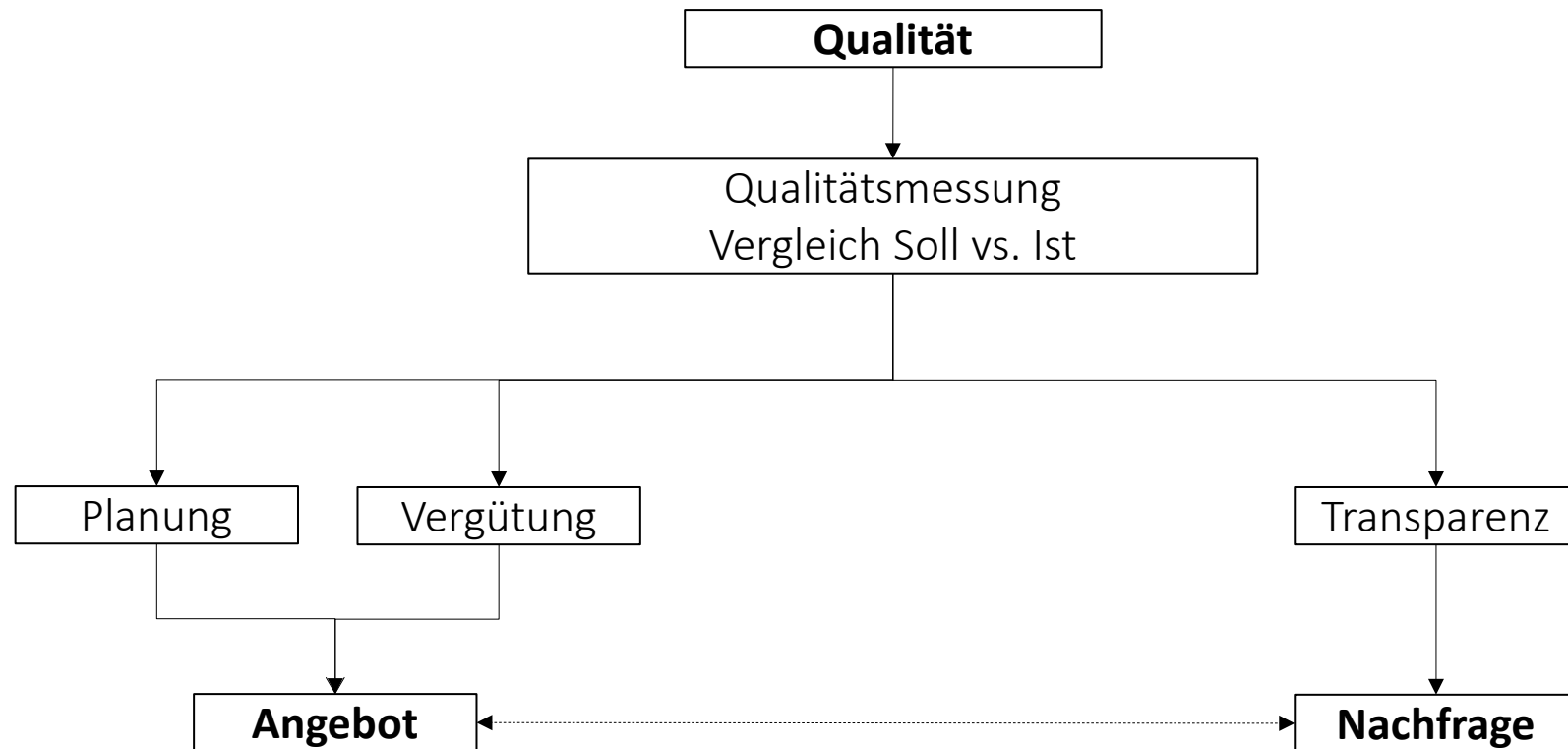
- Maßnahmen zur Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung,
- Verlängerung und Ausweitung des Hygieneförderprogramms,
- Weiterentwicklung und Einführung verschiedener Zu- oder Abschläge,
- Neuausrichtung der Mengensteuerung,
- etc.

Krankenhausstrukturgesetz: Maßnahmen zur Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung

- Qualität soll zu Konsequenzen bei der Krankenhausplanung führen.
- Qualitätsunterschiede werden bei geeigneten Leistungen vergütungsrelevant berücksichtigt.
- Die Verbindlichkeit von Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA wird gestärkt.
- Die Anwendung der bisherigen Mindestmengenregelung wird rechtssicher ausgestaltet.
- Die Patientenorientierung von Qualitätsberichten soll verbessert werden.
- Die Zahl der klinischen Sektionen soll erhöht werden.
- Einzelvertragliche Regelungen zur Verbesserung der Versorgung können erprobt werden.

Krankenhausstrukturgesetz: Vorgaben durch den G-BA (Auszug)

- Entwicklung von Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität (SGB V § 136 a Abs. 1, erstmalig zum 31.12.2016).
- Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als rechtssichere Kriterien und Grundlage für krankenhauserplanerische Entscheidungen der Länder dienen sollen (SGB V § 136 c Abs. 1, erstmalig zum 31.12.2016). Die Empfehlungen des G-BA zu den Qualitätsindikatoren sind nach § 6 Absatz 1 a KHG grundsätzlich Bestandteil des Krankenhausplanes.
- Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA wird konsequenter als bislang durchgesetzt. Zur Durchsetzung und Kontrolle seiner Qualitätsanforderungen hat deshalb der G-BA ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung festzulegen (§ 137 Abs. 1 SGB V).
- Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen (§ 137 Abs. 3 SGB V).
- Und natürlich „alte“: Zum Beispiel RL zum BAA / RL zu grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM.



Ziele

- Informieren.
- Verbessern.
- Regulieren.

Zielgrößen

- Solidität.
- Fairness.
- Zuverlässigkeit.
- Praktikabilität.
- **Justiziabilität.**

Qualitätsmessung in der Medizin

§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.

(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,

(5) Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Aufgaben nach Absatz 3 auf Basis der maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften erfüllt werden. Hierzu ist in der Stiftungssatzung ein wissenschaftlicher Beirat aus unabhängigen Sachverständigen vorzusehen, der das Institut in grundsätzlichen Fragen berät. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats werden auf Vorschlag der Institutsleitung einvernehmlich vom Vorstand der Stiftung bestellt. Der wissenschaftliche Beirat kann dem Institut Vorschläge für eine Befassung nach Absatz 4 Satz 4 machen.

Justiziabilität

„Wir werden **Qualität** nie umfassend messen können, und das wollen wir auch gar nicht [...]

Wir wollen aber **legitime Anforderungen** an die Versorgung vor Ort stellen [...]

Ab einem gewissen **Gefährdungsniveau** werden wir die Arbeit in einer Abteilung nicht mehr akzeptieren können [...]

Der Gemeinsame Bundesausschuss könnte zum Beispiel festlegen:

Wir tolerieren, wenn fünf Prozent aller Patienten gefährdet sind.

Wenn das Gefährdungspotenzial aber auf zehn Prozent ansteige, liege es zu hoch.

Wenn dann ein Krankenhaus klagen wolle, könne man auf den zuvor festgesetzten Wert verweisen.“

BSG, Urt. v. 14. 10. 2014 – B 1 KR 33/13 R –
(Vorinstanzen: SG Osnabrück, Urt. v. 28.7.2011 – S 3 KR 11/07;
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.9.2012 – L 1 KR 383/11 –)

6. Das Leistungsverbot wegen Nichterreichen der Mindestmenge in § 137 Abs. 3 Satz 2 SGB V verletzt das Krankenhaus nicht in seinem Grundrecht auf freie Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 GG); Patientenschutz geht vor Erwerbsschutz.

Krankenhausplan NRW 2015

Es besteht unter den Beteiligten an der Krankenhausversorgung der Grundkonsens, dass das Merkmal der Qualität der entscheidende Aspekt der Versorgungsleistungen ist. Vorgaben zur Struktur und in geringerem Umfang zu den Prozessen sind durch die Krankenhausplanung gestaltbar.

Soweit eine Entscheidung erforderlich ist, welchem von zwei oder mehreren benachbarten Krankenhäusern ein Versorgungsauftrag zuzurechnen ist können die in diesem Plan zitierten Leitlinien Anhaltspunkte für eine Auswahlentscheidung bieten.

a) Versorgungsauftrag Kardiologie

Bei einem großen Anteil der akuten Herzinfarkte hängen Überleben oder das Resultieren bleibender Schäden von der Zeitspanne zwischen dem Ereignis selbst und einer gezielten Intervention ab, die im Linksherzkathetermessplatz (LHKM) -Labor erfolgt. Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag Kardiologie müssen daher über eine solche Einrichtung in 24-stündiger Bereitschaft verfügen, ggf. mit verbindlichen Kooperationen zur Gewährleistung der regionalen Versorgung. Das bedeutet, dass Facharztstandard Kardiologie durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte rund um die Uhr und eine Intensiv- bzw. Überwachungsstation ständig aufnahmebereit zur Verfügung steht.

Justiziabilität

- Die Übersetzung von „Qualität“ in „legitime Anforderung“ in „Gefährdungspotenzial“ ist ein eleganter Ansatz.
- Für das Vorhaben „Qualität als Steuergröße“ reicht aber die Festlegung „legitimer Anforderungen“ bzw. des „Gefährdungspotenzials“ alleine **nicht aus**.

Legitime Anforderung & Gefährdungsniveau

Höchstgeschwindigkeit

Tabelle: Geschwindigkeitsüberschreitung innerorts (Pkw, andere Kfz bis 3,5 t zulässigem Gesamtgewicht).

Übertretung [km/h]	Euro	Punkte	Monat(e) Fahrverbot
bis 10	15		
11-15	25		
16-20	35		
21-25	80	1	
26-30	100	1	
31-40	160	2	1
41-50	200	2	1
51-60	280	2	2
61-70	480	2	3
über 70	680	2	3

Legitime Anforderung & Gefährdungsniveau

Höchstgeschwindigkeit

Tabelle: Geschwindigkeitsüberschreitung innerorts (Pkw, andere Kfz bis 3,5 t zulässigem Gesamtgewicht).

Übertretung [km/h]	Euro	Punkte	Monat(e) Fahrverbot
bis 10	15		
11-15	25		
16-20	35		
21-25	80	1	
26-30	100	1	
31-40	160	2	1
41-50	200	2	1
51-60	280	2	2
61-70	480	2	3
über 70	680	2	3

Qualität der Qualitätsmessung: Toleranzgrenzen

Für die verschiedenen Messverfahren existieren definierte Toleranzgrenzen von 0,5 bzw. 3,0 bis 5,0 Prozent.

Wie gut soll die Qualitätsmessung und somit ein Qualitätsvergleich sein?

- Wie viele Krankenhäuser dürfen fälschlicherweise als „schlecht“ eingestuft werden?
- 25 von 1.000? 10 von 1.000? 5 von 1.000?
- Wo gehobelt wird, da ... ?

Abbildung 3: Anforderungen an sinnvolle und faire Vergleiche

- Individuelle Risiken der behandelten Patienten bzw. Patientengruppen werden angemessen berücksichtigt.
- Wissenschaftlich fundierte Vorgehensweise bei der Entwicklung von Modellen zur Risikoadjustierung.
- Informationen zu den verwendeten Daten, deren Qualität und Definitionen (Grundgesamtheit, Zielgröße, Abgrenzung »Merkmal bei Aufnahmen vorhanden ja/nein«).
- Bei Verwendung administrativer Routinedaten: Auswirkung von relevanten Vorgaben aus den Kodierrichtlinien und den Klassifikationen (ICD, OPS) auf die Daten und ihre Qualität werden berichtet.
- Transparenz der Modelle: Entwicklung, Validierung, Variablen und Koeffizienten.
- Transparenz statistischer Gütekriterien: Sensitivität, Spezifität, prädiktive Werte, Kalibrierung, Diskriminierung
- Standard bei der Präsentation der Ergebnisse, zum Beispiel durch Grafiken und Tabellen ohne Verfälschung der Ergebnisse.
- Werden Ergebnisse als »Ranking« abgebildet, so wird die gewählte Methode angemessen erläutert und begründet.
- Ergebnisse werden nach definierten Standards unter Berücksichtigung der Fallzahlen interpretiert.
- Referenzbereiche werden unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Daten festgelegt.
- Grundlegendes Verständnis: Risikoadjustierung ist nur prognostisch, sie ist keine exakte Diagnose der Versorgungsprozesse! Risikoadjustierung ist der Anfang und nicht das Ende der Qualitätsbewertung, da sie nur das Erkennen statistischer Auffälligkeiten erlaubt.

Variability in the Measurement of Hospital-wide Mortality Rates

David M. Shahian, M.D., Robert E. Wolf, M.Sc., Lisa I. Iezzoni, M.D.,
Leslie Kirle, M.P.H., and Sharon-Lise T. Normand, Ph.D.

N Engl J Med 2010;363:2530-9.

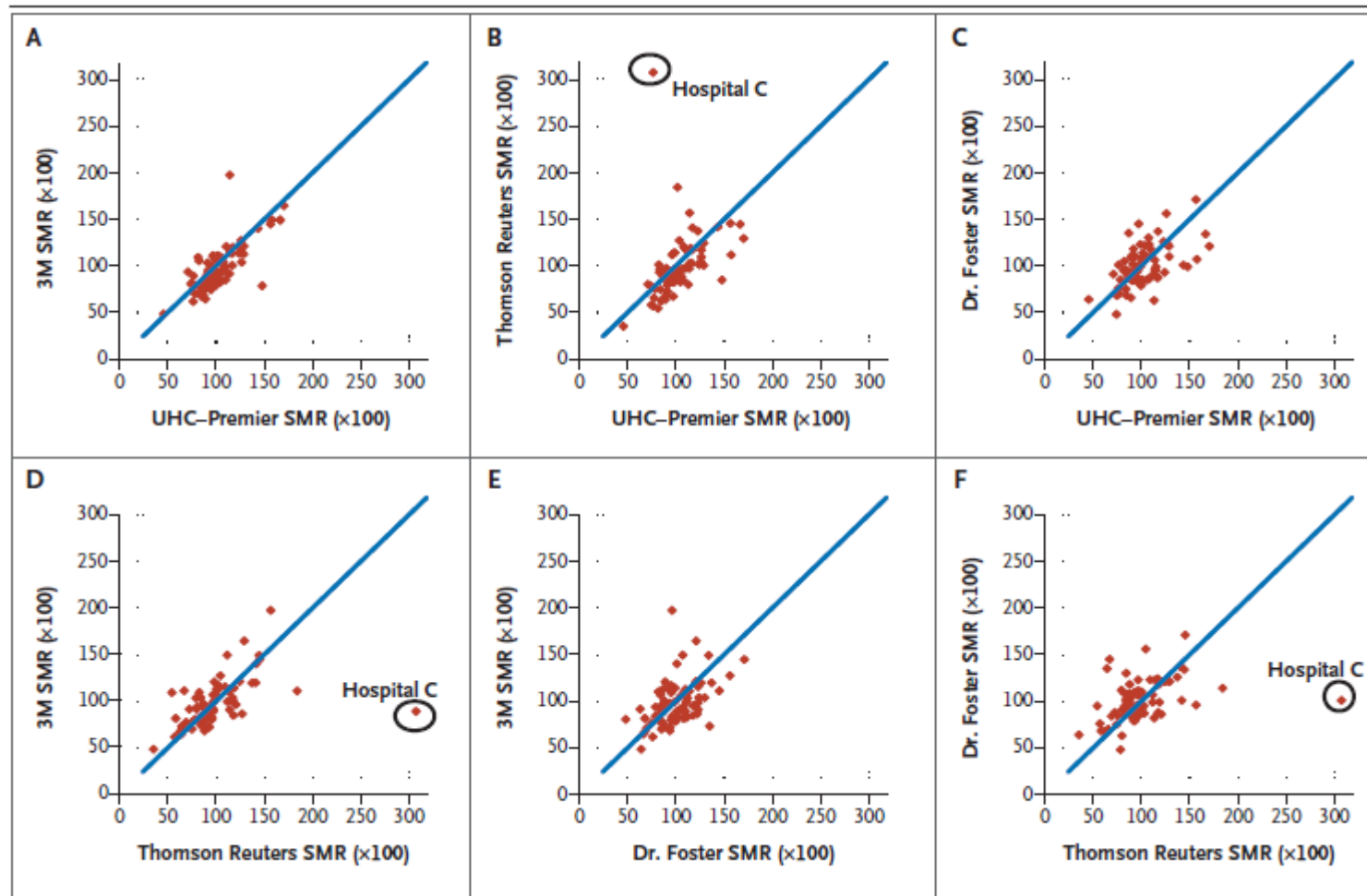


Table 1 Death rates within 30 days of a coronary artery bypass graft per 100 000 patients (age- and sex-standardized, and including deaths in hospital and after discharge)

Trust name	Rate	Lower CI	Upper CI	Absolute band
England	2975	2847	3106	
Blackpool Victoria Hospital NHST	3172	2432	4066	W
Brighton Health Care NHST	2324	1456	3519	W
Hull and East Yorkshire Hospitals NHST	3370	2601	4295	W
North Staffordshire Hospital NHST	2982	2166	4003	W
Plymouth Hospitals NHST	1613	1123	2243	B
South Tees Acute Hospitals NHST	2772	2211	3432	W
Walsgrave Hospitals NHST	4732	4000	5559	A
Barts and The London NHST	2459	1996	2997	W
Central Manchester Health Care NHST	2802	2133	3614	W
Guy's and St Thomas' NHST	3136	2589	3764	W
Hammersmith Hospitals NHST	4218	3262	5366	A
King's College Hospital NHST	2818	2105	3696	W
Leeds Teaching Hospitals NHST	2025	1542	2613	B
Newcastle-upon-Tyne Hospitals NHST	2510	1949	3182	W
Northern General Hospital NHST	2816	2076	3734	W
Nottingham City Hospital NHST	1449	811	2391	B
Oxford Radcliffe Hospital NHST	3552	2848	4376	W
Royal Free Hampstead NHST	1971	396	5758	W
South Manchester University Hospitals NHST	3442	2698	4328	W
Southampton University Hospitals NHST	2026	1550	2603	B
St George's Health care NHST	3902	3084	4870	W
St Mary's NHST	2408	1720	3279	W
United Bristol Health care NHST	1880	1427	2430	B
University College London Hospitals NHST	4028	3051	5219	W
University Hospital Birmingham NHST	2833	2229	3552	W
University Hospitals of Leicester NHST	3400	2775	4123	W
Cardiothoracic Centre Liverpool	3359	2724	4098	W
Papworth Hospital	3441	2897	4058	W
Royal Brompton and Harefield	3339	2796	3957	W

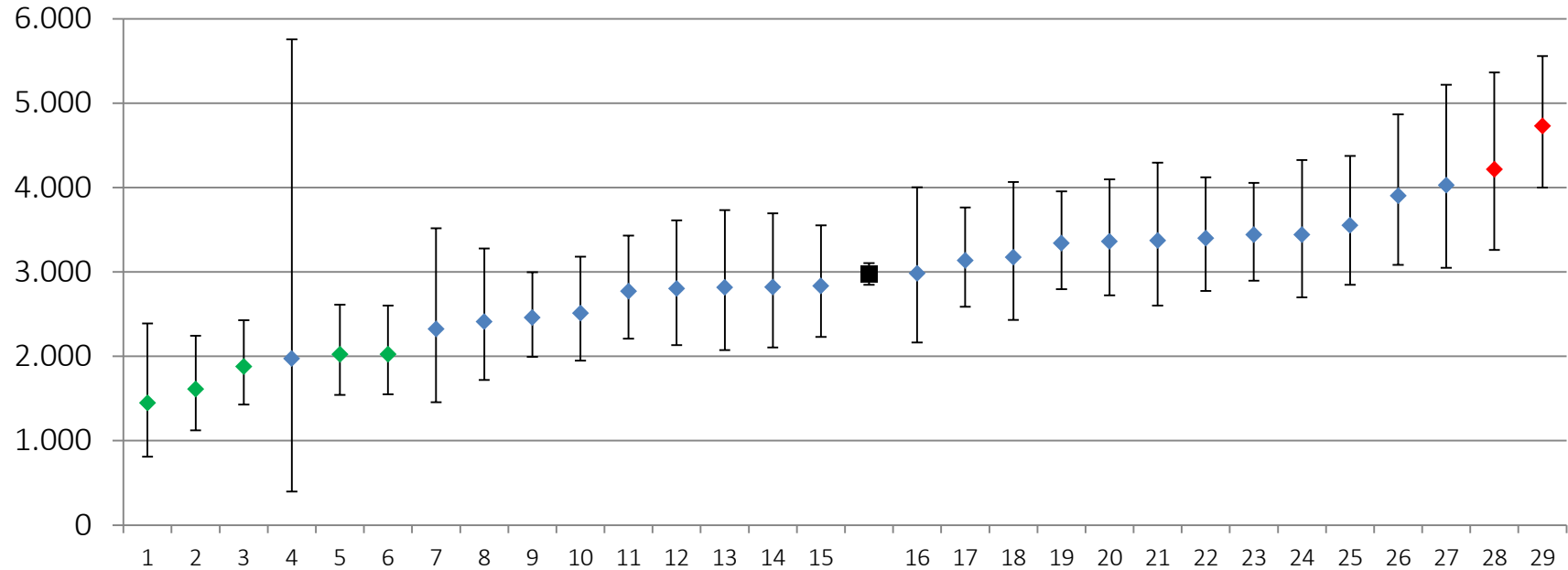
CI, confidence interval; NHST, National Health Service Trust; B, significantly better than the national average; W, within expected variation of the national average (CIs overlap with those for England); A, significantly poorer than the national average.

Source: [3].

Using indicators to quantify the potential to improve the quality of health care

ROBERT GIBBERD¹, STEPHEN HANCOCK¹, PETER HOWLEY² AND KAY RICHARDS³

¹Health Services Research Group, Faculty of Health, University of Newcastle, Shortland, NSW, ²School of Mathematical and Physical Sciences/Statistics, University of Newcastle, Callaghan, NSW, ³The Australian Council On Healthcare Standards, Ultimo, NSW, Australia



- 5 Kliniken signifikant unterhalb des nationalen Referenzwertes.
- Klinik auf Platz 4 hat deutlich weniger Fälle als die anderen Kliniken → Da kann man schnell nach hinten geraten.
- 22 von 29 Kliniken unauffällig („Neutrale Zone“).
- 2 Kliniken signifikant oberhalb des nationalen Referenzwertes.

Schon zufallsbedingt ist zu erwarten, dass 2,5% (also 0,7 Kliniken) der 29 Kliniken einen Wert oberhalb des nationalen Referenzwertes aufweisen können!

Informationswert dieser Auswertung für die interne Verbesserung in den beiden Kliniken?

Man muss also wohl vor Ort genauer hinsehen ... Audit/Peer-Review durch Externe?

»Realität ist nur eine Illusion, die sich durch einen Mangel an Alkohol einstellt.«

Romanfigur Sphinx in *Der Totenzeichner* von Veit Etzold (Seite 333)

Was kann die Statistik leisten?

- Sie beantwortet nicht die Frage „Gutes oder schlechtes Krankenhaus?“.
- Sie beantwortet nur die Frage, ob sich beispielsweise eine bestimmte Komplikationsrate mit der geforderten (also festgelegten) Sicherheit von einem Referenzwert unterscheidet oder nicht.
- Selbst risikoadjustierte Qualitätsindikatoren sind also nur prognostisch, nicht diagnostisch.
- Nur die Prüfung vor Ort durch Experten kann zeigen, ob man anerkannte Standards befolgt hat oder nicht.

Empfehlungen vor oder spätestens bei Auffälligkeiten

- Analyse der Daten des Krankenhauses (Kodierung, Verteilung Risikofaktoren etc.).
- Statistische Prüfung: Wie gut funktioniert das Messverfahren mit unseren Daten?
- Statistische Prüfung: Welche Rolle haben der Zufall und andere Einflussgrößen gespielt?
- Diagnostik und Therapie: Übereinstimmung mit anerkannten Kriterien?

Aufklärung unter neuen Rahmenbedingungen

Aufklärungspflicht

- BGB § 630e Aufklärungspflichten
- Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere [...] **Risiken** [...]. (Abs. 1)
- „Wir fallen gemäß der öffentlichen Berichterstattung des IQTIG bei diesem Eingriff in die Gefährdungsklasse A“.
- ...oder C?

Weitere Aspekte

- Welche Auswirkungen könnte das auf die Versicherungsprämien oder sogar die grundsätzliche Versicherbarkeit haben?
- Auswirkungen auf die Weiterbildungsermächtigungen?
- Bedeutung der Qualität bei Bonitätsprüfungen?

Richtlinie zum BAA

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die
stationäre Versorgung bei der Indikation
Bauchaortenaneurysma**

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Verkündet am
1. Juli 2014

Az: B 1 KR 15/13 R

L 1 KR 383/12 (Hessisches LSG)
S 8 KR 540/11 (SG Darmstadt)

BSG Urteil - 01.07.2014 - B 1 KR 15/13 R

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung. Die Klägerin, Rechtsträgerin des Plankrankenhauses G Klinikum (im Folgenden: Klinikum), behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte H (im Folgenden: Versicherte) vom 9. bis 18.12.2010 stationär durch elektive Resektion eines Bauchaortenaneurysmas bei offen chirurgischer Vorgehensweise. Die Klägerin stellte der Beklagten dafür 7808,31 Euro in Rechnung (2.1.2011). Die Beklagte **lehnte deren Begleichung ab, weil das Krankenhaus nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nicht alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in seiner Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) aufgestellten Voraussetzungen für die offen chirurgische oder endovaskuläre Versorgung des Bauchaortenaneurysmas erfülle** (nicht § 4 Abs 2, 3 und 4 sowie § 5 Abs 1 QBAA-RL). Dem widersprach die Klägerin. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt, 7808,31 Euro nebst Zinsen von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 4.2.2011 zu zahlen (Urteil vom 17.9.2012). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: **Die QBAA-RL, insbesondere § 3 QBAA-RL, enthielten keine Regelung über Vergütungsabschläge.** Die Erfüllung der Anforderungen nach den §§ 4 und 5 QBAA-RL durch das Klinikum im Behandlungszeitraum könne offenbleiben. § 137 Abs 1 S 2 SGB V ermächtige den GBA nicht dazu, den Umfang des Versorgungsauftrags der Krankenhäuser zu begrenzen (Urteil vom 15.4.2013).

BSG Urteil - 01.07.2014 - B 1 KR 15/13 R

Das Krankenhaus hat auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der GKV nur für eine "erforderliche" Krankenhausbehandlung.

Eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung Versicherter ist nicht im Rechtssinne "erforderlich" mit der Folge, dass das Krankenhaus hierfür keine Vergütung beanspruchen kann. Versicherte haben aufgrund des Qualitätsgebots (§ 2 Abs 1 S 3 SGB V) und des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1 SGB V) keinen Anspruch auf ungeeignete Leistungen, insbesondere auf Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs 1 SGB V) einschließlich Krankenhausbehandlung. Krankenhäuser sind dementsprechend - außer in Notfällen - auch innerhalb ihres Versorgungsauftrags weder befugt, ungeeignet zu behandeln, noch berechtigt, eine Vergütung hierfür zu fordern.

§ 3 Abs 1 QBAA-RL [...] regelt in diesem Sinne zwingende Qualitätsvorgaben. Danach darf nämlich die elektive stationäre Versorgung von Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchortenaneurysma nur in Einrichtungen erfolgen, die die in den §§ 4 und 5 QBAA-RL festgelegten Anforderungen erfüllen. § 4 Abs 2 bis 4 QBAA-RL regelt personelle und fachliche Anforderungen, § 5 Abs 1 QBAA-RL Anforderungen an Organisation und Infrastruktur.

BSG Urteil - 01.07.2014 - B 1 KR 15/13 R

Der Prüfmaßstab des Gerichts bei Überprüfung solcher Richtlinien muss der Funktion des GBA als untergesetzlicher Normgeber Rechnung tragen [...]. Der GBA entschied aufgrund einer wirksamen Ermächtigungsgrundlage [...] formal korrekt [...]. Er machte rechtmäßig die elektive stationäre Versorgung von Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma davon abhängig, dass sie in Einrichtungen erfolgt, die die in den §§ 4 und 5 QBAA-RL festgelegten Anforderungen erfüllen [...]. Dies verletzt die Klägerin nicht in ihren Grundrechten [...].

Das BSG zieht die Verfassungsmäßigkeit dieser Art der Rechtsetzung nicht mehr grundlegend in Zweifel (vgl. nur BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137 Nr 2, RdNr 22).

Der GBA ist erst bei Erfüllung dieser Voraussetzungen befugt, als Normgeber zu entscheiden. Soweit diese letztere Kompetenz reicht, darf allerdings die sozialgerichtliche Kontrolle ständiger Rechtsprechung des BSG zufolge ihre eigenen Wertungen nicht an die Stelle der vom GBA getroffenen Wertungen setzen. Vielmehr beschränkt sich die gerichtliche Prüfung in diesen Segmenten darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen sowie die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen (stRspr, vgl zB BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr 4, RdNr 38; BSGE 110, 183 = SozR 4-2500 § 34 Nr 9, RdNr 25, beide mwN). Die Entscheidungen über die Auswahl und den Zuschnitt der qualitätssichernden Kriterien und Mindestanforderungen sowie deren genaue Festlegung einschließlich ihrer Folgewirkungen unterliegen dem normativen Gestaltungsspielraum des GBA.

Qualitätsmanagement-Richtlinie

Beschluss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie

Vom 17. Dezember 2015

GBV

Qualitätsmanagement-Richtlinie vom 17.12.2015

- In der Richtlinie explizite Erwähnung von Sanktionen bei Nichterfüllung (teilweise bzw. gänzlich).
 - Folgen für Vergütungsanspruch, wenn man das Urteil des BSG zum BAA analog auslegt?
 - Es gibt rechtspraktisch aktuell keine Sanktionen bei Verstößen gegen die Richtlinie.
 - Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass ggf. die Vergütung in Frage gestellt wird bzw. in Einzelfällen Auswirkungen in einem Prozess wegen Behandlungsfehlern eintreten.
-
- Empfehlung: Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser – Eine sanktionslose Norm? Rechtliche Folgen einer Missachtung der Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser (KQM-RL). Dr. Andreas Penner, Anna Büscher. In: Reader Risikomanagement im Krankenhaus. Hrsg.: Prof. Dr. Andreas Becker, Mediengruppe Oberfranken. 2015

Wie verändert sich die Krankenhauslandschaft?

Wie verändert sich die Krankenhauslandschaft?

- Chance auf korrekte Allokation steigt.
- Risiko auf Fehlallokation steigt.
- Beschäftigung der Verwaltungsgerichte wird zunehmen, das könnte auch positiv sein im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG.
- Weitere Entsolidarisierung unter den Krankenhäusern? Bsp.: Lebensbaum-Verfahren.
- Die Anforderungen an die einzelnen Organisationen und ihre Leitungskräfte werden steigen.
- Die Beschäftigung mit der eigenen Qualität und der anderer Kliniken (Referenzwerte) muss und wird (?) zunehmen.
- Die Frage: „Erfüllen wir eine bestimmte Qualitätsanforderung?“ sollte zur Routine werden.

Vielen Dank!

T +49 2205 920 460
F +49 2205 920 462
M +49 172 29 88 040
E becker@i-pdb.de
W www.i-pdb.de

Institut Prof. Dr. Becker
Nonnenweg 120a
51503 Rösrath