

BBDK, 34. Frühjahrskolloquium,
„Die Krankenhauswelt – zwischen
sich ändern und verändert werden“

Die Versorgungsvorgaben des G-BA aus Sicht der Krankenhäuser

Matthias Blum, Geschäftsführer der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen





- I. Gemeinsamer Bundesausschuss Berlin
- II. Die Krankenhäuser – Einflüsse auf den Versorgungsauftrag
- III. Stationäre Notfallbehandlung
- IV. QFR-RL
- V. Mindestmengen
- VI. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK
- VII. Ausblick

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

- Errichtet am 01.01.2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003
- Aufgaben seiner Vorgängerorganisationen (Bundesausschüsse der Ärzte/ Zahnärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus sowie der Koordinierungsausschuss)
- Beginn der dritten Amtsperiode des G-BA am 01.07.2012
- § 136 SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

- „Die bisher vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen durchgeführten Aufgaben werden nunmehr von dem Gemeinsamen Bundesausschuss wahrgenommen. Daher wird diesem auch die Aufgabe übertragen, die Anforderungen an die Qualitätssicherung festzulegen. Dies ermöglicht gleichzeitig, dass die **Vorgaben für die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich möglichst einheitlich auch unter Berücksichtigung sektorenübergreifender Aspekte gestaltet** werden können. Folgerichtig wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss auch die neue Aufgabe übertragen, die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in Richtlinien festzulegen.“ (Zu Nummer 102 (§ 136a) Zu Buchstabe a)
- „Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird zukünftig die Aufgabe übertragen, **für die Vertragsärzte und Krankenhäuser alle erforderlichen Qualitätsanforderungen festzulegen**. Vor diesem Hintergrund ist es zur Vermeidung von Doppelstrukturen folgerichtig, diesem auch Aufgaben zu übertragen, wonach der **Qualitäts- und Weiterentwicklungsbedarf ermittelt und benannt** wird. Dadurch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss damit auch die **übergeordneten Entscheidungen** trifft und die **Kenntnisse über den Stand der Qualitätssicherung bündelt**, wird eine **einheitliche Gestaltung der Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erleichtert**.“ (Zu Nummer 105 (§ 137b))

Die Trägerorganisationen des G-BA



GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

www.gkv-spitzenverband.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

www.dkgev.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

www.kbv.de

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

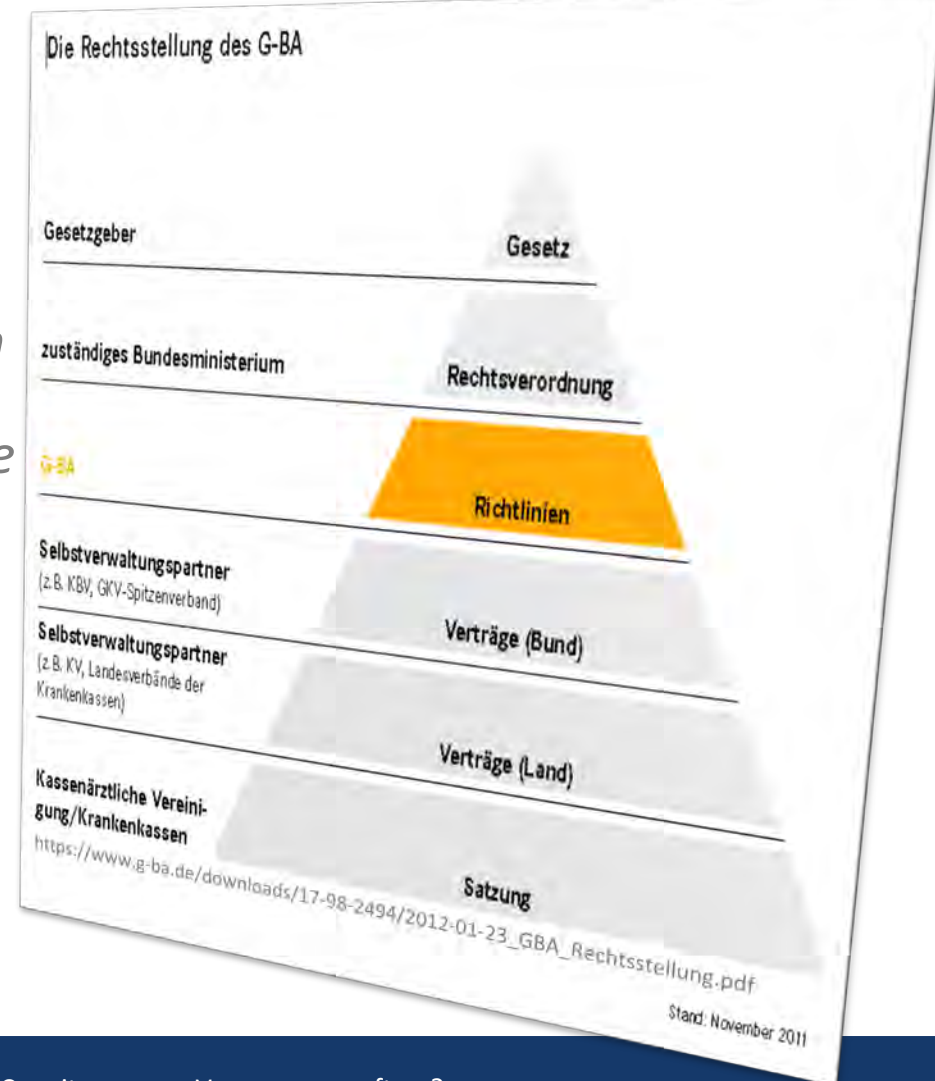
www.kzbv.de

Erklärfilm: Gemeinsamer Bundesausschuss



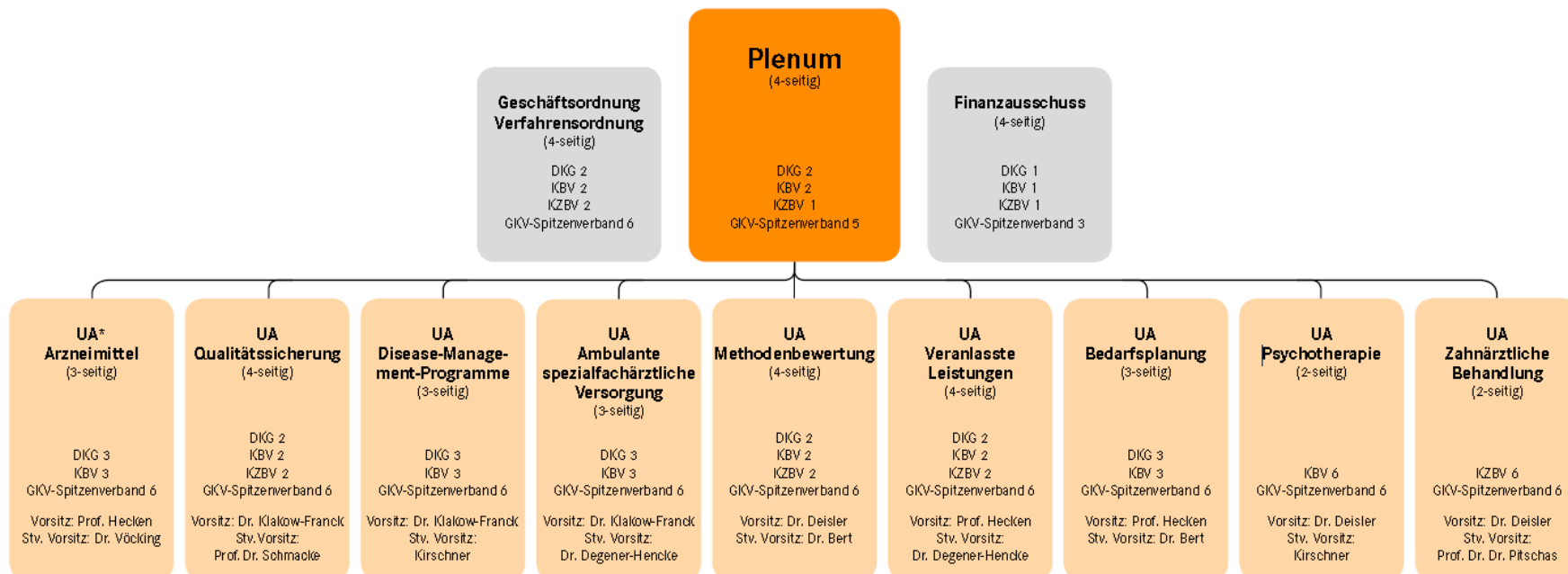
G-BA: Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung

- *Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland*
- *Bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog GKV für mehr als 70 Millionen Versicherte*
- *Festlegung, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden*
- *Beschluss von Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens*



<https://www.g-ba.de/>

Der Gemeinsame Bundesausschuss im Überblick



- In allen Gremien nehmen **Patientenvertreterinnen und -vertreter** mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f Abs. 2 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Bedarfsplanung nehmen **zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder** mitberatend teil (§ 92 Abs. 7e SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Qualitätssicherung nehmen **jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats** mitberatend teil, soweit es Regelungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherung) betrifft. Dies gilt auch für **die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer**, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen und Zahnärzte berührt ist (§ 136 Abs. 3 SGB V).

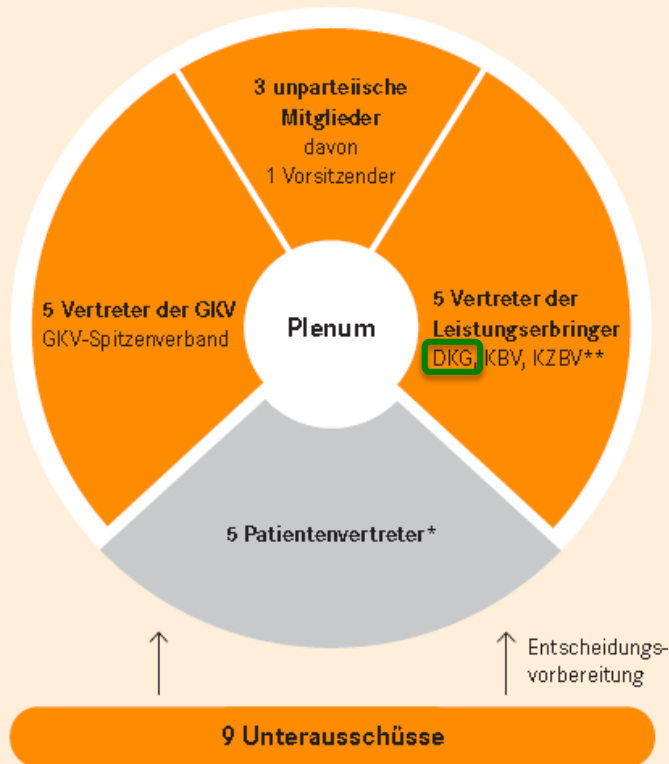
*Unterausschuss (UA)

Stand: Januar 2016

https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2436/AufbauVorsitz_20-07-2016_deutsch.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

(Gremium nach § 91 SGB V)



* Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

** Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen stimmberechtigt, die ihren Versorgungsbereich wesentlich betreffen. Andernfalls erfolgt eine anteilige Stimmübertragung auf die betroffenen Organisationen nach § 14a Abs. 3 GO.

Sitzverteilung und Struktur des G-BA



Plenum ist mit 13 stimmberechtigten Mitgliedern besetzt ist.



https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3646/2014-01-27_GBA_OR-Sitzverteilung-Struktur.pdf

G-BA: Entwicklung der Beschlusszahlen, Anzahl Beschlüsse im Plenum nach Jahren



Gemeinsamer Bundesausschuss

Institution **Informationsarchiv**

Beratungsthemen **Beschlüsse** Richtlinien Abschlussberichte (Frühe) Nutzenbewertung nach § 35a SGB V Verfahren nach § 137h SGB V

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Auswahl nach Aufgabenbereich
Alle

1 2 3 4 5 ... 103

Thema des Beschlusses	Beschlussdatum	Inkrafttreten
Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII: Carfilzomib (Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 50 Mio. Euro Grenze)	15.02.2018	15.02.2018
Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII: Sanlumab	15.02.2018	15.02.2018
Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII: Daratumumab (neues Anwendungsgebiet, Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 50 Mio. Euro Grenze)	15.02.2018	15.02.2018
Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII: Sofosbuvir/Velpatavir/Voxilaprevir	15.02.2018	15.02.2018
Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII: Ledipasvir/Sofosbuvir (neues Anwendungsgebiet, Chronische Hepatitis C bei Jugendlichen)	15.02.2018	15.02.2018
Veranlassung einer erneuten Nutzenbewertung: Insulin degludec	15.02.2018	mit Beschlussdatum
Veranlassung einer erneuten Nutzenbewertung: Lixisenatid	15.02.2018	mit Beschlussdatum
Arzneimittel-Richtlinie/Anlage IX und X: Festbetragsgruppenbildung und Aktualisierung von Vergleichsgrößen – Aktualisierung der Vergleichsgrößen für 4 Festbetragsgruppen der Stufen 2 und 3	15.02.2018	noch nicht in Kraft
Beauftragung IQTiG: Evaluation zu Auswirkungen der Anforderungen der MHE-RL auf die Versorgungsqualität in Deutschland	15.02.2018	mit Beschlussdatum
Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zur gesonderten fachärztlichen Versorgung	15.02.2018	noch nicht in Kraft
Bedarfsplanungs-Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren	15.02.2018	noch nicht in Kraft
Richtlinie: Methoden Krankenhausbehandlung: Chirurgische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem	15.02.2018	noch nicht in Kraft

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/>

https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4345/2017-07-25_G-BA_Geschaeftsbericht_bf.pdf

Der G-BA in Zahlen

- 2015: 150 Mitarbeiter/innen, Etat: 32 Mio. €
- Anzahl der Richtlinien: derzeit 69
- Anzahl Beschlüsse
 - 2013: rund 250, davon ca. zwei Drittel im AM-Bereich
- Gerichtsverfahren
 - aktuell 52 laufende Gerichtsverfahren
 - davon 26 AMR, 8 QFR-RL, 6 Bedarfsplanung

KHSG-(VSG) Selbstverwaltungsthemen auf Bundes- und Landesebene



1. DRG-System: Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulationsgrundlage
2. DRG-System: Abbau bestehender Übervergütungen bei Sachkosten
3. DRG-System: Absenkung und Abstufung von Bewertungsrelationen für Leistungen mit „wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen“
4. Ambulante Versorgung: Streichung Investitionskostenabschlag
5. Terminservicestellen
6. Fixkostendegressionsabschlag: Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen und Einzelheiten zur Umsetzung
7. Fixkostendegressionsabschlag: Höhe
8. Entlassmanagement → Einigung auf/durch Anpassung des Gesetzes mit anschließendem Vertragsschluss
9. Strukturfonds
10. Pflegestellenförderprogramm
11. Schließungsförderung durch Krankenkassen
12. Verlängerung des Hygieneförderprogramms
13. Weiterentwicklung des Orientierungswerts
14. Annäherung der Landesbasisfallwerte an die Korridor Grenzen
15. Sicherstellungszuschlag
16. Pflegezuschlag
17. Zuschlag für besondere Aufgaben von Zentren → Festgesetzte Vereinbarung (Bundesschiedsamt) → Klage seitens GKV-SV ohne aufschiebende Wirkung; 19.09.2017 von GKV/PKV-Seite gekündigt
18. Zuschlag für Mehrkosten durch Richtlinien des G-BA
19. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
20. Qualitätszu- und -abschläge
21. Qualitätsverträge
22. Qualitätskontrollen des MDK
- 23./24. Ambulante Notfallversorgung (Kooperation, Vergütung)
25. Klinische Sektionen
26. Tarifausgleichsrate
27. Indikatoren zur Bewertung der Hygienequalität
28. Hochschulambulanzen
29. Zweitmeinungsverfahren
30. Zu- und Abschläge für die stationäre Notfallversorgung → **Fristverlängerung bis 31.12.2017**
31. Mindestmengen

- I. Gemeinsamer Bundesausschuss Berlin
- II. Die Krankenhäuser – Einflüsse auf den Versorgungsauftrag
- III. Stationäre Notfallbehandlung
- IV. QFR-RL
- V. Mindestmengen
- VI. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK
- VII. Ausblick

Zeitleiste der für den G-BA prägenden Gesetze

2015 Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
vom 10.12.2015

Mindestmengenregelung/ Ausnahmetatbestände
Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Gesetz beauftragt den G-BA, in seinen Mindestmengenregelungen Ausnahmetatbestände und Übergangsbestimmungen festzulegen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.
(§ 136b Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB V)

Benennung von Leistungsbereichen für Qualitätsverträge
Kliniken und Krankenkassen können künftige zeitbefristete Qualitätsverträge abschließen, um Anreize zur Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen zu erproben (§ 110a SGB V). Der G-BA soll bis zum 31. Dezember 2017 vier Leistungsbereiche bestimmen, die sich für solche Verträge eignen.
(§ 136b Abs. 1 Nr. 4, Abs. 8 SGB V)

Qualitätsindikatoren für Zu- und Abschläge in der Krankenhausvergütung
Der G-BA hat bis zum 31. Dezember 2017 einen Katalog von Leistungen zu bestimmen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. Hierzu muss er Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren bestimmen und für die Vertragspartner ein Verfahren entwickeln, das die Vereinbarung solcher Zu- und Abschläge ermöglicht. In diesem Zusammenhang hat der G-BA jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zu veröffentlichen.
(§ 136b Abs. 1 Nr. 5 und 9 SGB V)

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
Bis zum 31. Dezember 2016 hat der G-BA Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätsversicherung zu benennen, die sich für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung eignen.
(§ 136c Abs. 1, 2 SGB V)

Vorgaben für Sicherstellungszuschläge
Erstmals bis zum 31. Dezember 2016 soll der G-BA die Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Kliniken festlegen.
(§ 136c Abs. 3 SGB V)

Vorgaben zu Stufen der Notfallversorgung
Der G-BA soll bis zum 31. Dezember 2016 für die Notfallstrukturen in Krankenhäusern ein Stufensystem festlegen.
(§ 136c Abs. 4 SGB V)

2015

Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (E-Health-Gesetz)
vom 21.12.2015
Inkrafttreten: 29.12.2015

2016

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVG)
vom 19.12.2016
Inkrafttreten: 01.01.2017

Festlegung von Folgen bei Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben
Der G-BA soll ein gestuftes System von (Sanktions-) Maßnahmen entwickeln, das greift, wenn Kliniken Qualitätsvorgaben nicht einhalten.
(§ 137 Abs. 1 und 2 SGB V)

Regelung zu den Kontrollen des MDK
Der G-BA soll die Details zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) regeln, die dieser vornimmt, um die Einhaltung von Qualitätsvorgaben in Krankenhäusern zu überprüfen.
(§ 137 Abs. 3 SGB V)

Patientenvertretung
Mit dem E-Health-Gesetz werden die Rechte der Patientenvertretung im G-BA gestärkt. In Verfahrensfragen ist Einvernehmen mit der Patientenvertretung zu erzielen.
(§ 140 f Abs. 2 SGB V)

Qualitätssicherung der Kliniken Strukturvorgaben Psychiatrie/P:
Der G-BA wird beauftragt, bis zum 30.1. mit Wirkung zum 1. Januar 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung psychiatrischer und psychosomatischer dem für die Behandlung erforderlichen Personal festzulegen. Zudem hat er die Beurteilung der Struktur-, Prozess- und für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen psychosomatischen Versorgung festzulegen. Vor der Beschlussfassung hat er eine Feildurchführung.
(§ 136a Abs. 2 SGB V)
(§ 136c SGB V)

2016

Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze (Transplantationsregistergesetz)
vom 11.10.2016
Inkrafttreten: 01.11.2016

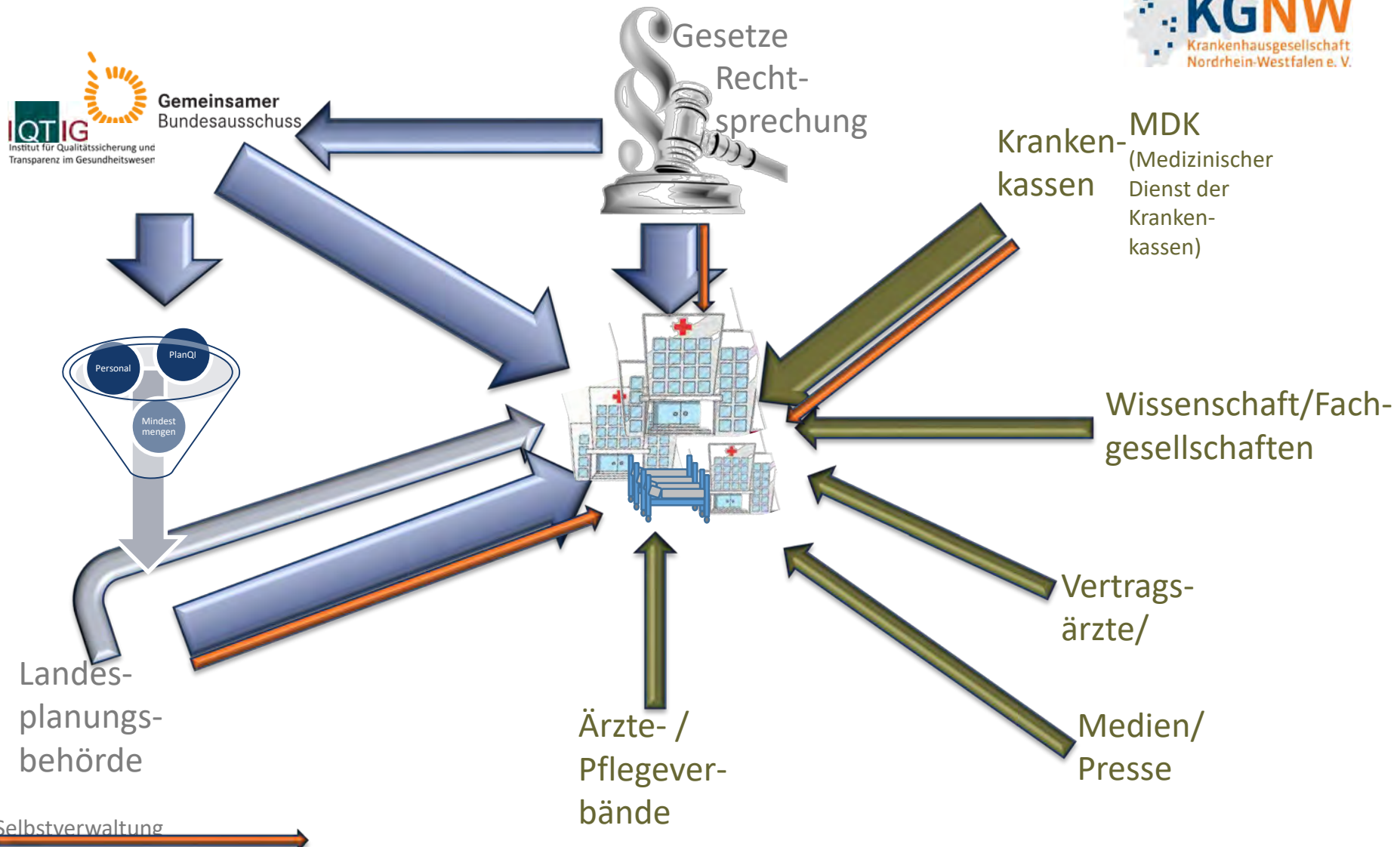
Qualitätssicherung der Kliniken
Der G-BA hat in seinen Richtlinien über Maßnahmen der qualitätsabhängigen Qualitätsversicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Tätigkeiten der Krankenkassen festzulegen.
(§ 137 Abs. 2 Satz 1 SGB V)

Vorgaben zu Stufen der Notfallversorgung
Die Frist für die Erstellung eines Katalogs der Notfallversorgung wird auf den 31. Dezember 2017 verschoben. Vor Beschlussfassung konsultiert der G-BA eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse zu berücksichtigen.
(§ 136c Abs. 4 SGB V)

Innovationsfonds
Die Laufzeit der aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben kann bis zu vier Jahre betragen.
(§ 136a Abs. 3 Satz 5 SGB V)

Qualitätssicherung Transplantation
Im Rahmen der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung transplanationsmedizinischer Leistungen wird der Austausch von Qualitätsberichten zwischen GBA und Transplantationsregisterstelle möglich.
(§ 299 Abs. 3 SGB V)

(Verborgene) Blicke auf das Krankenhaus



Krankenhäuser mit dem Fokus auf eine qualitativ hochwertige Patientenbehandlung



Qualifikation

Sektorentrennung

Personalverfügbarkeit

Ambulantisierung

Krankenhausversorgung
(stationär/ambulant)

Hygiene

Entlassmanagement

IT-Sicherheit

PatientInnen

Krankenversicherung
(-beiträge)

Regelungskompetenzen

Daseinsvorsorge Qualität

Zukunft Demografie

Work-Life-Balance

Krankenhausfinanzierung

Krankenhausförderung

Personalanhaltszahlen

Sicherheit

Versorgungsauftrag

1. Grober Rahmen
über Bundes-
rechtliche Vorgaben
(KHG)

2. Krankenhausplan
(Rahmenvorgaben)
und Feststellungs-
bescheid mit
Außenwirkung

→ **Versorgungs-
auftrag**





(...) Der **Versorgungsauftrag**, der durch den Krankenhausplan erteilt wird, ist **grundsätzlich nicht auf einzelne Leistungen beschränkt sondern umfassend**, es sei denn eine Einschränkung ist **rechtlich geboten (z.B. Mindestmenge)** oder unter Gewährleistung der regionalen Versorgung der Krankenhäuser verbindlich vereinbart. Es widerspricht den Zielen der flächendeckenden Versorgung, wenn sich Krankenhausträger Teilaufgaben aus dem Versorgungsauftrag herausnehmen und nur diese anbieten. **Es kann allerdings gerade unter Qualitätsaspekten notwendig sein, den Versorgungsauftrag zu begrenzen.** Dies ist mit der Planungsbehörde abzustimmen und justiziabel im Krankenhausplan (Einzelfeststellungsbescheid) zu verankern. (S. 50)

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Gynäkologische Operationen		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe		
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Mammachirurgie		
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel-Event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %

- Quartalsweise Datenlieferung
- Datenqualität und Datenvalidierung
- Stellungnahmeverfahren und Qualitätsbewertung
- Übermittlung der Daten an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie an die Landesverbände der Krankenkasse und die Ersatzkassen
- Veröffentlichung

KGNW-Rundschreiben Nr. 564/2016 vom 23.12.2016

2. Stufe der Plan-QI – Abschlussbericht: April 2018



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Pressemitteilung

- **Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung: IQTIG mit Konzept für Neu- und Weiterentwicklung beauftragt**
- Berlin, 18. Mai 2017– Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Neu- und Weiterentwicklung von zusätzlichen Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung auf den Weg gebracht. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde am Donnerstag in Berlin beauftragt, für den G-BA die entsprechenden konzeptionellen Grundlagen zu erarbeiten. Dabei soll das IQTIG prüfen, ob sich aus den vorhandenen Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität sowie aus den Mindestmengenregelungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren ableiten lassen. Konkrete Umsetzungsvorschläge sollen, soweit methodisch möglich, für die Mindestmengenregelungen für Leber- und Nierentransplantation vorgelegt werden. Das IQTIG ist beauftragt, seinen wissenschaftlichen **Abschlussbericht bis April 2018** vorzulegen.
- „Der Gesetzgeber hat als Ausgangsbasis für die neuen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung vorgegeben. Diese sind für die Zwecke der Krankenhausplanung nur sehr eingeschränkt geeignet,“ erläuterte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. „Unserer eigenen Ankündigung bei der Erstfassung der Richtlinie über die planungsrelevanten Indikatoren entsprechend haben wir deshalb nun eine Folgebeauftragung des IQTIG beschlossen. Die weiter zu entwickelnde Methodik soll eine differenziertere, über die Feststellung einer unzureichenden Qualität hinausgehende Qualitätsbeurteilung ermöglichen. Zudem muss beantwortet werden, welche Anforderungen an diese Indikatoren zu stellen sind, damit sie in der **Zusammenschau die Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung ermöglichen.**“

§ 13 KHGG NRW: Rahmenvorgaben

- *„Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden erst nach Maßgabe des Abschnitts II Bestandteil des Krankenhausplans.“*
- Abwendung einer automatischen Übernahme der Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in die Landeskrankenhausplanung
- Zunächst ist der Landesausschuss für Krankenhausplanung zu beteiligen und der zuständige Landtagsausschusses anzuhören

u. a. KGNW-Rundschreiben Nr. 490/2016 vom 29.11.2016

- I. Gemeinsamer Bundesausschuss Berlin
- II. Die Krankenhäuser – Einflüsse auf den Versorgungsauftrag
- III. Stationäre Notfallbehandlung
- IV. QFR-RL
- V. Mindestmengen
- VI. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK
- VII. Ausblick

Zu- und Abschläge für die stationäre Notfallversorgung

§ 136c Abs. 4 SGB V:

„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember ~~2016~~ 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind **für jede Stufe** der Notfallversorgung **insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen**. Der Gemeinsame Bundesausschuss **berücksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind**. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durch und berücksichtigt deren Ergebnisse.“ (Änderungen durch PsychVVG)

→ Fristverlängerung bis 31.12.2017

§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG:

„(1a) Die **Vertragsparteien** auf Bundesebene **vereinbaren** auf der Grundlage von Absatz 1 Nummer 3 (...)
5. **bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge** für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine **Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus** vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist;(...).“

Zu- und Abschläge für die stationäre Notfallversorgung

§ 136c Abs. 4 SGB V:

„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung zur Art und Anzahl von Fachärzten, Fachpersonal sowie festzulegen, planungsreife Notfallversorgungsstellen, die bei Gelegenheit der Notfallversorgung berücksichtigt werden und die Folgenabschätzung

→ Fristverlängerung

§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEG:

„(1a) Die Vertragspartner des Krankenhauses sind bis zum 30. Juni 2018 die Teilnahme oder Ermittlung der Höhe der Entgeltsystem im Krankenhaus vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist; (...)“



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Abruf 01.03.2018

Tagesordnung

128. Öffentliche Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses
am 16. März 2018
von 11:00 Uhr bis 14:30 in Berlin

Stand 27. Februar 2018

8.2. Unter Ausschuss Bedarfsplanung

8.2.1. Erfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Grundlage von Absatz 1 Nummer 3 (...)

Gestaltung der Zu- und Abschläge für eine

Teilnahme an der Notfallversorgung, wobei bei der

Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das Institut für das

Entgeltsystem im Krankenhaus vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das

Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen,

das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen

Bundesausschuss zu entwickeln ist; (...)“

- I. Gemeinsamer Bundesausschuss Berlin
- II. Die Krankenhäuser – Einflüsse auf den Versorgungsauftrag
- III. Stationäre Notfallbehandlung
- IV. **QFR-RL**
- V. Mindestmengen
- VI. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK
- VII. Ausblick

G-BA: Beispiel: Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL

Richtlinie



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in
Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V**

**(Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und
Reifgeborene/QFR-RL)**

in der Fassung vom 20. September 2005
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 S. 15 684
in Kraft getreten am 1. Januar 2006

zuletzt geändert am 19. Oktober 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT vom 15. Dezember 2017 B5
in Kraft getreten am 1. Januar 2018

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, Stand: Inkrafttreten 01.01.2018

Historie der QFR-RL



Richtlinien-Versionen	Datum des Inkrafttretens	
Version vom 19.10.2017	01.01.2018	➤ Pressemitteilung Versorgung von Früh- und Neugeborenen wird durch gezielte Zuweisungen in speziell ausgestattete Krankenhäuser verbessert Siegburg, 21. September 2005 – Ab 2006 findet die Versorgung von früh- und neugeborenen Kindern in deutschen Krankenhäusern nach verbindlichen Kriterien statt, die die Qualität der jeweils erforderlichen Behandlungen durch gezielte Zuweisungen in spezialisierte Krankenhäuser gewährleisten sollen. Ein entsprechendes Konzept, das die Qualitätsanforderungen regelt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner für Krankenhausbehandlung zuständigen Besetzung heute beschlossen. Dieses beschreibt die Anforderungen für verschiedene Stufen der Versorgung: von Früh- und Neugeborenen mit höchstem und hohem Risiko, weiterhin von Säuglingen, bei denen absehbar ist, dass sie unmittelbar nach der Geburt eine Therapie benötigen, und schließlich für die Versorgung von Neugeborenen ohne Risiko. Die Qualitätsmerkmale beziehungsweise Minimalanforderungen, die erfüllt sein müssen, beziehen sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Krankenhäusern. Ziel des Konzeptes ist die Verbesserung der Qualität in der Versorgung aller Früh- und Neugeborenen, eine nach dem Risikoprofil der Kinder entsprechende Zuweisung und daher verbesserte Behandlung sowie die Verringerung von Säuglingssterblichkeit. „Je gezielter eine Zuweisung von Mutter und Kind in ein bestimmtes Krankenhaus stattfindet, desto besser kann die optimale Betreuung gewährleistet werden“, so Professor Polonius, Vorsitzender des G-BA. „Beispielsweise kann das Vorhandensein einer Intensivstation für Neugeborene in unmittelbarer Nähe der Entbindungsstation eine entscheidende Rolle spielen, ebenso wie die Gewähr einer 24-Stunden-Betreuung von Frühgeborenen durch Ärzte und Pflegepersonal“, so Polonius weiter. Hintergrund: Der G-BA hat den Auftrag, Maßnahmen der Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern zu beschließen (§ 137 SGB V). Hierzu können Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern festgelegt werden, die erfüllt sein müssen, damit diese bestimmte Leistungen weiterhin anbieten dürfen (§137 SGB V Satz 3 Nr. 2). Die entsprechenden Beschlüsse des G-BA sind verbindlich.
Version vom 19.10.2017	16.12.2017	
Version vom 17.08.2017	21.11.2017	
Version vom 15.06.2017	25.08.2017	
Version vom 18.05.2017	24.08.2017	
Version vom 16.02.2017	03.05.2017	
Version vom 15.12.2016	02.03.2017	
Version vom 27.11.2015	04.02.2016	
Version vom 17.09.2015	01.01.2016	
Version vom 20.11.2014	19.12.2014	
Version vom 19.12.2013	01.01.2014	
Version vom 20.06.2013	01.01.2014	
Version vom 20.08.2009	01.01.2010	
Version vom 19.02.2009	27.05.2009	
Version vom 18.12.2008	01.04.2009	
Version vom 17.10.2006	25.11.2006	
Version vom 20.09.2005	01.01.2006	

<https://www.g-ba.de/>

- Zeitraum: März bis Mai 2016
- Rücklaufquote:
 - 62 % aller Perinatalzentren Level 1 und Level 2 in Deutschland
 - 88% aller Weiterbildungsstätten für die pädiatrische Intensivpflege

Kernaussagen des Gutachtens:

- 39% der Level-1-Zentren und 73% der Level-2-Zentren erreichen ab dem 01.01.2017 die in der QFR-RL geforderten Personalschlüssel
- 93% aller Perinatalzentren erreichen unter Berücksichtigung der Stichtagsregelung die Fachweiterbildungsquote
- 71% der Level-1-Zentren und 32% der Level-2-Zentren haben Stellenbesetzungsprobleme

- Personalkosten in der neonatologischen Intensivpflege sind bundesweit um 18% von 294,6 Mio. Euro (2013) auf 349,1 Mio. Euro (2015) gestiegen
- Vollumfängliche Erfüllung der Vorgaben der QFR-RL erfordert Mehrbedarf*
 - Personell: bis zu 1.750 Vollkräften (+ 28%) und
 - Finanziell: bis zu 95 Mio. Euro (+ 27%)
- Stellenzuwachs an Vollkräften in der neonatologischen Intensivpflege seit 2013: 490 Vollkräfte oder 8%
- 2016 wurden insgesamt etwa 700 Weiterbildungsplätze vorgehalten, wovon 500 Plätze besetzt waren (71%)

*dies betrifft annähernd ausschließlich die Perinatalzentren Level 1 (weitere Mehrkosten: bis zu 30,9 Mio. Euro zur Freistellung im Rahmen einer Weiterbildung, bis zu 38,6 Mio. Euro zur Abdeckung von Belegungsspitzen)

Weiterhin Anforderungen trotz detailliert nachgewiesener Nichterfüllbarkeit



- 1:1-Betreuung für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene
- 1:2-Betreuung für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene
- Fachweiterbildungsquote Pflegepersonal (40% Level 1; 30% Level 2)
- Dokumentierte Erfüllungsquote von mindestens 95% aller Schichten des vergangenen Kalenderjahres
 - Neben der Schicht, in der die Abweichung vom Personalschlüssel eintritt, darf auch die folgende Schicht von den geforderten Personalschlüsseln abweichen
 - Ab der dritten Schicht (oder zweiten, je nach Zählweise) ist die Richtlinie nicht erfüllt
- Personalmanagementkonzept für den Fall ungeplanter Neuaufnahmen oder Personalausfälle muss vorliegen und von der pflegerischen Schichtleitung und dem verantwortlichen Stationsarzt unverzüglich veranlasst werden

- Verpflichtende Mitteilung der „Nicht-Erfüller“ an den G-BA (Beschluss vom 16.02.2017, überwiegende Mehrheit der insgesamt 220 gelisteten Perinatalzentren)
- „Klärender“ (strukturierter) Dialog auf der Landesebene durch das Lenkungsgremium nach QSKH-RL unter Einbindung der Krankenkassen, der Landeskrankenhausgesellschaften sowie der zuständigen Landesbehörde
- Kennzeichnung der „Nicht-Erfüller“ auf der Internetseite „perinatalzentren.org“

- 43 von 51 Perinatalzentren in NRW sind „Nichterfüller“
- Hohe Transparenz und Kooperationsbereitschaft der Perinatalzentren im klärenden Dialog
- Eingeleitete Maßnahmen umfangreich und kostenintensiv, aber vermutlich oftmals nicht bis zum 31.12.2019 ausreichend
- Zeitliche und räumliche Flexibilität der Mitarbeiter stößt an klare Grenzen
- Große Zentren haben die größten Probleme (diametral zur beabsichtigen Zentralisierung der Versorgung)

Exkurs: QFR-RL als „Blaupause“ für alle weiteren Personaldiskussionen

QFR-RL: Mehrkosten für drei Zuschlagsanteile je CM_{eff.}

(Schwellenwert von 60 % für die Umsetzung der Anforderungen, der für eine Zuschlagsfinanzierung überschritten werden muss (Erfüllungsquote))

- Zuschlagsanteil für den Zeitraum vom 05.11.2015 bis zum 31.12.2016: 260 €
- Zuschlagsanteil Grundaufwand: 60 €
- Zuschlagsanteil Intensivpflege: 520 €

Vereinbarung

gemäß § 9 Abs. 1 a Nr. 1 KHEntgG

zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien

des Gemeinsamen Bundesausschusses

zur Qualitätssicherung

(G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln,

- gemeinsam -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Inkrafttreten zum 01.04.2017

- I. Gemeinsamer Bundesausschuss Berlin
- II. Die Krankenhäuser – Einflüsse auf den Versorgungsauftrag
- III. Stationäre Notfallbehandlung
- IV. QFR-RL
- V. **Mindestmengen**
- VI. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK
- VII. Ausblick

*„Im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) die **Formulierung ‚in besonderem Maße‘ gestrichen ... Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ist ausdrücklich nicht erforderlich. Es muss jedoch eine Studienlage bestehen, die auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweist. Krankenhäuser, die eine festgelegte Mindestmenge voraussichtlich nicht erreichen, dürfen die entsprechenden Leistungen nicht erbringen. Zukünftig muss der Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht wird, ansonsten besteht kein Vergütungsanspruch.**“*

<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/715/>; PM des G-BA 17.11.2017

- Lebertransplantation (20)
- Nierentransplantation (25)
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (10)
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (10)
- Stammzelltransplantation (25)
- Kniegelenk-Totalendoprothese (50)
- Koronarchirurgische Eingriffe (Katalogaufnahme ohne konkrete Mindestmengenfestlegung)
- Früh-/Neugeborene mit einem Geburtsgewicht < 1.250 g (14)

- Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern
- G-BA-Methodenbewertung
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 135 SGB V)
- Krankenhausplan NRW 2015 (Brustzentren)
- ASV nach § 116b SGB V
- Zertifizierungen der Fachgesellschaften
- Zukünftig im Kontext der qualitätsabhängigen Zu- und Abschläge und/oder der Qualitätsverträge
- Mindestmengenregelung des § 136b SGB V

Änderung der Mindestmengenregelungen (zum 01.01.2018)

- Mindestmenge
 - pro Standort (nicht mehr pro Krankenhaus)
 - pro Arzt
 - pro Arzt und Standort
- voraussichtliche Leistungsentwicklung (Prognose) gemäß
 - Leistungsmenge Vorjahr
 - Leistungsmenge letzten zwei Quartale Vorjahr und den ersten zwei Quartalen aktuelles Jahr
 - personelle und strukturelle Veränderungen
- (Neue) Fristen
 - bis zum 15.07. ist die Prognose den Krankenkassen mitzuteilen
 - bis zum 31.08. Prüfung und Entscheidung durch die Krankenkassen

- Reduktion der Ausnahmetatbestände auf:
 - Erstmalige Erbringung oder erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung
 - In den ersten 12 Monaten nachweislich mindestens 50 % der Mindestmenge, nur dann darf die „Testphase“ für ein weiteres Jahr fortgeführt werden
 - Der Nachweis hoher Qualität sofern der G-BA für die entsprechende Leistung diesen Ausnahmetatbestand vorgesehen hat (noch nicht geregelt)
- Übergangsfrist von in der Regel 12 (maximal 24 Monaten) bei
 - Festlegung neuer Mindestmengen
 - Erhöhung bereits bestehender Mindestmengen
 - Einführung des Arztbezuges bereits bestehender Mindestmengen

Weitergehende Informationen:

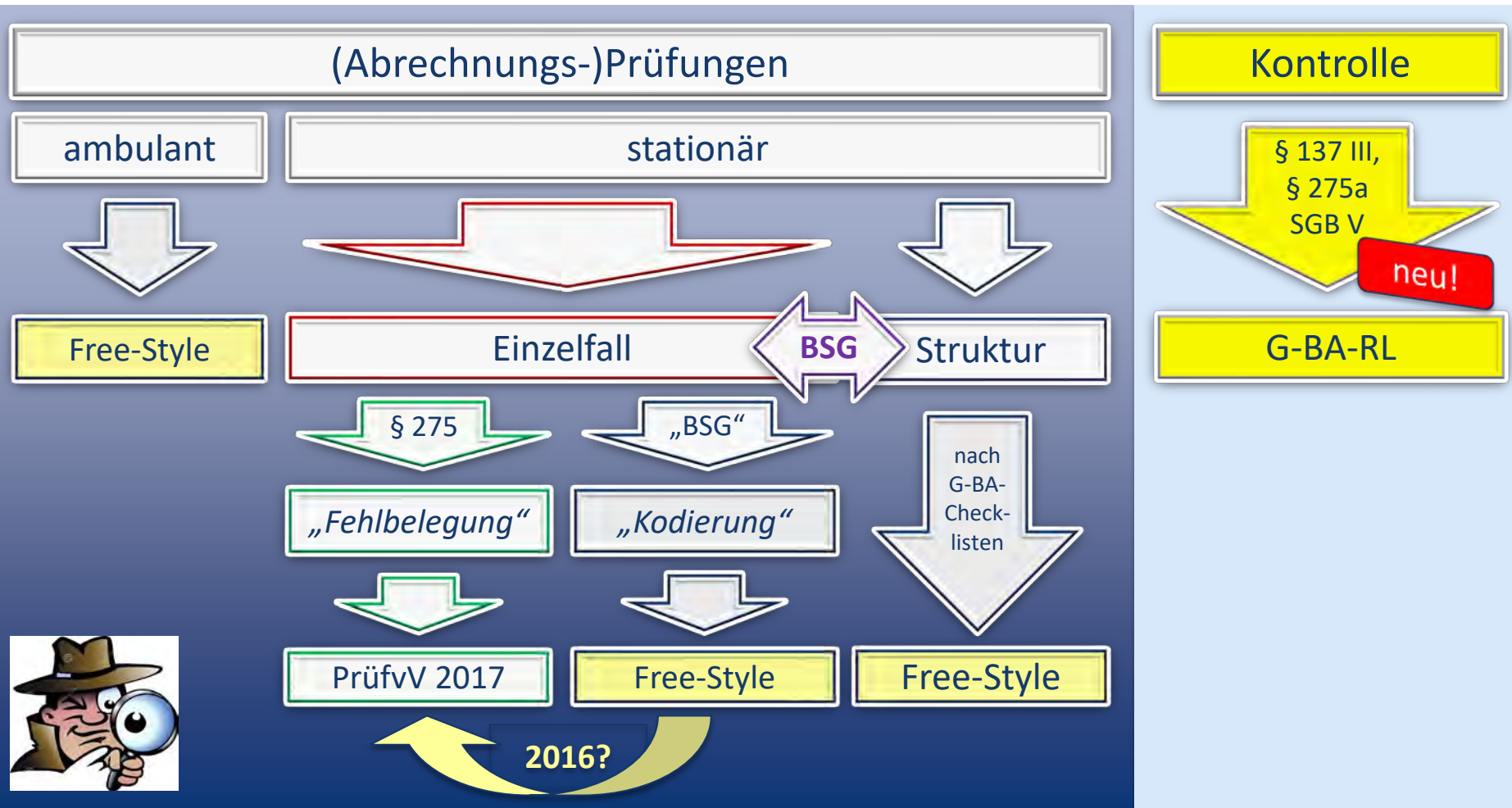
KGW-Rundschreiben Nr. 524/2017 vom 13.12.2017 und Nr. 542/2017 vom 19.12.2017

§ 136b SGB V:

„(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 [einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände,] bestimmen, bei denen die Anwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. Die Landesbehörde entscheidet auf Antrag des Krankenhauses für diese Leistungen über die Nichtanwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2. [(4) Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu.]“

- I. Gemeinsamer Bundesausschuss Berlin
- II. Die Krankenhäuser – Einflüsse auf den Versorgungsauftrag
- III. Stationäre Notfallbehandlung
- IV. QFR-RL
- V. Mindestmengen
- VI. **Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK**
- VII. Ausblick

Übersicht – MDK im Krankenhaus



- **in insgesamt fünf SGB V-Regelungen**
 - § 137 Abs. 3
 - § 275a
 - § 276 Abs. 1
 - § 277 Abs. 4a
 - § 281 Abs. 1 und 1a
 - mit insgesamt 7 Seiten Begründung (Seite 93 bis 99 der Gesetzesbegründung)
- **die abstrakte Rahmenvorgaben enthalten und**
- **den G-BA zur Konkretisierung ermächtigen (ohne Frist)**

Kontrollgegenstand/-ziel:

Einhaltung von G-BA-Qualitätsanforderungen sowie die Richtigkeit der Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Pressemitteilung

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

Nr. 46 / 2017

Qualitätssicherung

Qualitätskontrollen des MDK für Krankenhäuser: Grundsätze zu Durchführung beschlossen

Berlin, 21. Dezember 2017 – Der Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin beschlossen, in der die Grundsätze zu den Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) geregelt werden. Der MDK hatte mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Aufgabe übertragen bekommen, die Krankenhäuser die qualitätssichernden Anforderungen zu erfüllen. Die neue Richtlinie legt in der die Grundsätze zu den Qualitätskontrollen fest, aus denen sich eine Reihe von Fragen zu Beauftragten der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen ableiten lassen.

Wesentliche Inhalte der neuen MDK-Richtlinie



Gemeinsamer
Bundesausschuss

**Erste Kontrollen
erst nach Inkrafttreten
des Teil B**

Der G-BA wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Beschluss zur Erstfassung der Richtlinie zur Prüfung vorlegen. Nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger tritt der Beschluss in weiten Teilen in Kraft.

MDK-Kontrollen zur Einhaltung einer bestimmten Qualitätsanforderung gemäß dieser Richtlinie können beauftragt werden, nachdem der G-BA die spezifische Ausgestaltung des Kontrollverfahrens im Teil B der Richtlinie geregelt hat.

Die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen regelt der G-BA nicht in der beschlossenen MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie gemäß § 137 Absatz 3 SGB V, sondern in grundsätzlicher Weise in einer weiteren, gesonderten Richtlinie nach § 137 Absatz 1 SGB V.



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Seite 2 von 3

Pressemitteilung Nr. 46 / 2017
vom 21. Dezember 2017

Erstfassung einer Richtlinie zu den Grundsätzen der Qualitätskontrollen des MDK in Krankenhäusern



Anlassbezogene Beauftragung von MDK-Qualitätskontrollen

- Voraussetzung für die Beauftragung einer MDK-Qualitätskontrolle: Vorliegen konkreter und belastbarer Anhaltspunkte, dass Qualitätsanforderungen gemäß QS-Richtlinien des G-BA nicht eingehalten oder gegen Dokumentationspflichten verstoßen werden.
- Anhaltspunkte können sich auch aus implausiblen Angaben in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ergeben.

Beauftragende Stellen

- G-BA, Qualitätssicherungsgremien auf Bundes- und Landesebene und die gesetzlichen Krankenkassen.

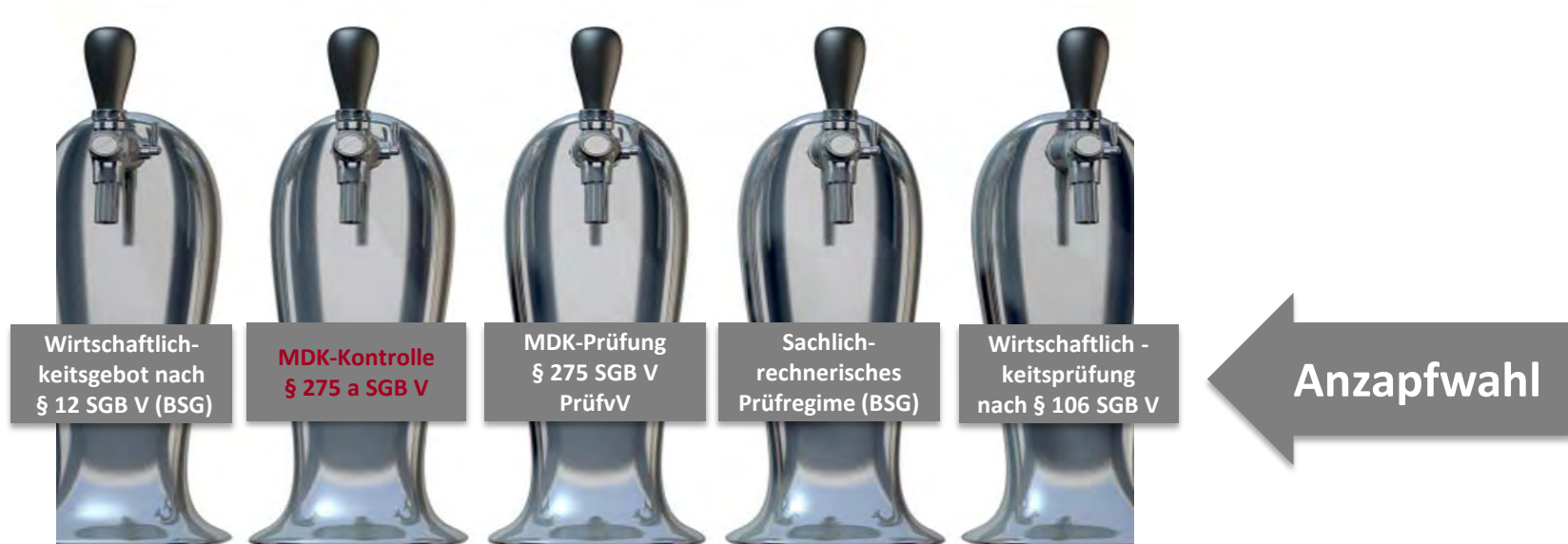
Qualitätskontrollen vor Ort im Krankenhaus oder als schriftliches Verfahren nach Aktenlage

- Kontrollen in der Regel vor Ort im Krankenhaus und nach Anmeldung
- Unangemeldete Kontrollen nur, wenn durch eine Anmeldung der Erfolg gefährdet würde
- schriftliches Verfahren nach Aktenlage nur, wenn ein Vor-Ort-Termin für den Kontrollauftrag nicht erforderlich ist.

Nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger tritt der Beschluss in weiten Teilen in Kraft.

https://www.g-ba.de/downloads/34-215-721/46_2017-12-21_MDK-RL_Erstfassung.pdf

- § 275a SGB V bietet u.a. den Kassen eine weitere Prüf-/Kontrollgrundlage



- **Die Bedeutung der Dokumentation steigt**
 - nicht nur für die Abrechnung, sondern auch
 - für den Erhalt des bestehenden Leistungsspektrums

Krankenhaus-
planungsrecht
Land

Leistungser-
bringungsrecht
Bund

Regionale Planungskonzepte
(Krankenhaus,
Krankenkassenverbände)

Behörden (Land: Bezirksregierung,
Ministerium) → Feststellungsbescheid

Bundesministerium, Selbstverwaltung
(G-BA, InEK, IQTIG, ...)

Versorgungs-
auftrag
(formell)

„Budgetrecht“

Versorgungsauftrag
(faktisch)

- I. Gemeinsamer Bundesausschuss Berlin
- II. Die Krankenhäuser – Einflüsse auf den Versorgungsauftrag
- III. Stationäre Notfallbehandlung
- IV. QFR-RL
- V. Mindestmengen
- VI. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK
- VII. **Ausblick**

Gemeinsamer Bundesausschuss kündigt Ausweitung der Mindestmengen an



G-BA-Vorsitzender Prof. Josef Hecken:

- Bei den Mindestmengen *„[werden] die Herzchirurgie und die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen dabei sein [...]“*
- Es werde in den nächsten vier, fünf Jahren noch mehr Qualität und eine Strukturbereinigung in der Krankenhauslandschaft geben, die man benötige
- Zwar könnten die Länder neue strenge Vorgaben für Kliniken per Gesetz außer Kraft setzen. *„Aber sie übernehmen damit ein hohes politisches Haftungsrisiko, denke man an mögliche Todesfälle oder Schädigungen von Patienten“.*

Krankenkassenvertreter

- Mindestmengen sind ein guter Ansatz, aber nein, er reicht nicht“, sagt der Chef der Techniker Krankenkasse, Jens Baas. *„Wir werden Geduld brauchen, denn es wird sicherlich Jahre dauern, bis wir wissen, ob wirklich Einrichtungen mit schlechter Qualität aus dem Krankenhausplan genommen werden“,*
- *„Es ist problematisch, dass die einzelnen Bundesländer von den auf Bundesebene festgelegten Qualitätsindikatoren abweichen können“*, kritisierte Pfeiffer. Baas mahnt: *„Wenn weder die Länder noch die Krankenhäuser ein Interesse daran haben, Kapazitäten abzubauen, sind wir vom Idealzustand noch weit entfernt.“* Die Kassen sollten an der Klinikplanung beteiligt werden.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87262/Gemeinsamer-Bundesausschuss-kuendigt-Ausweitung-der-Mindestmengen-an>; 28.12.2017

Länder sollen bei den Zulassungsausschüssen mitsprechen dürfen

Zu den Plänen der möglichen großen Koalition gehört auch, dass beispielsweise die **Länder** in Fragen der Versorgung gestärkt werden sollen. So sollen sie ein Mitspracherecht in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bekommen sowie **mehr Rechte bei der Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**. Beim G-BA planen die Koalitionäre, die Verfahren zu beschleunigen, „indem Aufgabenkatalog und die Ablaufstrukturen gestrafft werden“, heißt es in dem Entwurfspapier.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/89008/Koalitionsverhandlungen-Acht-Seiten-zu-Gesundheit-und-Pflege>

*„Damit medizinische Innovationen schneller in die Regelversorgung gelangen, werden wir die **Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses beschleunigen**, indem der Aufgabenkatalog und die Ablaufstrukturen gestrafft werden. Über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden soll zukünftig schneller entschieden werden. **Den Ländern werden künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretern eingeräumt.**“ (S. 98, Z. 4592-4598)*

*„Wir werden die **Medizinischen Dienste der Krankenversicherung stärken**, deren **Unabhängigkeit gewährleisten** und für **bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen** bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge tragen.“*

(S. 98, Z. 4588-4590)

MDK MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORDRHEIN

Neutrale Prüfung!?



Erhöhung der Verkehrssicherheit!?

DÄBL: 09.02.2018: Krankenhausplanung: Bundesländer werden aktiver



Foto: M. AGS, NRW

Bessere Aufgabenteilung

Darauf allerdings will NRW nicht warten. Zudem will das Land eigene Schwerpunkte setzen. Dafür ist im Krankenhausgestaltungsgesetz ein neuer Paragraph geplant: § 21 a Einzelförderung von Investitionen. Zusätzlich zu der Pauschalförderung sollen die Gelder zur Investitionskostenfinanzierung künftig auch über eine Einzelförderung verteilt werden. Dabei will Laumann die Krankenhausträger dazu bringen, sich die Arbeit noch stärker aufzuteilen als bisher. Er erwarte regio-

nale Versorgungskonzepte, in denen geklärt werde, wer sich neben der Grundversorgung worauf spezialisiere, erklärte der Minister Anfang Januar. Es ergebe Sinn, sich etwa auf bestimmte Organtransplantationen oder seltene Krankheiten zu spezialisieren. Und: Eine stärkere Konzentration der Leistungen könne politisch geregelt werden. Kran-

„Ich erwarte Versorgungskonzepte, in denen geklärt wird, wer sich neben der Grundversorgung worauf spezialisiert.“

Karl-Josef Laumann, Gesundheitsminister NRW

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=196170>

Warnung vor Mangelversorgung

Johna: „Wir wollen keine englischen Verhältnisse“

Krankenhäuser müssen für Notfälle gewappnet sein

01.03.2018 – „Die aktuelle Grippewelle zeigt, wie schnell Belastungsgrenzen in der ärztlichen Versorgung erreicht sind und wie wichtig die Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung ist. Es ist deshalb leichtfertig, pauschal und ungeprüft einem Abbau stationärer Kapazitäten das Wort zu reden. Wir wollen keine Mangelversorgung, wie sie im englischen Gesundheitsdienst an der Tagesordnung ist“, erklärte Dr. Susanne Johna, Bundesvorstandsmitglied des Marburger Bundes.



Dr. Susanne Johna, Bundesvorstandsmitglied des Marburger Bundes

In der vergangenen Woche wurden rund 35.300 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut übermittelt. Damit sind rund 120.000 Fälle seit Oktober 2017 registriert worden.

Der rasante Anstieg auch der schweren Grippefälle hat dazu geführt, dass vereinzelt Krankenhäuser keine weiteren Patienten mehr aufnehmen konnten. „Wir können froh sein, dass es genügend stationäre Kapazitäten gibt, um schwer grippekranke Patienten zusätzlich zu allen anderen Patienten versorgen zu können. Krankenhäuser müssen für jeden, der auf

entsprechende Hilfe angewiesen ist, zur Verfügung stehen und im Notfall schnell erreichbar sein. Das setzt eine flächendeckende Versorgungsstruktur voraus und die Vorhaltung einer ausreichenden Bettenzahl und Isolationsmöglichkeiten auch für den Fall von größeren Erkrankungswellen und Epidemien. Wenn Krankenkassen und andere Akteure meinen, man könne auch mit deutlich weniger Krankenhäusern auskommen, sollten sie sich jetzt einmal in den zentralen Notaufnahmen der Kliniken umschauen“, sagte Johna, die auch Landesvorsitzende des Marburger Bundes Hessen ist.

An die Länder appellierte Johna, ihren Investitionsverpflichtungen für die Krankenhäuser endlich in vollem Umfang nachzukommen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums stellten die Länder im vergangenen Jahr 2,98 Milliarden Euro für Investitionen in Krankenhäuser zur Verfügung. „Schätzungen aus Wissenschaft und Praxis gehen von einem jährlichen Investitionsbedarf von circa fünf Milliarden Euro bis circa 6,6 Milliarden Euro aus“, heißt es in der Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf eine parlamentarische Anfrage der FDP.

<https://www.marburger-bund.de/artikel/pressemitteilungen/2018/johna-wir-wollen-keine-englischen-verhaeltnisse>

App vom Arzt

Bessere Gesundheit
durch digitale Medizin



HERDER

https://media.herder.de/downloadarchiv/978-3-451-37508-8_1500p.jpg

"Datenschutz ist was für Gesunde"

Zudem hat Spahn schon lange vor seiner Nominierung in Buchform etwas verlangt, an dessen Umsetzung er sich nun womöglich ebenfalls messen lassen muss: eine Radikal-Digitalisierung des Gesundheitswesens verlangt, bei der Smartphone-Kontakte und Apps schon mal den Arztbesuch ersetzen können. (Motto: „Datenschutz ist was für Gesunde“).

Nun ist Spahn für flotte Forderungen bekannt. Man denke nur an seinen Vorstoß zur flächendeckenden Einführung von Zweibett-Zimmern in Kliniken, aus dem auch acht Jahre später noch nichts geworden ist. Andererseits ist der Westfale kein gesundheitspolitischer Laie, der nicht um das Beharrungsvermögen des Systems und die Widerstandskraft aller davon Profitierenden weiß.

<https://www.tagesspiegel.de/politik/designierter-bundesminister-was-jens-spahn-als-gesundheitsminister-umsetzen-will/21010798.html>



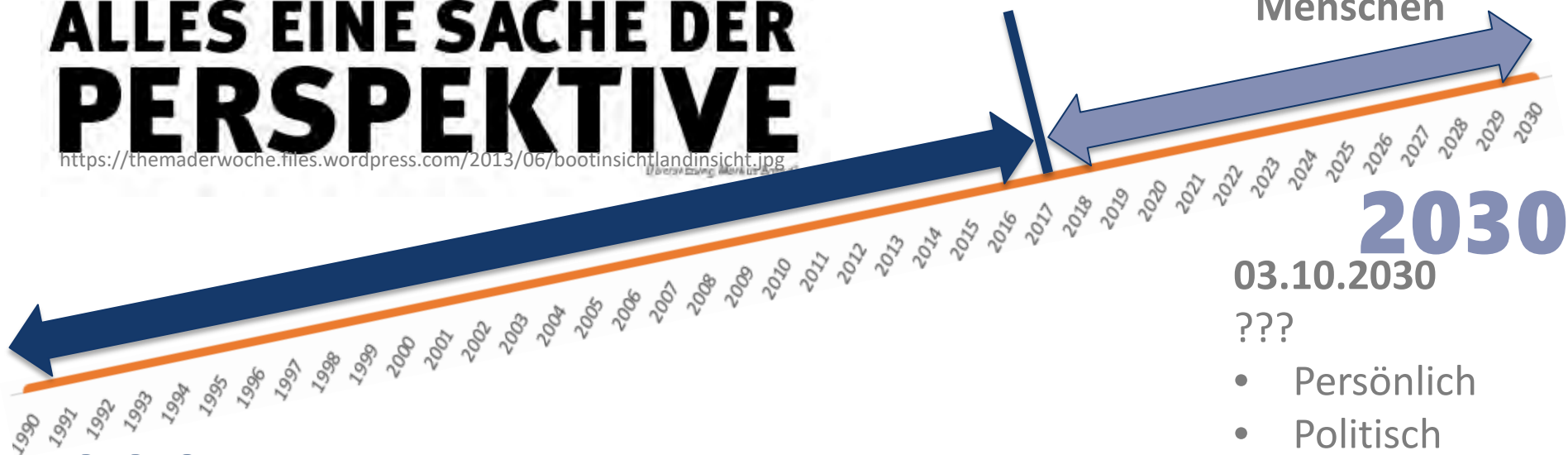
http://www.huffingtonpost.de/entry/spahn-gesundheitsminister_de_5a91d3cde4b01e9e56bc55d5



ALLES EINE SACHE DER PERSPEKTIVE

<https://themaderwoche.files.wordpress.com/2013/06/bootinsichtlandinsicht.jpg>

Bis 2030: 4 Mio.
pflegebedürftige
Menschen



1990

Ein Beispiel: 03.10.1990

Beitritt der DDR zur
Bundesrepublik

03.10.2030

???

- Persönlich
- Politisch
- Wirtschaftlich
- ...

Vielen Dank für Ihr Interesse!



<https://www.kgnw.de>