

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Delegation der jährlichen Anpassung der OPS- Klassifikation an den Unterausschuss Qualitätssicherung

Vom 16. Mai 2013

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Anlass der Änderung	2
3. Verfahrensablauf	3
4. Fazit.....	3

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V die Aufgabe, einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu bestimmen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Ärztin, Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände festzulegen. Diese Aufgabe wird in den Mindestmengenregelungen (Mm-R) umgesetzt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Anlass der Änderung

Durch die jährliche Aktualisierung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ist zeitgleich die Anpassung der ICD-10-GM- und/oder OPS-Kodes in den bestehenden Richtlinien und Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich.

Das DIMDI legt die Vorabversionen der jährlichen Aktualisierungen der ICD-10-GM- und OPS-Kodes frühestens Mitte Juli und die amtlichen Versionen frühestens Mitte September für das Folgejahr vor.

Somit kann sich der Unterausschuss Qualitätssicherung auf Grundlage der amtlichen Versionen ggf. erst im November und das Plenum im Dezember eines Jahres mit den Beschlussfassungen über die jährlichen ICD-10-GM- und OPS-Anpassungen im Folgejahr befassen. Durch die sich anschließende zweimonatige Prüffrist des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 94 SGB V¹ und die darauffolgende Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist ein Inkrafttreten zum 1. Januar des - die Aktualisierungen - betreffenden Jahres praktisch nicht möglich.

Um ein entsprechendes Inkrafttreten der Beschlüsse zum 1. Januar eines Jahres dennoch zu ermöglichen, wurden in den letzten Jahren in den Sitzungen des Unterausschusses Qualitätssicherung Beschlussempfehlungen an das Plenum auf der Grundlage der Vorabversionen getroffen. Dies erfolgte jeweils unter der Maßgabe, dass die amtlichen Versionen keine diesbezüglichen Änderungen gegenüber den Vorabversionen aufweisen. Da diese Voraussetzung in den letzten Jahren regelmäßig nicht erfüllt wurde, auf der anderen Seite aber erneute Unterausschuss-Beratungen zeitlich nicht möglich waren, mussten vor den Plenumsitzungen jeweils zeitkritische und teilweise aufwändige Abstimmungen mit den Bänkesprechern zur Anpassung der Beschlussentwürfe und der Tragenden Gründe durchgeführt werden.

Zur Optimierung dieses zeitkritischen, aufwändigen und fehleranfälligen Prozesses wurde zur Verfahrens-Reorganisation folgende ressourcenschonendere Arbeitsweise vorgeschlagen:

- Beratungen in den Sitzungen des Unterausschusses ausschließlich auf der Grundlage der amtlichen Versionen

¹ Nach § 94 SGB V sind die vom G-BA beschlossenen Richtlinien dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorzulegen. Innerhalb von zwei Monaten kann das BMG die Richtlinien beanstanden. Da die Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V keine Richtlinien des G-BA darstellen, entfällt die Prüfungsfrist gemäß § 94 SGB V für das BMG.

- Einladung der DIMDI-Vertreter zur fachlichen Unterstützung der Beratungen
- ⇒ Delegation der Beschlussfassungen über die jährlichen ICD-10-GM- und OPS-Anpassungen in den jeweiligen Richtlinien/Regelungen an den Unterausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss delegiert daher die - aufgrund der jährlichen Aktualisierungen der ICD-10-GM- und OPS-Kodes des DIMDI - erforderlichen Anpassungen in den bestehenden Richtlinien und Regelungen an den Unterausschuss Qualitätssicherung. Dabei richtet sich die Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses Qualitätssicherung gemäß 1. Kapitel § 4 Abs. 2 Satz 2 der Verfahrensordnung nur auf diejenigen Sachverhalte, die den Kerngehalt der Richtlinien oder Regelungen nicht berühren.

Dies betrifft auch die Mindestmengenregelungen (Mm-R), die in Anlage 1 den Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS-Version enthalten. Die vom Plenum an den Unterausschuss Qualitätssicherung übertragene Entscheidungsbefugnis begrenzt sich somit allein auf OPS-Anpassungen (Änderungen, Ergänzungen, Ersetzungen oder Streichungen) in dem bereits bestehenden Katalog (Anlage 1), da dadurch der Kerngehalt der Regelungen nicht tangiert wird. Der Unterausschuss Qualitätssicherung kann daher derzeit in den folgenden Leistungsbereichen der Anlage 1 OPS-Anpassungen vornehmen:

1. Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)
2. Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)
3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
5. Stammzelltransplantation (autologe/allogene Knochenmarktransplantation, periphere hämatopoetische Stammzelltransplantation)
6. Kniegelenk-Totalendoprothesen
7. Koronarchirurgische Eingriffe [derzeit unbesetzt]
8. Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250 g [Eine Angabe der OPS-Ziffern entfällt, da der OPS-Katalog keine eindeutigen Ziffern für die Behandlung enthält.]

3. Verfahrensablauf

Der Ausschuss hat dieses Vorgehen in seiner Sitzung am 3. April 2013 beraten und einstimmig konsentiert.

Da der Beschluss nicht die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regelt oder voraussetzt, war dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit nicht Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt der Verfahrensordnung bzw. § 91 Abs. 5a SGB V zu geben.

Durch den Beschluss werden keine Informationspflichten gemäß Anlage II zum 1. Kapitel der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO) begründet, geändert oder abgeschafft. Daher entfällt eine Bürokratiekostenermittlung 1. Kapitel § 5a der VerfO in Verbindung mit § 91 Abs. 10 SGB V.

4. Fazit

Die Beschlussfassung erfolgte im Gemeinsamen Bundesausschuss am 16. Mai 2013. Die Patientenvertretung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und der Verband der privaten Krankenversicherung gaben ein positives Votum ab.

Berlin, den 16. Mai 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken