

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2016

Vom 24. November 2016

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung	4
4. Verfahrensablauf	4
5. Fazit	4
6. Literaturverzeichnis	Fehler! Textmarke nicht definiert.
7. Zusammenfassende Dokumentation	4

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und 136a Absatz 1 SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Anlage 1 und der Anhang 2 zur Anlage 1 für das Berichtsjahr 2016 neu gefasst. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern solche Änderungen, die gegenüber der Anlage 1 und des Anhangs 2 zur Anlage 1 für das Berichtsjahr 2015 bestehen. Die Begründungen für die übrigen – gleichbleibenden - Passagen sind den Tragenden Gründen des G-BA zu den bisherigen Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu entnehmen. Diese Tragenden Gründe können auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den jeweiligen Beschlüssen unter folgendem Link eingesehen werden: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/#tab/beschluesse/list/%2Finformationen%2Fbeschluesse%2Fzur-richtlinie%2F39%2Fmit%2F10%2Fals%2FGbaWebsiteBundle%3ABeschluss%3AajaxListInRichtlinie.html.twig%2F/listContext/beschluesse>

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Neben den für das Berichtsjahr 2016 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden folgende Änderungen vorgenommen:

Anlage 1 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2016)

In den Kapiteln „A-10 Gesamtfallzahlen“ und „B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung“ sind bei Umstieg im Berichtsjahr auf das neue Vergütungssystem nach § 17d KHG ab dem Umstiegszeitpunkt die Vorgaben zur Fallzählung nach der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2016 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV 2016) zu beachten. Diese Vorgaben finden ausschließlich in Verbindung mit der Abrechnung pauschalierender Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) oder krankenhausindividueller Entgelte nach § 6 BPfLV Anwendung.

Kapitel „B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ wurde an die Änderungen in der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V und der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V angepasst und es wurden patientenverständlichere Bezeichnungen in einer Beispieldarstellung aufgenommen.

Anhang 2 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2016) zu Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines Strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2016)

In der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (A-7 und B-[X].4) wurden unter der Thematik „Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit“ weitere Aspekte der

Fremdsprachlichkeit sowie Aspekte zur Religionsausübung ergänzt. Die medizinische Versorgung eines akut erkrankten Menschen muss aus ethischen und moralischen Gründen immer und überall ohne Ansehen der Person, seiner Religion, seiner Herkunft, seiner Sprache oder seines Aufenthaltsstatus erfolgen. Dies trifft insbesondere auch auf Krankenhäuser zu. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung ist es sinnvoll, einige ausgewählte Aspekte für fremdsprachige Patientinnen und Patienten in den Qualitätsberichten unter A-7 bzw. B-[X]. 4 zu ergänzen.

In der Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-8.2) wurde die Zeile „Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)“ gemäß dem Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz - NotSanG) ergänzt.

In der Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4) wurde die Zeile „Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)“ gemäß dem Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz - NotSanG) ergänzt. Der Einsatz von Notfallsanitäterinnen und –sanitäter im Krankenhaus ist erforderlich und entspricht der gängigen Praxis. Darüber hinaus wurden weitere Zusatzqualifikationen aufgenommen.

In der Auswahlliste „Weitere Informationen zur Hygiene“ (A-12.3.2.6) wurde in der Spalte „Zusatzangaben“ die Auswahloption „DEVICE-KISS“ gestrichen, auf Grund der Aktualisierung des KISS des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen.

In der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ (B-[X].8) wurde eine Anpassung in den Zeilen AM06 und AM17 vorgenommen, die sich als Folgeänderung aus der Anpassung in Kapitel „B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ der Anlage 1 zum Berichtsjahr 2016 ergibt.

Die Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (B-[X].8) wurde an die Änderungen in der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V und der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V angepasst. Zudem wurde die Auswahlliste um ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V ergänzt.

Am 23. Juli 2015 trat das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in Kraft, das die Voraussetzungen für die Schaffung einer ambulanten Struktur schafft, die sich an den Bedarfen von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen orientiert. Mit § 119c SGB V wurde die gesetzliche Grundlage für die Errichtung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geschaffen. Um über die aktuellen Behandlungsangebote der Krankenhäuser umfassend zu informieren, wird die Auswahlliste entsprechend ergänzt.

Die Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ (B-[X].11.1) wurde an die Änderungen der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer entsprechend angepasst.

Die Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (B-[X].11.2) wurde auf Grund von landes- und bundesrechtlichen Änderungen bei Abschlüssen der anerkannten Fachweiterbildung für die Berufsgruppe, sowie die Aufnahme fachspezifischer Expertisen im Pflegebereich, die durch verschiedene Zertifizierungen gefordert werden bzw. im OPS-(Prozeduren) Katalog bei verschiedenen Komplexziffern diese Fachexpertise gefordert wird, aktualisiert.

Die Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (B-[X].11.2) wurde um die Angabe Gefäßassistentin und –assistent (DGG®) ergänzt, da es sich hierbei um eine Zusatzqualifikation für Krankenpfleger und Krankenschwestern, Arzthelfern und

Arzthelferinnen, OTA, MTA, RTA u. a. medizinische Berufe handelt. Voraussetzung ist eine praktische ganztägige Tätigkeit in einer gefäßchirurgischen Einrichtung über zwei Jahre.

Die Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ (C-2) wurde auf der Grundlage der geänderten Vorgaben in den einzelnen Bundesländern angepasst.

In der Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (C-6) wurden die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen ergänzt.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO). Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 113.830 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 113.830 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 24. Mai 2016 begann die AG Qualitätsbericht mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In fünf Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Ein Stellungnahmeverfahren mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Absatz 5a SGB V war nicht erforderlich, da der vorliegende Beschluss keine Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regelt oder voraussetzt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 24. November 2016 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Berlin, den 24. November 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 1 zu den Tragenden Gründen

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Qb-R: Anpassungen für das Berichtsjahr 2016

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlusssentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die Informationspflicht für die Krankenhäuser, jährlich einen standortbezogenen Qualitätsbericht zu erstellen und zu übermitteln, dahingehend verändert, dass in den Abschnitten A-8.2 „Ausbildung in anderen Heilberufen“ und A-11.4 „Spezielles therapeutisches Personal“ künftig zusätzlich die Zahl der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter anzugeben ist. In Abschnitt B-[X].8 „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ werden künftig Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung entsprechend der Neugestaltung des § 116b SGB V getrennt dargestellt.

Zudem erfolgt die Erweiterung einer Reihe von Auswahllisten um zusätzliche Auswahlmöglichkeiten. Dies betrifft die Auswahllisten „Aspekte der Barrierefreiheit“, „Ausbildung in anderen Heilberufen“, „Spezielles therapeutisches Personal“, „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“, „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ sowie „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V“.

Es wird davon ausgegangen, dass jährlich insgesamt 2.263 Qualitätsberichte erstellt werden (Anzahl der für das Berichtsjahr 2014 abgegebenen Qualitätsberichte, Stand 15.12.2015).

Zudem wird davon ausgegangen, dass für die Erstellung der Qualitätsberichte hohes Qualifikationsniveau (50,30 Euro/h) erforderlich ist.

Einmalige Bürokratiekosten entstehen den adressierten Krankenhäusern zunächst aus der Einarbeitung in die geänderten Vorgaben der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Der hierfür je Qualitätsbericht erforderliche Zeitaufwand wird auf eine Stunde geschätzt. Mithin resultieren daraus einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 50,30 Euro je Qualitätsbericht sowie insgesamt in Höhe von rund 113.830 Euro.

Jährliche Bürokratiekosten entstehen den Krankenhäusern insofern, als die jährliche Berichterstellung durch die nun zusätzlich vorzunehmenden Angaben einen höheren Zeitaufwand beansprucht. Dieser erhöhte Aufwand wird auf eine Stunde je Qualitätsbericht geschätzt. Die daraus resultierenden jährlichen Bürokratiekosten belaufen sich je Qualitätsbericht somit ebenfalls auf 50,30 Euro sowie insgesamt auf 113.830 Euro.