

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses über eine Änderung der MDK- Qualitätskontroll-Richtlinie: Ergänzung von Teil B. - Besonderer Teil I. Erster Abschnitt Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung

Vom 16. Mai 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	3
4.	Verfahrensablauf	3
5.	Fazit	3

1. Rechtsgrundlage

Auf der Grundlage des § 137 Abs. 3 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V (MDK-QK-RL) beschlossen. Demnach hat der G-BA die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach § 275a SGB V, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen oder als Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten erforderlich sind, in einer Richtlinie zu regeln. Er hat insbesondere Festlegungen zu treffen, welche Stellen die Kontrollen beauftragen, welche Anhaltspunkte Kontrollen auch unangemeldet rechtfertigen, zu Art, Umfang und zum Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen und zu deren Folgen. Es ist dabei vorzusehen, dass die für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen zeitnah einrichtungsbezogen über die Prüfergebnisse informiert werden. Der G-BA hat auch festzulegen, in welchen Fällen der MDK die Prüfergebnisse wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen an Dritte zu übermitteln hat. Die Festlegungen des G-BA sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Kontrollen nach § 275a SGB V unterstützen. Diese grundsätzlichen Festlegungen werden in einem Allgemeinen Teil der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V getroffen.

Die kontrollgegenstandsspezifischen Vorgaben erfolgen in einem Besonderen Teil (Teil B.) der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V. Teil B. Erster Abschnitt regelt weitere Kontrollen der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Am 22. November 2018 beschloss der G-BA die Änderung der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V. Mit Schreiben des BMG vom 28. März 2019 wurde dieser Beschluss nicht beanstandet, jedoch mit Hinweisen versehen. Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Hinweise des BMG umgesetzt.

Zu I. 1. und I. 3.:

Die Änderung dient der Umsetzung des 1. Hinweises aus der Nichtbeanstandung des BMG vom 28. März 2019, dass die Verweise auf die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) zu streichen sind. Hintergrund ist, dass die Qesü-RL mit Beschluss vom 22. November 2018 (BAnz AT 28.02.2019 B2) zum 1. Januar 2019 aufgehoben wurde und die in Teil 2 der Richtlinie geregelten Qualitätssicherungsverfahren 1 (QS PCI) und 2 (QS WI) mit Beschluss vom 22. November 2018 (BAnz AT 28.02.2019 B1) in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt wurden. Mit der Überführung wurden in § 19 Teil 2 Verfahren 1 (QS PCI) DeQS-RL und in § 20 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL Übergangsregelungen bestimmt.

Zu I. 2.:

Die Änderung dient der Umsetzung des 2. Hinweises aus der Nichtbeanstandung des BMG vom 28. März 2019, dass die Wörter „zu veröffentlichende“ durch das Wort „veröffentlichte“ ersetzt werden müssten. Dies dient der Klarstellung, dass Anhaltspunkte für die Beauftragung einer weiteren Kontrolle nach § 3 Buchstabe a sich nur aus nicht nur unerheblichen Diskrepanzen zwischen einrichtungsbezogen aufgrund von G-BA-Richtlinien und -Beschlüssen bereits veröffentlichten Ergebnissen der externen Qualitätssicherung und von im Rahmen der Abrechnung oder von Abrechnungsprüfungen vorgelegten Informationen ergeben können.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Am 22. November 2018 beschloss der G-BA die Änderung der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zur Ergänzung von Teil B Besonderer Teil I Erster Abschnitt der Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung. Mit Schreiben des BMG vom 28. März 2019 wurde dieser Beschluss nicht beanstandet, aber mit Hinweisen versehen.

Am 2. April 2019 sprachen sich die Sprecher der Bänke des Unterausschusses Qualitätssicherung einvernehmlich für die Umsetzung der Hinweise des BMG durch eine Änderung des o.g. Beschlusses vom 22. November 2018 und für eine direkte Vorlage entsprechender, im schriftlichen Verfahren abgestimmter Beschlussunterlagen in der Sitzung des Plenums am 16. Mai 2019 aus.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Mai 2019 beschlossen, den Beschluss vom 22. November 2018 zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss mit.

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

Berlin, den 16. Mai 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken