



Gemeinsamer Bundesausschuss

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Frau MRin Dr. Hiltrud Kastenholz
Referatsleiterin Qualitätssicherung,
Evidenzbasierte Medizin
Rochusstraße 1
53123 Bonn

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
Qualitätssicherung

Besuchsadresse:
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Ansprechpartner/in:
Katrin Krause
Sekretärin

Telefon:
030 275838130

Telefax:
030 275838135

E-Mail:
Katrin.Krause@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
EP

Datum:
11. September 2020

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 91 SGB V vom 22. November 2019, 27. März 2020 und 16. April 2020 hier: Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Ihr Schreiben vom 30. Juli 2020

Sehr geehrte Frau Dr. Kastenholz,

mit Schreiben vom 30. Juli 2020 haben Sie den G-BA in Bezug auf die Beschlüsse zur Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) um Prüfung und um Stellungnahme gebeten.

Hierzu nehmen wir wie folgt Stellung:

Frage 1:

„In § 3 Absatz 1 Buchstabe a QSFFx-RL wird das Vorhalten einer Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie vorausgesetzt. Aus den Tragenden Gründe ergibt sich über den Wortlaut der Regelung hinaus, dass auch andere Fachabteilungen mit chirurgischer Kompetenz diese Anforderung erfüllen können; einige Fachabteilungen werden dafür beispielhaft benannt („Die Anforderung [...] gilt auch dann als erfüllt, wenn eine vergleichbare Fachabteilung - bspw. eine Fachabteilung für Allgemeine Chirurgie, eine Fachabteilung für Orthopädie oder eine Fachabteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort vorgehalten wird“). In der Checkliste (Anlage 3) wiederum wird bei Abfrage A1.1 abschließend das Vorhalten der in den Tragenden Gründen nur beispielhaft genannten Fachabteilungen abgefragt („Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort“). Welche Fachabteilung(en) sind nach dem Regelungswillen des G-BA hier als Mindestanforderung gewollt?“

Antwort:

Nach dem Regelungswillen des G-BA ist diese Anforderung erfüllt, wenn ein Krankenhaus an dem Standort über eine

- Fachabteilung für Chirurgie oder
- Fachabteilung für Unfallchirurgie oder
- Fachabteilung für Allgemeine Chirurgie oder
- Fachabteilung für Orthopädie oder
- Fachabteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie

verfügt (siehe auch unter A1.1 in der Checkliste (Anlage 3). Die in der Checkliste für die Fachabteilungen verwendeten Bezeichnungen stützen sich auf die Bezeichnungen der für die operative Versorgung von Femurfrakturen relevanten Facharztkompetenzen im Gebiet Chirurgie nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Die Regelung in der Checkliste steht auch nicht im Widerspruch zu den Vorgaben in § 3 Absatz 1 Buchstabe a QSFFx-RL („Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie“). Nach der Struktur der Muster-Weiterbildungsordnung ist „Chirurgie“ ein Fachgebiet dem die in der Checkliste genannten Bezeichnungen (mit Ausnahme der alten Gebietsbezeichnung Orthopädie, die nach aktuellem Weiterbildungsrecht aber auch dem Gebiet Chirurgie zugeordnet werden würde) als Facharztkompetenzen zugeordnet sind. Die in der Checkliste als mögliche Fachabteilungen verwendeten Bezeichnungen sind eine Teilmenge des Fachgebiets Chirurgie und somit von der in § 3 Absatz 1 Buchstabe a QSFFx-RL verwendeten Bezeichnungen „Fachabteilung für Chirurgie“ mit umfasst. Dieses Ergebnis wird auch durch die Tragenden Gründe zu § 3 Abs. 1 Buchstabe a gestützt, in denen die in der Checkliste als für die Erfüllung der Anforderung möglichen Fachabteilungen genannt werden. Unabhängig vom individuellen Namen der Fachabteilung ist entscheidend, dass diese einen Versorgungsauftrag in dem oben genannten Gebiet bzw. den oben genannten Facharztkompetenzen besitzt. Die Formulierung „bspw.“ in den Tragenden Gründen wird aufgrund des Hinweises des BMG gestrichen.

Frage 2:

„Die Ausführung zu Nummer 1 gelten entsprechend für die Mindestanforderung nach § 3 Absatz 1 Buchstabe d QSFFx-RL. wonach u.a. die Verfügbarkeit eines Facharztes für Chirurgie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten gefordert wird. Auch hier gibt es eine entsprechende Unstimmigkeit zwischen Regelungstext, Anlage 3 und Tragenden Gründen. Welche Anforderung an die Verfügbarkeit des Facharztes ist hier gewollt?“

Antwort:

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass nach der Formulierung in § 3 Abs. 1 Buchstabe d QSFFx-RL „ein Facharzt im Gebiet ... Chirurgie ... innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar“ sein muss. Mit der Formulierung „im Gebiet Chirurgie“ wird wiederum an die Struktur der Muster-Musterweiterbildungsordnung angeknüpft. Die in der Checkliste (Anlage 3) genannten Facharztbezeichnungen (Facharzt für Allgemein Chirurgie, Facharzt für Orthopädie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) sind grundsätzlich Facharztkompetenzen im Gebiet Chirurgie und damit von der Formulierung in § 3 Abs. 1 Buchstabe d umfasst. Es wird im Übrigen auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

Frage 3:

„In § 3 Absatz 4 QSFFx-RL wird die ärztliche Versorgung im Gebiet der Anästhesiologie durch täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus vorausgesetzt. Den Tragenden Gründen lässt sich keine weitergehende Begründung für diese Mindestanforderung entnehmen. Warum ist hier die Anwesenheit eines Anästhesisten zeitnah nach der Indikationsstellung einer operativen Versorgung nicht ausreichend?“

Antwort:

Das Fachgebiet Anästhesiologie ist nicht ausschließlich für die operative Versorgung der Patienten mit Femurfraktur relevant. Aufgrund des Alters, möglicher Begleiterkrankungen und möglicher Schmerzen kann eine anästhesiologische Versorgung von Patienten mit Femurfraktur bereits im Zuge der Aufnahme erforderlich sein. Vor allem aber macht die Einschätzung und Behandlung gebietszugehöriger prä- und postoperativer Komplikationen einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Schmerztherapie oder intensivmedizinischen Versorgung eine 24-stündige Arztpräsenz im Gebiet Anästhesiologie erforderlich.

Falls der präsenente Arzt nicht Facharzt für Anästhesiologie ist, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.

Frage 4:

„In § 3 Absätze 2 und 3 QSFFx-RL werden allgemeine Mindestanforderungen normiert. Seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wird davon ausgegangen, dass auch diese jederzeit einzuhalten sind. Eine ausdrückliche Regelung hierzu, wie in Absatz 1 („jederzeit zu erfüllen“) fehlt jedoch.

Trifft es zu, dass nach dem Regelungswillen des G·BA auch die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absätze 2 und 3 QSFFx-RL jederzeit einzuhalten sind?“

Antwort:

Auf die Formulierung „jederzeit verfügbar“ wurde bei § 3 Absatz 2 Buchstabe a (Schockraum) und Absatz 3 (Möglichkeit zur Luftverlegung) verzichtet, weil es sich um Strukturmerkmale handelt, die, wenn sie vorliegen, regelhaft auch jederzeit vorliegen. Bei der Anforderung nach Absatz 2 Buchstabe b (24-stündig verfügbare computer-tomographische Bildgebung) ergibt sich die „jederzeitige Verfügbarkeit“ bereits aus dem Wortlaut.

Frage 5:

„§ 5 Absatz 1 verpflichtet die Krankenhäuser, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einschlägiger Femurfraktur so zu planen, dass ihre operative Versorgung binnen 24 Stunden nach Aufnahme erfolgt. Der Wortlaut umfasst dabei nicht ausdrücklich Femurfrakturen nach Inhouse-Stürzen.

Trifft es zu, dass auch die Versorgung dieser Femurfrakturen so geplant werden muss, dass eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden erfolgt?“

Antwort:

Es trifft zu, dass auch die Versorgung von Femurfrakturen nach Inhouse-Stürzen so geplant werden muss, dass eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden nach Auftreten des Sturzes erfolgt. Die frühestmögliche (in der Regel innerhalb von 24 Stunden, sofern der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten dies zulässt, zu erfolgende) operative Versorgung auch von

Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur nach Auftreten eines Inhouse-Sturzes ist gemäß § 2 Nummer 1 QSFFx-RL ausdrückliches Regelungsziel der Richtlinie. § 5 Absatz 1 QSFFx-RL ist nach Sinn und Zweck der Regelung und unter Berücksichtigung der Ziele der Richtlinie damit auch auf Patienten mit Femurfraktur nach Inhouse-Stürzen anzuwenden. Eine normative Klarstellung bei der nächsten erforderlichen Änderung der Richtlinie wird aufgrund des Hinweises des BMG geprüft.

Frage 6:

„In § 7 Absatz 2 QSFFx-RL wird für die Beurteilung der Erfüllung/ Nichterfüllung von Mindestanforderungen auf die Zeitpunkte der Aufnahme und der Operation abgestellt. Unklar bleibt, welcher Zeitpunkt bei solchen Patientinnen und Patienten relevant ist, die eine Femurfraktur bei einem Inhouse-Sturz erleiden. Da diese Personen in der Regel wegen anderer Krankheiten aufgenommen wurden, könnte der Zeitpunkt der Aufnahme für die Beurteilung der Erfüllung der Mindestanforderungen hier nicht maßgeblich sein. Welches sind die für die Beurteilung der Erfüllung / Nichterfüllung der Mindestanforderungen relevanten Zeitpunkte bei hüftgelenknahen Femurfrakturen nach Inhouse-Stürzen?“

Antwort:

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung Erfüllung / Nichterfüllung der Mindestanforderungen bei hüftgelenknahen Femurfrakturen nach Inhouse-Stürzen ist der Zeitpunkt der unmittelbar nach der Erstversorgung zu erfolgenden Entscheidung darüber, ob die Femurfraktur des Patienten im eigenen Haus operativ versorgt werden soll, sowie der Zeitpunkt der Operation. Der Zeitpunkt unmittelbar nach der Erstversorgung entspricht nach Kenntnisstand und Prüfmöglichkeiten der Situation der Aufnahme eines externen Patienten. Zu diesem Zeitpunkt ist gem. § 7 Absatz 4 QSFFx-RL eine Abwägung über die medizinischen Vor- und Nachteile einer Verlegung des Patienten in ein geeignetes Krankenhaus vorzunehmen.

Frage 7:

„Gemäß § 7 Absatz 5 QSFFx-RL hat ein Krankenhaus die Rettungsleitstelle zu informieren, sofern es (vorübergehend) die Mindestanforderungen nach § 4 QSFFx-RL nicht erfüllt. Warum führt die Nichterfüllung der Mindestanforderungen nach §§ 3 und 5 QSFFx-RL nicht ebenfalls zu einer Informationspflicht, obwohl auch deren Nichterfüllung ein Leistungsverbot des Krankenhauses begründet?“

Antwort:

Die an dieser Stelle aufgenommene spezielle Regelung mit einer Verpflichtung zu einer umgehenden Information der Rettungsleitstelle bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben nach § 4, bei der die dort normierten Vorgaben mit Bezug auf die aktuelle Operationsbereitschaft des Krankenhauses zur Sicherstellung einer möglichst kurzen präoperativen Verweildauer in den Fokus genommen wird, soll sicherstellen, dass die Rettungsstelle sofort bei kurzfristig auftretenden Änderungen in der konkreten OP-Bereitschaft informiert wird und umgehend reagieren kann. Unbenommen davon müssen zur Versorgung der Patienten auch alle anderen Mindestanforderungen erfüllt werden. Sie sind jedoch in der Regel im Tagesverlauf nicht variabel, sondern dauerhaft vorhanden wie z.B. das Vorhandensein bestimmter Fachabteilungen (§3 Allgemeine Mindestanforderungen) oder die SOP (§5). Werden Mindestanforderungen nicht erfüllt, ist dies den Landesverbänden der Krankenkassen gemäß § 6 Absatz 1 QSFFx-RL zu melden, so dass gemäß § 7 Absatz 1 und 2 QSFFx-RL keine Fälle mehr aufgenommen und abgerechnet werden dürfen. Es wird davon ausgegangen, dass in diesen

Fällen ebenfalls eine Information seitens des Krankenhauses hierzu gegenüber der Rettungsleitstelle erfolgt, da keine Versorgung dieser Patienten möglich ist und dementsprechend auch keine Patienten in diese Krankenhäuser transportiert werden sollten.

Frage 8:

„Gemäß § 7 Absatz 7 QSFFx-RL ist ein Vergütungsabschlag i.H.v. von 75% für solche Leistungen vorzunehmen, die in einem Zeitraum erbracht wurden, für den kein Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen durch das Krankenhaus nach § 6 QSFFx-RL erfolgte. Aus den Tragenden Gründen ergeben sich keine Erläuterungen zu der Verhältnismäßigkeit (Höhe) der festgelegten Abschlagszahlung.“

Welche Erwägungen begründen aus Sicht des G-BA die Abschlagshöhe von 75%?“

Antwort:

Die in § 7 Absatz 7 getroffene Regelung eines Vergütungsabschlags in Höhe von 75% ist im Vergleich zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs die weniger belastende Maßnahme. Vor dem Hintergrund, dass dem Abschlag eine zweimalige Aufforderung zur Lieferung von Daten des Nachweisverfahrens gemäß § 6 vorgeschaltet ist, erschien dem G-BA im Ergebnis der Beratungen die Höhe des Abschlags ausreichend aber auch erforderlich, um die Krankenhäuser zur Einhaltung ihrer Pflichten im Zusammenhang mit dem Nachweisverfahren anzuhalten. Im Rahmen der Plenumsdiskussion wurde die Verhältnismäßigkeit der Höhe der festzulegenden Abschlagszahlung kontrovers diskutiert und das Ergebnis stellt einen Kompromiss dar.

Frage 9:

„In § 10 Absatz 1 QSFFx-RL wird normiert, dass bei einem überregionalen Traumazentrum (ütZ), welches jederzeit an der Notfallversorgung teilnimmt, die Mindestanforderungen nach § 3 Absätze 1 bis 4 QSFFx-RL als erfüllt gelten. Den Tragenden Gründen lässt sich keine Begründung für diesen Ausnahmetatbestand entnehmen.“

Wie können insbesondere die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe a QSFFx-RL (am Standort vorzuhaltende Fachabteilung für Innere Medizin) sowie § 3 Absatz 1 Buchstabe d QSFFx-RL (binnen 30 Minuten verfügbare fachärztliche Kompetenz auf dem Gebiet Innere Medizin) für das spezielle Patientenkollektiv bei hüftgelenknahen Femurfrakturen im ütZ kompensiert werden?

Welche Erwägungen führen ggf. zu einem Verzicht dieser Mindestanforderungen bei einem ütZ?“

Antwort:

Der G-BA hat sich hier an § 24 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen orientiert. Dort wird ebenfalls ein Ausnahmetatbestand für die Fachabteilung für Innere Medizin für überregionale Traumazentren vorgesehen. Hier wurde in den Tragenden Gründen festgehalten, dass spezialisierte Krankenhäuser, die zu einem ganz überwiegenden Anteil Schwerverletzte versorgen, wie beispielsweise die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken, einen beachtlichen Teil der Traumaversorgung in Deutschland übernehmen, sich ihr Patientenspektrum dabei vorwiegend auf die Traumaversorgung beschränkt und sie daher in der Regel nicht die im Notfallstufenkonzept geforderte Breite an Fachabteilungen vorhalten. Auch unabhängig von den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen sind alle Traumazentren durch ihre Einbindung in Traumanetze und aufgrund ihrer besonderen Aufgabe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Schwerverletzter qualifiziert, hüftgelenknahe Femurfrakturen zu versorgen. Vor diesem Hintergrund wurde unter Berücksichtigung

der umfassenden strukturellen, personellen und organisatorischen Anforderungen an überregionale Traumazentren (insbesondere zur intensivmedizinischen Versorgung) ein Ausnahmetatbestand festgelegt.

Frage 10:

„In § 10 Absatz 2 QSFFx-RL wird normiert, dass ein Krankenhaus, welches im Jahr 2018 einschlägige Eingriffe durchgeführt hat, über eine Fachabteilung mit chirurgischer Kompetenz verfügt und im Gebiet der Inneren Medizin eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus sicherstellt, bis zum 31. Dezember 2022 keine Fachabteilung für Innere Medizin vorhalten muss. Den Tragenden Gründen lässt sich keine Begründung für diesen Ausnahmetatbestand entnehmen.

*Aus welchen Gründen kann - zunächst bis Ende 2022 - auf das Vorhalten einer Fachabteilung für Innere Medizin bei diesen Krankenhäusern verzichtet werden?
Wieso ist eine Leistungserbringung in 2018 maßgeblich?“*

Antwort:

Die Regelung in § 10 Absatz 2 QSFFx-RL hat den Charakter einer Übergangsregelung. Diese gilt aber nur unter bestimmten Voraussetzungen und wurde deshalb systematisch unter „§ 10 Ausnahmetatbestände“ verortet.

Die Regelung hat folgenden Hintergrund: Es konnte zum Zeitpunkt der Beschlussfassung nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Krankenhäuser, die nicht zugleich die Anforderungen nach § 10 Absatz 1 erfüllen, auch ohne Vorhalten einer Fachabteilung für Innere Medizin hüftgelenknahe Femurfrakturen dennoch ohne Qualitätsauffälligkeiten durchführen. Es bleibt zu klären, ob ein Unterschied in der Zielerreichung nach § 2 QSFFx-RL zwischen Krankenhausstandorten, die eine Fachabteilung für Innere Medizin vorhalten, und solchen, die dies nicht tun aber eine täglich 24-stündige ärztliche Versorgung im Gebiet der Inneren Medizin sicherstellen, besteht. Dies prüft der G-BA und entscheidet auf Basis der Ergebnisse seiner Prüfung bis zum 31. Dezember 2022, ob die Regelung gem. § 10 Absatz 2 QSFFx-RL weiterhin Bestand haben soll (s. § 10 Absatz 3 QSFFx-RL). Bevor geklärt ist, ob das Vorhalten einer Fachabteilung für Innere Medizin auch weiterhin als Mindestanforderung bestehen bleibt, sollen Krankenhäuser die Leistungen zeitlich befristet weiter erbringen dürfen, wenn sie die in § 10 Absatz 2 Buchstabe c festgelegten Voraussetzungen für die Sicherstellung einer internistischen Betreuung der Patienten erfüllen.

Die Leistungserbringung in 2018 ist maßgeblich, um den Geltungsbereich der Ausnahmeregelung auf die Krankenhäuser einzuschränken, die diese Leistung jetzt schon erbringen bzw. erbracht haben.

Frage 11:

„In § 12 Absatz 1 QSFFx-RL wird eine gestufte Übergangsregelung für das Vorhalten geriatrischer Kompetenz am Standort normiert. Den Tragenden Gründen lässt sich keine Begründung für die Übergangsregelung entnehmen.

*Warum kann die geriatrische Kompetenz mehrere Jahre zunächst durch Einbezug anderer Fachärzte und anschließend durch einen Konsildienst erfüllt werden?
Warum wird eine Übergangsregelung als erforderlich erachtet?“*

Antwort:

Wie in den Tragenden Gründen zu § 4 Absatz 5 erläutert wird, sind die Übergangsregelungen für das Vorhalten geriatrischer Kompetenz wegen der derzeit eingeschränkten und regional

unterschiedlichen Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit weiterbildungsrechtlicher Qualifikation in der Geriatrie erforderlich.

Im Rahmen der Beratungen wurde auf Grundlage von Datenanalysen, aktuellen Berichten und Statistiken der Bundesärztekammer festgestellt, dass derzeit insgesamt zu wenig geriatrische Kompetenz, die kurzfristig bei der Versorgung hüftgelenksnaher Femurfrakturen zur Verfügung stehen könnte, existiert. Gemäß Ärztestatistik der Bundesärztekammer mit Stand vom 31. Dezember 2019 existieren 2671 Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Geriatrie“, wovon 1815 stationär tätig sind.

In der dynamischen Entwicklung ist ein jährlicher Zuwachs von ca. 200 Ärzten/Jahr, die die Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen haben zu verzeichnen.

(Quelle: Bundesärztekammer https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf)

2018 gab es 629 Weiterbildungseinrichtungen und 646 Weiterbildungsbefugte für die Zusatzbezeichnung Geriatrie.

(Stand 09/2018, Quelle: Kompetenz Centrum Geriatrie (KCG)) „Wirksamkeit orthogeriatischer Kooperationen“; Hamburg 2018.

Auch zur Vermeidung negativer Effekte durch die Verlagerung geriatrischer Kompetenz aus anderen Fachbereichen wurden daher angemessene Übergangsregelungen umgesetzt. Die Übergangsregelungen sollen einerseits während ihrer Geltungsdauer die Einbindung geriatrischer Kompetenz ermöglichen, andererseits Anreize für die Ausbildung und Einstellung der nach § 4 Absatz 5 QSFFx-RL geforderten Fachärzte schaffen. Gemäß aktueller (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer beinhalten die Facharztqualifikationen Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Neurologie geriatrische Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.

Frage 12 zur Anlage 3 (Checkliste):

„Wieso erfolgt keine Abfrage der allgemeinen Mindestanforderungen nach § 3 Absatz 2 Satz 1 QSFFx-RL (Vorhalten der für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischem Standard erforderlichen medizinisch-technischen Ausstattung) in der Checkliste? Wieso erfolgt die Abfrage der Erfüllung der Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung auf der Intensivstation unter „A9 D -Voraussetzungen der Intensivstation“ der Checkliste doppelt? Wie soll bei Abfrage „B“ der Asterisk („“) belegt sein?“*

Antwort:

Für die Qualitätssicherung genügt die Abfrage der Regelbeispiele nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Buchstaben a und b QSFFx-RL

Davon unberührt muss ein KH über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischen Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung verfügen. Zur Abfrage in einer Checkliste und ggf. darauf aufbauende Prüfungen durch den MDK erscheint diese allgemeine Anforderung wegen ihrer Unbestimmtheit nicht geeignet.

Unter A9 D – Voraussetzungen der Intensivstation ist die erste der Formulierungen „Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3“ redundant und kann gestrichen werden.

Die Frage zum Asterisk („*“) konnte nicht vollständig nachvollzogen werden. Soweit sich die Frage auf die Asteriske („*“) bei B2 und B6 bezieht, handelt es sich um ein redaktionelles Versehen. Die Asteriske werden bei der nächsten Änderung der QSFFx-RL gestrichen.

Allgemeine Anmerkungen:

"Insgesamt fehlen derzeit weitgehend Begründungen zur Erforderlichkeit der o.g. Mindestanforderungen. Es wird deshalb um die Beantwortung der o.g. Fragen und entsprechende ergänzende Begründung gebeten."

Antwort:

Die oben genannten Mindestanforderungen sind aus Sicht des G-BA geeignet und erforderlich, um die angestrebten Qualitätsziele zu erreichen. Dies wurde in den Tragenden Gründen und in den oben genannten Antworten aus Sicht des G-BA in ausreichender Tiefe dargelegt. Zu den Mindestanforderungen (zum Beispiel Verfügbarkeit geriatrischer Kompetenz) beinhalten die Tragenden Gründe ausführliche Darlegungen unter Verweis auf wissenschaftliche Grundlagen. Bzgl. einiger Mindestanforderungen (z.B. für die Abbildung aller Anforderungen an die Basisnotfallstufe gemäß Notfallstufenregelung des G-BA) wurde die Erforderlichkeit und Angemessenheit im Rahmen der Beratungen kontrovers diskutiert und das Ergebnis stellt einen Kompromiss dar.

„Darüber hinaus wird bereits jetzt darauf hingewiesen, dass in § 6 Absatz 4 QSFFx-RL die Bezeichnung „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)“ an „Medizinischer Dienst (MD)“ anzupassen ist.“

Antwort:

Eine Anpassung wird bei der nächsten erforderlichen Änderung der Richtlinie aufgrund des Hinweises des BMG vorgenommen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Elisabeth Pott
Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung