

15. Krankenhaus-Qualitätstag NRW

Neue Aufgaben für das Medizinmanagement
*Perspektive des QM im Krankenhaus auf die
G-BA MD-Qualitätskontroll-Richtlinie*

17. Juni 2021

Kurz zur Person



- Helena Weiß
- Dipl. Volkswirtin
- Knapp 20 Jahre Krankenhauserfahrung
- Schwerpunkte/Aufgaben Qualitätsmanagement, Controlling, Qualitätssicherung, Beratung, Assistenz der Geschäftsführung, Kommissarische Verwaltungsleitung, Risikomanagement, Unternehmensentwicklung Somatik
- Seit 01.2021 Leitung des Referats Klinisches Qualitätsmanagement der Alexianer GmbH
- QMB (BÄK)
- KTQ® Visitorin
- Klinische Risikomanagerin
- Mitglied QM-Kommission KGNW; Qesü AG DKG



Alexianer GmbH



SOMATIK



PSYCHIATRIE



SENIOREN



EINGLIEDERUNG

19 Krankenhäuser (<4.000 Planbetten)
27 Senioren und Pflegeeinrichtungen
63 Einrichtungen der Eingliederungshilfe
42 Werkstätten und Integrationsbetriebe
11 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

15.929 Mitarbeiter

(Geschäftsbericht 2019)

UNSERE KRANKENHÄUSER

Region Aachen/ViaNobis*

- /// Alexianer Krankenhaus Aachen
- /// Katharina Kasper ViaNobis

Region Krefeld

- /// Krankenhaus Maria-Hilf Krefeld
- /// Krankenhaus Toniworst
- /// St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf

Region Köln/Rhein-Sieg

- /// Alexianer Krankenhaus Köln

Region Münster

- /// Alexianer Krankenhaus Münster
- /// St. Antonius Krankenhaus Hörstel
- /// Christophorus Klinik
- /// Don Bosco Klinik
- /// EOS-Klinik

Region Münster-Misericordia

- /// Augustahospital Anholt
- /// Clemenshospital Münster
- /// Raphaelsklinik Münster

Region Sachsen-Anhalt

- /// Klinik Bismarck Wittenberg
- /// St. Joseph-Krankenhaus Dessau

Region Potsdam

- /// St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci
- /// Evangelisches Zentrum für Altersmedizin (EZA)

Region Berlin-Hedwig

- /// Krankenhaus Hedwigshöhe
- /// St. Hedwig-Krankenhaus Berlin

Region Berlin-Weißensee

- /// St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee



Region Klinikum Hochsauerland

- /// Klinikum Hochsauerland
- /// St. Johannes-Hospital Arnsberg-Neheim
- /// Karolinen-Hospital Arnsberg-Hüsten
- /// St. Walburga-Krankenhaus Meschede

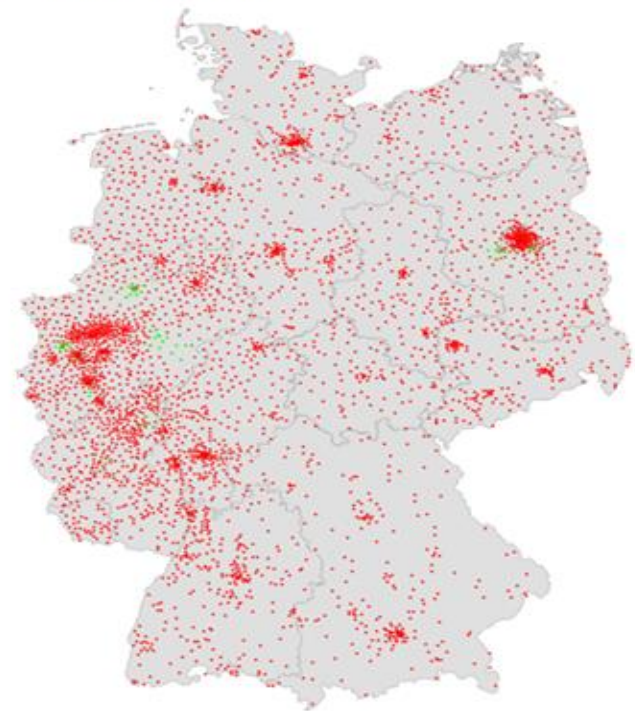
Katharina Kasper*

- /// Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling
- /// Herz-Jesu-Krankenhaus Dornbach
- /// Klinikum Mittelmosel Zell

* Sofern die Stiftungsaufsichten zustimmen, sowie das Bundeskartellamt die Freigabe erteilt, werden die Alexianer dann mit wirtschaftlicher Rückwirkung zum 1. Januar 2020 Hauptgesellschafter der Gruppe.

** Nach dem Zusammenschluss.

■ Patientenherkunft



MD-Qualitätskontroll-Richtlinie



Grundsatz:

die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus sind für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser verbindlich

Die MD(K)-QK-RL regelt Einzelheiten zu Kontrolle durch den MD (§275a SGB V):

- **anhaltsbezogen** = Vorliegen konkreter und belastbarer Anhaltspunkte – **Teil A**
- **Stichprobenprüfung** = Validierung der QS- Daten und Umsetzung der Richtlinienanforderungen – **Teil B**
- **NEU 2020: anlassbezogen** = Nachweisführung über das Erfüllen von Qualitätsanforderungen einer RL (in definierten Fällen)
- **NEU 2020:** Kontrolle der Einhaltung von Mindestvorgaben gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von **Notfallstrukturen in Krankenhäusern** (Abschnitt 3)

Beauftragende Stellen sind:

- die gesetzlichen Krankenkassen
- „verantwortliche Gremien“ – Richtlinienspezifisch geregelt

Art und Umfang der Kontrollen sollen in einem angemessenen Verhältnis zum Anhaltspunkt stehen und für KH und MD **aufwandsarm** gestaltet werden.

Anhaltspunkte für die Beauftragung von Qualitätskontrollen

- **Implausibilitäten** der Angaben in Qualitätsberichten oder anderer im Rahmen der QS übermittelten Angaben zu z.B. Eigendarstellung des KH oder im Rahmen der Abrechnung (und deren Prüfung) vorgelegten Informationen,
- **Erkenntnisse aus Abrechnungsprüfung** bei Einzelfällen,
- Erkenntnisse im Rahmen der **Unterstützung von Versicherten** (Verfolgung von Schadenersatzansprüchen) oder Erkenntnisse durch Mehrfachmeldung von (oder „besonders fundierte Meldung“ eines) Versicherten oder sonstigen Dritten zum gleichen Sachverhalt oder Kontrollgegenstand
- Kontrolle der **Richtigkeit der Dokumentation** der Krankenhäuser im Rahmen des ext. QS (z.B. bei auffälliger Dokumentationsqualität, wiederholter statistischer Auffälligkeit, Nicht-Dokumentation eines SE)
- **Auffälligkeiten aufgrund von Selbstauskünften** der Krankenhäuser

„Verjährungsfrist“ 36 Monate

Stichprobenprüfung- Abschnitt 2 – Umfang: jährlich richtlinienspezifisch jeweils 9 Prozent der Krankenhausstandorte

- kontrollierte Krankenhäuser sind in den folgenden drei Jahren nicht in der Stichprobe - Voraussetzung: es wurde die Einhaltung aller Anforderungen geprüft und keine Mängel festgestellt wurden
- Die Kontrolle kann bis zu 9 zurückliegende Monate ab dem Zeitpunkt der Mitteilung des Ergebnisses der Stichprobenziehung [...] umfassen.

Prüfungsbasis

- Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen auf Basis der Checkliste
- Einsichtsrecht in Patientendokumentation und Personaldaten - sofern erforderlich. Zufallsstichprobe von 20 richtlinienrelevanten Behandlungsfällen durch den MDK.
 1. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL
 2. Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma – QBAA-RL
 3. Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen – MHI-RL
 4. Richtlinie zur Kinderherzchirurgie – KiHe-RL
 5. Richtlinie zur Kinderonkologie – KiOn-RL
 6. Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx-RL*(Was ist mit der PPP-RL? Nicht in der MD-QK-RL aber als Option im Text der PPP-RL)*

Anlassbezogene Kontrollen – ergänzt die Stichprobenprüfung

- Erstmalige Nachweisführung über das Erfüllen von Qualitätsanforderungen einer RL (*gilt nicht, wenn alle KH erstmalig einen Nachweis erbringen müssen – z.B. QSFFX-RL*)
- sowie nach einer Unterbrechung der Leistungserbringung von mindestens 12 Monaten
- nach festgestellter Nichteinhaltung von Anforderungen bei vorhergehender Kontrolle (nur Kontrolle der Wiedereinhaltung)
- Gewährung befristeter Zuschläge gem. §17b Abs. 1a Nr. 5 KHG (= befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Bezugspunkt ist der Zeitpunkt der Prüfung bzw. Behandlungsfälle, die max. 3 Monate zurück liegen

Sonderregelungen COVID-19

MD-QK-RL – [G-BA Beschluss vom 01. April 2021](#)

noch vorbehaltlich der Veröffentlichung



Die MD-Qualitätskontroll-Richtlinie wird wie folgt geändert:

Teil A anhaltsbezogene Kontrollen: Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes gemäß dieser Richtlinie werden in den Krankenhäusern während der Zeit und über den Zeitraum der Pandemie zunächst bis 31. Oktober 2020 nicht durchgeführt. In dem Zeitraum 1. Dezember 2020 bis **30. Juni 2021** werden in den Krankenhäusern keine Qualitätskontrollen des medizinischen Dienstes gemäß dieser Richtlinie durchgeführt.

Teil B: Neben den Qualitätskontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sind, finden ab dem Kalenderjahr **2024** jährliche richtlinienbezogene Stichprobenprüfungen statt.

Die Fristen für **anlassbezogene** Qualitätskontrollen z. B. nach erstmalig erstellten Nachweisen der Krankenhäuser, dass sie bestehende Qualitätsanforderungen erfüllen, werden um ein Jahr verschoben bzw. verlängert.

Aber Stichprobenprüfung – Notfallstrukturen (Abschnitt 3) bereits 2021 *Datum des Inkrafttretens der RL: 04.05.2021*

Die Kontrolle der Einhaltung der Mindestvorgaben kann sich auf den Zeitraum zwischen dem Zeitpunkt der Einleitung des Kontrollverfahrens und dem Beginn des Vereinbarungszeitraums der zuletzt erfolgten Zuordnung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen beziehen, aber kann maximal 24 Monate direkt vor Einleitung des Kontrollverfahrens umfassen.

Die Ziehung der Zufallsstichprobe wird im Kalenderjahr 2021 bis zum 31.05 und ab dem Kalenderjahr 2022 jährlich bis zum 01.03. durch das Institut nach § 137a SGB V vorgenommen. Dabei werden in den Jahren **2021 bis 2025** jeweils **20 Prozent** der Grundgesamtheit gezogen. Ab dem Jahr 2026 werden 9 Prozent der Grundgesamtheit gezogen. Die beauftragende Stelle erteilt dem MD im Kalenderjahr **2021 bis zum 30.06** und ab dem Kalenderjahr 2022 jährlich bis zum 31.03. einen Kontrollauftrag.

Einsicht in die Patientendokumentation: Die Stichprobe umfasst 20 Behandlungsfälle in der zu kontrollierenden Notfallstufe bzw. dem zu kontrollierenden Modul. Der MD überprüft, ob die gezogenen 20 Behandlungsfälle in der zu kontrollierenden Notfallstufe bzw. dem zu kontrollierenden Modul versorgt wurden.

Fragestellung in der Unternehmensentwicklung



Wessen Aufgabe/Zuständigkeit? Eher QM, eher MedCO?:

- Was ist das Ziel der Richtlinie?
- Schwerpunkt Qualität/Patientensicherheit/-versorgung oder Schwerpunkt Abrechnung/“KH-Planung“?
- Und kann man es evtl. gleich mit der StrOPS-RL verknüpfen, trotz ggf. anderer Zielsetzung?
- Und wer ist dann derjenige der die besten Voraussetzungen hat, um die Aufgaben zu erfüllen?

Ziel QS-Richtlinien



Strukturqualitätsvorgaben (Einleitungstext G-BA Homepage)

Der G-BA legt für bestimmte Behandlungen

Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnis**qualität** fest. Dies ist zum Beispiel bei außergewöhnlich **schwierigen und gefährlichen** Operationen der Fall, die besonders qualifiziertes Personal und eine bestimmte Ausstattung erfordern.

Ziel ist es, hierfür **an zentralen Stellen** optimale strukturelle Voraussetzungen für die medizinische Versorgung zu schaffen. Nur Kliniken, die entsprechend ausgestattet sind und vorgehen, dürfen die betreffenden Leistungen auch **weiterhin erbringen**.

Qualitätsförderungs– und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL)



§ 3 Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen

Hält die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer die **Qualitätsanforderungen des G-BA nicht** ein, sind die **Maßnahmen anzuwenden**, die in den für die Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen maßgeblichen Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA themenspezifisch festgelegt sind.

[...]

Die **Maßnahmen** nach den §§ 4 - *Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung* – und 5 - *Durchsetzungsmaßnahmen* - sind je nach Art und Schwere von Verstößen gegen Qualitätsanforderungen **verhältnismäßig auszuwählen, zu gestalten und anzuwenden**.

ABER: z.B. Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur



§ 7 Folgen der Nichterfüllung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten

- (1) Im Falle einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen **darf die Versorgung** von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur in der Einrichtung über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus **nicht erfolgen**.
- (2) Die Nichterfüllung von Mindestanforderungen führt zu einem **Wegfall des Vergütungsanspruchs**. Maßgeblich hierfür ist der Status der Erfüllung der Mindestanforderungen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Operation.

... Qualitätsförderungs– und Durchsetzungs-Richtlinie :
Verhältnismäßige Maßnahmen

Ist das verhältnismäßig?



Vorausgesetzt, das Ziel ist die Orientierung am Patienten –

Wäre es dann nicht nur verhältnismäßig, die Leistung nicht erbringen zu dürfen, wenn tatsächlich eine Patientengefährdung bestünde?

Und muss man dann nicht auch die Frage gestellt werden dürfen, ob dafür die in den QS Richtlinien formulierten Mindestanforderungen die „richtigen“ Bewertungsmaßstäbe sind? - Stichwort Evidenz

Ist dann das Abarbeiten einer Checkliste richtig oder muss dann nicht individuell das System geprüft werden?

Beispiel: „leidige Frage“ SOPs Femurfraktur – muss die Verfahrensanweisung Gerinnungsmanagement, die für alle gilt plötzlich SOP heißen oder dupliziert werden mit ausschließlichem Geltungsbereich Femurfraktur? Kann das sinnvoll gemeint sein?

Insgesamt klingt aber irgendwie dann doch fast wie StrOPS-RL



§275d SGB V:

Krankenhäuser haben die **Einhaltung von Strukturmerkmalen** auf Grund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst **begutachten zu lassen**, bevor sie entsprechende Leistungen **abrechnen**.

[...]

Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen [...] nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2022 **nicht vereinbaren und nicht abrechnen**.

Trotz anderer Zielsetzung der Politik



Ziel StrOPS-RL (MDK-Reformgesetz)

„Um die kontinuierlich **ansteigende Zahl an Einzelfallabrechnungsprüfungen zu reduzieren**, wurde die *prospektive* Überprüfung von Strukturmerkmalen in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln durch die Medizinischen Dienste eingeführt (§ 275d SGB V).

Krankenhäuser haben zukünftig die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie Leistungen abrechnen. Durch diesen prospektiven Prüfansatz hat der Gesetzgeber Rechts- und Planungssicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen geschaffen.“

(Quelle: Vorwort der Richtlinie)

Ist dann die interne Differenzierung sinnvoll?



Es ist nicht verwunderlich, dass vor Ort in den Krankenhäusern der praktische Unterschied MD-QK-RL und StrOPS-RL nicht oder nur schwer vermittelbar ist.

Denn die Grundlage erscheint gleich:

Mindestanforderung – Prüfung – Entscheid über Erbringung/Abrechnung

Ist es da nicht fast einfacher, es trotz der Unterschiede gemeinsam zu denken, denn für beide gilt: **Prüfungsschwerpunkt sind die Strukturen** und die Funktion des System und dies im Gegensatz zur Einzelfallprüfung MDK.

D.h. im Idealfall braucht es doch für beides (MD-QK-RL und StrOPS-RL) jemanden der Systeme überschauen und prüfen kann (den QMB) und jemand der MD und MD-Prüfung kennt (den MedCo).

Daher „Alexianer-Modell“ 2021



Auf Holdingebene: Zusammenführung des Bereiches Medizin-Controlling aus der Unternehmensentwicklung mit dem Referat Qualitäts- und Risikomanagement zu einem neuen Referat Klinisches Qualitätsmanagement, das sowohl Ansprechpartner und Koordinator für die QMB als auch das MedCo ist.

Auf Klinikebene: Förderung der Zusammenarbeit und des Austausches zwischen QM und MedCo, um Fachlichkeit, Methodenwissen und Erfahrungen möglichst optimal erstens zur Vorbereitung und zweitens für die Etablierung eines regelhaften internen Monitoring (eher MedCo-Kompetenz) und internen Strukturprüfungs-System-Audit (eher QM-Kompetenz) einzusetzen.

Weitere Planungen: Peer Review auf QM-, MedCo- und ärztlicher Ebene (Aktuell nur bei Wunsch von Beantragung/Einführung neuer (RL-relevanter) Leistungen als Beratung durch erfahren Kollegen anderer Kliniken)

Haben QMB und G-BA die gleichen Ziele?



Hypothese:

- wenn wir davon ausgehen könnten, dass tatsächlich die Patientensicherheit weiterhin die Güte der Qualität bestimmt,
- wenn wir uns darauf verlassen könnten, dass Kriterien evidenzbasiert und methodisch gut entwickelt werden
- und damit die Erfüllung der Anforderungen tatsächlich „Qualität erzeugt“
- dann sind G-BA und der KH-QMB letztendlich auf der gleichen Seite,
- denn wir (QMBs) wollen gute Qualität im Sinne des Patienten
- und müssten daher ein Eigeninteresse haben, dass die Anforderungen umgesetzt werden und es letztendlich Konsequenzen hat, wenn nicht.

Doch...

... was wir sehen/befürchten:



- Mindestanforderungen, die **nicht evidenzbasiert** sind
- steigende **Vorhaltekosten** in den Kliniken
- steigende **Konkurrenz** um eine beschränkte Anzahl an Fachkräften
- **Leistungskürzung** bei Krankenhäusern, die sich das nicht leisten können, denn es geht **nie um Zuschläge**
- und **je mehr Anforderungen** kommen, für desto mehr Leistungen wird dies gelten und ggf. werden es sich Kliniken nicht mehr leisten können, überhaupt im Markt zu bleiben
- Besteht dann aber nicht letztendlich auch die **Gefahr einer Unterversorgung** zumindest für einzelne Leistungen? Und damit für eine Verschlechterung der Versorgung?

Und wie reagiert der MD und letztendlich der G-BA wenn sich diese Tendenz in den Prüfungen abzeichnen würde? Gibt es da einen Notfallplan?

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

