

Vorbemerkung zu den Aufgaben des G-BA im Bereich Qualitätssicherung

Im Bereich der vom G-BA verantworteten Qualitätssicherung passiert sehr viel – auf verschiedenen Ebenen und mit Hilfe verschiedener sehr komplexer Regelungen und Instrumente:

Wir sehen zum einen die kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung durch die Messung und vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität. Kliniken vergleichen sich untereinander und stehen damit im Qualitätswettbewerb. Auch die transparente Darstellung von Ergebnissen zur Information der Patientinnen und Patienten, das sogenannte Public Reporting, fördert einen qualitätssteigernden Wettbewerb. Diese Bereiche steuern wir mit unseren Richtlinien zur externen stationären Qualitätssicherung und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Die Ergebnisse werden jährlich im Qualitätsreport des IQTIG dargestellt. Neben der Qualitätssicherung von Einzeleingriffen geht es zukünftig noch in verstärktem Maße um ganze Behandlungsverläufe, deren Qualität beurteilt und gesichert werden soll. Wir haben bereits jetzt sektorenübergreifenden QS-Verfahren mit der Perkutanen Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie sowie Wundinfektion. Auf Grundlage der kürzlich beschlossenen Rahmenrichtlinie läuft das QS-Verfahren Gallenblasenentfernung an. Die Richtlinie ermöglicht über die Nutzung von Routinedaten bessere längsschnittliche Beobachtungen, so dass künftig auch ganze Behandlungsverläufe qualitätsgesichert werden können. Bei Wundinfektionen ist es dann beispielsweise unerheblich, ob eine Operation im ambulanten oder stationären Sektor stattgefunden hat.

Zum anderen legen wir Mindeststandards bei der Versorgung fest, als unterstützende „Leitplanken“. Das sind beispielsweise die Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen oder die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. So dürfen TAVI-Eingriffe nur in Krankenhäusern mit herzchirurgischer und kardiologischer Abteilung durchgeführt werden und die Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht nur in speziell dafür ausgestatteten Zentren.

Grundsätzlich ist das Ziel der Qualitätssicherung in erster Linie die Förderung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bei den Leistungserbringern, der berücksichtigt, dass trotz einer insgesamt hohen Qualität der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Verbesserungsbedarf besteht. Im qualitätsfördernden Ansatz sind dennoch auch sanktionierende Instrumente vorgesehen. Ihr Einsatz soll sich jedoch auf diejenigen beschränken, die sich dem Bemühen um Qualitätssicherung nachhaltig entziehen, unterstützende Maßnahmen ablehnen oder definierte Qualitätsanforderungen wiederholt bzw. in besonders schwerwiegendem Maße nicht einhalten. Insgesamt werden in den jeweiligen Richtlinien bei Qualitätsauffälligkeiten verschiedene Maßnahmen fällig: Strukturierter Dialog mit Einrichtungen auf Landes- und Bundesebene, schriftliche Stellungnahmeverfahren, Peer-Review, Schulungen, Begehungen bis hin zu noch härteren Konsequenzen wie Vergütungsabschlägen.

Die Nutzung von Instrumenten der Qualitätssicherung zu Zwecken der Krankenhausplanung oder -vergütung, die auf Landesebene erfolgt, ist hingegen relativ neu in der über 40jährigen

Geschichte der Qualitätssicherung. Die Schließung von Abteilungen oder gar ganzen Krankenhäusern ist und bleibt den Krankenhausplanungsbehörden vorbehalten. Wie es der Gesetzgeber in seiner "Qualitätsoffensive" vorsieht, hat der G-BA zur Unterstützung der Länder das Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf den Weg gebracht, das wir auch weiter ausbauen. Damit liefern wir die Daten an die Planungsbehörden, die daraus Konsequenzen ziehen können.

Die Qualitätssicherung funktioniert, wir sehen eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung. Sie kann aber nicht die Probleme lösen, die sich in der Krankenhausplanung und durch ökonomische Fehlanreize ergeben. Der föderale Aufbau muss kein Hindernis sein, wenn die Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung gleich sind. Im Gegenteil: Auf Landesebene kann man gezielter auf regionale Gegebenheiten reagieren und auch ein Vertrauensverhältnis aufbauen, das für eine funktionierende Qualitätssicherung unerlässlich ist.

Fragenkomplex 1: Neufassung der Mindestmengen-Regelung

Im November 2017 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Neufassung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für planbare stationäre Leistungen beschlossen. Diesbezüglich haben wir folgende Fragen:

- 1.) Warum wurde die Neufassung der Mm-R für planbare stationäre Leistungen seitens des G-BA beschlossen?**
- 2.) Inwieweit geht die Neufassung darauf zurück, dass in den vergangenen Jahren die geltenden Mm-R von Krankenhäusern wiederholt nicht eingehalten wurden?**

Die vorgenommenen Änderungen in der bereits bestehenden Mindestmengenregelung (Mm-R) und die Aufnahme des entsprechenden Kapitels in der Verfahrensordnung des G-BA geht auf gesetzliche Änderungen im SGB V zurück.

Im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den vom G-BA beschlossenen Mindestmengen hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) die gesetzlichen Vorgaben zur Festlegung von Mindestmengen in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2, Absatz 3 SGB V konkretisiert. und den G-BA beauftragt, insbesondere seine Verfahrensordnung entsprechend anzupassen.

- 3.) Die Neufassung der Mm-R soll den Krankenkassen bei der Umsetzung der Mm-R mehr rechtliche Sicherheit geben. Wie ist diesbezüglich die G-BA-Einschätzung: Inwiefern werden Krankenkassen nun vermehrt die Honorierung bestimmter Eingriffe verweigern und das verstärkt auch rechtlich durchsetzen?**

Spätestens mit der Bestätigung der vom G-BA festgelegten Mindestmengen durch das Bundessozialgericht wurde für die an der Umsetzung der Vorgaben des G-BA Beteiligten die notwendige Rechtssicherheit hergestellt. Auch die vom Gesetzgeber vorgenommenen Umsetzungen dieser Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in § 136b SGB V und die entsprechenden Änderungen in der Mm-R durch den G-BA zielen darauf ab, insbesondere den Krankenkassen das erforderliche rechtliche Instrumentarium zur Durchsetzung der Festlegungen der Mm-R zur Verfügung zu stellen.

Für die Durchsetzung der Vorgaben des G-BA sind aber auch die Regelungen des Bundesgesetzgebers in § 136b Absatz 4 und 5 SGB V von nicht unerheblicher Bedeutung.

So können etwa die Bundesländer nach § 136b Absatz 5 SGB V über die Nichtanwendung der Mindestmengenfestlegungen entscheiden, wenn hierdurch die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit der entsprechenden planbaren Leistung – es geht ausdrücklich nicht um Notfallpatienten – gefährdet werden könnte.

Der Gesetzgeber hat dem G-BA in § 136b Absatz 3 Satz 3 SGB V die möglichst zeitnahe Evaluation der Auswirkungen der festgelegten Mindestmengen aufgegeben. Im Zuge dieser Evaluation wird dann sicher auch zu beurteilen sein, wie sich die Umsetzung durch die Krankenkassen in der konkreten Praxis darstellt. Zum jetzigen Zeitpunkt kann von Seiten des G-BA jedoch keine valide Einschätzung erfolgen.

4.) Müssen die Krankenhäuser tatsächlich schärfer als bisher schon bei den Verhandlungen mit den Kassenverbänden nachweisen, dass sie die Mindestmengen erreichen?

Die inhaltliche und formale Ausgestaltung der Darlegung der voraussichtlichen Erreichung der Mindestmenge (Prognose), die maßgeblich für die Zulässigkeit der Leistungserbringung ist, stellt eine der zentralen Anpassungen der Mindestmengenregelungen. Die überarbeiteten Mindestmengenregelungen legen detailliert die Inhalte, die Form und Fristen der Prognosedarlegung sowie der Prüfung der Prognose fest. Der Gesetzgeber hat zudem in § 136b Absatz 4 Satz 6 SGB V bestimmt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit der Prognose die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen können.

a. Wie wird das künftig überprüft? Rückwirkend bei der nächsten Verhandlung?

Nach den Vorgaben des Bundesgesetzgebers in § 136b Absatz 4 Satz 3 SGB V muss der Krankenhausträger für die Zulässigkeit der Leistungserbringung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Weiterhin wird in § 136b Absatz 4 Satz 4 SGB V geregelt, dass eine solche berechnete mengenmäßige Erwartung in der Regel vorliegt, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Die Prognose beruht also in der Regel auf den tatsächlich erbrachten Leistungszahlen des Vorjahres.

Die Prognose des Krankenhausträgers ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis spätestens zum 15. Juli des laufenden Kalenderjahres zu übermitteln. Anschließend prüfen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose und teilen dem Krankenhausträger standortbezogen bis spätestens zum 31. August des laufenden Kalenderjahres das Ergebnis dieser Prüfung mit. Sofern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger übermittelten Prognose haben, können sie die Prognose widerlegen. Die Widerlegung ist dem Krankenhausträger bis spätestens zum 31. August eines laufenden Kalenderjahres schriftlich mitzuteilen.

5.) Immer wieder wird von verschiedenen Stellen gefordert, die Mm-R auf mehr Eingriffe auszuweiten bzw. bestehende Mm-R zu erhöhen. Beispiele: Pankreas und Ösophagus auf 25 erhöhen (Forderung der DGAV), ähnliches fordert auch die Gesellschaft für Endoprothetik oder zuletzt der Barmer-KH-Report für Aorten-OPs. Wird es aufgrund der Neufassung künftig mehr operative Eingriffe mit Mm-R geben?

Wenn ja, für welche Eingriffe und wann?

Inwieweit werden die bestehenden Regeln ausgeweitet?

Mindestmengen dürfen vom G-BA nur für solche planbaren Leistungen festgelegt werden, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist: Es muss eine Studienlage bestehen, die auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Ergebnisqualität der Leistung hinweist. Erforderlich ist, dass der aktuelle Erkenntnisstand insbesondere eine Reduzierung von Behandlungsrisiken und Steigerung der Patientensicherheit erwarten lässt.

Aktuell gibt es zwei neue Beratungsthemen, die nach den im April 2018 in Kraft getretenen Verfahrensregeln erarbeitet werden. Eine umfassende systematische Literaturrecherche mit Evidenzbewertung zur Frage des Zusammenhangs zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses ist vom G-BA bereits beauftragt worden.

6.) Warum fällt die Knieschlitten-Endoprothese nicht längst unter die Mm-R, wenn Studien eindeutig belegt haben, dass ab 23 Eingriffen pro Operateur die Qualität steigt?

7.) Inwiefern wäre es im Sinne der Patientensicherheit sinnvoller, bei Knie-Totalendoprothesen die zu erreichende Mindestmenge nicht pro Krankenhaus, sondern pro Operateur festlegen?

Der G-BA nimmt selbstverständlich die jeweils vorliegenden wissenschaftlichen Studien zum Zusammenhang von Menge und Qualität zur Kenntnis und berücksichtigt die Ergebnisse bei seinen Beratungen. Soweit belastbare Erkenntnisse vorliegen, erfolgt auch regelhaft die Anpassung bestehender Mindestmengen oder die Aufnahme neuer Mindestmengen. Dabei sind jedoch stets die vom Bundesgesetzgeber vorgegebenen Maßstäbe und Verfahren durch den G-BA zu berücksichtigen. Eine Vorwegnahme der entsprechenden Beratungen in den zuständigen Gremien des G-BA kann an dieser Stelle nicht erfolgen.

Fragenkomplex 2: Beurteilung unserer Analysen

Im Zuge unserer Recherchen haben wir uns vom G-BA alle Krankenhaus-Qualitätsberichte der Berichtsjahre 2008-2016 im XML-Format zusenden lassen und eingehend analysiert. Diesbezüglich haben wir folgende Fragen:

8.) 2012, 2013 und 2014 hat [REDACTED] 100.000 komplexe Eingriffe am Ösophagus angegeben; 2015 hat [REDACTED] 6.336 komplexe Eingriffe am Ösophagus angegeben. In den anderen Berichtsjahren gab es in Deutschland insgesamt weniger als 5.000 komplexe Eingriffe am Ösophagus pro Jahr. Wie ist der G-BA mit den deutlich zu hohen Fallzahlen umgegangen, insbesondere mit dem wiederholten Fehler bei der Innenstadtlinik Minden?

9.) In Bayern kam es laut der Summe der Mindestmengen in den Qualitätsberichten 2008 bis 2015 jährlich zu 400-600 komplexen Eingriffen am Ösophagus. 2016 gab [REDACTED] [REDACTED] – [REDACTED] bis dahin 4-8 komplexe Eingriffe am Ösophagus pro Jahr durchgeführte – 271 solcher Eingriffe an. Bei komplexen Eingriffen am Pankreas war es ähnlich: 3-12 Eingriffe pro Jahr und 2016 genau 271. Wie ist der G-BA mit diesen deutlich zu hohen Fallzahlen (vermutlich aufgrund von Schreibfehlern) umgegangen?

10.) Welche Fehler hat der G-BA bei der stichprobenartigen Prüfung der Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2016 gefunden?

a. Inwieweit gab es falsche Angaben bei den Mindestmengen?

11.) Wie kontrolliert der G-BA die im B-Teil der Qualitätsberichte aufgeführten Fallzahlen?

a. Inwieweit wurden bei dieser Kontrolle fehlerhafte Angaben entdeckt?

12.) Ist es korrekt, dass die Summe der Prozeduren, die unter die Mindestmengenregelung fallen, im B-Teil mit der gesonderten Angabe der Mindestmengen im C-Teil übereinstimmen muss?

a. Falls nein, wieso nicht?

13.) Bezogen auf Frage 12: Die eine Hälfte der von uns angefragten Krankenhäuser behaupten, die Angaben zu den Mindestmengen im B- und C-Teil müssen übereinstimmen, die andere Hälfte beharrt genau auf dem Gegenteil. Wie erklären Sie sich dieses mit Konsequenzen verbundene Missverständnis? Mehr als 10 Jahre nach der Einführung der Qualitätsberichte verstehen demnach viele Krankenhäuser nicht die Zusammenstellung der Qualitätsberichte.

Auf die Fragen zum Komplex 2 wird nachfolgend im Zusammenhang wie folgt geantwortet:

Der G-BA hat die in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V gesetzlich festgelegte Aufgabe, Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser zu beschließen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Diesem Regelungsauftrag entsprechend werden auch in § 1 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) die Ziele des Qualitätsberichts dargestellt. Im Kern geht es um die Schaffung von Transparenz hinsichtlich der Versorgung in den Krankenhäusern durch die Bereitstellung einer Grundlage für vergleichende Informationen. Für die

berichtspflichtigen Krankenhäuser bietet sich damit die Gelegenheit, ihr jeweiliges Leistungsspektrum nach Art, Anzahl und Qualität selbst und eigenverantwortlich darzustellen. Folglich liegt die Verantwortung für die inhaltliche Richtigkeit der Angaben in den Qualitätsberichten auch bei den berichtspflichtigen Krankenhäusern. Gleichwohl wird von Seiten des G-BA im Rahmen seines Regelungsauftrages schrittweise ein System zur inhaltlichen Plausibilitätsprüfung der von den Krankenhäusern getätigten Angaben in den Qualitätsberichten etabliert.

Demgegenüber ist es nicht Ziel des Qualitätsberichts, bei den Krankenhäusern die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Durchsetzung sicherzustellen. Für diese Aspekte der Qualitätssicherung hat der Bundesgesetzgeber dem G-BA mit den Regelungen in § 137 Absatz 1 und 3 SGB V den gesetzlichen Rahmen vorgegeben. So wird künftig insbesondere durch die über die Vorgaben in § 137 Absatz 3 SGB V mögliche Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die inhaltliche Richtigkeit von Informationen der Krankenhäuser sowie die Einhaltung von Qualitätsanforderungen verstärkt kontrolliert werden können.

Im Rahmen der Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrages hat der G-BA entsprechende Vorgaben zur Ermittlung des Kreises der berichtspflichtigen Krankenhäuser vorgegeben. Zudem wird durch die jeweiligen technischen Vorgaben sichergestellt, dass die Datenformate von den Berichtspflichtigen beachtet werden. Darüber hinaus wurden durch den G-BA auch die entsprechenden Vorgaben für die Vereinheitlichung der Berichte hinsichtlich Umfang und Inhalt geregelt. Die eigenen Angaben der Krankenhäuser bilden regelhaft die Datenbasis für die einzelnen Berichtsteile. Eine inhaltliche Kontrolle im Sinne einer Datenvalidierung erfolgt dabei bisher lediglich für die Daten, die im Rahmen der Qualitätssicherung von den Krankenhäusern erhoben werden.

Die im Teil B und Teil C zu tätigen Angaben der berichtspflichtigen Krankenhäuser bauen inhaltlich logisch aufeinander auf. Es handelt sich jedoch um unterschiedliche inhaltliche Angaben, die in ihrem jeweiligen Regelungskontext zu interpretieren sind. Entsprechend des jeweiligen Leistungsspektrums des Krankenhauses kann sich die inhaltliche Darstellung in Teil B und C und deren Interpretation durchaus komplex gestalten. Dies gilt insbesondere auch für die Interpretation der Angaben im Zusammenhang mit den Mindestmengen. Hier werden in Teil B und Teil C verschiedene Teilaspekte mit Bezug zu den Mindestmengen abgefragt und im jeweiligen Kontext dargestellt.

Dabei versteht sich das gesamte Regelungsgefüge mit unmittelbarem Bezug zu den Qualitätsberichten als „Lernendes System“, mit dem aus den erkannten Unzulänglichkeiten auf der Umsetzungsebene auch entsprechender Anpassungsbedarf der bestehenden Vorgaben abgeleitet werden kann. Somit bildet die fortlaufende Begleitung der Umsetzung der Vorgaben zum Qualitätsbericht eine ständige Herausforderung für den G-BA. Auch vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit erkannten teilweise fehlenden Plausibilität in den abgegebenen Qualitätsberichten wurde durch den G-BA die Voraussetzung geschaffen, dass Krankenhäuser seit dem Berichtsjahr 2017 ihre Berichtsteile bereits frühzeitig plausibilisieren können. Ziel ist es, dass möglichst viele Fehler oder Auffälligkeiten noch vor dem Upload der Berichtsteile bei der Annahmestelle durch die berichtspflichtigen Krankenhäuser geprüft und beseitigt werden können.

Zudem ist bereits seit dem Berichtsjahr 2016 - neben der weiterhin vorzunehmenden Schemaprüfung - auch eine Prüfung der Plausibilität der von den Krankenhäusern im Rahmen der

Abgabe der Qualitätsberichte übermittelten Daten durch die Datenannahmestelle vorgesehen. Im Ergebnis dieser Überprüfung kann es zur Ablehnung eines Qualitätsberichts kommen bzw. eine Annahme der Qualitätsberichte erst dann erfolgen, wenn die Daten durch das Krankenhaus korrigiert wurden.

Folglich wurden bereits erste Schritte hin zur Regelung von technischen Vorgaben zur Prüfung der inhaltlichen Richtigkeit der abzugebenden Berichte durch den G-BA vollzogen. Festzuhalten bleibt aber auch, dass weiterhin die Verantwortung für die inhaltliche Richtigkeit der abzugebenden Berichte bei den berichtspflichtigen Krankenhäusern liegt.

Fragenkomplex 3: Qualität der Qualitätsberichte

Nach Analyse der Qualitätsberichte, mehreren Hintergrundgesprächen mit Krankenhaus- Qualitätsmanagern und dutzenden Stellungnahmen von Krankenhäusern, denen wir Fehler in ihren Qualitätsberichten nachweisen konnten, haben wir diesbezügliche folgende Fragen:

14.) Wie erklären Sie sich die in den Fragen 8.) und 9.) geschilderten, gravierenden Fehlern in den Qualitätsberichten?

Von den berichtspflichtigen Krankenhäusern werden verschiedene Ursachen für inhaltliche Fehler in den Qualitätsberichten genannt. Die mögliche Spannbreite reicht dabei von einfachen Eingabe- bzw. Schreibfehlern bis hin zum kompletten Absturz der jeweiligen technischen Systeme. Eine abschließende Analyse der Fehlerquellen in ihrer Gesamtheit ist an dieser Stelle nicht möglich.**15.) Können Krankenhäuser nachträglich die an den G-BA übermittelten Qualitätsberichts Angaben korrigieren?**

a. Wenn nein, warum nicht?

Die Regelungen zu den Qualitätsberichten sehen unter bestimmten Voraussetzungen auch die Möglichkeit von Nach- bzw. Ersatzlieferungen und damit vom Ergebnis her auch eine Möglichkeit zur inhaltlichen Korrektur der Berichte für die Krankenhäuser vor.

16.) Die Annahmestelle für die Qualitätsberichte überprüft die Form. Wie wird jedoch der Inhalt, insbesondere die Angaben bei den Mindestmengen (C-5) seitens des G-BA überprüft?

17.) Wie zuverlässig sind Ihrer Meinung nach die Mindestmengen-Angaben der Krankenhäuser in den veröffentlichten Qualitätsberichten?

18.) Wie hoch ist die Fehlerquote bei den Berichten?

19.) Wie viele Stichproben wurden seit Einführung der Mindestmengenangabe in den Qualitätsberichten jeweils bayernweit und deutschlandweit durchgeführt?

a. In vielen Fällen ist der G-BA bzw. eine von ihm beauftragte Stelle dabei auf Unregelmäßigkeiten gestoßen und wie wurde in diesen Fällen vorgegangen?

20.) Inwieweit gibt es von Seiten des G-BA einen Gegencheck mit den Abrechnungsdaten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)?

Die Fragen 16 bis 20 haben einen inhaltlichen Bezug zu den bereits oben erörterten Fragen zur Mindestmengenregelung und sollen daher nachfolgend auch im Zusammenhang beantwortet werden.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der G-BA sich auf die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages fokussieren muss. Das Führen von Statistiken zu aufgetretenen Fehlern bei den Angaben zu den Mindestmengen in den Qualitätsberichten zählt dabei nicht zum gesetzlichen Auftrag. Auch Stichproben oder sonstige Abgleiche mit Datenbeständen des InEK oder sonstiger Dritter werden vom G-BA in der Regel nicht vorgenommen. Für die Beantwortung der weiteren Fragen zur Verantwortung für die inhaltliche Richtigkeit der Berichte kann zur Vermeidung von Wiederholungen an dieser Stelle auf die Antworten zum Komplex 2 verwiesen werden.

21.) Müssen die Krankenkassen selbst entscheiden, wer aufgrund von Mindestmengen bezahlt werden darf und wer nicht?

a. Wenn ja: Auf welcher Datengrundlage müssen sie das entscheiden? Sie haben ja keine Einsicht in die vollen Abrechnungsdaten und können das Erreichen der Mindestmengen nicht überprüfen.

Die Entscheidung der Krankenkassen im Rahmen der Mindestmengenregelung erfolgt nicht auf der Grundlage der Angaben im jeweiligen Qualitätsbericht, sondern künftig allein auf der Grundlage von den Krankenhausträgern nach § 136b Absatz 4 Satz 3 SGB V verpflichtend zu übermittelnden Prognosen.

Die inhaltliche und formale Ausgestaltung der Prognose, die maßgeblich für die Zulässigkeit der Leistungserbringung ist, stellt eine der zentralen Anpassungen der Mindestmengenregelungen dar. Die überarbeiteten Mindestmengenregelungen legen detailliert die Inhalte, die Form und Fristen der Prognosedarlegung sowie der Prüfung der Prognose durch die Landesverbände der Krankenkassen fest. Der Gesetzgeber hat zudem bestimmt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit der Prognose die vom Krankenhausträger getroffene Prognose wiederlegen können.

22.) Patienten können sich bei planbareren Eingriffen über Krankenhaus-Suchmaschinen wie beispielsweise dem „AOK-Krankenhausnavigator“ informieren, wie Krankenhäuser in ihrer Umgebung beim jeweils bevorstehenden Eingriff abschneiden. Die Krankenhaus- Suchmaschinen wiederum speisen sich auch aus den Daten der Qualitätsberichte. Inwiefern werden Patienten durch fehlerhafte Qualitätsberichte gefährdet?

Die Qualitätsberichte stellen eine mögliche Informationsquelle über die Qualität ausgewählter Eingriffe der Krankenhäuser dar. Sie sind ein Instrument, um Transparenz herzustellen. Der G-BA wird künftig einen speziellen Berichtsteil entwickeln, der die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache enthält, insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

Falls es aufgrund von Qualitätsmängeln in den Krankenhäusern tatsächlich zur Gefährdung von Patientinnen und Patienten kommen sollte, so sind die notwendigen Maßnahmen lange vor der Veröffentlichung des Qualitätsberichts durch die zuständigen Landesbehörden zu ergreifen. Der G-BA hat zur Unterstützung der Bundesländer das Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren entwickelt. Die Gefahrenabwehr im engeren Sinne gehört demgegenüber nicht zu den gesetzlichen Aufgaben des G-BA.