

¹Hintergrundpapier zur qualitätsorientierten Versorgungssteuerung: Wo steht die Qualitätssicherung des G-BA? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Ärztekammern?

Einleitung

Im Bereich der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) umzusetzenden gesetzlichen Qualitätssicherung werden derzeit eine Reihe neuer Verfahren parallel entwickelt. Dabei soll Qualität stärker als bisher der unmittelbaren Versorgungssteuerung dienen. Konkret stellt die Verknüpfung von Qualität mit der Krankenhausplanung die Länder und damit auch die Landesärztekammern vor Herausforderungen. Daher wurde auf Beschluss des Vorstands vom 01./02.07.2016 bei der Bundesärztekammer eine Projektgruppe „Qualitätsorientierte Krankenhausplanung“ eingerichtet.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Einbindung der Ärztekammern in die Krankenhausplanung bzw. in die Qualitätssicherung auf Landesebene beschloss die Projektgruppe, einen kurzen Überblick für einen einheitlichen Informationsstand zu dieser Thematik herzustellen. Darin enthalten sind kurze Bewertungen der einzelnen Verfahren sowie eine Abschätzung der Konsequenzen für die Ärztekammern. Ziel ist insbesondere die Unterstützung einer gemeinsamen Strategie, wie ärztlicher Sachverstand in die laufenden Gestaltungsprozesse eingebracht werden kann.

Das vorliegende Informationspapier skizziert – über den Aspekt der Krankenhausplanung hinaus – die sechs wichtigsten Trends in der gesetzlichen Qualitätssicherung des G-BA. Im **Anhang 1** liefert eine Tabelle kurze „Steckbriefe“ der einzelnen QS-Verfahren, die repräsentativ für diese Entwicklungen sind. Eine weitere Tabelle (**Anhang 2**) zeigt die prognostizierten Zeitlinien dieser Verfahren, um so einen Überblick über die wichtigsten Entwicklungsschritte zu verschaffen.

1. Zunahme der Zahl und Komplexität der Verfahren und der Bürokratie

Ein zentrales Merkmal des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) ist die nahezu zeitgleiche Einführung verschiedener neuer QS-Verfahren und -Instrumente in das deutsche Gesundheitssystem. Qualitätsaspekte sollen zukünftig eine Rolle spielen z. B. bei der Krankenhausplanung, bei der Vergütung, bei der Selektivvertragsgestaltung zwischen Kassen und Krankenhäusern und bei der Definition der Strukturen der Notfallversorgung.

Neben den Richtlinien für die bereits langjährig bestehende umfangreiche Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich sowie die datengestützte Qualitätssicherung im stationären und im sektorenübergreifenden Bereich ist der G-BA nun gezwungen, unter erheblichem Zeitdruck ein Geflecht weiterer QS-Richtlinien zu erarbeiten, die dann in den nächsten Jah-

¹ erarbeitet von der BÄK-Projektgruppe „Qualitätsorientierte Krankenhausplanung – Quok“, verabschiedet vom Vorstand der Bundesärztekammer am 06.10.2017

ren vom IQTIG als Zentralinstitut der Bundesebene und den QS-Strukturen auf Landesebene umzusetzen sind. Für die betroffenen Krankenhäuser und Vertragsärzte ergibt sich in der Summe eine massive Zunahme der Berichts- und Dokumentationspflichten. Dass das IQTIG in den vergangenen beiden Jahren den Umfang der QS-Dokumentation und der Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung reduziert hat, dürfte nicht mehr als der sprichwörtliche Tropfen auf den heißen Stein sein. Mit Blick auf die geplanten neuen Vorgehensweisen besteht außerdem das Risiko, dass demnächst an die Stelle der Mehrfachdokumentation des gleichen Sachverhalts die Mehrfachbegehung wegen des gleichen Sachverhalts treten könnte, was niemanden bürokratisch entlasten würde.

Mitte des Jahres 2017, also eineinhalb Jahre nach Aufnahme der Aktivitäten zur Umsetzung des KHSG, ist absehbar, dass nicht nur die Belastung der Ärzte und Krankenhäuser, sondern auch die Ressourcen des G-BA und des IQTIG überstrapaziert sind. Zeitliche Verzögerungen der geplanten Vorhaben sind unvermeidbar, gesetzliche Fristen können nicht eingehalten werden. Als Beispiel sei die Richtlinie zur Zweitmeinung genannt, deren Fertigstellung eigentlich 2015 hätte erfolgt sein sollen.

Für den Bereich der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und der Qualitätszu- und -abschläge wurde der G-BA gesetzlich beauftragt, sich im ersten Schritt der Indikatoren der seit Jahren etablierten externen stationären Qualitätssicherung (ESQS) zu bedienen. Anstatt des vom Gesetzgeber erhofften schnellen Erfolgs sind die vom IQTIG unter Zeitdruck entwickelten Verfahren allein schon deshalb von zweifelhaftem Nutzen, weil die ESQS-Indikatoren eben für diese Zwecke nicht entwickelt wurden. Ergebnisse fundierter Neuentwicklungen des IQTIG sind dadurch erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung in den nächsten Jahren zu erwarten.

Ein Überblick über die tatsächliche Versorgungsqualität wird für alle Beteiligten – und nicht zuletzt die Patienten – eher erschwert als erleichtert.

Konsequenzen für die Kammern

Mit der Aufnahme eines Echtbetriebs neuer Verfahren in relevantem Ausmaß ist erst in einigen Jahren zu rechnen. Der Ärzteschaft verbleibt also noch Zeit, sich bei der Findung sinnvoller Qualitätssicherungsthemen einzubringen. Gerade angesichts der zuletzt in der Politik gewachsenen Skepsis gegenüber der Selbstverwaltung sollten die Kammern ihre Rolle als gemeinwohlorientierte, nicht auf finanzielle Gruppeninteressen ausgerichtete, sektorenübergreifende Vertretung des ärztlichen Sachverständes aktiv wahrnehmen.

Die zunehmende Bürokratie wird von der ärztlichen Basis seit langem überaus negativ wahrgenommen. Dies birgt das Risiko, dass die Kammern als Mitverursacher von Bürokratie identifiziert werden. Umso deutlicher müssen die Kammern das Anliegen einer bürokratievermeidenden Qualitätssicherung in den Vordergrund stellen und dazu im Austausch mit den vor Ort tätigen Ärztinnen und Ärzten Vorschläge entwickeln. Nur so lässt sich auch die Bereitschaft der Ärzteschaft aufrechterhalten, sich trotz der immer mehr Raum einnehmenden sozialrechtlichen Regelungen an kammereigenen Maßnahmen der QS zu beteiligen.

2. Problematische Entwicklung des sektorenübergreifenden Gedankens

Historisch bedingt hat sich die Qualitätssicherung im stationären und im vertragsärztlichen Bereich in den letzten Jahrzehnten unterschiedlich entwickelt. Mit dem GKV-WSG (2007) war daher die Maxime in die Qualitätssicherung eingeführt worden, Instrumente und Indikatoren möglichst sektorenübergreifend zu gestalten. In den Jahren 2010 bis 2015 waren von dem durch den G-BA beauftragten AQUA-Institut zu zahlreichen Themengebieten Vorschläge für sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (sQS) vorgelegt worden. Erstmals sollten dabei Langzeitergebnisse und Behandlungsverläufe über die Sektorengrenzen hinweg im Fokus stehen. Methodische Probleme bei der Verfahrensumsetzung, Datenschutzprobleme und nicht zuletzt die politischen Schwierigkeiten, auf Landesebene sektorenübergreifende Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) zu bilden, führten dazu, dass sich bis zum Jahre 2017 lediglich zu zwei Leistungsbereichen ein sektorenübergreifendes Verfahren im Echtbetrieb befindet. Die Überführung der stationären in die sektorenübergreifende Qualitätssicherungsperspektive muss letztlich angesichts des Aufwands und der Entwicklungszeit bislang als Misserfolg bezeichnet werden.

Mit dem KHSG wurde der sektorenübergreifende Fokus kürzlich wieder verlassen mit dem Auftrag an den G-BA, mit Vorrang die Qualitätssicherung im stationären Bereich auszubauen. Die Priorität der Umsetzung mehrerer „in Warteschlange“ befindlicher sektorenübergreifender Verfahren musste deshalb zwangsläufig gesenkt werden. Unabhängig davon steigt aber auch der Einfluss des G-BA auf die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich, die bisher in Bundesmantelverträgen auf Basis von § 135 (2) SGB V den unmittelbaren Kontrollzugriffen des G-BA weitgehend entzogen war

Erst jüngst scheint der Politik die durch das KHSG hervorgerufene Abkehr vom sektorenübergreifenden Gedanken bewusst geworden zu sein. So ist den Beschlüssen der letzten GMK-Konferenz zu entnehmen, dass die Einrichtung einer Reformkommission "sektorenübergreifende Versorgung" vorgeschlagen wird – mit dem erklärten Ziel der „Zusammenführung der Qualitätssicherungsverfahren“.

Konsequenzen für die Kammern

Die Mitarbeit der Kammern in Krankenhausgremien auf Landesebene wird zunehmend wichtiger. Zum einen müssen die Ergebnisse neuer krankenhausspezifischer Verfahren mit ärztlichem Sachverstand bewertet werden. Zum anderen darf die sektorenübergreifende Betrachtung der Versorgungsqualität nicht vernachlässigt werden. Die schleppende Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) spiegelt die Vorbehalte der Akteure auf der Landesebene wider. Es wird von zentraler Bedeutung sein, inwieweit sich die LAGs lediglich als Abbilder der Trägersituation des G-BA betrachten und damit die Rolle der Kammern mehr in Frage stellen, als sie einzubeziehen. Der Politik könnte aufgezeigt werden, dass es die Kammern sind, die unabhängig von Sektoreninteressen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beitragen.

3. Zentralisierung und Vereinheitlichung der QS-Strukturen

Traditionell wird ein großer Anteil der Qualitätssicherung dezentral getragen, d. h. im vertragsärztlichen Bereich von den KVen und in der stationären Qualitätssicherung (ESQS) in Form sogenannter indirekter Verfahren von den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung

(LQSen). Obwohl die Vorgaben durch die G-BA-Richtlinien bundesweit einheitlich sind, wird vor allem von Kassen und Patientenvertretern immer wieder beklagt, dass die Qualitätssicherung je nach Bundesland in unterschiedlicher Intensität betrieben werde.

Innerhalb des G-BA ist seit längerem erkennbar, dass insbesondere der Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) sich für eine Zentralisierung und Vereinheitlichung der Qualitätssicherung einsetzt. Die historisch gewachsene Richtlinie für die stationäre Qualitätssicherung QSKH-RL wird in diesem Sinne als überholt und die aktuellere Richtlinie für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung Qesü-RL als zeitgemäß deklariert, da durch diese die Einheitlichkeit auch auf Landesebene besser geregelt sei. So sieht die Qesü-RL z. B. keine QS-Datenhaltung auf Landesebene mehr vor, sondern eine zentrale Datenhaltung auf Bundesebene beim IQTIG. Innerhalb des G-BA entstand ein über einjähriger Konflikt über die zukünftige Richtlinienverortung der Qualitätssicherung. Als Kompromiss (Eckpunktebeschluss des G-BA vom 21.07.2016) zwischen GKV-SV einerseits und DKG bzw. KBV/KZBV andererseits und unter Vermittlung der Vorsitzenden des Unterausschuss QS einigte man sich darauf, die QSKH-RL und die Qesü-RL noch einige Jahre übergangsweise weiterzuführen und schließlich in eine datengestützte einheitliche Rahmenrichtlinie (DeQS-RL) zu überführen. Vorbild für diese Richtlinie soll die Qesü-RL sein. Nach „einer erfolgreichen Prüfung der Funktionsfähigkeit und Effizienz sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse die LAGen die Zuständigkeit für alle datengestützten QS-Verfahren“ in die neue Richtlinie übergehen.

Die Tendenz zur Zentralisierung ist auch im Bereich der Krankenhausplanung zu beobachten, die bisher typischerweise Landessache war. Mit der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI-RL) kommt es hier nach Willen des Gesetzgebers unter Bezugnahme auf Qualität zu einer Übernahme von Steuerungshoheit durch den G-BA auf Bundesebene. Bemerkenswert ist, dass sich zu diesem Aspekt sogar die unparteiischen Vorsitzenden des G-BA kritisch gegenüber dem BMG und den Bundesländern positioniert haben.

Eine Zunahme der Zentralisierung ist auch zu beobachten für die verabschiedeten Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser und die noch in Vorbereitung befindliche Regelung für ein abgestuftes System von Notfallstrukturen. Zudem wird die Neugestaltung der Mindestmengenregelung durch den G-BA der Zentralisierung weiter Vorschub leisten.

Konsequenzen für die Kammern

Es ist damit zu rechnen, dass ca. um das Jahr 2020 die gegenwärtigen Strukturen der ESQS auf Landesebene in die neuen Strukturen übergehen. Dies betrifft auch die Lenkungsgremien, in denen gegenwärtig die Kammern in unterschiedlichem Umfang je Bundesland eingebunden sind. Die künftige Rolle der Kammern ist unsicher und wird offenkundig je nach Bundesland abhängig von der jeweiligen Haltung der KV, KZV, Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) oder von den Krankenkassen unterschiedlich beeinflusst. Für die für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden wäre angesichts der neuen Ansätze einer qualitätsorientierten Versorgungssteuerung der Sachverstand der Ärztekammern aufzuzeigen und möglichst einzubringen.

Angesichts der unverkennbaren Zentralisierungstendenzen in der Qualitätssicherung wie auch der Versorgungsplanung müssen die Landesärztekammern gemeinsam mit der Bundesärztekammer ihre Impulse möglichst frühzeitig und entschieden in die Gremien auf der

Bundesebene einbringen. Angesichts der Vielfalt und Komplexität der Themen gilt es, eine Priorisierung vorzunehmen und sich stärker als bisher arbeitsteilig abzustimmen.

4. Ausweitung der „Transparenz“

Der Gesetzgeber greift zunehmend die Forderung von Kassen, Patientenvertretern und Verbraucherschützern auf, mehr Transparenz in der Versorgungsqualität zu schaffen. Transparenz soll dabei vor allem durch Ausweitung und Diversifizierung von Kennzahlen über das Leistungsgeschehen in Krankenhäusern und Arztpraxen erreicht werden.

So wurde z. B. das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit patientenverständlichen Krankenhausvergleichen und mit der Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln beauftragt. In den Richtlinien des G-BA wird die Transparenz immer kleinteiliger betrachtet. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind z. B. standortbezogen auszurichten. Mindestmengen können künftig nicht nur krankenhausbefugten festgelegt werden, sondern auch arztbezogen. Der Auftrag des BMG an den G-BA, für eine bessere Verständlichkeit der Qualitätsberichte zu sorgen, belegt, dass das Ziel der Transparenz für den Patienten bisher verfehlt wurde. Die Tendenz, immer weitere Details von Strukturen, Prozessen und sonstigen Versorgungsmerkmalen in die Berichte aufzunehmen, mindert die Übersichtlichkeit und konterkariert dieses Ziel. Auch im vertragsärztlichen Bereich bahnt sich eine einrichtungsbezogene – und damit in der Regel arztbezogene – Berichterstattung an, z. B. aktuell mit der Richtlinie für ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Ein weiteres Merkmal der Transparenzsteigerung ist die sukzessive Ausweitung der Adressatenkreise von Qualitätsinformationen. Durch die G-BA-Verfahren zu qualitätsorientierten Krankenhausplanung bzw. zu den Qualitätszu- und -abschlägen werden beispielsweise die Landesbehörden und die Krankenkassen zukünftig Einsicht in die Qualitätsergebnisse der Ärzte und Krankenhäuser erhalten.

Auch außerhalb der Regelungen des G-BA ist die Problematik arztbezogener Berichterstattung durch die diversen internetbasierten Bewertungsportale bekannt, einem Spannungsfeld insbesondere zwischen Datenschutz und der Möglichkeit der Patienten, die erhaltenen Informationen im Kontext zu bewerten.

Konsequenzen für die Kammern

Die Kammern sollten den positiven Wert von echter Transparenz betonen und zugleich ihre fachliche Kompetenz einbringen, um Öffentlichkeit und Politik auf die Risiken „blinder Vergleiche“, von Scheintransparenz und verzerrtem Benchmarking hinzuweisen. Es gilt, einer Transparenzphilosophie entgegenzutreten, die auf ein akribisches „Nachzählen und Nachrechnen“ möglichst vieler Einzelvorgänge setzt, dabei im Ergebnis selbst für Experten unüberschaubare Datenberge produziert und als „Kollateralschaden“ die Qualität der Versorgung durch den bürokratischen Aufwand beeinträchtigt. Die Kammern stehen demgegenüber vor allem für Transparenz und Vergleichbarkeit der ärztlichen Qualifikation nach der Weiterbildungsordnung – dies ist zugleich die zentrale Voraussetzung für Qualität in der Patientenversorgung. Diese Rolle gilt es, weiter zu stärken und zu kommunizieren. Wenn eine auf die

Person des Arztes bezogene Qualitätssicherungsberichterstattung die Grenzen der Angemessenheit überschreitet, ist dem entgegenzutreten.

5. Verschärfung von Kontrolle und Sanktionen

Der mit dem KHSG eingeführte § 137 SGB V „Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses“ verdeutlicht den Willen des Gesetzgebers, der Umsetzung der G-BA-Beschlüsse einen nachhaltigen Umsetzungsdruck zu verleihen. Dies soll mit einem gestuften Sanktionssystem bzw. mit einer Ausweitung der Kontrollen im Krankenhaus durch den MDK geschehen.

Konsequenzen für die Kammern

Die Kammern können verstärkt dem Prinzip von Kontrolle und Sanktion das Prinzip der Qualitätskultur bzw. Qualitätsförderung entgegensetzen. Als Beispiel kann der Bereich der Patientensicherheit dienen. Hier setzen sich die Kammern verstärkt für die aktive Förderung der Patientensicherheit anstatt für Sanktionen bei auffälligen Kennzahlen ein. Als Instrument wären freiwillige Peer-Review-Verfahren noch mehr zu fördern.

Unabhängig davon sollten die Kammern sich aktiv in Lenkungsgremien und Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung einbringen, um auch im Kontext des sozialrechtlichen Qualitätssicherungssystems, z. B. in den Verfahren zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung oder zu den Qualitätszu- und –abschlägen, als Stimme des ärztlichen Sachverständigen zu wirken und mit diesem Profil von den Partnern im Gesundheitswesen (insbesondere auch von den Landesplanungsbehörden) wie auch von der ärztlichen Basis wahrgenommen zu werden. So lässt sich dem Risiko entgegenwirken, dass die Kammern von ihren Mitgliedern als ununterscheidbarer Teil einer sozialrechtlichen „Qualitätsbürokratie“ gesehen werden.

6. Unerprobte Instrumente

In der historisch gewachsenen ESQS werden zunehmend die Grenzen der herkömmlichen medizinischen QS-Dokumentation deutlich. Eine für das ärztliche und pflegerische Personal ausufernde Dokumentation steht häufig einer geringen Treffsicherheit im Verfahren bei der Identifizierung echter Qualitätsmängel gegenüber. Mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung droht dieser Effekt zukünftig auch auf den vertragsärztlichen Bereich überzugehen.

Der G-BA hat diese Problematik durchaus selbst erkannt und versucht ihr, zumindest ansatzweise, entgegenzusteuern. Er setzt zunehmend auf neue QS-Instrumente bzw. neue Datenquellen: Einrichtungsbefragungen, Patientenbefragungen, Kassendaten und stichprobenhafte Begehungen. Damit wird in der gesetzlichen Qualitätssicherung in den nächsten Jahren methodisches Neuland betreten.

Konsequenzen für die Kammern

Einerseits müssen Vorbehalte in der Ärzteschaft gegenüber den neuen Instrumenten (z. B. Patientenbefragungen) auf ihre Berechtigung geprüft werden. Andererseits ist gerade ein Einbringen des ärztlichen Sachverständs gefragt, wenn die Ergebnisse dieser neuen Instrumente zu bewerten sind. Im Bereich der vom G-BA geplanten Begehungen müssen ggf. grundsätzliche Abgrenzungen zum Peer-Review-Konzept der Kammern erfolgen

Fazit

In der durch den G-BA umgesetzten gesetzlichen Qualitätssicherung kristallisieren sich gegenwärtig mehrere Trends heraus. Zu beobachten ist der Versuch des Gesetzgebers, den politischen Wunsch nach unmittelbarer Steuerungswirkung von Qualität umzusetzen. Der vor Jahren eingeschlagene Weg zu mehr Strukturierungsmacht und zur Forcierung der Wettbewerbsideologie wird fortgesetzt. Der Charakter der Qualitätssicherung verändert sich dabei grundlegend weg von einer ärztlich fokussierten Qualitätsförderung hin zu einem Instrument der Kontrolle und Steuerung.

Die Ärztekammern können und müssen hier steuernd einwirken und dem Trend zur Schwächung des Selbstverwaltungsprinzips entgegenwirken durch

- Einbringen von sektorenübergreifendem ärztlichem Sachverstand in LAGs, LQSen, Fachgruppen, Krankenhaus-Planungsgremien etc.
- aktive Beratungs- und Unterstützungsangebote der Ärztekammern an die Länder (den neuen Aufgaben steht in vielen Bundesländern nur begrenzte Umsetzungskompetenz und –erfahrung gegenüber)
- Aufrechterhaltung der Forderungen nach gleichwertiger Einbeziehung (Stimmrecht) der Ärztekammern in die für die Umsetzung der QS-Vorgaben des G-BA verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Landesebene
- öffentliche Positionierung gegen personenbezogene Qualitätsberichterstattung
- Förderung/Verteidigung der Prinzipien von Qualitätskultur und Qualitätsförderung
- Information der Kammermitglieder.

Anhang 1: Steckbriefe der QS-Verfahren des G-BA

Hinweis 1 – einige Verfahren sind noch nicht in Kraft, siehe die anschließende Tabelle „Zeitstrahl“

Hinweis 2 – die aufgeführten Richtlinien sind überwiegend unter der spezifischen Thematik der qualitätsorientierten Krankenhausplanung zusammengestellt worden und bedeuten keine vollständige Übersicht über die Richtlinien des G-BA

Verfahren	Grundprinzip	Beteiligung der Kammern	Bewertung
PlanQI-RL Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität wird zu einem verbindlichen Kriterium der Krankenhausplanung. Die Qualitätsmaßstäbe entstehen dabei auf Bundesebene, die Konsequenzen obliegen der Landesebene • Empfehlung der Indikatoren zur Krankenhausplanung durch den G-BA. IQTIG stellt Ergebnisse den Ländern zur Verfügung (§ 136c (1,2) SGB V). • Gültigkeit der Indikatoren durch Landesrecht einschränkbar (§ 6 (1a) KHG). • Ausschluss eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan bei „nicht nur vorübergehender in einem erheblichen Maß unzureichender Qualität“ (§ 8 (1a-1c) KHG). • Ergebnisse auch an die Landesverbände der Kassen. Verbot des Versorgungsvertrags bei „nicht nur vorübergehender in einem erheblichen Maß unzureichender Qualität“ (§ 109 (3) SGB V). • erster Schritt der Umsetzung: Qualitätsindikatoren aus der ESQS 	<p>Landesärztekammern</p> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Beteiligung an LQS (Datenvalidierung und Stellungnahmen im Verfahren) • Beteiligung an Krankenhausplanungsgremien der Länder • Beratung der Länder • durch die vorgesehenen Strukturvorgaben für ärztliche Qualifikationen und Fachabteilungen entsteht Bezug zur WBO <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stellungnahme zu Entwicklungsberichten des IQTIG • Beteiligung an AG des G-BA • Entsendung von Fachexperten zum Systempflegegremium des IQTIG 	<p>Das Prinzip der Versorgungssteuerung durch Qualität ist plausibel, die methodische Umsetzung und die Folgen sind jedoch problematisch. Zwar werden bewährte Strukturen genutzt, jedoch in ihrem Wesen verändert.</p> <p>Konsequenzen aus den Indikatorergebnissen sind auf Landesebene zu treffen. Die für Krankenhausplanung zuständigen Behörden sind bei ihren Entscheidungen fachlich zu beraten.</p>

Verfahren	Grundprinzip	Beteiligung der Kammern	Bewertung
<p>QVZA-RL Qualitätszu- und -abschläge</p>	<ul style="list-style-type: none"> durch den G-BA Festlegung des Katalogs von Leistungsbereichen, für die sich eine qualitätsabhängige Vergütung eignen (§ 136b (1) SGB V) sowie Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität. Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen durch Kassen und Krankenhäuser (§ 5 (3a) KHEntgG) wiederholte Abschläge sind bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen erster Schritt der Umsetzung: Qualitätsindikatoren aus der ESQS 	<p>Landesärztekammern indirekte Leistungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> ggf. Beteiligung an LQS (Strukturierter Dialog, Datenvalidierung) Beteiligung an Landesfachgruppe <p>Direkte Leistungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> keine Beteiligung <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> Stellungnahme zu Entwicklungsberichten des IQTIG Beteiligung an AG des G-BA Entsendung eines Fachexperten zum Systempflegegremium des IQTIG 	<p>Die Evidenz für Pay for Performance (P4P) ist international schwach.</p> <p>Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis für die Einführung und Durchführung von P4P ist ungünstig.</p> <p>Es besteht ein hohes Anreizpotential zur Fehlsteuerung von Patienten.</p>
<p>QSKH-RL Externe stationäre Qualitätssicherung (ESQS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Festlegung der Leistungsbereiche durch den G-BA, zu denen stationäre QS-Daten erfasst und Qualitätsindikatoren ausgewertet werden (§ 136 (1) SGB V) Darstellung der Indikatorergebnisse krankenhausbezogen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser (§ 136b (1) SGB V) 	<p>Landesärztekammern indirekte Leistungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> Beteiligung an Lenkungsgremien ggf. Beteiligung an LQS (Strukturierter Dialog, Datenvalidierung) Beteiligung an Landesfachgruppen <p>direkte Leistungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> keine Beteiligung <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> Beteiligung an AG des G-BA Entsendung eines Fachexperten zu 	<p>Das Instrument der Qualitätsförderung und des Strukturierten Dialog wird durch die Ärzteschaft grundsätzlich unterstützt.</p> <p>In vielen Ländern vertrauensvolle Einbindung der Kammern in das Lenkungsgremium.</p> <p>Gemäß Eckpunktepapier Überführung von QSKH-RL und Qesü-RL in neue Rahmenrichtlinie (DeQS-RL) In der Übergangszeit parallele Strukturen.</p>

Verfahren	Grundprinzip	Beteiligung der Kammern	Bewertung
		Fachgruppe des IQTIG	
Qesü-RL Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der Leistungsbereiche durch den G-BA, zu denen sektorenübergreifende QS-Daten erfasst und Qualitätsindikatoren ausgewertet werden (§ 136 (1) SGB V) • Darstellung der Indikatorergebnisse krankenhausbezogen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser (§ 136b (1) SGB V) 	<p>Landesärztekammern länderbezogene Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligung durch die LAG • ggf. Beteiligung an LQS (im Auftrag der LAG: Strukturierter Dialog, Datenvalidierung) • ggf. Beteiligung an Fachkommissionen <p>bundesbezogene Leistungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Beteiligung <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligung an AG des G-BA • Entsendung eines Fachexperten zu Fachgruppe des IQTIG 	<p>Die Form der Beteiligung durch die LAG bei länderbezogenen Verfahren ist offen (Sitz im Lenkungsgremium fraglich).</p> <p>Gemäß Eckpunktepapier Überführung von QSKH-RL und Qesü-RL in neue Rahmenrichtlinie (DeQS-RL), in der Übergangszeit parallele Strukturen.</p>
DeQS-RL Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der Leistungsbereiche durch den G-BA, zu denen sektorenübergreifende QS-Daten erfasst und Qualitätsindikatoren ausgewertet werden (§136 (1) SGB V) • Darstellung der Indikatorergebnisse krankenhausbezogen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser (§136b (1) SGB V) 	<p>Landesärztekammern länderbezogene Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligung durch die LAG • ggf. Beteiligung an LQS (im Auftrag der LAG: Strukturierter Dialog, Datenvalidierung) • ggf. Beteiligung an Fachkommissionen <p>bundesbezogene Leistungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Beteiligung <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligung an AG des G-BA • Entsendung eines Fachexperten zu 	<p>Die Form der Beteiligung durch die LAG bei länderbezogenen Verfahren ist offen (Sitz im Lenkungsgremium fraglich). Gemäß Eckpunktepapier Überführung von QSKH-RL und Qesü-RL in DeQS-RL.</p>

Verfahren	Grundprinzip	Beteiligung der Kammern	Bewertung
		Fachgruppe des IQTIG	
QD-RL Richtlinie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen gemäß § 137 Abs. 1 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> G-BA regelt gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung seiner Qualitätsanforderungen in einer Richtlinie n. § 137 Abs. 1 SGB V Stufen reichen von Beratung/Förderung bis zu Vergütungswegfall und Veröffentlichung der Mängel Festlegung der Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegen soll 	Landesärztekammern <ul style="list-style-type: none"> keine unmittelbare Beteiligung evtl. mittelbare Beteiligung, wenn die für die Umsetzung der QS-Vorgaben des G-BA verantwortlichen Stellen auf Landesebene (z. B. LAGs, Lenkungsgruppen, LQSen) die Stufen-Maßnahmen durchsetzen sollen Bundesärztekammer <ul style="list-style-type: none"> Beteiligtenrecht im G-BA Stellungnahme zu § 137 SGB V neu im Rahmen des KHSG vom 19.06.2015 	Politik und Gesetzgeber sehen ihre hohen Erwartungen an die Effekte ihrer Arbeitsaufträge an den G-BA bisher nicht erfüllt. Als Maßnahme neben der gesetzlichen Vorgabe von Beschlussfristen und der weiten Auslegung von Beschlusskorrekturen im Rahmen der Rechtsaufsicht wird hier eine Durchsetzungshilfe für gefasste Beschlüsse/Richtlinien implementiert. Was vordergründig den G-BA und damit die Selbstverwaltung stärkt, verhilft eher der ministerialen Gesundheitspolitik in Bund und Ländern zu mehr Durchgriff
MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie	<ul style="list-style-type: none"> G-BA regelt Einzelheiten zu den Kontrollen des MDK n. § 275a SGB V in einer Richtlinie n. § 137 Abs. 3 SGB V MDK hat die Aufgabe, die Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA n. §§ 135b und 136 bis 136c SGB V zu kontrollieren angemeldete oder unangemeldete Kontrollen, dabei nur nach Anhaltspunkten und im Auftrag zusätzlich soll der MDK die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser bei der externen stationären Qualitätssicherung kontrollieren 	Landesärztekammern <ul style="list-style-type: none"> keine unmittelbare Beteiligung mittelbare Beteiligung durch die Betätigung des MDK als QS-Datenvalidierer im Auftrag von LQSen für die ESQS MDK-Ärzte sind Mitglieder ihrer Ärztekammer Bundesärztekammer <ul style="list-style-type: none"> Beteiligtenrecht im G-BA Stellungnahme zu § 137 SGB V neu im Rahmen des KHSG vom 19.06.2015 	Die Kontrollen des MDK betreffen nicht nur die Krankenhäuser, sondern alle Sektoren – auch die vertragsärztlichen Maßnahmen zur Qualitätsförderung. Dies unterstreicht den Willen des Gesetzgebers, den G-BA stärker als bisher als Durchführungsinstrument politischer Wunschvorstellungen des Erzwingens von Qualität zu benutzen.

Verfahren	Grundprinzip	Beteiligung der Kammern	Bewertung
Mindestmengenregelung	<ul style="list-style-type: none"> • Neufassung sowohl der (erstmalig seit 2005) bestehenden Mindestmengenregelung als auch der Verfahrensordnung des G-BA vor dem Hintergrund höchstgerichtlicher Rechtsprechung (abgesenkte Kausalitätsanforderung, Karenz- und Korridorlösungen, Arztbezug, ...) sowie des KHSG (Einführung eines Prognoseverfahrens für die Leistungsvergütung, ...) 	<p>Landesärztekammern</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine unmittelbare Beteiligung • ggf. mittelbare Beteiligung durch Beratung der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bzgl. Ausnahmetatbestand zur Nichtanwendung der Regelung <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligtenrecht im G-BA • Stellungnahme zur Mindestmengen-Neuregelung im Rahmen des KHSG vom 19.06.2015 • teilweise Interferenzen der Mindestmengenregelung mit den Richtlinien der Bundesärztekammer nach TPG 	<p>Mindestmengen sind auch innerärztlich höchst umstritten.</p> <p>Die Urteile des Bundessozialgerichts entschärfen zwar den jahrelangen Streit um den Kausalzusammenhang bei der Festlegung der Höhe einer Mindestmenge, die vom G-BA vorzunehmende Neuregelung bietet aber weiterhin Dissens-Potenzial.</p> <p>Problematisch sind nach wie vor insbesondere die Gleichsetzung einer Mindestmenge mit Qualität sowie der Fehlanreiz des Erreichens einer Schwelle durch ein Krankenhaus vor dem Hintergrund ärztlicher Indikationsstellung.</p>
QFR-RL Qualitätssicherungs- Richtlinie Früh- und Reif- geborene	<ul style="list-style-type: none"> • Stufenkonzept der perinatalen Versorgung • sukzessiver Ausbau der Regelungen seit Erstfassung 2006 • nach anfänglicher Beschränkung auf Strukturqualität mittlerweile alle Qualitätsdimensionen erfasst • umfangreiche Dokumentations- und Berichtspflichten für Krankenhäuser, darunter per eigener Web-Domain www.perinatalzentren.org • die QFR-RL sei in dieser Tabelle auch stellvertretend für weitere Strukturqualitätsrichtlinien des G-BA für Krankenhäuser aufgeführt (Bauchaortenaneurysma, minimalinvasive Herzklappeninterventionen, 	<p>Landesärztekammern</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine unmittelbare Beteiligung • mittelbare Beteiligung bei Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung, Rettungs- und Transportdiensten für Schwangere und Frühgeborene, Weiterbildungshoheit über die in der QFR-RL geforderten fachärztlichen Qualifikationsanforderungen <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligtenrecht im G-BA zur Richtlinienentwicklung 	<p>Ursprünglich als lediglich flankierende Strukturvorgabe zur Einführung der Mindestmengenregelung zu Frühgeborenen angelegt, wurde die Richtlinie inzwischen zu einem eigenständigen Versorgungssteuerungsinstrument weiterentwickelt.</p> <p>Die QFR-RL verdeutlicht exemplarisch eine ganze Reihe gesundheitspolitischer Konfliktfelder aus Qualitätsanspruch, Versorgungsnähe/Erreichbarkeit, (Fehl-)Steuerung durch Vergütungsanreizsysteme sowie die (Aus-)Wirkung von Personalschlüsseln als QS-Instrument</p>

Verfahren	Grundprinzip	Beteiligung der Kammern	Bewertung
	Kinderherzchirurgie, Kinderonkologie etc.)		
Zm-RL Ärztliche Zweitmeinung	<ul style="list-style-type: none"> Versicherte erhalten unabhängig von der Satzung der jeweiligen Krankenkasse des Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung (§ 27b SGB V) G-BA legt die Einzelheiten des Verfahrens fest (darunter zur ärztlichen Qualifikation der Zweitmeinungsgeber) sowie für welche Leistungen Zweitmeinungen eingeholt werden können Ziel ist Gegensteuerung bei unterstellter Indikationsausweitung die Zweitmeinung ist eine vertragsärztliche Leistung, auch wenn sie von Krankenhäusern oder Privatärzten erbracht wird, und damit durch KVen genehmigungspflichtig KVen und LKGen werden Listen zweitmeinungsberechtigter Ärzte in einem Informationsportal für Patienten veröffentlichen 	<p>Landesärztekammern</p> <ul style="list-style-type: none"> keine unmittelbare Beteiligung mittelbare Beteiligung durch Vorhalten von ärztlichen Qualifikationskriterien für Zweitmeinungsgeber in Form anerkannter Fortbildungspunkte oder erteilter Weiterbildungsbefugnis <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> Stellungnahme zu § 27b SGB V im Gesetzgebungsverfahren vom 22.01.2015 Beteiligtenrecht im G-BA zur Richtlinienentwicklung 	<p>Aufwendiger Korrekturversuch vergütungsindizierter Leistungsanreize</p> <p>Auseinandersetzung mit Indikationsqualität (vgl. „choosing wisely/klug entscheiden“ etc.) erreicht das Sozialrecht</p> <p>Die gesetzlichen Rahmenvorgaben führen zu einer bürokratielastigen Richtlinien-Umsetzung</p> <p>Per Satzungsrecht der Kassen werden Zweitmeinungen bereits in breitem Umfang praktiziert; dies könnte durch § 27b SGB V erschwert werden</p> <p>Problematik unscharfer Rahmenvorgaben durch § 27b SGB V schafft an diversen Stellen Konfliktpotential (Zweitbefunderhebung, interdisziplinäre Zweitmeinung etc.)</p>
Sicherstellungszuschläge-Regelungen	<ul style="list-style-type: none"> Aufrechterhaltung eines stationären Versorgungsangebots/einer flächendeckenden Basisversorgung in strukturschwachen Regionen für Krankenhäuser, die aufgrund geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend arbeiten können G-BA definiert die Voraussetzungen Prüfung der Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge soll jährlich durch Landesbehörden erfolgen 	<p>Landesärztekammern</p> <ul style="list-style-type: none"> teilweise Beteiligung an Landeskrankenhausplänen <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> kein Beteiligtenrecht im G-BA bei Regelungen zur Bedarfsplanung Stellungnahme zu Sicherstellungszuschlägen/KHSG vom 19.06.2015 	<p>Aufrechterhaltung bestimmter Leistungsbereiche als flächendeckende Basisversorgung und parallel existierende Qualitätsforderungen stehen zum Teil im Zielkonflikt (z. B. Geburtshilfe).</p> <p>Interferenzen der Regelung mit planQI.</p> <p>Interferenz mit Krankenhausplanungshoheit der Länder.</p> <p>Festgelegte Mindestanforderungen</p>

Verfahren	Grundprinzip	Beteiligung der Kammern	Bewertung
			an Fachabteilungen können Wirkung über die Sicherstellungszuschläge-Regelungen hinaus bewirken
Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung/Abbildung eines Stufensystems für Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung zwecks Vergütung von Vorhaltekosten durch G-BA • Definition struktureller und personeller Stufen, für deren Einhaltung gestaffelte Zuschläge bzw. Abschläge bei Nichteinhaltung berechnet werden • abweichende Interpretation des gesetzlichen Auftrags durch G-BA-Träger (Zuordnung bestehender Strukturen in die noch zu verabschiedenden Stufen vs. Neudefinition von Anforderungen) 	<p>Landesärztekammern</p> <ul style="list-style-type: none"> • teilweise Beteiligung an Landeskrankenhausplänen • durch die vorgesehenen Strukturvorgaben für ärztliche Qualifikationen und Fachabteilungen entsteht Bezug zur WBO <p>Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein Beteiligtenrecht im G-BA bei Regelungen zur Bedarfsplanung • Stellungnahme zu § 132c (4) SGB V vom 16.11.2016 • weitere Positionierung im Argumentationspapier „(Politische) Rahmenbedingungen einer sektorenübergreifenden Versorgung in Notfallpraxen und Notaufnahmen“ vom 28.04.2017 	<p>Eine differenziertere Berücksichtigung von Strukturen zur Notfallversorgung und deren Vorhaltekosten ist grundsätzlich sinnvoll.</p> <p>Die Bundesärztekammer hat eine bundeseinheitliche Detailregelung als Eingriff in die Gestaltungsautonomie auf regionaler Ebene bzw. der Länder kritisiert. Auch gehe die Strukturneuordnungsdiskussion über den Auftrag einer aufwandsgerechteren Vereinbarung von Notfallzu- und -abschlägen hinaus.</p>

Anhang 2: Zeitstrahl für die QS-Verfahren des G-BA

	2017	2018	2019	2020 und später
Plan-QI-RL Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	Patientengefährdung <ul style="list-style-type: none"> • Abschlussbericht IQTIG 31.08.2016 • G-BA empfiehlt Indikatoren aus ESQS: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Gynäkologie</i> ○ <i>Geburtshilfe</i> ○ <i>Mammachirurgie</i> • Ausschluss der Gültigkeit der Indikatoren durch Landesrecht in NRW und Bayern • Erfassung der QS-Daten für diese Indikatoren, Zwischenergebnisse quartalsweise an Krankenhäuser • Echtbetrieb: Datenerhebung 	Patientengefährdung Echtbetrieb: <ul style="list-style-type: none"> • Datenvalidierung durch LQS oder MDK • Stellungnahme Krankenhaus • September: Ergebnisse der Indikatoren an Länder und Landesverbände der Kassen 	Patientengefährdung <ul style="list-style-type: none"> • Echtbetrieb wie 2017/2018 	Patientengefährdung <ul style="list-style-type: none"> • Echtbetrieb wie 2017/2018
	Weiterentwicklung Grundkonzept <ul style="list-style-type: none"> • Neubeauftragung des IQTIG <ul style="list-style-type: none"> ○ Mindestmengen bei Tx ○ Grundkonzept 	Weiterentwicklung Grundkonzept <ul style="list-style-type: none"> • Februar: Stellungnahme zum Vorbericht IQTIG • April Abschlussbericht IQTIG 		
			Neue Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> • Sommer: Beauftragung des IQTIG mit Verfahren zu neuen Leistungsbereichen 	Neue Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> • Sommer: Abschlussbericht IQTIG • Erweiterung der planQI-RL
QVZA-RL Qualitätszu- und -abschläge	Indikatoren aus der ESQS <ul style="list-style-type: none"> • Abschlussbericht IQTIG 30.06.2017 <ul style="list-style-type: none"> ○ Indirekter Leistungsbereich (<i>Hüftfraktur</i>) ○ Direkter Leistungsbereich (<i>Herzchirurgie</i>) • G-BA fordert Nachbesserung • QVZA-RL bis 31.12.2017 	Indikatoren aus der ESQS Echtbetrieb <ul style="list-style-type: none"> • Datenerhebung ggf. Verschiebung um ein Jahr	Indikatoren aus der ESQS Echtbetrieb <ul style="list-style-type: none"> • Datenvalidierung durch LQS/IQTIG oder MDK • Oktober: Ergebnisse der Indikatoren an Kassen und Länder • Kassen gewähren Zu- und Abschläge 	Indikatoren aus der ESQS <ul style="list-style-type: none"> • Echtbetrieb wie 2018/2019

	2017	2018	2019	2020 und später
		Indikatoren außerhalb der ESQS <ul style="list-style-type: none"> Abschlussbericht IQTIG 31.12.2018 	Indikatoren außerhalb der ESQS <ul style="list-style-type: none"> Erweiterung der QVZA-RL 	Indikatoren außerhalb der ESQS <ul style="list-style-type: none"> Echtbetrieb
QSKH-RL Externe stationäre Qualitätssicherung (ESQS)	Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Echtbetrieb seit 2001 	Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Weiterentwicklung IQTIG <ul style="list-style-type: none"> Hüftversorgung ICD 	Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Übergang <i>Cholezystektomie</i> in DeQS-RL Übergang <i>Herzchirurgie</i> in DeQS-RL 	
	Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> 2016: Übergang Leistungsbereich <i>PCI</i> in Qesü-RL 	Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> Ergänzung der Richtlinie 	Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> Evaluation der Effizienz der LAG (Qesü-RL) 	Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> Überführung in DeQS-RL
Qesü-RL Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Echtbetrieb <i>PCI</i> seit 2016 Echtbetrieb <i>nosokomiale Wundinfektionen</i> seit 2017 Ergänzung der Richtlinie <i>Nierenerersatztherapie</i> (vorher <i>QS Dialyse, QS NTx</i>) Beauftragung IQTIG <i>Entlassmanagement</i> Beauftragung IQTIG <i>Kniearthroskopie</i> 	Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Abschlussbericht des IQTIG <i>Schizophrenie</i> Abschlussbericht des IQTIG <i>Prostatakarzinom</i> Abschlussbericht des IQTIG <i>Kniearthroskopie</i> Ergänzung der Richtlinie um neue Verfahren 	Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Echtbetrieb <i>Nierenerersatztherapie</i> Abschlussbericht des IQTIG <i>Entlassmanagement</i> 	Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Echtbetrieb <i>Kniearthroskopie</i> Echtbetrieb <i>Schizophrenie</i> Echtbetrieb <i>Entlassmanagement</i> Echtbetrieb <i>Prostatakarzinom</i>
	Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> bis Mitte 2017 keine LAG-Bildung 	Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> Ergänzung der Richtlinie um neue Verfahren 	Richtlinie <ul style="list-style-type: none"> Evaluation der Effizienz der LAG (Qesü-RL) 	Richtlinie Überführung in DeQS-RL
DeQS-RL Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung	Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Beauftragung IQTIG mit Verfahrensentwicklung <i>ambulante Psychotherapie</i> 		Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Echtbetrieb <i>Cholezystektomie</i> Echtbetrieb <i>Herzchirurgie</i> Abschlussbericht des IQTIG <i>ambulante Psychotherapie</i> 	

	2017	2018	2019	2020 und später
	<p>Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> Erstellung der Richtlinie 	<p>Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> Erstellung der Richtlinie 	<p>Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> Ergänzung der Richtlinie 	<p>Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> Aufnahme der Verfahren der QSKH-RL und Qesü-RL
<p>QD-RL Richtlinie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen gemäß § 137 Abs. 1 SGB V</p>	<ul style="list-style-type: none"> Erstellung der Richtlinie 			
<p>MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Erstellung der Richtlinie 			
<p>Mindestmengenregelung</p>	<ul style="list-style-type: none"> Neufassung der Regelung und Änderung der Verfahrensordnung des G-BA 			<ul style="list-style-type: none"> Auswertung der Begleitevaluation neu festgelegter Mindestmengen
<p>QFR-RL Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reif-geborene</p>	<p>Ergänzung der Richtlinie um</p> <ul style="list-style-type: none"> Pflegepersonalschlüssel und schichtbezogene Dokumentation Einführung eines „klärenden Dialogs“ bei Nichterfüllung 	<ul style="list-style-type: none"> jährliche standortbezogene Strukturabfrage des G-BA für Krankenhäuser der Versorgungsstufen I bis III, Auswertung durch das IQTIG 	<ul style="list-style-type: none"> Einführung eines Datenvalidierungsverfahrens auf Grundlage eines Konzeptes des IQTIG 	
<p>Zm-RL Ärztliche Zweitmeinung</p>	<ul style="list-style-type: none"> G-BA verabschiedet <ul style="list-style-type: none"> allgemeinen Teil der Richtlinie zur Durchführung von Zeitmeinungsverfahren besonderen Teil der Richtlinie zur Bestimmung der zweitmeinungsfähigen Indikationen (zunächst zwei Indikationen) 	<ul style="list-style-type: none"> jährliche Berichterstattung des G-BA (jeweils im Herbst eines Jahres) über die von den KVen erhobenen und an die KBV gemeldeten Daten zu Anzahl beantragter, durchgeführter und abgelehnter Zweitmeinungsverfahren des Vorjahrs 	<ul style="list-style-type: none"> G-BA erteilt Auftrag zur Evaluation der Zm-RL 	<ul style="list-style-type: none"> Auswertung der Evaluation und ggf. Anpassung der Richtlinie

	2017	2018	2019	2020 und später
	<ul style="list-style-type: none"> • Beauftragung des IQWiG mit der Erarbeitung eingriffsspezifischer Entscheidungshilfen für Patienten • Bewertungsausschuss regelt Abrechnungsmodalitäten der Zweitmeinung im EBM 			
Sicherstellungszuschläge-Regelungen	<ul style="list-style-type: none"> • Regelungen seit 01.01.2017 in Kraft 			
Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern	<ul style="list-style-type: none"> • Beschluss der Regelungen durch G-BA bis zum 31.12.2017 unter Berücksichtigung einer gemäß Psych-VVG durchgeführten Folgenabschätzung (beauftragt: IGES-Institut) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inkrafttreten der Regelungen (mit strukturspezifischen Übergangsfristen) 		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation der Regelungen