



Medizinischer Dienst  
Nordrhein

# Qualitätsprüfungen nach MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

## Aktueller Sachstand

Berlin, den 14. Oktober 2022

Dr. Claudia Kreuzer, Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung



# Agenda

- Grundlagen und Aufbau der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie
- Abschnitt 1: Dokumentation der externen stationären Qualitätssicherung im Krankenhaus
- Abschnitt 2: Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
- Abschnitt 3: Einhaltung von Regelungen zu Notfallstrukturen
- Abschnitt 4: Einhaltung der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Abs. 5 SGB V
- Abschnitt 5: Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

# § 275a SGB V Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

## → Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach §§ 135b und 136 bis 136c SGB V

### **Kontrollgegenstände:**

§ 135b Förderung der Qualität durch die KV

§ 136 Richtlinien zur Qualitätssicherung (QS)

§ 136a Richtlinien zur QS in ausgewählten Bereichen

§ 136b Beschlüsse zur QS im Krankenhaus

§ 136c Beschlüsse zu QS und Krankenhaus-Planung

## → Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung

## → Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist

# MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

Teil A – Allgemeiner Teil (§§ 1-17)

Teil B – Besonderer Teil (§§ 1-65)

**Abschnitt 1 (§§ 1-7)**  
Kontrolle der Dokumentation der externen stationären QS im KH

Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

**Abschnitt 5 (§§ 49-65)**  
Kontrolle der Einhaltung der Personalanforderungen nach § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V

~~Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)~~

Richtlinie zur daten-gestützten einrichtung-übergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

⇒ **anhaltspunktbezogene Kontrollen**

**Abschnitt 2 (§§ 8-24)**  
Kontrolle der Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

**Abschnitt 4 (§§ 37-48)**  
Kontrolle der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Abs. 5 SGB V

**Abschnitt 3 (§§ 25-36)**  
Kontrolle der Einhaltung von Regelungen zu Notfallstrukturen

# MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

Teil A – Allgemeiner Teil (§§ 1-17)

Teil B – Besonderer Teil (§§ 1-65)

**Abschnitt 1 (§§ 1-7)**

Kontrolle der Dokumentation der externen stationären QS im KH

**Unterabschnitt 1 (§§ 8-9)**

Allgemeine Vorschriften

**Unterabschnitt 2 (§§ 10-14)**

Kontrollen aufgrund von **Anhaltspunkten**

**Unterabschnitt 3 (§§ 15-19)**

Kontrollen aufgrund von **Stichproben**

**Unterabschnitt 4 (§§ 20-24)**

**Anlassbezogene Kontrollen**

**Abschnitt 5 (§§ 49-65)**

Kontrolle der Einhaltung der Personalanforderungen nach § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V

**Abschnitt 2 (§§ 8-24)**

Kontrolle der Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

**Abschnitt 4 (§§ 37-48)**

Kontrolle der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Abs. 5 SGB V

**Abschnitt 3 (§§ 25-36)**

Kontrolle der Einhaltung von Regelungen zu Notfallstrukturen

## MD-QK-RL Teil B Abschnitt 2: Umfasste Richtlinien

1. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL
2. Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma – 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
7. Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – QS-RL Liposuktion
8. Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem – QS-RL BLVR
9. Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil
10. Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendenergieabgabe durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung

## MD-Qk-RL Teil B Abschnitt 2:

- **Anlassbezogene** Kontrollen aller Krankenhäuser in den Jahren 2020 bis 2024, die entsprechende Leistungen erbringen
- Kontrollen aufgrund von **Stichproben** ab dem Jahr 2025, jeweils 9% der Grundgesamtheit jeder Richtlinie
- Kontrollen aufgrund von **Anhaltspunkten** bei Auffälligkeiten, z. B. Inplausibilitäten im Qualitätsbericht, Auffälligkeiten in den Selbstauskünften zum Krankenhausstandort im Rahmen der Verhandlungen zum KHEntgG, Erkenntnisse aus Abrechnungsprüfungen oder Meldungen durch Dritte

# Arbeitshilfe zur einheitlichen Begutachtung



Begutachtungsfaden

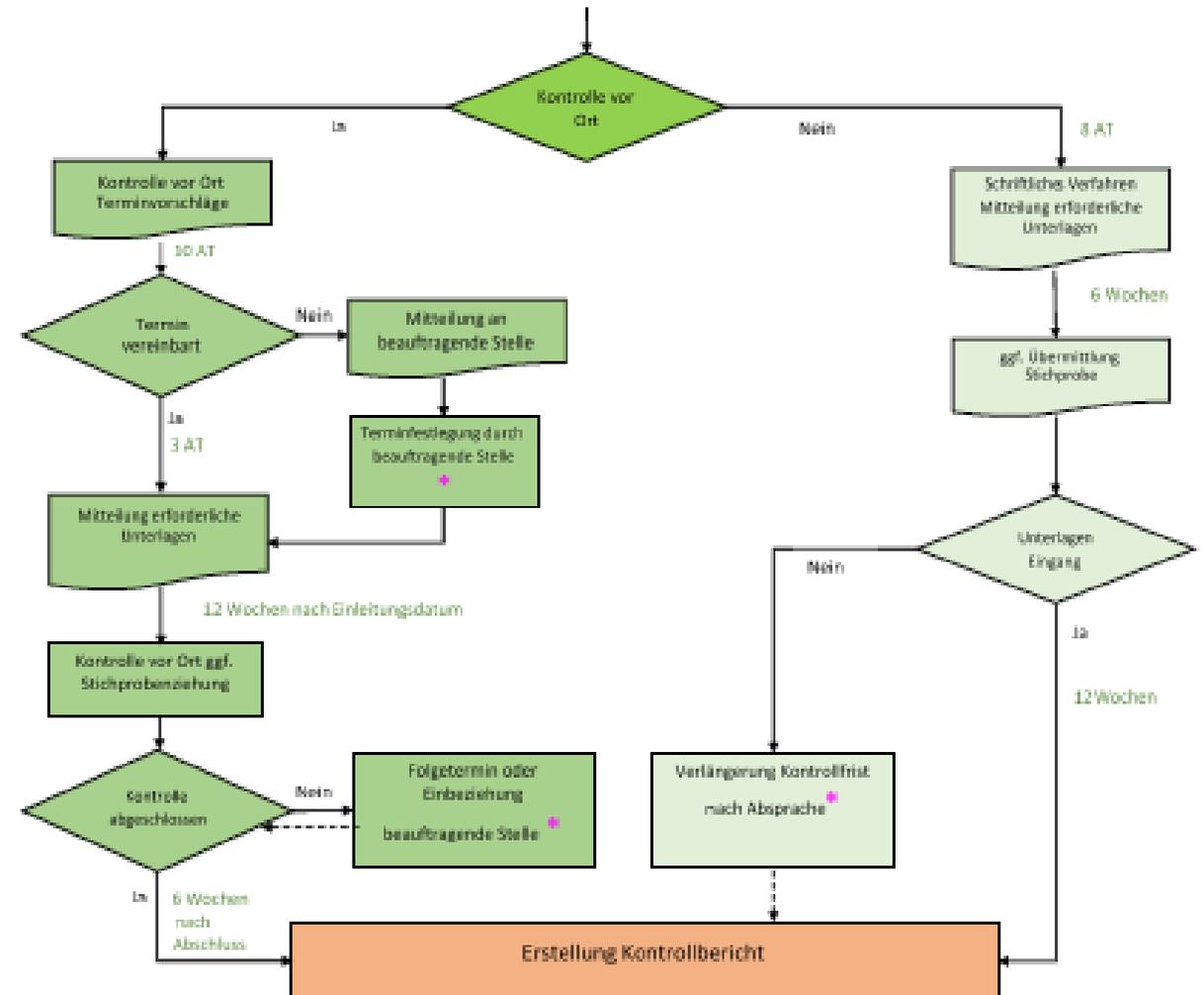
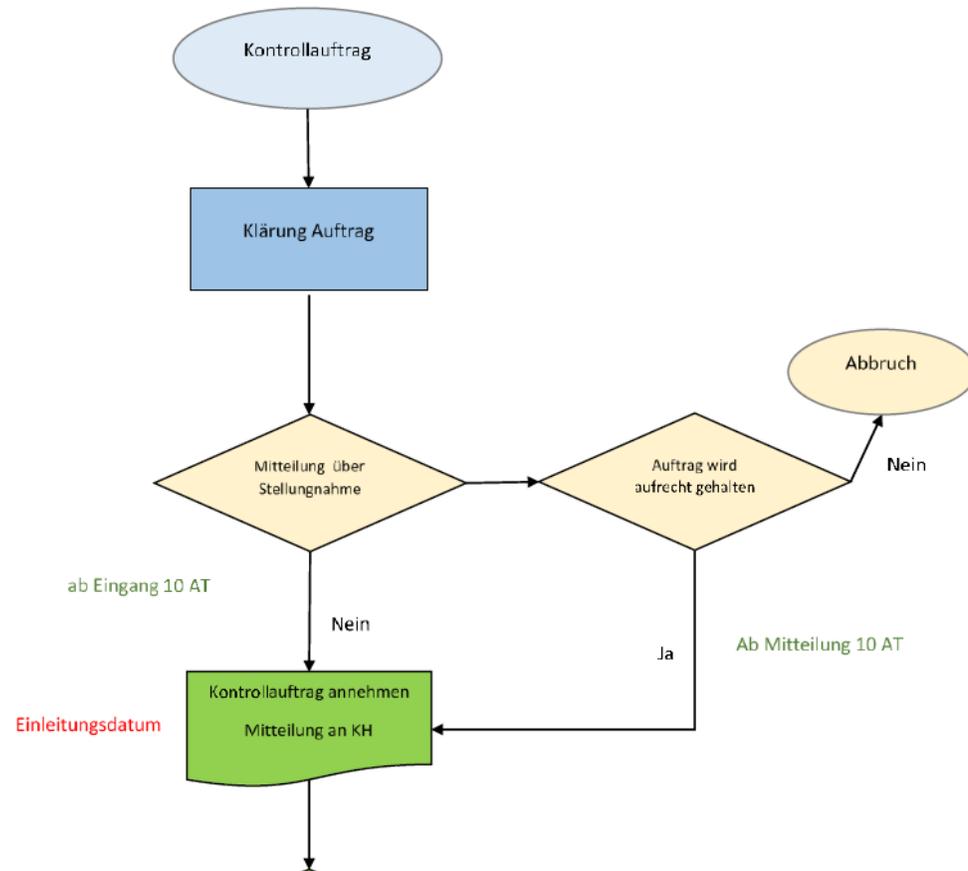
## Begutachtungen des Medizinischen Dienstes gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses  
nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes  
nach § 275a SGB V

Aktuell in Überarbeitung zur  
Aufnahme weiterer Abschnitte

Version 2021.4 – Stand: 15.07.2022

# Anlassbezogene Kontrollen nach MD-QK-RL Teil B Abschnitt 2



# Struktur-/Prozessmerkmalsbewertung: Kooperationen

Bewertung zu G-BA-Struktur-/Prozessmerkmal (G-BA-SMB)		Nr.: 01
G-BA-RL:	allgemein	
Schlagworte:	Kooperation, Kooperationsverträge, Kooperationsvereinbarung	
Struktur- / Prozessmerkmal:	-	
Problem / Fragestellung:	In einigen G-BA-Richtlinien ist es möglich, Richtlinienanforderungen auch in Form von Kooperationen zu erbringen. Diese Kooperationen basieren häufig auf informellen Vereinbarungen oder einer sog. „gelebten Praxis“. Welche Nachweise sind erforderlich, um die Erfüllung der Anforderung durch eine Kooperation zu belegen?	
Ergebnis:	Kooperationsleistungen sind durch schriftliche Kooperationsvereinbarungen/-verträge nachzuweisen. Aus der Vereinbarung/dem Vertrag müssen der erforderliche Leistungszweck, die konkrete Beschreibung der zu erbringenden Leistung, der Leistungsumfang sowie die Leistungsdauer hervorgehen.	
Begründung:	An die durch Kooperationen zu erbringenden Leistungen sind dieselben Anforderungen zu stellen wie an Leistungen, die durch das Krankenhaus erbracht werden. Deswegen müssen sie einer Überprüfung standhalten, die der einer Leistungserbringung durch das Krankenhaus selbst entspricht.	

## Welche Nachweise sind erforderlich?

- Schriftliche Kooperationsvereinbarungen bzw. -verträge
- An Kooperationsleistungen werden die selben Anforderungen gestellt, wie an vom Krankenhaus erbrachte Leistungen (Qualifikationen, Dienstpläne)

# „Unklare“ Qualitätsanforderungen einzelner Richtlinien

## Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL):

- **sofortige und jederzeitige** Einsatzbereitschaft Operationsaal
- **50 % des Pflegedienstes** mit Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie
- Voraussetzungen für ... **innen 30 Minuten an** der Patientin/dem Patienten
- **Entsprechende Expertise** ... in endovaskulären Verfahren

# Struktur-/Prozessmerkmalsbewertung: QBAA-RL Operationssaal Einsatzbereitschaft

## Wie kann die jederzeitige und sofortige Einsatzbereitschaft sichergestellt werden?

- Neben elektiven Eingriffen müssen auch postoperative Komplikationen berücksichtigt bzw. beherrscht werden
- Es ist ärztliches und pflegerisches Personal erforderlich, um den Betrieb sicherzustellen
- Damit der OP jederzeit und sofort einsatzbereit ist, bedarf es eines Bereitschafts- oder Schichtdienstes

Bewertung zu G-BA-Struktur-/Prozessmerkmal (G-BA-SMB)		Nr.: 07
G-BA-RL:	Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma (QBAA-RL)	
Schlagworte:	Operationssaal, Einsatzbereitschaft, Personal	
Struktur- / Prozessmerkmal:	<p>§ 5 Absatz 2 Satz 1 QBAA-RL  <i>„Die nachfolgenden Einrichtungen müssen jederzeit und sofort für die Versorgung einsatzbereit sein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dem technischen Fortschritt und dem jeweiligen Behandlungsverfahren entsprechender Operationssaal mit anästhesiologischem Equipment und der Möglichkeit des invasiven Kreislaufmonitorings [...]“</li> </ul>	
Problem / Fragestellung:	<p>In § 5 Absatz 2 Satz 1 QBAA-RL werden „Einrichtungen“ aufgeführt, die „jederzeit und sofort für die Versorgung einsatzbereit“ sein müssen. Eine der dort genannten Einrichtungen ist der Operationssaal (OP).</p> <p>Welche personellen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit der OP jederzeit und sofort für die Versorgung einsatzbereit sein kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ist sowohl ärztliches als auch pflegerisches Personal als eine dieser Voraussetzungen anzusehen?</li> <li>– Welches ärztliche und pflegerische OP-Personal wird benötigt?</li> </ul> <p>Wie kann die jederzeitige und sofortige Einsatzbereitschaft des Personals sichergestellt werden?</p>	
Ergebnis:	<p>Die sofortige Einsatzbereitschaft der „Einrichtung Operationssaal“ beinhaltet auch das dafür benötigte Personal, da ohne entsprechendes Personal keine sofortige Patientenversorgung erfolgen kann. Das hierfür benötigte Personal umfasst neben der/dem vor Ort anwesenden Chirurgin/Chirurgen auch Anästhesistinnen/ Anästhesisten, Anästhesie-Pflege/ATA und OP-Pflege/OTA.</p> <p>Eine jederzeitige und sofortige Einsatzbereitschaft des benötigten Personals kann durch einen Rufbereitschaftsdienst nicht gewährleistet werden, sondern bedarf eines Bereitschaftsdienstes oder eines Schichtdienstes.</p>	

# „Unklare“ Qualitätsanforderungen einzelner Richtlinien

## Richtlinie zur Durchführung minimalinvasiver Herzklappeninterventionen (MHI-RL):

- Fachärztin/Facharzt mit **Erfahrung in der Kardioanästhesie**
- Die (ärztliche) Leitungsfunktion wird **hauptamtlich** ausgeführt.
- Welche Fachärztinnen/Fachärzte umfasst die **Fachrichtung Allgemeinchirurgie**
- Pflegerische Leitung der Intensivstation ... **einen Leitungslehrgang**
- Mindestanforderungen an einen **Hybrid-Operationssaal**

# Bisherige Erfahrungen aus Nordrhein

- Seit Juli 2022 anlassbezogene Kontrollen der Richtlinien:
  - Liposuktion bei Lipödem Stadium III
  - Bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion
  - Lungendeneravierung durch Katheterablation
  - LDR-Brachytherapie bei Prostatakarzinom
- Akteneinsicht über einen Zeitraum „bis zu 3 Monate vor dem Kontrolltermin“ kurz
- Indikation nicht immer korrekt gestellt, konservative Therapie nicht ausgeschöpft
- Kooperation mit Thoraxchirurgie nicht ausreichend geregelt

# MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

**Teil A – Allgemeiner Teil (§§ 1-17)**

**Teil B – Besonderer Teil (§§ 1-65)**

**Abschnitt 1 (§§ 1-7)**  
Kontrolle der Dokumentation der externen stationären QS im KH

**Unterabschnitt 1 (§§ 25-26)**  
Allgemeine Vorschriften

**Abschnitt 5 (§§ 49-65)**  
Kontrolle der Einhaltung der Personalanforderungen nach § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V

**Unterabschnitt 2 (§§ 27–31)**  
Kontrollen aufgrund von **Anhaltspunkten**

**Unterabschnitt 3 (§§ 31–36)**  
Kontrollen aufgrund von **Stichproben**

**Abschnitt 2 (§§ 8-24)**  
Kontrolle der Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

**Abschnitt 4 (§§ 37-48)**  
Kontrolle der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Abs. 5 SGB V

**Abschnitt 3 (§§ 25-36)**  
Kontrolle der Einhaltung von Regelungen zu Notfallstrukturen

# MD-QK-RL Teil B Abschnitt 3: Arten der Notfallversorgungen

- Basisnotfallversorgung – Stufe 1
- Erweiterte Notfallversorgung – Stufe 2
- Umfassende Notfallversorgung – Stufe 3
- Spezielle Notfallversorgung:
  - *Modul Schwerverletztenversorgung,*
  - *Modul Notfallversorgung Kinder (Basis, erweitert, umfassend)*
  - *Modul Spezialversorgung (Psychiatrie, besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung  
Ausweisung Spezialversorger)*
  - *Modul Schlaganfallversorgung*
  - *Modul Durchblutungsstörungen am Herzen*

- Jahre 2021 bis 2026 Stichprobe  
von 20% der Grundgesamtheit  
- Ab dem Jahr 2027 jährlich 9%  
der Grundgesamtheit

# Struktur-/Prozessmerkmalsbewertungen: ZNA

Bewertung zu G-BA-Struktur-/Prozessmerkmal (G-BA-SMB)	Nr. 29
G-BA-RL:	Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
Schlagworte:	Verfügbarkeit in der ZNA, verantwortlicher Arzt, verantwortliche Pflegekraft,
Struktur-/Prozessmerkmal:	<p>§ 9 Nr. 1:  <i>„Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.“</i></p>
Problem / Fragestellung:	Wie ist die Verfügbarkeit der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes und der Pflegekraft in der ZNA im Krankenhaus zu gewährleisten?
Ergebnis:	Bei der für die Notfallversorgung verantwortlichen Ärztin und Pflegekraft bzw. dem für die Notfallversorgung verantwortlichen Arzt handelt es sich um qualifiziertes Personal, das leitend in der ZNA tätig ist. Die Verfügbarkeit im Bedarfsfall ist mindestens durch einen Rufbereitschaftsdienst (24h/7d) sicherzustellen.
Begründung:	Die Primärversorgung von Notfallpatientinnen und Patienten in der ZNA ist nicht Gegenstand der Regelung in § 9 Nr. 1. Unter Berücksichtigung der Tragenden Gründen zu § 9 Nr. 1 und Nr. 2 wird deutlich, dass hier Festlegungen zum leitend in einer zentralen Notaufnahme tätigen Personal getroffen werden. Die Verfügbarkeit der speziellen Fachkompetenz dieses ärztlichen und pflegerischen Personals hat dem Wortlaut der Regelung folgend nicht kontinuierlich, sondern im Bedarfsfall zur Verfügung zu stehen.

**Wie ist die Verfügbarkeit des Arztes und der Pflegekraft in der ZNA zu gewährleisten?**

- Es ist mindestens ein Rufbereitschaftsdienst sicherzustellen
- Die spezielle leitende Fachkompetenz muss dem Wortlaut nach nicht kontinuierlich zur Verfügung stehen, sondern im Bedarfsfall

# Struktur-/Prozessmerkmals- bewertungen: Stroke Unit

## Was genau ist unter einer „Stroke Unit“ zu verstehen?

- Zertifizierung als „Stroke Unit“ oder Anerkennung nach landesspezifischen Regelungen als „Stroke Unit“ (z. B. im Krankenhausplan) und
- Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung für TIA/Schlaganfall

Bewertung zu G-BA-Struktur-/Prozessmerkmal (G-BA-SMB)		Nr. 30
G-BA-RL:	Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)	
Schlagworte:	Schlaganfallversorgung, Stroke Unit, Schlaganfalleinheit, Zertifizierung	
Struktur-/Prozessmerkmal:	§ 27 Modul Schlaganfallversorgung: <i>„Ein Krankenhaus, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) dieser Regelungen nicht erfüllt, jedoch über eine Stroke Unit verfügt, entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt und erhält für die in der Stroke Unit behandelten Fälle Zuschläge.“</i>	
Problem / Fragestellung:	Es ist unklar, welche Anforderungen in diesem Modul geprüft werden sollen. Der verwendete Begriff einer „Stroke Unit“ ist nicht näher definiert. Welche Anforderungen muss ein Krankenhaus erfüllen, um im Sinne des Moduls Schlaganfallversorgung als „Stroke Unit“ anerkannt zu werden? Ist die Vorlage der Zertifizierung einer regionalen bzw. überregionalen Schlaganfalleinheit nach den Kriterien der Fachgesellschaften ausreichend?	
Ergebnis:	Um im Sinne des Moduls Schlaganfallversorgung als „Stroke Unit“ anerkannt zu werden, muss ein Krankenhaus das Folgende nachweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zertifizierung als „Stroke Unit“ (Schlaganfalleinheit) oder Umsetzung der landesspezifischen Regelungen (z. B. Vorgaben im Krankenhausplan) für die Anerkennung als „Stroke Unit“</li> <li>- Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten mit TIA und/oder Schlaganfall.</li> </ul>	
Begründung:	Weder den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern noch den Tragenden Gründen ist zu entnehmen, welche Anforderungen eine „Stroke Unit“ erfüllen muss. Gleichwohl ist die Bezeichnung „Stroke Unit“ (Schlaganfalleinheit) ein feststehender Begriff. Hierzu haben Fachgesellschaften Beurteilungskriterien festgelegt, deren Erfüllung zu einer entsprechenden Zertifizierung führt. Darüber hinaus bestehen landesspezifische Regelungen, die zur Anerkennung einer „Stroke Unit“ führen können.	

# Qualitätskontrollen im Krankenhaus

Auszug aus dem Jahresbericht 2022 des Medizinischen Dienstes Nordrhein

**33** ..... Kontrolliert wurden im Jahr 2021  
Kontrollen

**24** Notfallstrukturen

**10** haben alle Anforderungen erfüllt

**14** haben nicht alle Anforderungen erfüllt

**9** CAR-T-Zelltherapien

**8** haben alle Anforderungen erfüllt

**1** hat nicht alle Anforderungen erfüllt

# Notfallstrukturen: Defizite

- Fachärztin/Facharzt ist nicht innerhalb von 30 Minuten an der Patientin/dem Patienten verfügbar
- Verantwortliche Ärztin/Arzt und Pflegefachkraft, die im Bedarfsfall in der ZNA verfügbar sein müssen, wurden nicht ausreichend belegt
- Triage nicht innerhalb von 10 Minuten erfolgt oder nicht dokumentiert

# MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

Teil A – Allgemeiner Teil (§§ 1-17)

Teil B – Besonderer Teil (§§ 1-65)

**Abschnitt 1** (§§ 1-7)  
Kontrolle der Dokumentation der externen stationären QS im KH

**Unterabschnitt 1** (§§ 37-38)  
Allgemeine Vorschriften

**Abschnitt 5** (§§ 49-65)  
Kontrolle der Einhaltung der Personalanforderungen nach § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V

**Unterabschnitt 2** (§§ 39–43)  
**Anlassbezogene Kontrollen**

**Unterabschnitt 3** (§§ 44–48)  
Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten

**Abschnitt 2** (§§ 8-24)  
Kontrolle der Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

**Abschnitt 4** (§§ 37-48)  
Kontrolle der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Abs. 5 SGB V

**Abschnitt 3** (§§ 25-36)  
Kontrolle der Einhaltung von Regelungen zu Notfallstrukturen

# MD-QK-RL Teil B Abschnitt 4: Kontrolle gemäß ATMP-QS-RL

→ Verknüpfung des **Abschnitts 4** mit der ATMP-QS-RL

→ **ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie**

→ Allgemeiner Teil

→ Besonderer Teil:

- *CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien in Anlage I*
- *Onasemnogen-Abeparvovec bei spinaler Muskelatrophie (SMA) in Anlage II*

→ Kontrolle aller Leistungserbringer **vor der Anwendung von ATMP**

→ Übergangsphase bis 04.11.2022, wenn Leistung bereits vor dem 14.06.2022 erbracht

→ Kontrollbericht und ggf. Bescheinigung

ATMP = Advanced Therapy  
Medicinal Products = Arznei-  
mittel für neuartige Therapien

# Ergebnisse der Kontrollen in Nordrhein

**9** CAR-T-Zelltherapien  
**8** haben alle Anforderungen erfüllt  
**1** hat nicht alle Anforderungen erfüllt

- 5 Krankenhäuser wurden geprüft
- Alle Anforderungen zur Behandlung von Erwachsenen wurden erfüllt
- Bei einem Krankenhaus wurden die Anforderungen zur Versorgung von Kindern nicht erfüllt, u. a. keine Erfahrung in der Zelltherapie

# Änderung der ATMP-QS-RL Anlage I CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien

- Beschluss vom 06.10.2022
- **Aufnahme weiterer Diagnosen:**
  - Akute lymphatische Leukämie C91.00, C91.01 (ICD-10-GM-2021) und
  - Follikuläres Lymphom Grad I bis III a mit C82.0, C82.1, C82.2, C82.3, C82.7, C82.9
- Erweiterung einer bereits erteilten Bescheinigung mit unveränderter Gültigkeitsdauer

# MD-Qualitätskontroll-Richtlinie

Teil A – Allgemeiner Teil (§§ 1-17)

Teil B – Besonderer Teil (§§ 1-24)

**Abschnitt 1** (§§ 1-7)

Kontrolle der Dokumentation der externen stationären QS im KH

**Unterabschnitt 1** (§§ 49-50)  
Allgemeine Vorschriften

**Unterabschnitt 2** (§§ 51-55)  
Kontrollen aufgrund von  
**Anhaltspunkten**

**Unterabschnitt 3** (§§ 56-60)  
Kontrollen aufgrund von  
**Stichproben**

**Unterabschnitt 4** (§§ 61-65)  
Anlassbezogene Kontrollen

**Abschnitt 5** (§§ 49-65)  
Kontrolle der Einhaltung der  
Personalanforderungen nach  
§ 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V

**Abschnitt 2** (§§ 8-24)

Kontrolle der Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

**Abschnitt 3** (§§ 25-36)

Kontrolle der Einhaltung von  
Regelungen zu Notfallstrukturen

**Abschnitt 4** (§§ 37-48)

Kontrolle der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Abs. 5 SGB V

# Teil B Abschnitt 5: Kontrolle gemäß PPP-RL

## Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

- Jahre 2023 bis 2027: Kontrollen aufgrund von Stichproben (je 20% der Grundgesamtheit)
- Ab dem Jahr 2028: Jährliche Kontrolle von jeweils 9% der Grundgesamtheit
- Erhebung der **Servicedokumente A** durch die Krankenhäuser je Standort, Einrichtung und Quartal bzw. im **Servicedokument B** stations- und monatsbezogen

Da die vorherige Frage mit 'Nein' beantwortet wurde, müssen die folgenden Angaben nicht getroffen werden		Verfügt die Einrichtung über ...	
Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	regionale Pflichtversorgung	geschlossene Bereiche?	24 Std. Präsenzdienste?

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit ...	
	gesetzlicher Unterbringung	landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme

Abschnitt 5 im Bundesanzeiger  
veröffentlicht am 16.08.2022

Station (ID)	Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Stationsbezeichnung	Planbetten der vollstationären Versorgung (Q0-2022)	Planplätze der teilstationären Versorgung (Q0-2022)

# MD-QK-RL Teil B Abschnitt 5: Kontrolle gemäß PPP-RL

## Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

- Zu kontrollierende **Einrichtungen** (Struktur, Pflichtversorgung):
  - Erwachsenenpsychiatrie
  - Psychosomatik
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Kontrolle der **Personalausstattung** im Regeldienst am Tag (Qualifikation, Anwesenheit)
- Ermittlung von **Umsetzungsgraden** der Personalausstattung:

Umsetzungsgrad der Einrichtung am Standort und je Berufsgruppe

Umsetzungsgrad =

$$\frac{\text{VKS-Ist}}{\text{VKS-Mind}}$$

# MD-QK-RL Teil B Abschnitt 5: Kontrolle gemäß PPP-RL

- Übergangsregelungen verlängern (bis 2026)
- Finanzielle Sanktionen verschieben (ab 2024)
- Dokumentationsaufwand verringern
- Regelaufgaben aus Routinedaten
- Mehr Flexibilität beim Personaleinsatz
- Sonderregelung für Tageskliniken
- Ab 2024 Einbeziehung des pflegerischen Nachtdienstes
- Leitliniengerechtere Versorgung durch Anpassung der Personalbemessungsmodelle

Pressemitteilung | Qualitätssicherung

## Personalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik: Gemeinsamer Bundesausschuss entwickelt Vorgaben weiter

**Berlin, 15. September 2022** – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Mindestvorgaben zur Personalausstattung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in mehreren Punkten angepasst. Zentrale Änderungen der sogenannten PPP-Richtlinie zielen darauf ab, den Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen zu verringern und ihnen mehr Flexibilität beim Personaleinsatz zu geben. Zudem wurde für dezentrale kleine Standorte, wie Stand-alone-Tageskliniken, eine Sonderregelung beschlossen. Wie geplant, wird ab dem Jahr 2024 auch der pflegerische Nachtdienst in die Mindestvorgaben einbezogen. Der G-BA verlängerte darüber hinaus einige der Übergangsregelungen für die Umsetzung der Richtlinie und verschob nochmals den Beginn finanzieller Sanktionen. Wenn die Mindestvorgaben einrichtungsbezogen im Quartalsdurchschnitt nicht erfüllt werden, führt dies erst ein Jahr später – ab 2024 – zu einem Vergütungswegfall.

Eine weitere Anpassung der Richtlinie, die zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen soll, wird der G-BA nach Finalisierung und Auswertung der derzeit in der Wissenschaft und von den Fachgesellschaften diskutierten Personalbemessungsmodelle bis zum 31. Dezember 2025 vornehmen.

# Qualitätsprüfungen im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst

	Qualitätskontrollen gemäß G-BA-Richtlinien	Strukturprüfungen gemäß OPS-Verzeichnis
Gesetzliche Grundlage	§ 275a SGB V	§ 275d SGB V
Auftraggeber	Krankenkassen	Krankenhäuser
Verfahrensordnung	MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL)	Richtlinie zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes (StrOPS-RL)
Richtlinienerstellung durch	G-BA	MD Bund
Vorgabe der Mindestmerkmale	G-BA	BfArM
Berichterstattung an	Krankenkasse und Krankenhaus	Krankenhaus
Nichteinhaltung	Gestuftes Sanktionssystem	Jeweiliger OPS-Komplexcode nicht abrechenbar

# Erklärung zu Interessenskonflikten

Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung

- kein Interessenskonflikt vorliegt.
- ein materieller Interessenskonflikt vorliegt.
- ein immaterieller Interessenskonflikt vorliegt.

14. Oktober 2022

Claudia Kreuzer

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

# Copyright

© 2022

Medizinischer Dienst Nordrhein

Berliner Allee 52, 40212 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 1382-0

Telefax: 0211 / 1382-189

<http://www.md-nordrhein.de>

E-Mail: [claudia.kreuzer@md-nordrhein.de](mailto:claudia.kreuzer@md-nordrhein.de)

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Medizinischen Dienstes Nordrhein reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.