



Auswirkungen eines negativen Kontrollberichts der Notfallstufen auf die Budgetverhandlung

Bianca Meier – Fachanwältin für Medizinrecht | Oliver Glier – Leitung Budget

Inhalt

- Einleitung | GBA-Notfallstrukturen- und Vergütungsvereinbarung
- Welche Prüfung steht im Focus?
- „Big Points“ der Strukturmerkmale und deren Vorbereitung
- Umgang mit einem negativen Kontrollbericht
- Umsetzung in der Budgetverhandlung – Prozess und Konsequenzen

Inhalt

■ Einleitung | GBA-Notfallstrukturen- und Vergütungsvereinbarung

- Welche Prüfung steht im Focus?
- „Big Points“ der Strukturmerkmale und deren Vorbereitung
- Umgang mit einem negativen Kontrollbericht

■ Umsetzung in der Budgetverhandlung – Prozess und Konsequenzen

Inhalt

- Einleitung | GBA-Notfallstrukturen- und Vergütungsvereinbarung
- Welche Prüfung steht im Focus?
- „Big Points“ der Strukturmerkmale und deren Vorbereitung
- Umgang mit einem negativen Kontrollbericht
- Umsetzung in der Budgetverhandlung – Prozess und Konsequenzen

GBA-Notfallstrukturen- und vergütungsvereinbarung

GBA-Regelungen zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern

- In Kraft seit 2018 mit erstmaliger Wirkung ab Budgetzeitraum 2019
- Festlegung von strukturellen Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen
- Krankenhäuser erhalten **der Höhe nach gestaffelte Zuschläge** für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung
- Erhebung von **verbindlichen Abschlägen** bei Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung
- Prüfung der erforderlichen Strukturvoraussetzungen auf Basis der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes – **MD-QK-RL**

Notfallstufenvergütungsvereinbarung ab 2019

- Nichtteilnahme: **60 €** Abschlag für jeden vollstationären Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort
- Vereinbarung von Zuschlägen in Abhängigkeit von der Notfallstufe

– Basisnotfallversorgung (Stufe 1):	153.000 €
– erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2):	459.000 €
– an der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3)	688.000 €

- weitere Module zum Beispiel für die Versorgung von Schwerverletzten oder Notfallversorgung von Kindern unter bestimmten Voraussetzungen ggf. „**on top**“
- gilt jeweils je Krankenhausstandort – unterschiedliche Zu- und Abschläge innerhalb eines Budgets sind daher möglich
- kommt eine Einigung über die Zuordnung des Krankenhausstandortes zu einer der Stufen nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG

Welche Prüfung steht im Focus?

Welche Prüfung steht im Focus? Sie kommen alle an die Reihe!

- die Grundgesamtheit schrumpft Jahr für Jahr, da positiv beschiedene Häuser aus der Grundgesamtheit herausgenommen werden
 - ➔ die Prüfungswahrscheinlichkeit steigt von Jahr zu Jahr
- **Sonderfall 2022:** gem. G-BA-Beschluss vom 21.04.2022 sind alle Prüfungen pandemiebedingt ausgesetzt
- **aber:** bereits stattgefundene Prüfungen behalten ihre Gültigkeit

„Big Points“ der Strukturmerkmale und deren Vorbereitung

Welche Strukturmerkmale sind besonders relevant?

- **Triage innerhalb von 10 Minuten** nach Betreten der ZNA
 - ➔ hier kennt der MD **kein Pardon!**
- auf die richtige Fallauswahl achten:
 - ➔ nur stationäre Patienten kommen in die Stichprobe
- die MD-QK-Richtlinie normiert in § 36 Art und Verfahren der Stichprobenprüfung Abs. (5) das Folgende:

Richtige Fallauswahl

- sofern die Kontrolle der Einhaltung der Regelungen zu den Notfallstrukturen die Einsicht in die Patientendokumentation erfordert, erfolgt die Ziehung einer Zufallsstichprobe aus den Behandlungsfällen, die im Rahmen von § 301 SGB V mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ gekennzeichnet sind
- die Stichprobe umfasst 20 Behandlungsfälle in der zu kontrollierenden Notfallstufe bzw. dem zu kontrollierenden Modul
- der MD überprüft, ob die gezogenen **20 Behandlungsfälle** in der zu kontrollierenden Notfallstufe bzw. dem zu kontrollierenden Modul versorgt wurden

Richtige Fallauswahl

- stellt er dabei fest, dass dies nicht der Fall ist, hat eine entsprechende Nachziehung zu erfolgen
- liegt die Behandlungsfallzahl des Standorts in der jeweiligen Notfallstufe bzw. dem jeweiligen Modul unter 20, sind alle Behandlungsfälle in die Kontrolle einzubeziehen
- das Krankenhaus stellt dem MD alle zur Ziehung der Stichprobe notwendigen Fallnummern aus dem Kontrollzeitraum zur Verfügung
- die Fallnummern müssen die eindeutige Zuordnung einer Patientin oder eines Patienten zu einem konkreten Krankenhausaufenthalt ermöglichen

Versorgung in der ZNA

- eine Versorgung **ALLER Notfallpatienten** in der ZNA ist **nicht gefordert**
- die tragenden Gründe der Regelungen erklären zu § 6 Abs. 2:

„Die ZNA ist eine unverzichtbare Komponente der modernen Notfallmedizin. Dem kritisch kranken Patienten kann nicht zugemutet werden, eigenständig seine Zuordnung in eine fachgebietsspezifische Notaufnahme vorzunehmen. Es muss eine zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatienten geben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Notfallversorgung ausschließlich in der zentralen Notaufnahme stattfindet.“

- Ausnahmen sind zumeist gynäkologische Patienten, aber auch andere Konstellationen sind denkbar, sollten aber begründet sein.
- gilt das eigentlich heute schon? Es kommt darauf an ...

Übergangsregelung § 30 der GBA-Notfall-RL

- § 30 der Regelungen normiert eine Übergangsregelung von drei Jahren ab Inkrafttreten der Regelungen für § 6 Abs. 2
- (1) Die Vorgaben dieses Beschlusses sind ab dem Inkrafttreten zu erfüllen. Abweichend davon sind die Anforderungen an eine ZNA nach § 6 Absatz 2 und § 12 Nummer 1 spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses zu erfüllen.
- die Richtlinie ist am 19.05.2018 in Kraft getreten. Das Merkmal aus § 6 Abs. 2 der Regelungen hat daher erst seit 2021 verbindlich Gültigkeit.
- **achten Sie daher genau auf den Kontrollzeitraum!**

30-minütige Verfügbarkeit

- in Bezug auf die **30-minütige Verfügbarkeit eines FA** aus den Abteilungen wird vom MD verlangt, dass dieser vornehmlich für die Versorgung von Notfallpatienten zur Verfügung steht. MD überprüft dabei z.B. HKL-Dienstpläne, ITS-Dienstpläne, OP-Dienste usw.
- zum Nachweis ist entweder eine Dienstanweisung, eine Betriebsvereinbarung oder eine individualarbeitsvertragliche Regelung geeignet.
- eine Dienstanweisung ist **schneller umsetzbar** als eine Betriebsvereinbarung

30-minütige Verfügbarkeit

- meist ergeht die Dienstanweisung mit Datum ab Sommer 2021.
- dies moniert der MD und stellt fest, dass die 30-minütige Verfügbarkeit erst ab dem Datum der Dienstanweisung nachgewiesen sei

Praxistipp:

- Text: „*verschriftlichen wir die bereits zuvor gelebte Praxis*“
- andernfalls Unterstellung möglich, dass **zuvor nicht sichergestellt**

Verantwortlicher Arzt und Pflegekraft der ZNA

- der MD geht nunmehr dazu über, den verantwortlichen Arzt/die verantwortliche Pflegekraft in der Notaufnahme 24/7 zu fordern
- außerhalb der Regelarbeitszeit mindestens im Rufdienst
- mit Ablauf der jeweiligen Übergangsfristen mit Zusatzqualifikation

Umgang mit negativem Kontrollbericht

Was tun bei negativem Kontrollbericht?

Status Quo: ca. 25% negative Kontrollberichte sind ergangen

1 2
3

der MD übermittelt den Kontrollbericht unverzüglich an die beauftragende Stelle und an das kontrollierte Krankenhaus

1 2
3

die Klinik fertigt Stellungnahme **an die beauftragende Stelle**
- nicht an den Medizinischen Dienst

1 2
3

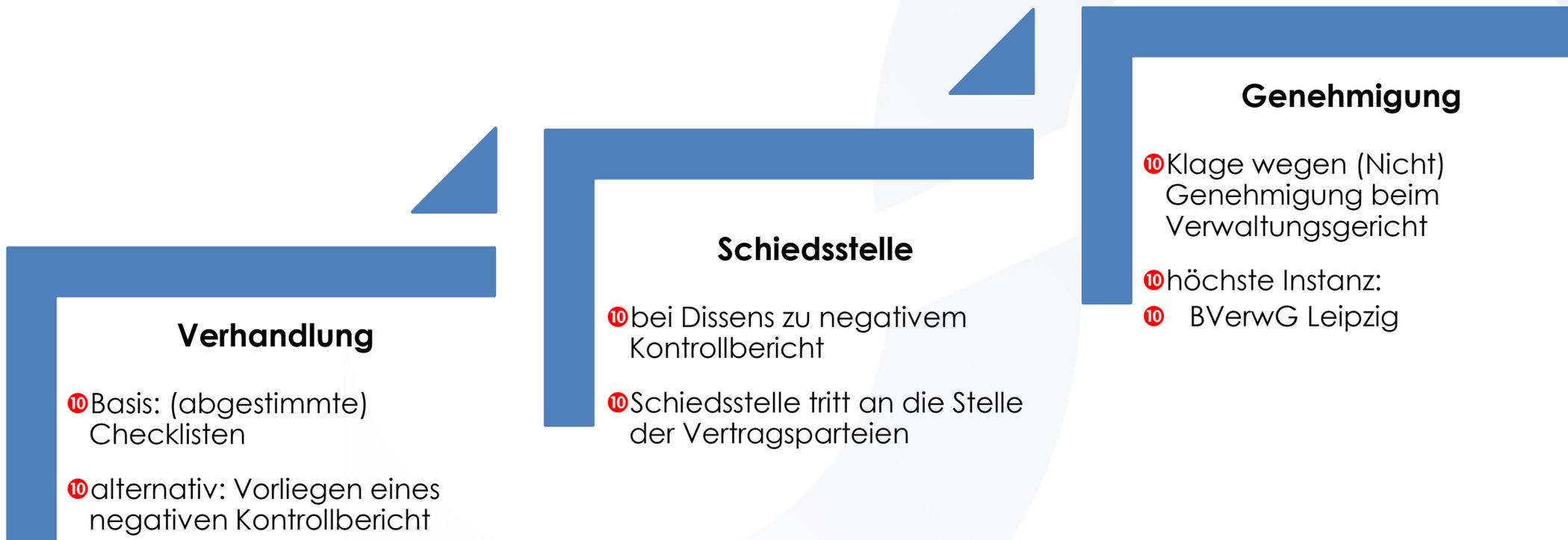
Frist: **innerhalb von 10 Arbeitstagen** ab Zugang des Berichtes
(§ 15 Abs. 1 Teil A. der MD-QK-RL)

Was tun bei negativem Kontrollbericht

- geregelt in § 4 und 5 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) je nach Schwere des Verstoßes
- Benehmen mit Kassen und Behörde zur Zuschlagszahlung ist trotz Negativkontrollbericht möglich
- Nebenschauplätze:
 - Hüftgelenknahe Femurfraktur in Gefahr
 - Weiterbildungsermächtigung in Gefahr
- Kontrollbericht für sich nicht angreifbar, da kein Verwaltungsakt
- **aber:** Thema wird in Budgetverhandlung gegenständlich

Umsetzung in der Budgetverhandlung – Prozess und Konsequenzen

Budgetverhandlung - Prozess und Konsequenzen



Entscheidung LSG Brandenburg vom 22.06.2022

Pressemitteilung:

Landessozialgericht entscheidet zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Az. L 9 KR 170/19 KL, L 9 KR 179/19 KL, L 9 KR 184/19 KL und L 9 KR 186/19 KL, Urteile vom 22. Juni 2022: Der 9. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg hat über vier Klagen gegen den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) „zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V“ vom 19. April 2018 entschieden.

Nach dem gesetzlichen Auftrag in § 136c Absatz 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) hat der GBA ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, zu beschließen. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung Mindestvorgaben – insbesondere zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen – differenziert festzulegen, vgl. hierzu die Pressemitteilung des GBA vom 19. April 2018 [Pressemitteilungen und Meldungen - Gemeinsamer Bundesausschuss \(g-ba.de\)](#).

Der Senat hat in der mündlichen Urteilsbegründung betont, dass der GBA selbst nicht für die von den Klägerinnen zu erhebenden Abschläge „verantwortlich“ sei. Deren Höhe sei überdies wiederum auf der Grundlage eines gesetzlichen Auftrages vom GKV Spitzenverband, vom Verband der Privaten Krankenversicherung und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart worden und könne dem GBA nicht angelastet werden.

Die Entscheidungen sind nicht rechtskräftig. Die unterlegenen Klägerinnen können bei dem Bundessozialgericht die Zulassung der Revision beantragen.

Widerspruch zu § 2 Abs. 1 Notfallstufenvergütungsvereinbarung?

„**Sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 festgestellt haben**, erfolgt für jeden vollstationären Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort ein **Rechnungsabschlag in Höhe von 60 Euro**“

Nein:

Klage nicht gegen Festsetzung im Einzelfall sondern **gegen die Richtlinie grundsätzlich**

Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig

Budgetverhandlung - Prozess und Konsequenzen

§ 1 Abs. 2 Notfallstufenvergütungsvereinbarung:

„Die Einstufung eines Krankenhausstandortes wird **jeweils für den Vereinbarungszeitraum** festgestellt. Die Feststellung bleibt jeweils **so lange verbindlich**, bis die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG **für den folgenden Vereinbarungszeitraum** eine neue Feststellung getroffen haben.“

das heißt:

- Bestandsschutz **nicht zwangsläufig für das aktuelle Kalenderjahr** sondern nur für das **letzte vereinbarte Budgetjahr**
- Problem: infolge Corona und Pflegebudgetproblematik bundesweit mittlerweile **mehrere Budgetjahre nicht vereinbart**

Beispiel – mögliches Rückzahlungsrisiko

- letzte genehmigte Budgetvereinbarung **2020 - Stufe 2**: erweiterte Notfallversorgung
- die Voraussetzungen lagen gemäß Feststellung des MD (März 2022) zu **keinem Zeitpunkt** vor
- bestätigt wurde lediglich das Vorliegen der Voraussetzungen zur Teilnahme an der **Basisnotfallversorgung**
- Bestandsschutz gilt **nur für 2020**
- Konsequenz bei Akzeptanz: **Rückzahlung der Differenz** zwischen Notfallstufen 1 und 2 für 2021 und 2022 (**306.000 € p.a.**) über den Erlösausgleich im folgenden Budgetzeitraum (2023)

Beispiel – vermeidbare Risiken in der Verhandlung

- Feststellung **für den Budgetzeitraum** versus Vereinbarung einer **unterjährigen Umsetzung** der jeweiligen Notfallstufe
- Forderung der Kostenträger nach Vereinbarung einer **Vorbehaltsklausel:**



„die Vereinbarung erfolgt vorbehaltlich der Prüfung der Regelungen im gestuften System von Notfallstrukturen gem. der MD-QK-RL durch den MD“

- Vorbehaltsklausel ist finanzierungsrechtlich **nicht vorgesehen**

Zusammenfassung und Ausblick

- intensive Vorbereitung und vertiefte Beschäftigung mit den jeweiligen Strukturvoraussetzungen (GBA-Notfallstufen)
- intensive Vorbereitung auf die – aktuell ausgesetzten – MD-Prüfungen
- Beschleunigung der Budgetverhandlungen auch hier dringend zu empfehlen
- Vermeidung von Vereinbarungsformulierungen zu Lasten der Kliniken
- **Ausblick:** Implikation der Notfallstufen auf zukünftige Vorhaltefinanzierung (Notfallstufen als Ansatz zur Vergütung von Vorhaltung) und KH-Planung

Weitergehende Fragen?



Bianca Meier

Fachanwältin für Medizinrecht

b.meier@consus-clinicmanagement.de

m 0170 1471071



Oliver Glier

Leitung Budget

o.glier@consus-clinicmanagement.de

m 0160 98051431



Vielen Dank – Aktuelles zu consus finden Sie auf



www.consus-clinicmanagement.de