

# Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

**Referentenentwurf eines  
Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur  
Reform der Vergütungsstrukturen  
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

## Inhalt der Stellungnahme

<i>I</i>	<i>Vorbemerkungen</i> .....	3
<i>II</i>	<i>Stellungnahme zum Referentenentwurf</i> .....	6
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 9, § 135e SGB V Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung</i> .....	6
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 12, § 137 Absatz 3 SGB V</i> .....	8
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 15, § 275a SGB V Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen</i> .....	9
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 22, § 283 i. V. m. § 275a Absatz 1 Satz 5 SGB V Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V</i> .....	14
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 26, § 426 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes</i> .....	17
	<i>Zu Artikel 3 Nr. 2, § 6a Absatz 2 KHG Zuweisung von Leistungsgruppen</i> .....	18
	<i>Zu Artikel 3 Nr. 9, § 17c KHG Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik</i> .....	19

## I Vorbemerkungen

Der Medizinische Dienst Bund nimmt in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten im Folgenden zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen Stellung.

Das mit der Reform angestrebte Ziel einer Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Versorgung wird ausdrücklich begrüßt. Die Medizinischen Dienste stellen im Rahmen ihrer Prüfungen fest, dass in den Kliniken Personalmangel herrscht und notwendige Anforderungen für komplexe medizinische Versorgungen teilweise nicht oder nur unzureichend erfüllt werden. Daher ist es im Sinne der Patientinnen und Patienten, wenn komplexe Leistungen auf dafür besonders qualifizierte Kliniken konzentriert werden und darüber hinaus die Grundversorgung sichergestellt ist. Insoweit unterstützen die Medizinischen Dienste die Reform.

Mit der vorgesehenen Einführung einer Vorhaltevergütung soll die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig zu einem Teil unabhängig von der Leistungserbringung vergütet werden. Die Krankenhäuser erhalten die Vorhaltevergütung für diejenigen Leistungsgruppen, die ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien sie grundsätzlich erfüllen. Die Medizinischen Dienste erhalten die neue Aufgabe, zu prüfen, ob Krankenhäuser die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einhalten.

Um Bürokratie abzubauen und Prozesse effizienter zu machen, soll die Übermittlung von Daten der Krankenhäuser an die Medizinischen Dienste zudem nur noch auf elektronischem Wege möglich sein. Gleichzeitig wird der Medizinische Dienst Bund verpflichtet, eine Datenbank zu errichten, in welcher Prüfergebnisse und Mitteilungen der Medizinischen Dienste gebündelt werden. Hieran anknüpfend wird das Berichtswesen der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund erweitert.

Es ist sachgerecht, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst geprüft wird. Auf Grund ihrer fundierten Erfahrung mit Prüfaufgaben im Krankenhaus, hier insbesondere mit Strukturprüfungen gemäß §§ 275a und 275d SGB V, und durch die Expertise der Gutachterinnen und Gutachter sind die Medizinischen Dienste bestmöglich geeignet, die Einhaltung der vorgesehenen Qualitätskriterien bundesweit einheitlich zu prüfen. Auch ist die vorgesehene Verzahnung unterschiedlicher Prüfgebiete des Medizinischen Dienstes ausdrücklich zu befürworten. In Zeiten knapper Fachkräfte können so Aufwände sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten der Dienste verringert werden.

Mit dem Ziel einer aufwandsarmen Ausgestaltung wird auch der Umstieg von der Einzelfall- zur Stichprobenprüfung stationärer Abrechnungen vorgesehen. Ziel eines solchen Prüfverfahrens und somit auch einer Stichprobenprüfung muss es grundsätzlich immer sein, über eine entsprechende Ausgestaltung einen starken Anreiz für eine Verbesserung der Abrechnungsqualität zu setzen. Somit sollten noch gesetzliche Ergänzungen etwa in Bezug auf Zielsetzung des Verfahrens und die Folgen von Fehlrechnungen vorgenommen werden. Auch ist der Übergang von der Einzelfall- zur Stichprobenprüfung zu regeln.

**In Bezug auf die folgenden Regelungen sehen die Medizinischen Dienste Anpassungs- und Änderungsbedarf:**

- Um der Intention des Referentenentwurfes gerecht zu werden, bürokratischen Aufwand zu vermeiden, und vor dem Hintergrund, dass dem Medizinischen Dienst keine inhaltlichen Auslegungen zu den Qualitätskriterien gestattet sind, ist es zwingend, den Medizinischen Dienst Bund an der **Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und deren Kriterien** regelhaft zu beteiligen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Qualitätskriterien aufwandsarm und insbesondere ohne Auslegungsprobleme und nachgehende Rechtsstreitigkeiten geprüft werden können.
- Abgelehnt wird, dass der Medizinische Dienst vorliegende **Zertifikate der Krankenhäuser im Rahmen der Prüfungen** zu berücksichtigen hat. Entbürokratisierung ist eine wichtige Zielsetzung des Entwurfes, die ausdrücklich unterstützt wird. Mit der Verwendung von Zertifikaten als Nachweis für die Erfüllung von Qualitätskriterien soll zwar ein weiterer Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet werden, es besteht aber für solche Zertifikate, angesichts der großen Heterogenität, keinerlei Standardisierung. Somit ist eine Gleichbehandlung zwischen Krankenhäusern, die die Erfüllung von Qualitätskriterien über ein Zertifikat, und Krankenhäusern, die die Erfüllung derselben Kriterien über eine Prüfung des unabhängigen Medizinischen Dienstes nachgewiesen haben, nicht gewährleistet. Vor diesem Hintergrund ist die Berücksichtigung von Zertifikaten als gleichwertigem Nachweis abzulehnen.
- Kritisch gesehen wird die Ausgestaltung der Vorschriften zur Rückkopplung der Landesbehörde als Auftraggeberin mit dem Medizinischen Dienst. Die Vorgabe, nach der die beauftragende Stelle den Medizinischen Dienst innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Gutachtens auf **“offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten”** hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen abzuklären hat und dass, sofern erforderlich das Gutachten korrigiert werden muss, entspricht nicht der Arbeitsweise eines hochqualifizierten und unabhängigen Prüfdienstes wie dem Medizinischen Dienst. Kein Problem würde es demgegenüber darstellen, wenn der Medizinische Dienst der zuständigen Landesbehörde bei negativem Prüfergebnis vor Gutachtenabschluss Gelegenheit zur Stellungnahme geben und verpflichtet würde, die Stellungnahme der Landesbehörde bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Damit würde auch der Zielsetzung des Entwurfes, einer Entlastung von Aufwand auf allen Seiten, Rechnung getragen.
- Um Bürokratieabbau und Transparenz mit der Einführung der geplanten **standortbezogenen Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V** voranzutreiben und gleichzeitig auf Bundesebene keine personenbezogenen Daten zu verarbeiten bzw. zu veröffentlichen, hält es der Medizinische Dienst für notwendig, zwischen einer Ergebnisdatenbank, die durch den Medizinischen Dienst Bund zu führen und umzusetzen ist und die keine personenbezogene Daten enthält, und Datenbanken bei den Medizinischen Diensten, die Strukturinformationen der Krankenhäuser für eine effektive Entbürokratisierung enthalten, zu trennen. Zudem kann der Aufbau erst final umgesetzt werden, nachdem die erforderlichen Beschreibungen in einer Richtlinie getroffen wurden. Dem sollte bei der Frist, bis wann die Datenbank erstmals umzusetzen ist, Rechnung getragen werden. Für den Aufbau wird ein mehrstufiges Verfahren und eine Verankerung der Vorgaben in einer gesonderten Richtlinie empfohlen.

- Per zustimmungspflichtiger Rechtsverordnung wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt, Leistungsgruppen und zugehörige Qualitätskriterien festzulegen und weiterzuentwickeln. In dieser Rechtsverordnung sind auch **Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden** zu treffen. Kooperationsvereinbarungen zwischen regionalen Krankenhäusern mit nahegelegenen überregionalen Versorgern oder Maximalversorgern sind grundsätzlich sinnvoll, es bedarf hier im Sinne der Patientensicherheit und einer hohen Versorgungsqualität jedoch eines geeigneten Rahmens. So sind Vorgaben zu den durch das regionale Krankenhaus einzuhaltenden Kriterien, zur Vermeidung einer Überlastung des spezialisierten Kooperationspartners und zur maximalen Entfernung eines Kooperationspartners bzw. zur zeitlichen Verfügbarkeit der Kooperationsleistung am Standort der Leistungserbringung zu treffen.
- Es ist vorgesehen, dass der Medizinische Dienst eine beauftragte **Leistungsgruppenprüfung** unverzüglich durchzuführen und in der Regel **innerhalb von zehn Wochen** abzuschließen hat. Hier ist klarzustellen, dass die Frist erst beginnt, wenn alle erforderlichen Unterlagen beim Medizinischen Dienst vorliegen. Grundsätzlich sollte eine Abstimmung mit dem Auftraggeber der Prüfung vorgesehen werden, um eine schnelle Bearbeitung der Aufträge sicherzustellen.
- Es wird festgelegt, dass der Medizinische Dienst „rechtzeitig“ vor Ablauf der Frist von maximal zwei Jahren mit einer **Folgebegutachtung** beauftragt werden muss. Dies ist zu begrüßen. „Rechtzeitig“ sollte im Sinne einer konkreten Zeitvorgabe weiter konkretisiert werden. So muss eine Folgebegutachtung bis spätestens sechzehn Wochen vor Ablauf der Gültigkeit des Gutachtens beauftragt werden.
- Die Einführung einer **Evaluation zu den Auswirkungen des Gesetzes** ist zu begrüßen. Der Medizinische Dienst Bund sollte jedoch wegen seiner Aufgaben im Bereich der Qualitätsprüfung direkt in die Evaluation einbezogen werden und nicht nur als Datenlieferant fungieren.

## II Stellungnahme zum Referentenentwurf

### Zu Artikel 1 Nr. 9, § 135e SGB V Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

#### Zu Absatz 2:

Per zustimmungspflichtiger Rechtsverordnung wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt, Leistungsgruppen und zugehörige Qualitätskriterien festzulegen und weiterzuentwickeln. In dieser Rechtsverordnung sind auch Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden zu treffen.

#### Bewertung:

Kooperationsvereinbarungen zwischen regionalen Krankenhäusern mit nahegelegenen überregionalen Versorgern oder Maximalversorgern sind grundsätzlich sinnvoll, es bedarf hier im Sinne der Patientensicherheit und einer hohen Versorgungsqualität jedoch eines geeigneten Rahmens. Bei der Ausgestaltung des Rahmens in der Rechtsverordnung müssen insbesondere Vorgaben zu den durch das regionale Krankenhaus einzuhaltenden Kriterien, zur Vermeidung einer Überlastung des spezialisierten Kooperationspartners und zur maximalen Entfernung eines Kooperationspartners bzw. zur zeitlichen Verfügbarkeit der Kooperationsleistung am Standort der Leistungserbringung getroffen werden.

#### Zu Absatz 3:

Zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung soll ein Ausschuss eingerichtet werden, der entsprechende Empfehlungen beschließt. Der Ausschuss soll paritätisch mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits besetzt werden. Die Patientenorganisationen nach § 140f SGB V können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Außerdem kann der Ausschuss auch weitere sachverständige Personen wie beispielsweise Sachverständige zum Thema Strahlenschutz, Patientensicherheit oder den Medizinischen Dienst Bund zur Beratung hinzuziehen.

#### Bewertung:

Um die Prüfbarkeit der festgelegten Qualitätskriterien sicher zu stellen und eine für alle Seiten aufwandsarme Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu gewährleisten, ist es notwendig, den Medizinischen Dienst regelhaft in die Erstellung der Kriterien mit einzubeziehen. In der Gesetzesbegründung zur Änderung in § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird festgelegt, dass im Rahmen der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 durch den Medizinischen Dienst keine inhaltlichen Auslegungen oder Konkretisierungen zu den Qualitätskriterien nach § 135e gestattet sind. Damit ist der Medizinische Dienst darauf angewiesen, dass die Prüfbarkeit der festgelegten Kriterien bei der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen gewährleistet wird. Sollte die Prüfbarkeit der Kriterien

hingegen nur unzureichend gesichert sein, kann dies zu rechtlichen Konflikten und Unsicherheiten führen, die die Prüfungen diskreditieren und diese aufwendiger machen sowie die bundesweit einheitliche Umsetzung der Begutachtung gefährden.

Änderungsvorschlag:

In § 135e Absatz 3 SGB V wird folgende Ergänzung vorgenommen:

*„Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits und berät unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund.“*

Zu Absatz 4:

Als neue Aufgabe des Medizinischen Dienstes Bund wird die „Übersetzung“ der auf der spezifischen Rechtslage in Nordrhein-Westfalen basierenden Qualitätskriterien in bundesweit einheitliche Vorgaben unter Berücksichtigung der landesspezifischen Vorgaben der anderen Länder eingeführt. Der Medizinische Dienst Bund soll dies als bundeseinheitliche Grundlage für die Prüfungen nach §275a SGB V veröffentlichen. Die Veröffentlichung soll spätestens drei Monate nach In-Kraft-Treten des Gesetzes erfolgen.

Bewertung:

Die neue Aufgabe kann der Medizinische Dienst Bund übernehmen. Das Ziel der Gewährleistung der Einheitlichkeit wird begrüßt. Angesichts der vorgesehenen Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer wird davon ausgegangen, dass sich die Aufgabe schwerpunktmäßig auf die ärztliche Qualifikation bezieht. Weitere gesetzliche Konkretisierungen zu den Inhalten, die übersetzt werden sollen, sind jedoch notwendig. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass die Übersetzung der für Nordrhein-Westfalen spezifischen Vorgaben auf die jeweiligen Länder zu keiner Verzögerung bei der Prüfung der Leistungsgruppen führt.

## Zu Artikel 1 Nr. 12, § 137 Absatz 3 SGB V

### Zu Buchstabe c:

Die vorgesehene Streichung von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bedeutet den Wegfall anlassbezogener Kontrollen von sog. Strukturprozessrichtlinien. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Kontrollen durch die Leistungsgruppenprüfungen angemessen ersetzt werden können.

### Bewertung:

Anlassbezogene Kontrollen sind derzeit möglich, wenn ein Krankenhaus erstmalig das Erfüllen der Qualitätsanforderungen einer Strukturprozessrichtlinie gegenüber den Kostenträgern nachweist und auch in den Fällen, in denen bei einer vorherigen Prüfung nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt wurden. Da die Qualitätskriterien von Leistungsgruppen und die zum Teil sehr spezifischen Qualitätsanforderungen von Strukturprozessrichtlinien nicht identisch sind, sollte auf anlassbezogene Kontrollen bei o.g. Konstellationen nicht verzichtet werden.

### Änderungsvorschlag:

Die vorgesehene Streichung sollte entfallen.



## Zu Artikel 1 Nr. 15, § 275a SGB V Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

### Zu Absatz 1:

Der neue § 275 a stellt zukünftig die gesetzliche Grundlage für Prüfungen von Leistungsgruppen, OPS-Strukturmerkmalen und Prüfungen der Einhaltung von G-BA Richtlinien zur Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst dar. Die Prüfungen sollen aufwandsarm gestaltet werden und einheitlich und aufeinander abgestimmt durchgeführt werden.

Als Regelverfahren gilt ein schriftliches Verfahren auf Basis vorliegender Daten und Auskünfte der Krankenhäuser. Eine Prüfung vor Ort ist nur dann vorgesehen, wenn eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist.

Grundlage der Prüfungen von Leistungsgruppen und OPS-Strukturmerkmalen ist eine Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund. Die Überprüfung der Einhaltung von G-BA-Richtlinien zur Qualitätssicherung soll weiterhin auf Basis der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des G-BA stattfinden. Übermittlungen von Unterlagen und Prüfergebnissen sollen grundsätzlich elektronisch erfolgen.

### Bewertung:

Es wird ausdrücklich befürwortet, dass Grundlage der Leistungsgruppenprüfungen und der Prüfungen von OPS-Strukturmerkmalen eine Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Nr. 3 SGB V des Medizinischen Dienstes Bund sein soll. So kann ein einheitliches Vorgehen sichergestellt werden. Begrüßt wird, dass im Sinne einer Entbürokratisierung und somit einer Reduzierung des Aufwandes auf Seiten der Dienste und der Krankenhäuser Nachweise und Erkenntnisse der drei Prüfbereiche (Leistungsgruppen, OPS-Strukturmerkmale und Prüfung der Einhaltung von G-BA Richtlinien zur Qualitätssicherung) wechselseitig genutzt werden müssen, dass eine Datenbank zu den in den Krankenhäusern geprüften Strukturen und Anforderungen geführt werden muss und dass Prüfungen aller drei Prüfbereiche „soweit möglich“ einheitlich und abgestimmt erfolgen sollen.

Die gesetzliche Vorgabe, zukünftige Prüfungen regelhaft im schriftlichen Verfahren durchführen zu müssen, wird kritisch gesehen. Die in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Nummer 3 SGB V bis dato vorgesehenen drei Erledigungsarten (schriftliches Verfahren, schriftliches Verfahren mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung, Vor-Ort-Prüfung) haben sich in der Praxis bewährt. Auch sollte die Entscheidung über die Erledigungsart weiterhin dem Medizinischen Dienst obliegen.

Die Prüfungen sollen auf Basis vorliegender Daten und Auskünfte der Krankenhäuser erfolgen. Aus dieser Formulierung könnte abgeleitet werden, dass die Medizinischen Dienste keine Prüfung mehr anhand von Nachweisen und Belegen durchführen, sondern auf Grundlage von Selbstauskünften der Krankenhäuser (z. B. „Checklisten“) beurteilen müssen. Dies wäre nicht sachgerecht. Im Sinne einer klareren Vorgabe wird daher vorgeschlagen, die Prüfbasis um Nachweise und Unterlagen zu ergänzen.

Änderungsvorschlag:

§ 275a Absatz 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

*“Sie erfolgen ~~in der Regel~~ im schriftlichen Verfahren, als Vor-Ort-Prüfung oder in einem kombinierten Verfahren auf Basis vorliegender Daten, Nachweisen und Unterlagen sowie Auskünften der Krankenhäuser; abweichend davon erfolgen sie angemeldet vor Ort, soweit eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist.”*

Abgelehnt wird, dass der Medizinische Dienst vorliegende **Zertifikate im Rahmen der Prüfungen** zu berücksichtigen hat. Entbürokratisierung ist ein wichtiger Teilaspekt des Entwurfes, der ausdrücklich unterstützt wird. Mit der Digitalisierung der Prozesse der Antragsstellung, der Übermittlung der Unterlagen, der Gutachten und der Bescheinigungen und weiterer Prozessschritte sowie der Verwendung von Nachweisen aus anderen Prüfungen im Sinne der Harmonisierung kann ein wesentlicher Bürokratieabbau erreicht werden.

Durch die Verwendung von Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V kann ein solcher Bürokratieabbau vorangetrieben werden, da die dort hinterlegten Daten, die über die aus den Datensätzen nach § 21 KHG gewonnenen Informationen hinausgehen, weitgehend auf Selbstauskünften der Krankenhäuser beruhen, dürfen diese Daten allerdings nicht ungeprüft zur Begutachtung herangezogen werden.

Mit der Verwendung von Zertifikaten als Nachweise für die Erfüllung von Qualitätskriterien soll zwar ein weiterer Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet werden, leider besteht aber für solche Zertifikate keinerlei Standardisierung. Zum einen besteht für Zertifikate keine einheitliche Grundlage, eine Gleichbehandlung kann somit nicht sichergestellt werden. Eine Gleichbehandlung ist somit auch nicht zwingend gewährleistet zwischen Krankenhäusern, die die Einhaltung von Qualitätskriterien durch ein Zertifikat, und Krankenhäusern, die die Einhaltung derselben Qualitätskriterien durch die Prüfung eines unabhängigen Prüfdienstes nachgewiesen haben. Zum anderen sind Verzerrungen nicht auszuschließen, dadurch, dass Zertifizierungsverfahren häufig privatwirtschaftlich, teilweise auch mit Gewinnerzielungsabsicht, entwickelt und angewendet werden.

Änderungsvorschlag:

§ 275a Absatz 1 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

*“Die Prüfungen nach Satz 1 führt der Medizinische Dienst soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch, verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach diesem Absatz wechselseitig und führt die Datenbank nach § 283 Absatz 5 zu den in den Standorten der Krankenhäuser nach Satz 1 geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen; ~~vorliegende Zertifikate und Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d sind~~ ergänzend zu den Nachweisen und Unterlagen nach Satz 3 im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen einzubeziehen.”*

#### Zu Absatz 2:

Prüfungen von Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst erfolgen nach Beauftragung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bzw. bei Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V, in denen Leistungsgruppen vereinbart werden sollen, durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Die Prüfung ist unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen mit einem Gutachten abzuschließen. Das Gutachten ist der beauftragenden Stelle zuzusenden.

Diese hat den Medizinischen Dienst innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Gutachtens auf offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten hinzuweisen. Sofern erforderlich ist das Gutachten zu korrigieren.

Die erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen sind bis spätestens zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat diese erstmaligen Prüfungen bis spätestens zum 30. Juni 2026 abzuschließen. Für Folgeprüfungen wird festgelegt, dass der Medizinische Dienst „rechtzeitig“ vor Ablauf der Frist von maximal zwei Jahren (siehe Absatz 3) mit einer Folgebegutachtung beauftragt werden muss.

#### Bewertung:

Die Verpflichtung zur Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Leistungsgruppenprüfung durch die Länder ist sachgerecht, da vergleichbare Kompetenzen und Strukturen im System nicht im notwendigen Umfang verfügbar sind.

Bei den folgenden Regelungen wird zusätzlich folgender Änderungsbedarf gesehen:

#### Prüfung durch den MD in der Regel innerhalb von zehn Wochen

Die Zehn-Wochen-Frist soll laut Begründung ab dem Zeitpunkt der Beauftragung beginnen. Bei einer Frist für die Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus von sechs Wochen blieben dem Medizinischen Dienst für die eigentliche Prüfung somit nur noch vier Wochen. Die Zehn-Wochen-Frist sollte daher erst dann beginnen, sobald alle erforderlichen Unterlagen beim Medizinischen Dienst eingegangen sind.

Es wird angeregt vorzusehen, dass regelhaft Abstimmungen zwischen dem jeweiligen Medizinischen Dienst und der Landesbehörde zur zeitlichen Taktung der Aufträge zu treffen sind, um eine gleichmäßige Beauftragung und Abarbeitung sicherzustellen. Dies sollte sowohl für erstmalige Prüfungen als auch für Folgeprüfungen gelten.

#### „Korrekturverfahren“

Grundsätzlich steht es außer Frage, dass Gutachten bei offenkundigen fachlichen Fehlern zu korrigieren sind. Dies entspricht selbstverständlich dem Anspruch des Medizinischen Dienstes an die Qualität seiner Gutachten. Die hier gewählte Ausgestaltung der Vorschriften zur Rückkopplung der Landesbehörde als Auftraggeberin mit dem Medizinischen Dienst wird jedoch abgelehnt. Die Vorgabe, nach der die beauftragende Stelle den Medizinischen Dienst innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Gut-

achtens im Rahmen eines „Korrekturverfahrens“ auf „offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten“ hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen abzuklären hat und dass, sofern erforderlich das Gutachten korrigiert werden muss, entspricht nicht der Arbeitsweise eines hochqualifizierten und unabhängigen Prüfdienstes wie dem Medizinischen Dienst.

Kein Problem würde es demgegenüber darstellen, wenn der Medizinische Dienst der zuständigen Landesbehörde ausschließlich bei negativem Ergebnis seiner Prüfung vor Gutachtenabschluss Gelegenheit zur fachlichen Stellungnahme geben und verpflichtet würde, die Stellungnahme der Landesbehörde bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. So würde die mit dem Entwurf beabsichtigte Reduzierung von Aufwand auch hier konsequent verfolgt und der bürokratische Aufwand sowohl für die Länder als auch für die Medizinischen Dienste verringert. Außerdem würde sich das Verfahren für die voraussichtlich deutlich häufigeren positiven Entscheidungen beschleunigen. Es erscheint hingegen nicht erforderlich, pauschal alle Gutachten einer Vorab-Prüfung der beauftragenden Stelle zu unterziehen.

Es ist zudem klarzustellen, dass die Zwei-Wochen-Frist zur Abgabe einer Stellungnahme, die der beauftragenden Stelle bei negativem Prüfergebnis gegeben wird, nicht Bestandteil der zehnwöchigen Prüffrist des Medizinischen Dienstes ist.

Es wird daher die folgende Änderung angeregt:

#### Änderungsvorschlag:

In § 275a Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

*„[...] Der Medizinische Dienst hat eine nach den Sätzen 1 und 2 beauftragte Prüfung eines Krankenhauses unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ~~mit einem Gutachten abzuschließen und dieses allein der beauftragenden Stelle nach Satz 1 oder Satz 2 zuzusenden. Die Frist nach Satz 4 beginnt mit Vorliegen vollständiger und aussagekräftiger Unterlagen. Vor elektronischer Übermittlung des Gutachtens gemäß Absatz 3 Satz 1 übersendet der Medizinische Dienst im Fall eines negativen Prüfergebnisses das Gutachten allein der~~ Die beauftragende Stelle nach Satz 1 oder Satz 2, hat den Medizinischen Dienst Die beauftragende Stelle nach Satz 1 oder Satz 2 erhält in diesen Fällen Gelegenheit zu einer Stellungnahme innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Gutachtens. auf offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen abzuklären; sofern erforderlich, ist das Gutachten zu korrigieren. Der Medizinische Dienst hat die Stellungnahme der beauftragenden Stelle bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen.“*

#### Rechtzeitige Beauftragung von Folgebegutachtungen

Es wird vorgeschlagen, dass die Vorgabe einer „rechtzeitigen“ Beauftragung einer Folgeprüfung dahingehend konkretisiert wird, dass die Beauftragung einer Folgeprüfung bis spätestens sechzehn Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des aktuellen Gutachtens zu erfolgen hat. Die 16 Wochen leiten sich aus der sechswöchigen Frist für die Übermittlung von Unterlagen der Krankenhäuser und der zehnwöchigen Bearbeitungszeit der Medizinischen Dienste ab.

Änderungsvorschlag:

§ 275a Absatz 2 Satz 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Für zukünftige Folgeprüfungen nach den Sätzen 1 oder 2 ist der Medizinische Dienst rechtzeitig, spätestens bis 16 Wochen vor Ablauf der Frist nach Absatz 3 Satz 2 zu beauftragen.“*

Zu Absatz 5:

Der jetzige § 275d SGB V wurde nahezu inhaltsgleich in den neuen § 275a SGB V übernommen.

Bewertung:

Seit Beginn der OPS-Strukturprüfungen wird eine klare gesetzliche Formulierung vermisst, dass Strukturmerkmale kontinuierlich eingehalten werden müssen.

Änderungsvorschlag:

§ 275a Absatz 5 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

*„Krankenhäuser haben die kontinuierliche Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grundlage des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.“*

## Zu Artikel 1 Nr. 22, § 283 i. V. m. § 275a Absatz 1 Satz 5 SGB V Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V

### Zu Absatz 2:

Der Medizinische Dienst Bund soll künftig zu den Leistungsgruppenprüfungen (§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V - neu -) und den OPS-Strukturprüfungen (§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V – neu -) eine (gemeinsame) Richtlinie erlassen. Darin sollen auch die fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und die Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, sowie geeignete Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten, festgelegt werden. Die Richtlinie „Regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d“ in ihrer aktuellen Fassung ist gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V – neu - bis sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes entsprechend anzupassen.

### Bewertung:

Es ist zu begrüßen, dass der Medizinische Dienst Bund die Richtlinie nach § 275d SGB V um die Prüfung der Leistungsgruppen erweitern soll. Dies ermöglicht einerseits die Verzahnung der beiden Prüffelder und garantiert eine bundesweit einheitliche Umsetzung.

### Zu Absatz 2a – neu -:

Hier wird eine Folgeänderung zu der rechtsbereinigenden Aufhebung von § 411 SGB V vorgenommen. Der neue Absatz entspricht dem aufgehobenen § 411 Absatz 3 Satz 2 bis 6 SGB V.

### Bewertung:

Die Ausführungen entsprechen somit der bisherigen Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß § 411 SGB V. Eine materielle Änderung ist hiermit nicht verbunden.

### Zu Absatz 5:

Der Medizinische Dienst Bund wird beauftragt, eine standortbezogene Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V aufzubauen und zu betreiben.

### Bewertung:

Die Einführung einer Datenbank ist grundsätzlich zu begrüßen. Folgende Anpassungen sollten jedoch vorgenommen werden:

Um dem Anliegen des Gesetzgebers gerecht zu werden, Bürokratieabbau und Transparenz voranzutreiben und gleichzeitig auf Bundesebene keine personenbezogenen Daten zu verarbeiten bzw. zu veröffentlichen, wird vorgeschlagen, zwischen einer Ergebnisdatenbank, die durch den Medizinischen Dienst Bund zu führen und umzusetzen ist und keine personenbezogene Daten enthält, und Datenbanken bei den Medizinischen Diensten, die Strukturinformationen der Krankenhäuser für eine effektive Entbürokratisierung enthalten, zu trennen. Die vorgesehenen Übermittlungen sollen über die Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund erfolgen, sobald diese umgesetzt ist. Aufgrund des Aufbaues regionaler Strukturdatenbanken benötigen die Medizinischen Dienste keinen Zugriff auf die Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund.

Es ist darüber hinaus nicht sachgerecht, die Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund zeitgleich aufzubauen und das Nähere in einer (einzigen) Richtlinie zu regeln. Erst nachdem die erforderlichen Beschreibungen in einer Richtlinie getroffen wurden, kann der Aufbau einer Datenbank final umgesetzt werden. Dies sollte auch bei der Frist, bis wann die Datenbank erstmals umgesetzt ist, berücksichtigt werden. Der Änderungsvorschlag sieht diesbezüglich einen verbindlichen Umsetzungstermin für die Datenbank vor und ermöglicht gleichzeitig eine gewisse Flexibilität im Verfahren. Zudem wird hier ein schrittweiser Aufbau empfohlen. Vorrangig sollte hier das Ergebnis der Prüfung der Leistungsgruppen mit Informationen zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der geprüften Strukturen abgebildet werden.

Das Nähere zu den Datenbanken kann zumindest in Teilen erst nach Abstimmung der Vorgaben zu den Prüfverfahren und Prüfinhalten (betrifft insb. Leistungsgruppen) definiert werden. Vor dem Hintergrund der zeitnah erforderlichen Ausarbeitung und Genehmigung der fachlichen Vorgaben für die Prüfungen, erscheint eine Verflechtung mit den technischen Beschreibungen zur Datenbank, welche die Einbindung weiterer Beteiligter (u.a. technischer Experten) erfordern und Auswirkungen auf den zeitlichen Rahmen haben wird, kontraproduktiv. Auch die regelmäßig notwendige Fort- und Weiterentwicklung der Datenbankstrukturen würde durch eine separate Richtlinie, die die zielgerichtete Beteiligung Dritter, denen Daten bereitgestellt werden sollen, vereinfacht, erleichtert. Es ist daher sachgerecht, die Vorgaben zur Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund und den Strukturdatenbanken der Medizinischen Dienste in einer separaten Richtlinie zu regeln. Letztere sollte dann bis zwölf Monate nach Inkrafttreten erlassen werden.

In § 275a Absatz 1 SGB V sollte die Aufteilung zwischen der Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund und den Strukturdatenbanken der Medizinischen Dienste nachvollzogen werden.

#### Änderungsvorschläge:

1. § 283 Absatz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(5) Der Medizinische Dienst Bund führt eine Ergebnisdatenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1. In der Datenbank auszuweisen sind standortbezogen*

- 1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen,*
- 2. die Mitteilungen nach § 275a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 5 Satz 5 sowie*
- 3. die Feststellungen nach § 275a Absatz 3 Satz 4.*



*Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank nach Satz 1 erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste ~~berichten~~ übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die für die Datenbank erforderlichen Daten. ~~und erhalten auf die für ihr Zuständigkeitsgebiet relevanten und für die jeweilige Prüfung erforderlichen Daten Zugriff~~ Die Medizinischen Dienste führen jeweils eine Strukturdatenbank, in der Strukturinformationen der Krankenhäuser vorgehalten werden.*

*Sobald die Datenbank nach Satz 1 umgesetzt ist, werden die Übermittlungen nach § 275a Absatz 3 Satz 1, 4 und 5, Absatz 5 Satz 4 und Absatz 6 Satz 3 durch Gewährung eines direkten Zugriffs der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, des Landesausschusses des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen auf die jeweils für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets ersetzt. Als Standorte eines Krankenhauses sind die Standorte gemäß § 135d Absatz 3 Satz 3 anzusehen. ~~Das Nähere zum Verfahren, zu den Nutzer- und Zugriffsrechten und zu den konkreten Daten regelt die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3.~~ Das Nähere zum Verfahren, zu den Nutzer- und Zugriffsrechten und den konkreten Datenspezifikationen für die Datenbank nach Satz 1 sowie die für ein einheitliches Prüfverfahren erforderlichen Rahmenbedingungen für die Datenbanken nach Satz 6 regelt die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10. Der Medizinische Dienst Bund setzt die Datenbank nach Satz 1 erstmals spätestens bis zum [6 12 Monate nach Inkrafttreten]um. Der Aufbau der Datenbank nach Satz 1 kann schrittweise erfolgen.“*

1. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; der Medizinische Dienst Bund hat in der Richtlinie ~~das Nähere zur Datenbank nach Absatz 5~~ sowie geeignete Maßnahmen festzulegen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten; die Richtlinie Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d in ihrer aktuellen Fassung ist insoweit bis zum [6 Monate nach Inkrafttreten] anzupassen; die Richtlinie ist bei Bedarf anzupassen“.*

2. § 283 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

*„10. über das Nähere zur Datenbank nach Absatz 5 Satz 1 und zu den Datenbanken nach Absatz 5 Satz 6. Die Richtlinie ist bis spätestens [12 Monate nach Inkrafttreten] zu erlassen.“*

3. § 275 a Absatz 1 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Die Prüfungen nach Satz 1 führt der Medizinische Dienst soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch, verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach diesem Absatz wechselseitig und führt die Datenbank nach § 283 Absatz 5 Satz 6 zu den in den Standorten der Krankenhäuser nach Satz 1 geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen.“*



## Zu Artikel 1 Nr. 26, § 426 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Die Regelung sieht eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG vor, die ergänzend neben die in § 17b Absatz 4c KHG vorgesehene Evaluation der Wirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung und in § 115g Absatz 4 vorgesehene Evaluation der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen tritt. Hierbei sind auch die Regelungen über die Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien der einzelnen Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste zu evaluieren. Vorliegende Informationen, in welchem Ausmaß Korrekturbedarf im Sinne des § 275a Absatz 2 Satz 5 zu den Gutachten der Medizinischen Dienste bestand, sind in die Evaluation einzubeziehen. Es soll auch evaluiert werden, inwieweit eine Vereinheitlichung der Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 4 (neu) erreicht werden konnte. Soweit möglich, soll der Evaluationsbericht auch Ausführungen zu den übergeordneten Zielen des KHVVG enthalten. Die drei zentralen Ziele sind: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung.

### Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund sollte in die vorgesehene Evaluation miteinbezogen werden, um seine Erfahrungen bei der Umsetzung der Regelungen im KHVVG – einbringen zu können. Zentrale inhaltliche Ziele der Evaluation zielen auf Fragen ab, an deren Beantwortung der Medizinische Dienst unmittelbar beteiligt ist. Hierzu zählt insbesondere in welchem Ausmaß Korrekturbedarf im Sinne des § 275a Absatz 2 Satz 5 zu den Gutachten der Medizinische Dienste bestand und inwieweit eine Vereinheitlichung der Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 4 (neu) erreicht werden konnte. Die Erfahrungen der Medizinischen Dienste aus der Praxis der Begutachtung sollten genutzt werden, um die Umsetzung der vom Gesetzgeber beschriebenen zentralen Ziele des KHVVG zu prüfen und Maßnahmen zu deren besseren Umsetzung abzuleiten.

Entsprechend wird folgende Änderung vorgeschlagen:

### Änderungsvorschlag:

§ 426 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung, ~~und~~ die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Medizinische Dienst Bund legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, erstmals zum 31. Dezember 2029, zum 31. Dezember 2034 sowie zum 31. Dezember 2039 einen gemeinsamen Bericht vor über [...]“*

## Zu Artikel 3 Nr. 2, § 6a Absatz 2 KHG Zuweisung von Leistungsgruppen

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, einem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, auch wenn die zugehörigen Qualitätskriterien nicht erfüllt sind.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich, in diesem Prozess durch den Medizinischen Dienst beraten lassen.

### Bewertung:

Die Möglichkeit zur Beratung der Landesbehörde durch den Medizinischen Dienst wird begrüßt, um die dort vorhandene Fachexpertise und Erfahrungen aus der Begutachtung zu nutzen. Eine unbefristete Zuweisung einer Leistungsgruppe im Falle der Nichterfüllung von Qualitätskriterien erscheint jedoch problematisch, da zu den ursprünglich nicht erfüllten Qualitätskriterien im Laufe der Zeit weitere Nichterfüllungen treten können.

### Änderungsvorschlag:

§ 6a Absatz 2 Satz 5 KHG wird wie folgt ergänzt:

„; die Meldepflichten gemäß § 275a Absatz 3 Satz 3 bis 5 bleiben davon unberührt.“

## Zu Artikel 3 Nr. 9, § 17c KHG Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

Mit dem neuen Absatz 1a wird der Umstieg von der Prüfung der Einhaltung der Verpflichtungen eines Krankenhauses nach § 17c Absatz 1 Satz 1 KHG im Einzelfall hin zu Stichprobenprüfungen vorgegeben. Die Stichprobenprüfungen finden ab dem 1. Januar 2027 Anwendung. Der Medizinische Dienst Bund wird beauftragt, ein schriftliches Konzept zur Stichprobenprüfung bis zum 28. Februar 2026 zu entwickeln und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband vorzulegen. Die DKG und der GKV-Spitzenverband vereinbaren dann auf der Basis des vorgelegten Konzepts, bis spätestens zum 30. Juni 2026, die Einführung einer Stichprobenprüfung. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle. Sobald auf der Grundlage der Vereinbarung oder der Festsetzung durch die Schiedsstelle die Stichprobenprüfung erfolgt, findet die Einzelfallprüfung und das Prüfquotensystem nach § 275c SGB V keine Anwendung mehr für Krankenkassen und Krankenhäuser. Zielsetzung der vorgesehenen Änderungen soll ein Abbau von Bürokratie sein.

### Bewertung:

Der Anteil, der durch den Medizinischen Dienst insgesamt geprüften Fälle (Prüfquote), lag vor der Corona-Pandemie regional bei bis zu 30 Prozent aller Krankenhausrechnungen (2019 im Mittel 20,2 Prozent). Während der Pandemie wurde diese Zahl auf fünf Prozent und derzeit in Abhängigkeit des Anteils unbeanstandeter Schlussrechnungen auf 5 bis 15 Prozent beschränkt.

Zwischen 2019 und 2022 hat sich die Zahl durchgeführter Krankenhausrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst – und damit auch der Prüfaufwand mehr als halbiert (minus 55,8 Prozent). Dabei spielt der durch die Corona-Pandemie bedingte Rückgang der Krankenhausesfälle mit knapp 14 Prozent nur eine untergeordnete Rolle. Im Wesentlichen ist der Rückgang auf die mit dem MDK-Reformgesetz intendierte Deckelung der Prüfquote zurückzuführen. Folgerichtig haben sich die Rückzahlungen, die die Krankenhäuser aufgrund einer MD-Prüfung an die Krankenkassen zu leisten hatten, ebenfalls um rund die Hälfte vermindert (minus 49,7 Prozent).

Die Zahlen zeigen, dass bei den Krankenhausrechnungen durch die Halbierung der Prüffälle bereits eine deutliche Entlastung von prüfungsbedingten Aufwänden auf Seiten der Krankenhäuser eingetreten ist. Allerdings muss bezweifelt werden, ob der Rückgang der Fälle auch zu einem Rückgang der Aufwände bei den Kostenträgern und Prüfinstitutionen führt. Dagegen spricht zum einen, dass die Deckelung der möglichen Prüffälle naturgemäß zu einer noch stärker auf komplexe und hochpreisige Fälle fokussierten Fallauswahl führt. So beobachten die Medizinischen Dienste eine ständige Zunahme der Bearbeitungsdauer des Einzelfalls durch eine noch gezieltere Fallauswahl. Zum anderen hat das mit dem MDK-Reformgesetz eingeführte System von je nach Abrechnungsqualität des einzelnen Krankenhauses gestaffelten Prüfquoten zu einem enormen Erfassungs-, Berechnungs- und Berichtswesen bei Krankenkassen und Medizinischen Diensten mit entsprechendem Erfüllungsaufwand geführt. Begründet wurde dieser reformbedingte Zusatzaufwand mit dem Ziel, mit den gestaffelten Prüfquoten einen wirksamen Anreiz zu besserer Abrechnungsqualität zu setzen.

Die Beanstandungsquote des Medizinischen Dienstes bei in der Regel überhöhten Krankenhausrechnungen hat sich seit dem MDK-Reformgesetz im Mittel so gut wie nicht verändert und lag 2022 bei

52,4 Prozent. Auch wenn belegt ist, dass es in den einzelnen Abrechnungsquartalen bei den Anteilen der Krankenhäuser mit guter, mittlerer und schlechter Abrechnungsqualität leichte Verschiebungen in die eine oder andere Richtung gibt, deutet eine unabhängig von der in den letzten Jahren jeweils gültigen Prüfquote gleichbleibende Beanstandungsquote darauf hin, dass die gewünschte nachhaltige Verbesserung der Abrechnungsqualität bisher ausgeblieben ist.

Ziel einer grundlegenden Neuausrichtung der Krankenhausabrechnungsprüfungen mittels Stichproben muss daher ein Verfahren sein, dass weiterhin einen starken Anreiz für eine Verbesserung der Abrechnungsqualität ausübt und durch Krankenhäuser ungerechtfertigt vereinnahmte Versicherungsgelder wieder in die Kasse der Solidargemeinschaft zurückfließen lässt.

In der Vergangenheit sind bestehende gesetzliche Möglichkeiten und zahlreiche weitergehende Vorschläge von Expertinnen und Experten zur Umsetzung eines Konzeptes von Stichprobenprüfungen an den natürlichen Interessengegensätzen der beiden zentralen Akteure gescheitert. Es stellt sich daher die Frage, warum sich dies bei einem entsprechenden Konzept des Medizinischen Dienstes Bund anders verhalten sollte. Die Erfolgsaussichten des im Referentenentwurf dargelegten Vorgehens sind aus der bisherigen Erfahrung heraus zu bezweifeln. Vielmehr ist zu erwarten, dass – ohne weitere gesetzliche Konkretisierung – die Entscheidung über ein Konzept des Medizinischen Dienstes Bund mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die Schiedsstelle zu treffen sein wird.

Insofern sollte einerseits eine methodische Eingrenzung des Medizinischen Dienstes Bund auf eine klassische repräsentative Stichprobe vermieden werden. Innovative Ansätze, wie statistische Vergleichsprüfungen ggf. unter Einsatz künstlicher Intelligenz sollten nicht ausgeschlossen werden. Zum anderen bedarf es weiterer festgelegter gesetzlicher Eckpunkte, die die Grundlage für das zu entwickelnde Konzept des Medizinischen Dienstes Bund bilden. Um einen Anreiz zur korrekten Abrechnung eines Krankenhauses zu schaffen, sollte gesetzlich festgelegt werden, dass es das Ziel der Stichprobenprüfung sein soll, die Abrechnungsqualität auf Dauer zu verbessern und durch Krankenhäuser ungerechtfertigt vereinnahmte Versicherungsgelder wieder in die Kasse der Solidargemeinschaft zurückfließen zu lassen. Weiterhin sollte gesetzlich ausdrücklich vorgegeben werden, dass das Konzept des Medizinischen Dienstes Bund auch Elemente enthalten kann, die eine Hochrechnung von Stichprobenergebnissen als Anreiz für eine bessere Abrechnungsqualität und eine Rückführung von ungerechtfertigt durch die Krankenhäuser vereinnahmter Mittel in die Solidarkasse ermöglicht.

Sollte auf Grundlage des Konzeptes des Medizinischen Dienstes Bund eine Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht zustande kommen, ist im Gesetz noch stärker zu verankern, dass das Schiedsstellenverfahren auf Grundlage des Konzeptes des Medizinischen Dienstes erfolgt, um dieses nicht durch die Schiedsstelle vollständig in Frage stellen zu lassen.

Zusammenfassend nimmt der Medizinische Dienst Bund die ihm zugeordnete Aufgabe bei einem Übergang von der Einzelfallprüfung zu einer generellen Stichprobenprüfung grundsätzlich an, da er die Expertise der Medizinischen Dienste in Fragen der Krankenhausabrechnungsprüfung hier zielorientiert einbringen kann.

Folgende Änderungen bzw. ergänzende gesetzliche Festlegungen werden dabei jedoch angeregt:

- Für das neue Stichprobenverfahren ist eine klare Zielsetzung vorzusehen. Es sollte sicherstellen, dass durch die Stichprobenprüfung regelwidriges Verhalten bei der Abrechnung zu hochgerechneten Rückzahlungen führen wird. Dies ist dem Ziel der Gerechtigkeit, Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit unbedingt geschuldet.
- Es bedarf der gesetzlichen Festlegung von Eckpunkten für das Konzept des Medizinischen Dienstes Bund (Grundsätzliche Möglichkeit der Hochrechnung und deren Geltungsbereich, ggf. Zeitraum der Rückwirkung). Letztlich sind ungerechtfertigt vereinnahmte Versichertengelder wieder der Solidargemeinschaft zuzuführen.
- Der Medizinische Dienst Bund sollte das Verfahren unter Würdigung bisher bereits vorgelegter Stichprobenkonzepte und unter Hinzuziehung geeigneter externer wissenschaftlicher Expertise entwickeln können.
- Dem Medizinischen Dienst müssen zur Ermittlung der Grundgesamtheit der Stichprobe die § 301er Daten des zu prüfenden Krankenhauses zur Verfügung gestellt werden.
- Es bedarf einer Übergangsregelung. Vorgeschlagen wird, dass Beauftragungen des Medizinischen Dienstes bis zum 31. Dezember 2026 noch als Einzelfallprüfung durchgeführt werden sollten. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vereinbarung zu Stichprobenprüfungen nach § 17c Absatz 1a KHG oder einer entsprechenden Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 werden den Medizinischen Diensten noch zahlreiche Aufträge der Krankenkassen zu Einzelfallprüfungen vorliegen. Die einschlägigen Regelungen des § 275c SGB V müssen daher auch darüber hinaus Anwendung finden.