

**Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
(MDS)**

**zur Erörterung des Referentenentwurfs
eines Gesetzes zur Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

(Stand: 28. April 2015)

am 18. Mai 2015 in Berlin

I **Vorbemerkung:**

Die Medizinischen Dienste unterstützen die Zielsetzung des vorliegenden Referentenentwurfs, eine gut erreichbare und insbesondere qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Aufgrund unserer umfangreichen und langjährigen Begutachtungs- und Beratungstätigkeit für die Gesetzliche Krankenversicherung auch im Krankenhausbereich betrachten wir die Weiterentwicklung der qualitativen Standards als eine dauerhaft wichtige Aufgabe. Hierbei wird es entscheidend sein, neben der Struktur- und Prozessqualität insbesondere auch die Ergebnisqualität stärker als bislang in den Fokus zu nehmen und für alle weiteren Entscheidungsprozesse zu nutzen. Dies liegt in erster Linie im Interesse der Millionen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die tagtäglich auf die vereinbarten hohen medizinischen Standards der Krankenhausbehandlung vertrauen müssen. Hier werden die neuen Qualitätsberichte der Krankenhäuser daraufhin zu überprüfen sein, ob sie die relevanten Informationen in einer für die Patienten geeigneten Form vermitteln.

Die im Referentenentwurf angelegte stärkere Qualitätsorientierung im Krankenhausbereich wird unterstützt. Die Medizinischen Dienste werden sich der verantwortungsvollen Aufgabe stellen, in Zukunft die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss in den Krankenhäusern zu überprüfen.

Vor diesem Hintergrund möchten wir mit dieser Stellungnahme Hinweise und Anregungen zur Ausgestaltung einzelner, die Arbeit der Medizinischen Dienste betreffender Regelungen geben.

II Stellungnahme zum Referentenentwurf:

Zu Artikel 4 Nummern 14 und 21 (§§ 137 Absatz 3 –neu- ; 275a SGB V – neu -):

Der Koalitionsvertrag und die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform sehen unter anderem vor, dass künftig die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA und der Länder sowie zur Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung unangemeldete Prüfungen in den Krankenhäusern durchführen sollen.

Mit § 137 Abs. 3 SGB V in der neuen Fassung soll die Rechtsgrundlage für eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geschaffen werden, der Einzelheiten zu den Prüfungen der MDK nach § 275 a SGB V festlegen soll. Hierzu wird der G-BA umfassende Festlegungen, insbesondere zu Auftraggeber, Art, Umfang und Verfahren der Prüfungen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen und deren Folgen zu treffen haben. In dem Zusammenhang sind auch Regelungen hinsichtlich der Weiterleitung von Informationen durch die Medizinischen Dienste an Dritte zu treffen, wenn insbesondere erhebliche Verstöße gegen Qualitätsanforderungen festgestellt werden.

Ausschlaggebend für die Einführung dieser Vorschriften ist die Feststellung der Bundesregierung, dass das bisherige Fehlen von Prüfmechanismen zu erheblichen Umsetzungsdefiziten bei der Erfüllung der – bereits bestehenden – Qualitätsanforderungen in den Krankenhäusern geführt hat. Beispielsweise konnte festgestellt werden, dass Krankenhäuser Leistungen erbringen, ohne die hierfür vom G-BA festgelegten Anforderungen (z.B. Mindestmengen) zu erfüllen. Unter anderem hier soll in Zukunft die Tätigkeit der MDK einsetzen, um sicherzustellen, dass sowohl die Qualitätsanforderungen des G-BA eingehalten als auch die Dokumentation der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die erbrachten Leistungen sachgerecht wiedergeben. Die Dokumentation soll in Zukunft dadurch einen noch höheren Stellenwert erhalten, als dass sie als rechtssichere Grundlage für qualitätsabhängige Vergütungen oder eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung herangezogen werden sollen.

Der neu einzufügende § 275a SGB V soll auf der Basis der Richtlinie des G-BA nach § 137 Abs. 3 SGB V – neu - „Art und Umfang der durchzuführenden Qualitätskontrollen“ konkretisieren. Neben den vom G-BA in seiner Richtlinie zu bestimmenden Stellen sollen auch die für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder den MDK als Auftraggeber vorgesehen werden. Hier soll die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder geprüft werden, soweit dies nach Landesrecht vorgesehen sein wird (§ 275a Absatz 4 SGB V – neu –).

Bewertung:

Die vorgeschlagenen Regelungen werden begrüßt.

Die beabsichtigte Neuregelung, durch den MDK die Einhaltung von Qualitätsvorgaben des G-BA prüfen zu lassen, wird einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Qualitätsorientierung im Krankenhausbereich weiter zu entwickeln. Die Medizinischen Dienste werden ihre konzeptionellen Vorstellungen in die Beratungen zur Verabschiedung einer Richtlinie gemäß § 137 Absatz 3 SGB V – neu – einbringen.

Die Möglichkeit, Prüfungen durch den MDK angemeldet oder – soweit erforderlich – auch unangemeldet durchzuführen, ist sachgerecht. Auch im Interesse der im Sinne der Qualitätsanforderungen arbeitenden Krankenhäuser ist es zwingend notwendig, diejenigen Krankenhäuser zu identifizieren, die ganz oder teilweise diese Vorgaben nicht erfüllen.

Nach § 275a Absatz 2 Nr. 2 SGB V – neu – soll der MDK auch die Datenvalidität im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung prüfen. Um hier nachhaltige Effekte im Sinne einer Verbesserung der allgemeinen Datenqualität zu erzielen, erscheint die vorgesehene rein anlassbezogene Prüfung als ein für diesen Zweck unzureichendes Instrument. Zielführend wäre vielmehr, den § 137 Absatz 3 SGB V – neu – dahingehend zu ergänzen, dass in begründeten Fällen, wie z. B. der Datenvalidierung, auch ohne Anhaltspunkte für krankenhausbezogene Qualitätsmängel die Durchführung von Stichprobenprüfungen erfolgen kann.

In § 275 a Absatz 2 soll geregelt werden, dass der Medizinische Dienst seinen Auftraggebern unverzüglich mitteilt, wenn bei der Durchführung der Prüfungen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar werden, die außerhalb des eigentlichen Prüfauftrages liegen. Um die dabei vom Gesetzgeber intendierte Wirksamkeit dieses „Verwertungsgebotes“ zu gewährleisten, regen wir an, an dieser Stelle zusätzlich die Berechtigung des Prüfers zu verankern, solche Sachverhalte im Rahmen der aktuellen Begehung des Krankenhauses unmittelbar weitergehend zu verfolgen.

Gemeinsames Ziel aller Beteiligten sollte es sein, dafür Sorge zu tragen, dass die vorgegebenen Qualitätsanforderungen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten erfüllt werden. Deshalb sollte versucht werden, dem Verfahren der Qualitätsprüfung durch den MDK eine möglichst große Akzeptanz zu verleihen. Dies kann dadurch erreicht werden, dass dem G-BA vorgegeben wird, das Verfahren im Sinne eines beratungsorientierten Prüfansatzes auszustalten, der die Qualitätsverantwortlichen des betreffenden Krankenhauses regelmäßig mit einbezieht.

Hinsichtlich der Stellen, die den MDK mit der Prüfung beauftragen können, ist es sachgerecht, dass – wie in der Begründung zu § 137 Absatz 3 ausgeführt – auch die Krankenkassen den MD beauftragen können. Schließlich gehören sie zu den Stellen, bei denen Anhaltspunkte, die eine Prüfung durch den MDK rechtfertigen können, festgestellt werden können. In diesem Zusammenhang sollten die Bereiche, aus denen sich die Anhaltspunkte für eine Prüfung ergeben können, auch die Qualitätsvorgaben des Kataloges der Operationen und Prozeduren (OPS) insbesondere hinsichtlich der so genannten Komplex-Kodes mit einbeziehen.

Sicher zu stellen ist, dass die Prüfungen der Qualitätsvorgaben des G-BA durch den Medizinischen Dienst bundesweit einheitlich umgesetzt werden. Es ist deshalb zu begrüßen, dass nach der Gesetzesbegründung der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) und die MDK Empfehlungen dazu erarbeiten können, mit denen die Vorgaben der Richtlinien des G-BA zur Durchführung der Prüfungen konkretisiert werden können.

Um das neu einzuführende Verfahren einer Qualitätsprüfung von Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst einer späteren Evaluation hinsichtlich des erwarteten Nutzens einer Qualitätsverbesserung zugänglich zu machen, empfehlen wir, eine Berichtspflicht über Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen schon jetzt im Gesetz zu verankern.

Zu Artikel 4 Nummer 22 Buchstabe b) (§ 276 Absatz 2, 2. Halbsatz SGB V):

§ 276 Absatz 2, 2. Halbsatz SGB V soll dahingehend geändert werden, dass die für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 SGB V erforderlichen versichertenbezogenen Daten weiterhin von den Krankenkassen bei den Leistungserbringern angefordert werden können, die Übermittlung aber unmittelbar an den MDK zu erfolgen hat.

Mit dieser Änderung soll ein Anliegen der Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfDI) aufgegriffen werden. Diese habe im Rahmen ihrer Kontrolltätigkeit wiederholt beanstandet, dass das zurzeit praktizierte Umschlagverfahren nicht eingehalten werde und Krankenkassen Kenntnis von Unterlagen erhielten, die nur für den MDK bestimmt seien. Dieses Umschlagverfahren beinhaltet, dass die Leistungserbringer (z. B. die Vertragsärzte) die Unterlagen entweder direkt dem MDK übersenden oder auf entsprechende Anforderung der Krankenkassen aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung über die Krankenkasse an den MDK übermitteln. Dabei werden die angeforderten Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag mit dem Hinweis, dass die Unterlagen nur für den MDK bestimmt sind, an die Krankenkasse gesandt. Die Krankenkasse leitet den verschlossenen Umschlag dann an den MDK weiter („Umschlagverfahren“).

Bewertung:

Dem Gesetzesvorschlag kann nicht gefolgt werden.

Das Umschlagverfahren wird im Verständnis geltenden Rechts seit nunmehr über zwanzig Jahren praktiziert. So hat das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 28. Februar 2007 -B 3 KR 12/06 R – u.a. festgestellt: „Die Übermittlung von Sozialdaten im Sinne des § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V geschieht in der Regel durch die vorübergehende Überlassung der Behandlungsunterlagen. Dabei steht es dem Krankenhaus frei, ob es die Unterlagen direkt an den MDK aushändigt oder übersendet oder sie in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den MDK schickt. Die im Tenor des SG-Urteils angeordnete „Zurverfügungstellung“ der medizinischen Unterlagen ist auch in diesem Sinne zu verstehen.“

Das bisher praktizierte Umschlagverfahren steht im Einklang mit datenschutzrechtlichen Vorgaben. Sofern es im Einzelfall zu beanstandungswürdigen Verstößen gekommen sein sollte, so sind diese im konkreten Einzelfall dort abzustellen, wo sie auftreten.

Die vorgeschlagene Regelung hätte für die MDK einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Folge, ohne dass dem auf der Seite der die Unterlagen anfordernden Krankenkassen eine nennenswerte Einsparung gegenübersteht. Dies erscheint in Zeiten budgetierter Verwaltungskosten problematisch und nicht sinnvoll. Das Umschlagverfahren sollte deshalb in der bisher praktizierten Form beibehalten werden, auch weil die Praxis gezeigt hat, dass es zeitnahe und reibungslose Beratungs- und Genehmigungsprozesse sichert.

Zu Artikel 4 Nummer 22 Buchstabe c) (§ 276 Absatz 4a SGB V –neu-):

Mit dieser Vorschrift sollen die gesetzlichen Grundlagen für das Betretensrecht des MDK bei den Krankenhauskontrollen sowie die notwendigen datenschutzrechtlichen Befugnisse für die Einsichtnahme in die erforderlichen Krankenunterlagen geschaffen werden. Zugleich sollen hierzu korrespondierende Pflichten für die Krankenhäuser geschaffen werden, damit der MDK seine Prüfungen ordnungsgemäß vor Ort durchführen kann. Den Umfang der für die Überprüfung von Qualitätsanforderungen einzubeziehenden personenbezogenen Daten und Unterlagen soll der G-BA in seiner Richtlinie festlegen.

Soweit die MDK von der Landesseite mit Prüfungen gemäß § 275a Abs. 4 SGB V –neu – beauftragt werden, sind die Betretensrechte und Einsichtsnahmerechte der MDK durch das jeweilige Landesrecht zu regeln.

Bewertung:

In der Praxis einer Krankenhausbegehung können dem Prüfer viele möglicherweise relevante Qualitätsmängel auffallen (überlagerte Medikamente/Infusionen; Verschmutzungen; fehlende Checklisten; grobe Verstöße gegen Hygienevorschriften durch das Personal, mangelhafte Dokumentation von Medikamentenverordnungen etc). Diese Einzelbeobachtungen müssen unmittelbar durch die Kontrolle des Medikamentenbestandes, Begehung weiterer Räumlichkeiten, die Durchsicht weiterer Akten oder eine etwas längere Beobachtung des Personals vertieft werden. Nur so kann vermieden werden, unnötig „Einzel-Fehlleistungen“ als möglicherweise gravierenden Qualitätsmangel zu klassifizieren.

Vor diesem Hintergrund sind die vorgeschlagenen Ergänzungen zu begrüßen.

Zu Artikel 4 Nummer 23 (§ 277 Absatz 1 SGB V):

Mit der Ergänzung des § 277 Absatz 1 SGB V werden die Mitteilungspflichten der MDK nach durchgeföhrten Prüfungen gegenüber dem Krankenhaus und den jeweiligen Auftraggebern geregelt. Ferner kann der G-BA in seiner Richtlinie Dritte benennen, die wegen erheblicher Verstöfe gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen über das Prüfergebnis zu informieren sind.

Soweit erforderlich und in der Richtlinie vorgesehen, sollen diese Mitteilungen auch personenbezogene Daten enthalten können, gegenüber den Auftraggebern und Dritten sollen personenbezogene Daten pseudonymisiert werden.

Bewertung:

Diese Vorschrift stellt eine konsequente Erweiterung der bereits in § 277 SGB V kodifizierten Mitteilungspflichten gegenüber Leistungserbringern dar.

Zu Artikel 4 Nummer 24 (§ 281 SGB V):

§ 281 wird dahingehend geändert, dass die im Auftrag des G-BA durchzuführenden Prüfungen in den Krankenhäusern wie alle übrigen gutachterlichen Leistungen durch die Umlage der Krankenkassen zu finanzieren sind. Demgegenüber sollen die Prüfungen der Qualitätsanforderungen, die im Auftrage der Länder durchzuführen sein werden, von diesen nutzerfinanziert getragen werden.

Bewertung:

Der Vorschlag, dass die Länder die bei von ihnen beauftragten Kontrollen der Qualitätsanforderungen die Kosten im Rahmen der Nutzerfinanzierung zu tragen haben, ist sachgerecht.