

**Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des  
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)**

**vom 27.05.2019**

**zur Verbändeanhörung**

**zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für  
Gesundheit für ein**

**Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen –  
MDK-Reformgesetz**

## I. Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nehmen zu dem zugrundeliegenden Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit im nachfolgenden Umfang Stellung.

## II. Einzelbemerkungen

### Zu Artikel 1 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 9:

#### **§ 275c SGB V**

#### **Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst**

Zu Absatz 2 Satz 2: Der Ansatz einer Quotenlösung bei den Einzelfallprüfungen im Krankenhaus wird grundsätzlich begrüßt. Es wird jedoch eine Anpassung der krankenhausesbezogenen Prüfquoten angeregt. Es wird vorgeschlagen, den Satz wie folgt zu fassen:

*„(2) [...] Ab dem Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem krankenhausesbezogenen Anteil korrekter Abrechnungen nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 für jedes Quartal auf der Grundlage des Ergebnisses der Prüfung des vorvergangenen Quartals nach folgenden Maßgaben ermittelt wird:*

- 1. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen von ~~60~~ **90** Prozent oder mehr beträgt die krankenhausesbezogene Prüfquote bis zu 5 Prozent,*
- 2. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen zwischen ~~40~~ **50** Prozent und unterhalb von ~~60~~ **90** Prozent beträgt die krankenhausesbezogene Prüfquote bis zu 10 Prozent,*
- 3. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen unterhalb von ~~40~~ **50** Prozent beträgt die krankenhausesbezogene Prüfquote bis zu 15 Prozent. [...]*

#### Begründung:

Es ist zu bedenken, dass die hohe Zahl der Einzelfallprüfungen mit dem ebenfalls hohen Anteil an Falschabrechnungen und Hochkodierungen in Zusammenhang steht. Ein Anteil von 40 Prozent an Hoch- und Fehlkodierungen, wie derzeit in Nr. 2 vorgesehen, kann im Sinne des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes nicht als „gut“ gelten. Vielmehr sollten Fehlkodierungen nur im Ausnahmefall und nicht bei fast der Hälfte der Fälle akzeptiert werden.

Außerdem blieben bei der aktuell vorgesehenen Regelung mindestens 85 Prozent der Fälle eines Krankenhauses ungeprüft. Damit ist der verfolgte Ansatz hochgradig strategiefähig und setzt Anreize u.a. für eine bewusste Hochkodierung aller Fälle. Vor dem Hintergrund der Kritik des Bundesrechnungshofes an den individuellen Vereinbarungen von Krankenkassen

mit Krankenhäusern über pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe, bei denen im Gegenzug auf Abrechnungsprüfungen verzichtet wurde, sollte hier eine Änderung erwogen werden. Als alternative Möglichkeit zu dem oben stehenden Änderungsvorschlag könnte eine Hochrechnung der durch die fehlcodierten Fälle entstandenen Mehrausgaben auf das Gesamtbudget des Folgejahres in Erwägung gezogen werden.

Alternativ zu der oben vorgeschlagenen, geänderten Fassung könnte die Anpassung der Stichprobengröße auch als Verfahren auf Ortsebene geregelt werden. Es ist schließlich davon auszugehen, dass die Qualität und Korrektheit der Kodierung sich aufgrund der anderen Regelungen in diesem Gesetz zeitnah steigern wird. Damit wäre auch eine kleinere bzw. auf einen bestimmten Leistungsbereich begrenzte Stichprobe hinreichend. Dazu würde aus allen Fällen eines Krankenhauses vom Medizinischen Dienst eine Stichprobe von 10 Prozent aus allen Fällen eines Jahres gezogen. Dafür müsste sichergestellt werden, dass die Medizinischen Dienste alle Daten von den Krankenkassen bekämen. Krankenkassen und Krankenhaus könnten Abweichungen von der Stichprobenprobengröße vereinbaren.

Der Medizinische Dienst würde bei allen Fällen der Stichprobe eine Einzelfallprüfung durchführen. Für alle Fälle, in denen die prüfungsrelevanten Unterlagen vom Krankenhaus nicht vorgelegt werden könnten, würde ein pauschaler Vergütungsabzug in Höhe von 50 Prozent erfolgen.

Die Einzelfallprüfung würde in der Regel in Form einer Begehung erfolgen. Zu jedem Fall der Stichprobe würde vom Medizinischen Dienst ein Einzelfallgutachten erstellt. Bei Abweichungen des Medizinischen Dienstes von der Kodierung der Klinik, bei Feststellung von Fehlbelegung oder sonstiger abweichender Einschätzung würde eine Begründung im jeweiligen Einzelfallgutachten erfolgen. Das Einzelfallgutachten würde Krankenkasse und Krankenhaus vom Medizinischen Dienst unmittelbar nach Erstellung zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse der Einzelfallprüfungen würden vom Medizinischen Dienst in einem Gesamtbericht zusammengestellt. Aufgrund des Gesamtberichtes würden die Ergebnisse der Stichprobe auf das Gesamtbudget der Klinik des Prüfungsjahres hochgerechnet und der Differenzbetrag beim Budget des Folgejahres verrechnet.

## **§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen**

### Zu Absatz 1 Satz 1:

Die Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst, bevor die Krankenhäuser die entsprechenden Leistungen abrechnen, wird begrüßt. Es wird angeregt, eine entsprechende Regelung auch für die Überprüfung der Qualitätsanforderungen in den Richtlinien des G-BA auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V aufzunehmen. Es wird folgender neuer Absatz des § 275a SGB V vorgeschlagen:

*„Krankenhäuser haben die Einhaltung der Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Das Nähere zu Art, Umfang und zum Verfahren der Begutachtungen einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung sowie zum Umgang mit den Ergebnissen und zu deren Folgen legt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 fest. Die anfallenden Kosten für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch das Krankenhaus werden entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht.“*

### Begründung:

Die Strukturprüfungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität. Eine Überprüfung der in den Richtlinien des G-BA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 geregelten Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität würde diesen Beitrag wesentlich ergänzen. In den Beratungen des G-BA hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Auffassungen dazu bestehen, ob eine solche Überprüfung auf die Rechtsgrundlage des § 137 SGB V gestützt werden kann. Aus Klarstellungsgründen wäre deshalb eine ausdrückliche Rechtsgrundlage zu begrüßen, die eine regelmäßige Überprüfung der Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 ermöglicht. Dadurch könnte insbesondere vor der erstmaligen Erbringung einer richtlinienrelevanten Leistung i.S.d. § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 durch ein Krankenhaus überprüft werden, ob das Krankenhaus die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch tatsächlich erfüllt. Die in Absatz 1 Satz 1 vorgesehene Möglichkeit, einen anderen Gutachterdienst mit der Vorabprüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen beauftragen zu können, wird dagegen abgelehnt. Einer der wesentlichen Aspekte des Gesetzesentwurfes ist, die Medizinischen Dienste der Krankenkassen zu stärken und ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten. Zu diesem Zweck stellen die Medizinischen Dienste der Krankenkassen künftig keine Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen mehr dar, sondern werden einheitlich als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst geführt. Bei den Medizinischen Diensten handelt es sich somit um mit öffentlichen Aufgaben betraute juristische Personen. Dadurch erscheint es gerechtfertigt, die Medizinischen Dienste mit der für die Sicherstellung der Versorgungsqualität wichtigen Aufgabe der Prüfung der Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zu beauftragen. Den anderen Gutachterdiensten kommt dagegen eine solche Sonderstellung als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht zu. Hinzu kommt, dass die Zulassung anderer Gutachterdienste den Medizinischen Dienst in seiner neu vorgesehenen Rolle wieder abschwächen würde und den Aufbau von ineffizienten Parallelstrukturen fördern würde. Sofern Ziel der Regelung ist, Effizienzreserven durch wettbewerbliche Elemente zu fördern,

könnte stattdessen die nutzerfinanzierte Beauftragung des Medizinischen Dienstes eines anderen Bundeslandes ermöglicht werden.

Zu Nummer 11:

**§ 279  
Verwaltungsrat und Vorstand**

sowie

**§ 282  
Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand**

Zu § 279 Absatz 5 sowie § 282 Absatz 4:

Es wird angeregt, im Rahmen der Neuregelung eine konkretisierende Regelung hinsichtlich der Person des Vorstandes aufzunehmen.

Begründung:

Derzeit ist keine Regelung vorgesehen, über welche Qualifikation der Vorstand und seine Stellvertretung verfügen sollen. Zur Sicherstellung des ärztlichen Sachverstands sollte zumindest eine der beiden Positionen mit einem Humanmediziner bzw. einer Humanmedizinerin besetzt werden. Damit die gewünschte Unabhängigkeit des Vorstands erreicht werden kann, sollte weiterhin klargestellt werden, dass dieser nicht aus den Reihen der Mitglieder des Verwaltungsrates stammen darf.

## **§ 283**

### **Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund**

#### Ergänzung eines weiteren Absatzes:

Es wird die Ergänzung eines zusätzlichen Absatzes vorgeschlagen, die als weitere Aufgabe des Medizinischen Dienstes Bund die Zurverfügungstellung des „IGeL-Monitors“ adressiert.

#### Begründung:

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) ist Initiator und Auftraggeber des Patienteninformationsportals „IGeL-Monitor“. Diese anerkannte und bei den Patientinnen und Patienten etablierte Informationsquelle über evidenzbasierte Erkenntnisse zu Selbstzahlerleistungen sollte in eine offizielle Aufgabe des Medizinischen Dienstes Bund überführt werden. Dabei bietet es sich an, dem Medizinischen Dienst Bund für das Patienteninformationsportal „IGeL-Monitor“ einen ähnlichen Auftrag zu erteilen, wie ihn beispielsweise das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gemäß § 139a Absatz 3 Nr. 6 oder das Institut für die Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Nr. 5 SGB V hat.

Zu Nummer 14:

**§ 299**

**Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung**

Zu Absatz 1:

Es wird vorgeschlagen, den Absatz 1 lediglich wie folgt zu ändern:

In Absatz 1 werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 136c Absatz 1 und 2, ~~§ 137 Absatz 3~~“ ersetzt.

Begründung:

In Bezug auf die Ergänzung des Absatzes 1 um § 137 Absatz 3 SGB V wird darauf hingewiesen, dass bereits in § 276 Absatz 4a Satz 3 Hs. 2 SGB V eine Befugnis der Krankenhäuser geregelt ist, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder entsprechende Daten zu übermitteln. Insofern besteht keine Notwendigkeit, eine entsprechende Befugnisnorm zusätzlich in § 299 Absatz 1 SGB V zu verankern. Vielmehr besteht durch eine Aufnahme des § 137 Absatz 3 SGB V in § 299 Absatz 1 SGB V grundsätzlich auch die Verpflichtung der Leistungserbringer beziehungsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Pseudonymisierungspflicht nach § 299 Absatz 1 Satz 4 SGB V umzusetzen. Entsprechende Ausnahmen zur Ermöglichung der in § 276 Absatz 4a SGB V vorgesehenen Regelung sind in § 299 Absatz 1, insbesondere in Satz 5, bisher nicht vorgesehen.

Zu Absatz 1a:

Die beabsichtigten Ergänzungen in Absatz 1a werden begrüßt.

Begründung:

Durch die Ergänzung des Absatzes 1a um die §§ 27b Absatz 2, 136c Absatz 1 und 2 sowie 137 Absatz 3 SGB V wird eine bisher bestehende gesetzliche Lücke geschlossen. Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Verarbeitung von Sozialdaten durch die Krankenkassen zu Qualitätssicherungszwecken grundsätzlich auch im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens, der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie der MDK-Qualitätskontrollen zulässig ist.



Prof. Josef Hecken  
(Unparteiischer Vorsitzender)



Dr. Monika Lelgemann  
(Unparteiisches Mitglied)



Prof. Dr. Elisabeth Pott  
(Unparteiisches Mitglied)