

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(39)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
02.09.2015

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

(MDS)

**zur öffentlichen Anhörung
zu dem Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD**

**eines Gesetzes zur Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)**

BT-Drucksache 18/5372 -

(Stand: 30.06.2015)

am 7. September 2015 in Berlin

I Vorbemerkung:

Die Medizinischen Dienste unterstützen die Zielsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs, eine gut erreichbare und insbesondere qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Aufgrund unserer umfangreichen und langjährigen Begutachtungs- und Beratungstätigkeit für die Gesetzliche Krankenversicherung insbesondere im Krankenhausbereich betrachten wir die Weiterentwicklung der qualitativen Standards und der Transparenz über deren Umsetzung als eine dauerhaft wichtige Aufgabe. Hierbei wird es entscheidend sein, aussagekräftige Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gleichermaßen zu nutzen und fortzuentwickeln sowie diese für alle weiteren Entscheidungsprozesse heranzuziehen. Dies liegt in erster Linie im Interesse der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die jederzeit 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 und darüber hinaus eine Basis für Qualitätsvergleiche liefern.

Die im Gesetzentwurf angelegte stärkere Qualitätsorientierung im Krankenhausbereich wird unterstützt. Ein wesentliches neues Element der Qualitätssicherung stellt die vorgesehene MDK-Qualitätsprüfung im Krankenhaus dar. Damit soll ein wirkungsvolles Instrument zur Überprüfung der Einhaltung von Qualitätsvorgaben geschaffen werden. Die Medizinischen Dienste begrüßen diesen Ansatz und werden sich der verantwortungsvollen Aufgabe stellen, in Zukunft die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Länder in den Krankenhäusern zu überprüfen. Die Medizinischen Dienste verfügen bereits jetzt über zahlreiche praktische Erfahrungen bei der Prüfung von Qualitätsanforderungen aus Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung soll der MDK auch mit der Prüfung der Datenvalidität beauftragt werden. In begründeten Fällen sollten hier auch Stichprobenprüfungen ohne Anhaltspunkte für konkrete Qualitätsmängel ermöglicht werden, um die Datenqualität auch der Qualitätsberichte zu verbessern.

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

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf:

Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(Artikel 6 Nummern 15 und 22 (§§ 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 Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Länder sowie zur Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung auch unangemeldete Prüfungen in den Krankenhäusern durchführen sollen.

Mit § 137 Abs. 3 SGB V in der neuen Fassung soll die Rechtsgrundlage für eine Richtlinie des G-BA geschaffen werden, die 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 zur 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. im personellen und fachlichen Bereich oder bei den Mindestmengen) zu erfüllen. Unter anderem hier soll in Zukunft die Tätigkeit der MDK einsetzen, um sicherzustellen, dass sowohl die Qualitätsanforderungen des G-BA eingehalten werden als auch die Dokumentation der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die erbrachten Leistungen sachgerecht wiedergibt. Die Validierung der Dokumentation wird in Zukunft einen noch höheren Stellenwert erhalten, da die Ergebnisse der Qualitätsmessung 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 als Auftraggeber des MDK 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, wenngleich in der konkreten Ausgestaltung noch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

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 der Krankenversicherung verfügen sowohl im Krankenhausbereich als auch in anderen Versorgungssektoren über die notwendige Qualifikation und Erfahrung in der fachlich unabhängigen Bewertung von Qualitätsparametern. Sie halten bereits eine umfassende Infrastruktur vor, die zur Umsetzung der

vorgesehenen Qualitätsprüfungen notwendig ist. Es ist daher naheliegend und gut begründet, dass sich der neue gesetzliche Auftrag an den MDK richtet.

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 notwendig, diejenigen Krankenhäuser zu identifizieren, die ganz oder teilweise diese Vorgaben nicht erfüllen. Gerade hier sind Prüfungen durch den MDK zu Struktur- und Prozessvorgaben des G-BA wichtig, weil damit einerseits die Einhaltung der Qualitätsvorgaben und andererseits ein fairer Wettbewerb gesichert werden. Mit einer konsequenteren Einhaltung der Qualitätsvorgaben kann auch eine Verbesserung der Patientensicherheit erwartet werden.

Kritisch ist zu bewerten, dass als Prüfgegenstand der MDK--Qualitätsprüfungen nach wie vor nur ein Teil der für die Krankenhäuser geltenden qualitätsrelevanten Vorgaben und Normen vorgesehen ist. Insbesondere haben die qualitätsbezogenen Vorgaben der sog. Komplex-Kodes im vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) eine besondere Relevanz für die Qualität der Leistungen, die am Patienten erbracht werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum dieser Bereich nicht als Prüfgegenstand der MDK-Qualitätsprüfungen genannt ist, zumal hier eine Verifizierung der Selbstauskünfte der Kliniken durch eine Vor-Ort-Prüfung sehr gut zu leisten wäre.

Ein nicht unbedeutender Teil der Leistungen die im Krankenhaus erbracht werden, wird von Belegärzten nach § 121 SGB V erbracht. Diese werden, da es sich um Vertragsärzte handelt, jedoch nicht durch die hier getroffenen neuen Regelungen erfasst. Ferner bezieht sich die Regelung zu Kontrollen des MDK nur auf die Richtlinie des G-BA über Maßnahmen der externen stationären Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Dies lässt unberücksichtigt, dass der G-BA gleichermaßen in seinen sektorenübergreifenden Richtlinien Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser regelt. Ein Großteil der Qualitätssicherungsmaßnahmen wird so zukünftig nicht unter diese Regelung fallen.

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 krankenhausbefundene Qualitätsmängel die Durchführung von Stichprobenprüfungen erfolgen kann. Bei der Validierung der Daten in den Qualitätsberichten ist darauf hinzuweisen, dass die Angaben auf Selbstauskünften der Krankenhäuser beruhen.

In § 275 a Absatz 2 SGB V – neu – soll ferner 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 hohe Akzeptanz zu verleihen. Dies kann dadurch erreicht werden, dass dem G-BA vorgegeben wird, das Verfahren im Sinne eines „beratungsorientierten Prüfansatzes“ auszugestalten, der die Qualitätsverantwortlichen des betreffenden Krankenhauses regelmäßig mit einbezieht.

Die Krankenkassen sind besonders prädestiniert sind, Anhaltspunkte, die eine Prüfung durch den MDK rechtfertigen können, festzustellen. Neben der Begründung zu § 137 Absatz 3 SGB V –neu – sollten sie ausdrücklich auch in der Gesetzesvorschrift selbst genannt werden.

Ausweislich der Begründung zu § 137 Absatz 3 SGB V – neu – sollen als Auftraggeber für die Kontrollen insbesondere die Stellen aus den Organisationsstrukturen der Qualitätssicherung in Betracht kommen, denen die Aus- und Bewertung der von den Krankenhäusern übermittelten Qualitätsdaten obliegt. Damit würden allerdings hier erstmals Institutionen den MDK – unmittelbar – beauftragen und damit dessen Ressourcen in Anspruch nehmen können, die weder an der Finanzierung des MDK beteiligt sind noch für den MDK in irgendeiner Verantwortung stehen. Dies wirft ordnungspolitische Fragen auf, die das Gesetz nicht beantwortet und die die Notwendigkeit einer herausgehobenen Rolle der Gesetzlichen Krankenversicherung bei den beauftragenden Stellen unterstreicht.

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 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.

Zusammenarbeit („Umschlagverfahren“)

(Artikel 6 Nummer 23 Buchstabe a) (§ 276 Absatz 2 SGB V)

§ 276 Absatz 2 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 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.

Bewertung:

Die vorgeschlagenen Änderungen zum sog. Umschlagverfahren sind nicht erforderlich. 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 praktizierte Umschlagverfahren steht im Einklang mit den rechtlichen Vorgaben des Sozialdatenschutzes, denen die Medizinischen Dienste einen hohen Stellenwert zumessen. Die datenschutzkonforme Umsetzung lässt sich durch flankierende, insbesondere organisatorische Maßnahmen und entsprechende Vereinbarungen über die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den MDK sicherstellen. Sofern es im Einzelfall zu beanstandungswürdigen Verstößen kommt, sind diese im konkreten Einzelfall dort abzustellen, wo sie auftreten.

Eine Umstellung vom bislang praktizierten Umschlagverfahren auf die vorgeschlagene Regelung hätte zudem für die MDK zusätzlichen personellen, organisatorischen, technischen und damit finanziellen Aufwand zur Folge, ohne dass dem auf der Seite der die Unterlagen anfordernden Krankenkassen eine nennenswerte Einsparung gegenüberstünde. Dies erscheint in Zeiten budgetierter Verwaltungskosten nicht unproblematisch.

Für den Fall, dass an der geplanten Gesetzesänderung festgehalten werden sollte, schließen wir uns dem Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich einer Klarstellung in § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V an.