



STELLUNGNAHME

des Verbandes der
Universitätsklinika
Deutschlands (VUD)
und des Medizinischen
Fakultätentages (MFT)
zusammen als

Deutsche Hochschulmedizin
e. V. (DHM)

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiter-
entwicklungsgesetz – GVWG)

April 2021

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) vertreten die Interessen der 34 Universitätsklinika sowie der 39 Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Ihr gemeinsamer Dachverband ist die Deutsche Hochschulmedizin e.V. Gemeinsam stehen die Verbände für Spitzenmedizin, erstklassige Forschung sowie die international beachtete Mediziner Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten.

© Deutsche Hochschulmedizin e.V.

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de

Ansprechpartner

Jens Bussmann
Tel.: +49 (0)30 3940517-0
bussmann@uniklinika.de

Inhalt

I. Vorbemerkung.....	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	6
III. Weiterer Handlungsbedarf	17
IV. Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)310	18

I. Vorbemerkung

Mit dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) werden zahlreiche nicht miteinander verbundene Regelungen im gesamten Gesundheitssystem adressiert. Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt das Gesetz grundsätzlich, um in dieser Legislaturperiode zeitnah noch ausgewählte Regelungen anzupassen, sieht im Einzelnen jedoch Nachbesserungsbedarf. Das gilt insbesondere für die vorgesehenen Anpassungen bei den Mindestmengenregelungen und bei den Vorgaben zur Notfallersteinschätzung. Darüber hinaus sollte das Gesetzgebungsverfahren dafür genutzt werden, die sogenannte „NUB-Lücke“ zu schließen und Krankenhäusern eine Möglichkeit zur einmaligen Rechnerkorrektur zu geben.

Eine Festlegung von Rahmenbedingungen für die **Ersteinschätzung bei der ambulanten Notfallversorgung** im Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffen, hält die Deutsche Hochschulmedizin für nicht notwendig. In den Krankenhäusern gibt es bereits hinreichend etablierte Ersteinschätzungsverfahren. Statt zusätzlicher bürokratischer Auflagen sollte der Fokus auf einer wirtschaftlich tragfähigen Finanzierungslösung für die Notfallversorgung im Krankenhaus liegen.

Mindestmengen sind grundsätzlich ein probates Instrument zur Qualitätssicherung. Die Abschaffung von Ausnahmetatbeständen bei den Mindestmengenregelungen und die Möglichkeit der Landesebene, Leistungserbringer von dieser Mindestmenge auszunehmen, kann allerdings einer sicheren flächendeckenden und qualitätsorientierten Versorgung entgegenstehen. Bei der Festlegung von Mindestmengen ist immer auch zu berücksichtigen, dass komplexe oder eher selten auftretende Fallkonstellationen im Zusammenhang mit mindestmengenrelevanten Leistungen oftmals die besondere Expertise der Universitätsmedizin benötigen. Dies gilt z.B. bei mindestmengenrelevanten Leistungen, die u.a. auch bei der Behandlung von Polytraumata oder von onkologischen oder hämatologischen Erkrankungen erbracht werden. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass Länder weiterhin in begründbaren Fällen ausgewählte Kliniken von einer Mindestmengenregelung ausnehmen, z.B. um die Versorgung bei komplex oder mehrfach schwer erkrankten Patienten zu gewährleisten.

Die Neuregelung zu **Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)** setzt das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts um und ist positiv zu bewerten. Jedoch wird hierdurch die sogenannte „NUB-Lücke“ nicht vollständig geschlossen. Damit droht die Versorgung von Patientinnen und Patienten insbesondere bei innovativen hochpreisigen Arzneimitteltherapien an den finanziellen Risiken weiterhin zu scheitern. Daher sind weitergehende Nachbesserungen dringend erforderlich.

Der durch das MDK-Reformgesetz normierte Ausschluss der **nachträglichen Rechnerkorrektur** ist insbesondere für Universitätsklinika mit ihrem besonders komplexen

Behandlungsspektrum unverhältnismäßig. Mit dem Gesetzentwurf sollte Krankenhäusern die Möglichkeit zur einmaligen Nachbesserung eingeräumt werden.

Bei den bereits vorliegenden Änderungsanträgen begrüßt die Deutsche Hochschulmedizin grundsätzlich das vorgesehene **Modellvorhaben zur Genomsequenzierung** bei seltenen und onkologischen Erkrankungen.

Das Gesetz streift viele wichtige Bereiche der stationären Versorgung. Die Notwendigkeit für eine **grundsätzliche Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen** besteht weiterhin. Die Deutsche Hochschulmedizin sieht hier nach wie vor Handlungsbedarf. Dabei gilt es, die Krankenhausplanung und die Pandemieplanung für künftige Ereignisse wie die derzeitige SARS-Cov2-Epidemie besser aufeinander abzustimmen. In der Pandemie wurden Universitätsklinika und Maximalversorger zu Koordinatoren der regionalen Versorgung von Corona-Patienten. Dieser Ansatz muss auch ungeachtet einer Pandemie das Leitmotiv der Krankenhausplanung werden. So lassen sich eindeutige Rollenzuordnungen der einzelnen Akteure etablieren, die auch für das reguläre Versorgungsgeschehen eine effiziente Patientenversorgung bei gleichzeitig bestmöglicher Verteilung der vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen ermöglicht. Dabei muss die stationäre Versorgung gestuft weiterentwickelt und darauf aufbauend die Finanzierung ausgestaltet werden.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden geht die Deutsche Hochschulmedizin auf ausgewählte Einzelaspekte des Gesetzentwurfs ein und bewertet diese:

Art. 1, Nr. 31, § 110a SGB V Stärkung von Qualitätsverträgen

Inhalt der Regelung: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird bis zum Jahr 2024 vier weitere Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge bestimmen. Im Rahmen der Qualitätsverträge sollen Elemente der qualitätsorientierten Vergütung erprobt werden. Die Krankenkassen werden zum Abschluss von Qualitätsverträgen verpflichtet. Hierfür wird ein jährliches Ausgabevolumen vorgegeben (mindestens 30 Cent pro Versichertem).

Bewertung: Die Erprobung von Qualitätsverträgen als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität wird prinzipiell begrüßt. Ob mit den neuen Anreizen für Krankenkassen, Qualitätsverträge abzuschließen, die politisch gewollten Ziele erreicht werden, sollte engmaschig evaluiert werden. Grundsätzlich sind einzelvertragliche Lösungen für die Krankenhäuser immer mit besonderen Transaktionskosten verbunden. Diese sind bei der Evaluierung durch den G-BA ebenfalls zu berücksichtigen. Gleichzeitig muss der Abschluss von Qualitätsverträgen für die Krankenhäuser allein auf Grund der nicht unerheblichen Transaktionskosten weiterhin freiwillig bleiben.

Art. 1, Nr. 33, § 120 SGB V Ersteinschätzungsverfahren und Vergütung von ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus

Inhalt der Regelung: Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden zu beschließen. Dabei setzt die Vergütung ambulanter Notfalleistungen voraus, dass bei der Durchführung dieses Ersteinschätzungsverfahrens ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde.

Bewertung: Die Formulierung im Gesetzentwurf impliziert, dass bei keinem sofortigen Behandlungsbedarf, das Krankenhaus keine Vergütung erhält. Hier ist klarzustellen, dass Aufwendungen rund um das Ersteinschätzungsverfahren, unabhängig vom Ergebnis, gegenfinanziert sein müssen. Ohnehin führt die vorgesehene Regelung zum Ersteinschätzungsverfahren, insbesondere auch im Verhältnis zu den unzureichenden Fallertlösen für die ambulante Notfallversorgung, zu einem unverhältnismäßigen Bürokratieaufwuchs. Die Mitarbeitenden in den Universitätsklinika versorgen jährlich über eine Million Notfallpatienten und sind dementsprechend qualifiziert, jederzeit die Behandlungsnotwendigkeit und -priorität sachgerecht einzuschätzen. Dies erfolgt nicht nur in

den Universitätsklinika seit vielen Jahren mit Hilfe von bereits jahrelang formalisierten Ersteinschätzungsverfahren. Hinzu kommt, dass der G-BA in seinen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V die Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung von Notfallpatienten bereits in der Basisnotfallversorgung verpflichtend vorgesehen hat. Deshalb kann auf die Regelung nach § 120 Abs. 3b SGB V ersatzlos verzichtet werden.

Art. 1, Nr. 40, § 136a Abs. 6 SGB V NEU
Förderung der Transparenz und Qualität der Versorgung

Inhalt der Regelung: Der G-BA soll die Kompetenz erhalten, einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassener Krankenhäuser festzulegen. Dabei hat die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 SGB V bereits verarbeiteten Daten einrichtungsbezogen und regelmäßig zu erfolgen.

Bewertung: Die Regelung, die Auswertungsergebnisse der IQTIG-Verfahren zukünftig auch von Vertragsärzten zu veröffentlichen, wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings werden bei den Vertragsärzten und in den Krankenhäusern sehr unterschiedliche Patientengruppen mit sehr ungleich verteilten patientenindividuellen Risikofaktoren behandelt. Um einen sachgerechten einrichtungsbezogenen Vergleich zu ermöglichen, ist es daher zwingend erforderlich, eine wissenschaftlich fundierte Risikoadjustierung vorzunehmen und gleichzeitig die Bewertung der Ergebnisse des „strukturierten Dialogs“ sowie die Stellungnahmen der Leistungserbringer bei der Veröffentlichung sachgerecht einzubeziehen. Dies ist für eine objektive und sachlich einwandfreie Veröffentlichung zwingend erforderlich. Die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Vergleichen, bei denen die beiden zuvor genannten Voraussetzungen nicht oder nur unzureichend erfüllt sind, ist hingegen abzulehnen.

Art. 1, Nr. 41 a) aa), § 136b Abs. 1, Satz 1 Nr. 2 SGB V
Mindestmengenregelungen: Streichung von Ausnahmetatbeständen

Inhalt der Regelung: Die grundsätzliche Befugnis für den G-BA, Ausnahmetatbestände bei den Mindestmengenregelungen festlegen zu können, wird gestrichen.

Bewertung: Die grundsätzliche Befugnis des G-BA, Ausnahmetatbestände zu formulieren, sollte beibehalten werden, z.B. bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmengen (nähere Ausführungen: siehe Ziffer Art. 1, Nr. 41 b und c). Daher ist die vorgesehene Gesetzesänderung zu streichen.

Art. 1, Nr. 41 a) cc), § 136b SGB V
Abschaffung von Qualitätszu- und -abschlägen

Inhalt der Regelung: Die bisherigen gesetzlichen Vorgaben an den Gemeinsamen Bundesausschuss, einen Katalog von Leistungen, die sich für Qualitätszu- und -abschläge eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren festzulegen, werden ersatzlos gestrichen.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt die ersatzlose Streichung, da eine mögliche Umsetzung mit nur fraglich zu realisierendem Qualitätsverbesserungspotenzial, mit erheblichem Konfliktpotenzial und mit negativen Auswirkungen auf die Gesamtversorgung (z.B. Risikoselektion) einhergehen würde.

Art. 1, Nr. 41 b), § 136b SGB V
Mindestmengen: kontinuierliche Evidenzüberprüfung, Verknüpfung der Mindestmenge mit weiteren Leistungen, Mindestanforderungen an Struktur und Prozessqualität

Inhalt der Regelung: Die Regelung verpflichtet den G-BA, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Festlegung bestehender und weiterer Mindestmengen kontinuierlich zu prüfen und darüber zu entscheiden. Zudem erhält der G-BA die Befugnis, neben einer konkreten Mindestmenge gleichzeitig auch eine oder mehrere weitere Mindestmengen festzulegen (an diesem Gelenk, Knochen oder Organ). Ferner kann der G-BA zur Mindestmenge Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festlegen. Gleichzeitig wird der Ausnahmetatbestand „um unbillige Härten zu verhindern, insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge“ gestrichen.

Bewertung: Die Möglichkeit des G-BA, neben einer Mindestmenge grundsätzlich eine oder mehrere Mindestmengen in dem Kontext des Organs, Gelenks oder Knochens festzulegen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Bei der Festlegung der Mindestmenge ist zwingend der interdisziplinäre Kontext zu berücksichtigen: Z.B. könnte eine isolierte Festlegung von Mindestmengen für Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen (TAVI) dazu führen, dass Indikationsausweitungen zu Lasten von (minimal-) chirurgischen Aortenklappenoperationen erfolgen, obwohl die Indikationsstellungen durchaus unterschiedlich sind und es möglicherweise unterschiedliche Langzeitergebnisse und -folgen gibt. Analog verhält es sich bei einer Behandlung des Prostatakrebs, bei dem - je nach Tumorstadium und weiterer Patientenfaktoren - sowohl operative als strahlentherapeutische Behandlungen gleichwertig bzw. eine Therapieform der anderen überlegen ist. Mit einer Mindestmenge besteht daher immer die Gefahr einer Indikationsausweitung. Daher sind bei der Festlegung von Mindestmengen immer das gesamte Behandlungsspektrum und der interdisziplinäre Kontext zu berücksichtigen. Nur damit ist gewährleistet, dass der individuelle Patient die – nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse – optimale Versorgung erhält.

Die Befugnis des G-BA, Ausnahmetatbestände in den Mindestmengenregelungen festzulegen, muss bestehen bleiben. Ein Ausnahmetatbestand kann gerechtfertigt sein, z.B. bei über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehenden Mindestmengen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität (z.B. durch Nachweis besonderer Expertise oder Einhaltung von Strukturqualitätsanforderungen) unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Z.B. besteht bei den IQTIG-Daten der Transplantationsmedizin, die auch Follow-Up-Daten beinhaltet, kein qualitativer Unterschied hinsichtlich Mortalität zwischen den Transplantationszentren, die die Mindestmenge unterschreiten, und denjenigen, die sie überschreiten. Auch das deutet erneut darauf hin, dass Mindestmengen ein Surrogat-Parameter für Struktur- bzw. Prozessqualität sind und dass der interdisziplinären und fächerübergreifenden Kooperation eine große Bedeutung zukommt. Es ist daher zu begrüßen, dass der G-BA gleichzeitig Struktur- und Prozessqualitäts-Parameter festlegen soll. Allerdings sollte hier das Wort „Mindestanforderungen“ in „Anforderungen“ geändert werden, da eine Nichterfüllung einer „Mindestanforderung“ gleichzeitig mit dem Entfall des Vergütungsanspruchs nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB V einhergeht.

Im Gesetz sollte zusätzlich ergänzt werden, dass sowohl vor Mindestmengenfestlegung sowie bei der kontinuierlichen Überprüfung bestehender und weiterer Mindestmengen auch die möglichen negativen Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung - kurz-, mittel- und langfristig - auf die Gesamtversorgung der Bevölkerung und damit auf die Risikominimierung und Versorgungssicherheit der Gesamtbevölkerung betrachtet werden müssen und in der Gesamtabwägung des G-BA zu berücksichtigen sind. Kriterien hierfür sind insbesondere:

- Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung der planbaren Leistungen auf die Verfügbarkeit dieser Leistung und deren Qualität im Notfall, z.B.:
 - Koronarchirurgische Eingriffe, die sowohl als planbare/elektive, aber auch als Notfall-Eingriffe erfolgen können. Dieser Leistungsbereich ist in den derzeitigen Mindestmengenregelungen des G-BA enthalten, allerdings wurde bislang hierzu keine konkrete Mindestmenge festgelegt.
 - (Minimal-)chirurgische Eingriffe an den Herzklappen durch Herzchirurgen im Notfall; derzeit gibt es eine Mindestmengenberatung zu den TAVI (s.o.), die von Kardiologen als planbare Leistung erbracht werden.
 - Bei Festlegungen möglicher neuer Mindestmengenleistungen, wie
 - Bauchaortenaneurysma, das sowohl als elektiver/geplanter Eingriff als auch als „geplatztes“ Aneurysma als Notfalleingriff operiert wird,
 - „akutes Abdomen“, wenn erst nach der dringend erforderlichen, ggf. lebensrettenden Operation die genaue Diagnose und damit die anschließend zu kodierenden OP- (bzw. OPS-)Leistungen feststehen, für die ggf. eine Mindestmenge vom G-BA besteht.
- Qualität der weiteren Leistungen bei diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem / Gelenk oder Knochen bei operativen Verfahren (ggf. Chondrozytenimplantationen am Knie zur Verhinderung des Fortschreitens der

Arthrose, Umstellungsoperationen, unikondyläre Schlittenprothesen am Knie, Knie-Erst-Totalendoprothese, Knie-Revisions-Totalendoprothesen, etc.).

- Qualität der weiteren Leistungen in diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem bei unterschiedlichen Behandlungsoptionen (z.B. bei Prostata-Karzinomen: je nach Stadium/Gleason-Score und Patientensituation ist eine strahlentherapeutische Behandlungen einer operativen Behandlung gleich bzw. überlegen).
- Qualität der Versorgung bei komplexen Erkrankungen bzw. Mehrfacherkrankungen, wenn gleichzeitig eine Mindestmenge besteht (z.B. Endoprothesenversorgung wegen bösartiger Tumoren der Knochen, der Sehnen oder des knochennahen Muskel- und Bindegewebes oder Operationen, für die eine Mindestmenge besteht, bei gleichzeitigen angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörungen, die mit verminderter oder überschießender Gerinnung einhergehen, etc.).
- Nachteile in der Patientenversorgung, z.B. bei Patienten mit Polytrauma (wie Schädel-Hirn-Trauma, Milzruptur, Wirbelsäulenverletzungen, multiplen Ober- und Unterschenkeltrümmerbrüchen, etc.): Hier würde zunächst die operative Versorgung der dringenderen Verletzungen (Schädel-Hirn-Traum, Wirbelsäule, Milz) im überregionalen Schwerstverletzententrum erfolgen, im weiteren Verlauf – nach Stabilisierung der prioritären Verletzungen – dann Verlegung für die Knie-Totalendoprothesenversorgung in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge des G-BA erfüllt; ggf. ohne dortige Möglichkeit, den Gesamtbehandlungsplan des Polytraumas fortzuführen.
- Auswirkungen auf Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Auswirkungen der festzulegenden Mindestmenge auf die Einführung und Behandlung mittels innovativer Verfahren

Art. 1, Nr. 41c), § 136b Abs. 4 SGB V NEU

Mindestmengen: Vorgaben für G-BA-Verfahrensordnung

Inhalt der Regelung: Es wird ein neuer Absatz 4 eingefügt, um weitere Vorgaben in der Verfahrensordnung des G-BA neu zu normieren (Auswahl der planbaren Leistung, Operationalisierung der Leistung, Einhaltung der Fristvorgaben, Voraussetzung und Inhalte von im Zusammenhang mit der Mindestmenge zu erfüllende Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität im Zusammenhang mit der Mindestmenge, etc.).

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt grundsätzlich den neuen Absatz 4 des § 136b SGB V. Mit einer weitergehenden Operationalisierung und Schaffung von Transparenz über das Verfahren zur Festlegung von Mindestmengen wird eine nachvollziehbare und gleichmäßige Umsetzung sichergestellt. Gleichwohl ist zu ergänzen, dass dabei auch die möglichen negativen Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung auf die Gesamtversorgung der Bevölkerung und damit auf die Risikominimierung und Versorgungssicherheit der Gesamtbevölkerung betrachtet werden müssen und in der Gesamtabwägung des G-BA zu

berücksichtigen sind. Daher sollten in der G-BA-Verfahrensordnung insbesondere die folgenden Kriterien bei der Mindestmengenfestlegung zukünftig auch Berücksichtigung finden:

- Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung der planbaren Leistungen auf die Verfügbarkeit dieser Leistung und deren Qualität im Notfall
- Qualität der weiteren operativen Leistungen bei diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem / Gelenk oder Knochen
- Qualität der weiteren Leistungen in diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem bei operativen und nicht-operativen Behandlungsoptionen
- Qualität der Versorgung bei komplexen bzw. Mehrfacherkrankungen: Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung auf hoch spezialisierte Krankenhäuser, die im Rahmen von komplexeren Krankheitsbildern, dabei auch u.a. die Mindestmengen-Leistung erbringen (z.B. Knie-Endoprothesenversorgung im Zentrum für Knochenneubildungen, TAVI im Zentrum für Hämophilie-Erkrankungen, etc.)
- Auswirkungen auf Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Auswirkungen der festzulegenden Mindestmenge auf die Einführung und Behandlung mittels innovativer Verfahren

Nach den bisherigen gesetzlichen Vorgaben wird bei der „Folgenabschätzung“ lediglich „die Patienten-Umverteilung für verschiedene Mindestmengen-Höhen und damit einhergehende Wegstreckenveränderungen simuliert. Ob ggf. berechnete Wegstreckenverlängerungen medizinische Risiken in sich bergen, die den Zugewinn an Sicherheit durch die Mindestmenge wieder aufwiegen könnten, bewertet der G-BA [...]“¹. Wie oben ausgeführt, ist die ausschließliche Betrachtung dieser zwei Kriterien weder nachhaltig noch einer mittel- und langfristigen Sicherung der Qualität oder Patientensicherheit zuträglich.

Art. 1, Nr. 41d), § 136b Abs. 5 SGB V

Mindestmengen: Aufhebung der Regelungen für die Landesebene

Inhalt der Regelung: Der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde soll die Möglichkeit weggenommen werden, Leistungen zu bestimmen, bei denen die Mindestmengen nicht angewandt werden, wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin lehnt die Streichung des bisherigen § 136b Abs. 5 SGB V ab. Zur Gewährleistung einer flächendeckenden qualitätsorientierten Versorgung muss den Ländern weiterhin die Möglichkeit für begründbare Ausnahmeregelungen gegeben sein, auch um nachhaltig und mittel- und langfristig die Patientensicherheit gewährleisten zu können (siehe Ausführungen zu Art. 1, Nr. 41 b), § 136b SGB V und zu Art. 1, Nr. 41c), § 136b Abs. 4 SGB V NEU)

¹ Vgl. BT-Drs 19/27214 (Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates)

Folgende Beispiele zeigen die Problematik bei Streichung des Absatzes:

- Auch wenn Mindestmengen nur für planbare Leistungen vom G-BA festgelegt werden können, hat dies auch Auswirkungen auf diese oder verwandte Leistungen in der Notfallversorgung. Die Bewertung dieser Auswirkungen und ggf. Schaffung von Ausnahmen sind für die Bundesländer zur Sicherstellung einer qualitätsorientierten und flächendeckenden Versorgung von erheblicher Bedeutung (Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung der planbaren Leistungen auf die Verfügbarkeit dieser Leistung und deren Qualität im Notfall).
- Qualität der weiteren operativen Leistungen bei diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem / Gelenk oder Knochen
- Qualität der weiteren Leistungen in diesem Krankheitsbild oder an diesem Organsystem bei operativen und nicht-operativen Behandlungsoptionen
- Qualität der Versorgung bei komplexen bzw. Mehrfacherkrankungen: Auswirkungen der Mindestmengenfestlegung auf hoch spezialisierte Krankenhäuser, die im Rahmen von komplexeren Krankheitsbildern, dabei auch u.a. die Mindestmengen-Leistung erbringen (z.B. Knie-Endoprothesenversorgung im Zentrum für Knochenneubildungen, TAVI im Zentrum für Hämophilie-Erkrankungen, etc.).
- Die Mindestmengen können vom G-BA je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses festgelegt werden. D.h. an einem Universitätsklinikum mit mehreren Standorten müssten in allen Standorten die Mindestmenge erbracht werden. Beispiel: An einem Universitätsklinikum erfolgen die Implantationen von verschleißbedingten Knie-Endoprothesen an einem Standort, während ein anderer Standort – in dem dortigen interdisziplinären Kontext – die Tumorendoprothetik (an Hüfte, Knie, etc.) übernimmt. Allerdings wird dort die derzeit geltende Mindestmenge bei Knie-Endoprothesen nicht erreicht. Die zuständige Landesbehörde muss in einem derartigen Fall – nach Überprüfung – eine Ausnahmegenehmigung für diese hochspezialisierte Einrichtung weiterhin erteilen können. Vergleichbare Konstellationen gibt es auch in weiteren Kontexten (Neonatalogie, etc.).

Art. 1, Nr. 49, § 137j SGB V

Veröffentlichung und Sanktionierung von Pflegepersonalquotienten

Inhalt der Regelung: Pflegepersonalquotienten sowie die Pflegepersonalzusammensetzungen sollen künftig standortbezogen auf der Homepage des InEKs veröffentlicht werden (erstmalig zum 31. August 2021). Das BMG wird ermächtigt, neben der Untergrenze auch den Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung bei Unterschreitung festzulegen. Im Jahr 2020 fallen bei Unterschreitung keine Sanktionen an. Zudem wird klargestellt, dass Pflegehilfspersonal und sonstiges für die Pflege am Bett eingesetztes Personal nur anteilig zu berücksichtigen ist.

Bewertung: Der Pflegepersonalquotient ist zur Sicherung der Versorgungsqualität durch eine ausreichende Pflegepersonalausstattung nicht nur in definierten pflegesensitiven Bereichen, sondern als Maßnahme in Bezug auf das ganze Krankenhaus vorgesehen. Gleichzeitig finden Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen Anwendung. Die pflegesensitiven Bereiche werden aktuell auf weitere Fachbereiche im Krankenhaus ausgeweitet. Aufgrund

dieser Tendenz zum Gesamthausansatz, des bürokratischen Aufwandes und der doppelten Sanktionsregelungen, wenngleich diese absenkend Berücksichtigung finden, sollten diese regulatorischen Doppelstrukturen überprüft und ggf. angepasst werden.

Art. 1 Nr. 66, § 277 SGB V

Weiterentwicklung des MD-Gutachterverfahrens – Mitteilungspflichten

Inhalt der Regelung: In § 277 Absatz 1 SGB V werden die Sätze 1 bis 3 dahingehend neu gefasst, dass der Medizinische Dienst ausschließlich der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen hat. Die bislang obligatorische Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung an den geprüften Leistungserbringer wird beschränkt. Das Ergebnis der Begutachtung ist lediglich in den Fällen zu übermitteln, in denen es von der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung durch den Leistungserbringer abweicht. Weiterhin soll eine Ausnahme von dieser Übermittlungspflicht für die Fälle gelten, in denen die MD-Begutachtung eine Prüfung hinsichtlich des Vorliegens eines Behandlungsfehlers durch den Leistungserbringer zum Gegenstand hat. In diesen Fällen ist dem geprüften Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung nur nach vorheriger Einwilligung des Versicherten zu übermitteln.

Bewertung: Die beabsichtigte Änderung führt im Ergebnis zu einer Schlechterstellung der Krankenhäuser in der Praxis. Während die Krankenkasse über sämtliche Befunde sowie Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes vollumfängliche Klarheit über den Begutachtungsfall erhält, wird den geprüften Krankenhäusern diese Klarheit verwehrt, indem sie nur in den Fällen einer Abweichung des Begutachtungsergebnisses des Medizinischen Dienstes von der gestellten Abrechnung informiert werden und dann lediglich das Ergebnis der Begutachtung erhalten.

Um die Plausibilität des Begutachtungsergebnisses bewerten zu können, müssen die Krankenhäuser nachvollziehen können, aus welchen Gründen der Medizinische Dienst zu einem von den Angaben des Krankenhauses abweichenden Ergebnis kommt.

Bedeutsam ist die Kenntnis des Begutachtungsergebnisses und der wesentlichen Gründe auch vor dem Hintergrund, dass die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse vom Gutachten des Medizinischen Dienstes abweichen kann. Ohne diese Kenntnis kann das Krankenhaus weder erkennen, ob die Krankenkasse von den Einschätzungen des Medizinischen Dienstes abgewichen ist, noch – falls ja – aus welchen Beweggründen. Diese Kenntnis ist für das Krankenhaus zur Prüfung, ob es die leistungsrechtliche Entscheidung akzeptiert oder ob plausible Gründe vorliegen, die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse anzuzweifeln, von großer Bedeutung. Dies umso mehr, als zukünftig verpflichtend ein einzelfallbezogenes Erörterungsverfahren nach § 17 c Absatz 2b KHG durchzuführen ist, wenn eine Ungewissheit über die Abrechnung besteht. Eine sinnvolle Vorbereitung auf dieses verpflichtende Verfahren ist nur dann möglich, wenn auch das Krankenhaus vollumfängliche Kenntnisse sämtlicher Erwägungen des Medizinischen Dienstes hat. Anzumerken ist, dass nicht nur die Mitteilung des Begutachtungsergebnisses,

was von der Darstellung des Krankenhauses abweicht, für dieses von Relevanz ist. Auch die Kenntnis der Bestätigung der Darstellung des Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst oder einer Abweichung zu Gunsten des Krankenhauses ist für das Krankenhaus wichtig, um nachhalten zu können, ob die Krankenkasse von der Bewertung des Medizinischen Dienstes abweicht. Ohne Kenntnis des Begutachtungsergebnisses sowie der wesentlichen Gründe dafür bleibt es dem Krankenhaus unbekannt, ob die Krankenkasse für das Krankenhaus positive Begutachtungsergebnisse ignoriert. In Fällen eines für das Krankenhaus positiven Begutachtungsergebnisses durch den Medizinischen Dienst ist eine vollumfängliche Mitteilung des Begutachtungsergebnisses auch deshalb erforderlich, damit das Krankenhaus frühzeitig erkennen kann, ob das Prüfverfahren beendet ist oder nicht. Andernfalls müsste es den kompletten Fristablauf des Prüfverfahrens – aktuell 16 Monate nach Beauftragung des Medizinischen Dienstes – abwarten, was zu bilanziellen Belastungen führen kann.

Die weiterhin vorgesehene Begrenzung der Verpflichtung des Medizinischen Dienstes, aus Gründen des Datenschutzes dem Krankenhaus nachteilige Begutachtungsergebnisse in den Fällen, in denen das Vorliegen eines Behandlungsfehlers Gegenstand der Begutachtung gewesen ist, nur mit Zustimmung des betroffenen Patienten übermitteln zu dürfen, ist nicht erforderlich. Dem Medizinischen Dienst sind bereits sämtliche Behandlungsdaten über das Krankenhaus mitgeteilt worden. Aus diesen Gründen ist es fair und transparent, dem Krankenhaus das Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Gründe des Medizinischen Dienstes mitzuteilen, insbesondere auch um die Möglichkeit einer außergerichtlichen Einigung, aufgrund von mangelnden Kenntnissen des Krankenhauses, nicht von vornherein zu vereiteln. Daher sollte folgende Änderung im Gesetzentwurf erfolgen:

§ 277 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 werden gestrichen und durch folgenden Satz ersetzt:
„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse und dem geprüften Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis zeitgleich mitzuteilen; dies gilt auch bei Prüfungen nach § 275 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4“.

§ 277 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 werden zu den Sätzen 2 bis 4.

Art 6, Nr. 4 a), § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG Klinische Sektionen

Inhalt der Regelung: Die zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und die Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle werden gestrichen. Jede durchgeführte klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt, wird über den vom InEK kalkulierten Zuschlag refinanziert. Dabei sind die vom InEK kalkulierten Kosten in voller Höhe zugrunde zu legen.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt die Regelung ausdrücklich. Die angemessene Refinanzierung klinischer Sektionen ist zentral für dieses Instrument der Qualitätssicherung.

**Art. 6, Nr. 7, § 15 Abs. 3 KHEntgG i.V.m. Art. 14, Nr. 6, § 15 Abs. 2 BPfIV
Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen bei NUB-Entgelten**

Inhalt der Regelung: Wie bei anderen Entgelten, erfolgt auch für NUB-Entgelte ein Ausgleich, wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden. Mit der Ergänzung wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17) nachvollzogen. Sie betrifft beide Entgeltbereiche.

Bewertung: Die Regelung wird insbesondere auch auf Grund der Klarstellung gegenüber der Fassung des Referentenentwurfs begrüßt. Allerdings schließt die beabsichtigte Neuregelung die sogenannte „NUB-Lücke“ nicht vollständig.

Die „NUB-Lücke“ stellt schon seit Jahren ein großes Problem bei der Einführung von Innovationen in die stationäre Krankenversorgung dar. Innovative Verfahren dürfen ab Marktzulassung erbracht werden und Patienten können so unmittelbar vom medizinischen Fortschritt profitieren. Eine verlässliche Erstattung der hierdurch im Krankenhaus entstehenden Kosten, ist zu diesem Zeitpunkt hingegen noch nicht gegeben. Dies führt dazu, dass zwischen Marktzulassung und der Vereinbarung eines NUB-Entgelts nach § 6 Abs. 2 KHEntgG bis zu zwei Jahre vergehen können. Ursache ist gerade bei Arzneimitteln das mögliche zeitliche Auseinanderfallen zwischen dessen Zulassung und der fristgebundenen, einmal pro Jahr bestehenden Antragsoption für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die jetzige Neuregelung zielt allerdings nur auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ab, die für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum bereits als NUB anerkannt wurden.

Insbesondere bei Einführung von Innovationen aus dem Bereich der Arzneimitteltherapie, welche in erster Linie zunächst in der Universitätsmedizin stattfindet, sorgt das bestehende NUB-Verfahren für erhebliche finanzielle Risiken. Die Kosten für innovative Verfahren, beispielsweise in der Gen- und Zelltherapie, liegen oftmals im sechsstelligen (z.B. bei der CAR-T-Zelltherapie) oder sogar siebenstelligen Bereich (z.B. Zolgensma). Sie eröffnen für schwerstkranken Patienten jedoch neue Behandlungsoptionen, die in der Form bislang nicht bestanden. Derzeit begegnen Krankenhäuser der „NUB-Lücke“ in der Regel mit Anträgen auf Kostenübernahme im Einzelfall, über die dann die Krankenkassen entscheiden müssen. Dieses Verfahren ist sehr bürokratisch und zeitaufwendig. Zudem sichert es den Krankenhäusern oftmals keine sachgerechte Kostenerstattung, so dass während der „NUB-Lücke“ Innovationen in der Patientenversorgung oftmals nur in sehr begrenztem Umfang eingesetzt werden können. Insbesondere ein hoher Mehraufwand bei der Patientenbehandlung, der neben den hohen Arzneimittelkosten im Vergleich zur Standardversorgung entsteht, wird von den Krankenkassen in der Regel nicht anerkannt. Um eine zeitnahe, teils lebenswichtige Patientenversorgung nicht zu gefährden, müssen Krankenhäuser oftmals eine Kostenunterdeckung in Kauf nehmen und gegebenenfalls in Vorleistung gehen. Angesichts der enormen Kosten der neuen Zell- und Gentherapien ist dies für diese Behandlungen nicht möglich, da hierdurch Kostenunterdeckungen in Größenordnungen entstehen, die selbst ein Universitätsklinikum nicht mehr tragen kann.

Die Deutsche Hochschulmedizin sieht daher grundsätzlichen Reformbedarf bei der Einführung innovativer Verfahren durch Etablierung von Innovationszentren. Kurzfristig sollte allerdings zunächst die bestehende „NUB-Regelung“ nach § 6 Abs. 2 KHEntgG angepasst werden. Dabei gilt es, ergänzend zu der jetzigen Neuregelung mit folgenden Reformmaßnahmen die „NUB-Lücke“ möglichst zu schließen:

- Die Krankenhäuser erhalten für besonders hochpreisige neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein ganzjähriges Antragsrecht (z. B. konzentriert auf hochpreisige NUB-Leistungen mit Mehrkosten > 50.000 Euro).
- Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entscheidet acht Wochen nach Eingang der Anfrage des Krankenhauses über die Anträge.
- Die Kostenträger sind verpflichtet, bei Anerkennung eines Verfahrens als NUB binnen einer gesetzlich vorgegebenen Frist (z.B. drei Monate) mit dem Krankenhaus ein NUB-Entgelt zu vereinbaren.
- Eine noch nicht vorliegende Bewertung der Evidenz durch den Medizinischen Dienst darf die Vereinbarung des NUB-Entgelts nicht behindern.

Art. 7, 8 und 9

Modellklauseln zur akademischen Ausbildung in Gesundheitsfachberufen

Inhalt der Regelung: Bestehende Modellklauseln zur Erprobung akademischer Ausbildungsangebote in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie werden bis Ende 2026 verlängert.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt die Verlängerung der Modellklauseln. Diese Zeit sollte nun umgehend genutzt werden, um für die mittlerweile gut etablierten Studiengänge in diesen Fächern eine dauerhafte rechtliche und finanzielle Grundlage zu schaffen.

III. Weiterer Handlungsbedarf

§ 17c Abs. 2a KHG

Möglichkeit einer Rechnungskorrektur

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde § 17c KHG um einen neuen Absatz 2a ergänzt. Demzufolge ist nach Übermittlung der Abrechnung des Krankenhauses an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Rechnung künftig nur möglich, sofern diese Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses der Medizinischen Dienste oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist.

Der gesetzlich normierte Ausschluss der nachträglichen Rechnungskorrektur ist für Universitätsklinika mit ihrem besonders komplexen Behandlungsspektrum unverhältnismäßig. Gerade hochaufwendige und komplexe Behandlungsverläufe können dazu führen, dass abrechnungsrelevante Informationen erst nach der Entlassung des Patienten bekannt werden (z.B. Befunde aus spezieller Labordiagnostik). Für Universitätsklinika ergeben sich hierdurch besondere finanzielle Risiken. Die Häuser können dem auch nicht mit einem Hinauszögern der Rechnungslegung begegnen, weil eine zeitnahe Fallabrechnung zur Wahrung der Liquidität unerlässlich ist. Zudem können auch regulatorische Vorgaben wie die Abrechnungsbestimmungen der Fallpauschalenvereinbarung eine nachträgliche Korrektur erfordern (z.B. im Falle einer Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme) bzw. erlauben diese ausdrücklich. So ist in der DKR D002 festgelegt, dass für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung des Patienten eingehen, für die Kodierung heranzuziehen sind.

In der derzeitigen Überarbeitung der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) ist eine Regelung zur Möglichkeit der nachträglichen Rechnungskorrektur nicht zu erwarten. Daher muss § 17c Abs. 2a KHG so angepasst werden, dass die Krankenhäuser innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Rechnung mindestens ein einmaliges Nachlieferungsrecht erhalten. Auch müssen die Medizinischen Dienste gesetzlich verpflichtet werden, ergänzende Unterlagen für die Fallprüfung bei Bedarf von den Krankenhäusern nachzufordern. Mit beiden Maßnahmen würde auch dem politischen Ziel, eine sachgerechte und inhaltlich korrekte Leistungsabrechnung zu erreichen, Rechnung getragen werden.

IV. Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)310

Änderungsantrag 3 zu Art. 1 Nr. 18a - neu -, 68 (§§ 64d, 295 SGB V) sowie zu Art. 15a - neu - (§ 3 der Datentransparenzverordnung)

Modellvorhaben zur Genomsequenzierung bei seltenen Erkrankungen

Inhalt der Regelung: Mit diesem Änderungsantrag werden die gesetzlichen Grundlagen für ein bundeseinheitlich durchzuführendes Modellvorhaben zur Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen bzw. onkologischen Erkrankungen gelegt. Als Grundlage für das Modellvorhaben soll bis zum 1. Januar 2022 ein Vertrag auf Bundesebene zwischen GKV-SV und Leistungserbringern, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen müssen, geschlossen werden. Die in dem Modellvorhaben gewonnenen Daten sollen in einer einheitlichen Datenbank erfasst und analysiert werden, um eine umfassende medizinische Beurteilung vornehmen zu können.

Bewertung: Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt die Initiative des Gesetzgebers, ein Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung bei seltenen bzw. onkologischen Erkrankungen zu implementieren. Bislang gibt es in diesem Bereich nur singuläre Lösungen. Deshalb kann das Modellvorhaben inkl. Dateninfrastruktur zu einem deutlichen Mehrwert führen.

Allerdings besteht aus Sicht der Deutschen Hochschulmedizin folgender Klarstellungsbedarf im Änderungsantrag:

- a) In Absatz 3 werden Anforderungen an teilnahmeberechtigte Leistungserbringer gestellt. Die Formulierungen stellen nicht klar heraus, dass die zu erfüllenden Anforderungen aus dem G-BA-Beschluss zu den onkologischen Zentren bzw. Zentren für Seltene Erkrankungen in gleicher Weise für Krankenhäuser, insbesondere Universitätsklinika, und sonstige Leistungserbringer bzw. Zusammenschlüssen von Leistungserbringern gelten. Es muss im Absatz 3 klargestellt werden, dass die Anforderungen in gleicher Weise für alle potentiellen Leistungserbringer Anwendung finden. Dabei ist auch zu bedenken, dass die Anforderungen aus dem o.g. G-BA-Beschluss insbesondere auf Grund der Pandemie noch nicht praxiserprobt sind. Vor diesem Hintergrund sollte nur auf ausgewählte Anforderungen des G-BA-Beschlusses (z. B. Mindestfallzahlen) Bezug genommen werden.
- b) Der Änderungsantrag selbst sieht kein formalisiertes Antragsverfahren für potentielle Leistungserbringer vor. Der Gesetzgeber verfolgt angesichts der gesetzten Fristen einen zügigen und unbürokratischen Beginn des Modellvorhabens. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Dennoch ist es notwendig, dass der Entscheidungsprozess über die Einbeziehung von Leistungserbringern transparent und nachvollziehbar gestaltet wird. Hierfür muss der GKV-Spitzenverband gesetzlich verpflichtet werden, seine Entscheidungen zu begründen. Bei dissidenten Auffassungen sind Klärungsmechanismen wie die Möglichkeit zur Nachlieferung von Unterlagen und eine Schiedsinstanz (z.B. BMG) gesetzlich zu verankern.

- c) Das in Absatz 7 vorgesehene Herstellen des Einvernehmens der Vertragspartner mit KBV und DKG bezüglich der in Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Vertragsinhalte kann zu erheblichen Verzögerungen bei der Initiierung des Modellvorhabens führen und ist angesichts der gesetzten Fristen nicht zielführend. Darüber hinaus ist bei den Vertragspartnern des Modellvorhabens hinreichend Expertise zu unterstellen, die in Satz 1 Nummer 2 und 3 vorgesehenen Abgrenzungen sachgerecht treffen zu können. Nach Absatz 7 sollten die Vertragspartner daher lediglich ein Benehmen mit KBV und DKG herstellen müssen.

Änderungsantrag 11 zu Art. 1 Nr. 69a - neu – SGB V Treuhandkonten Apothekenrechenzentren

Inhalt der Regelung: Apothekenrechenzentren werden verpflichtet, für Dritte entgegengenommene Gelder auf offenen Treuhandkonten zu hinterlegen.

Bewertung: Die Intention des Gesetzgebers, dass Leistungserbringer für die von ihnen erbrachten Leistungen bzw. abgegebenen Arzneimittel insolvenzfest die von den Kostenträgern hierfür gezahlten Vergütungen erhalten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings fokussiert diese Regelung ausschließlich Treuhandkonten und schließt somit andere insolvenz sichere Modelle, wie etwa das Direktzahlungsmodell, aus. Eine allgemein gehaltene Vorgabe, dass die für die Leistungserbringer bestimmten Gelder vor einer Insolvenz des Rechenzentrums zu sichern sind, wäre sinnvoller. Darüber hinaus sollte die Vorgabe um eine Sanktionsregelung bei Pflichtverletzung ergänzt werden.

Änderungsantrag 15 zu Art. 6 Nr. 1 und Änderungsantrag 16 zu Art. 6 Nr. 2 Fixkostendegressionsabschlag (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) und Anhebung der Kappungsgrenze (§ 5 Abs. 4 S. 3 KHEntgG)

Inhalt der Regelung: Geplant ist, bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags ab dem Jahr 2022 das Erlösbudget 2019 als Vergleichsgröße festzulegen, solange für das jeweilige Vorjahr weniger Leistungen als in 2019 vereinbart werden. Außerdem soll die Kappungsgrenze für Zuschläge auf voll- und teilstationären Entgelte von 15% auf 30% auch für das Jahr 2022 (analog der Regelungen für 2020 und 2021) erhöht werden.

Bewertung: Angesicht der deutlichen pandemiebedingten Fallzahl- und Erlösrückgänge sind diese Änderungen folgerichtig und sachgerecht. Richtigerweise führt die Gesetzesbegründung hierzu aus, dass eine Bezugnahme auf die für das Jahr 2021 vereinbarten Leistungen bei der Vereinbarung des Fixkostendegressionsabschlags für das Jahr 2022 nicht sachgerecht erscheint. Dies würde zu ungerechtfertigt hohen Abschlagsbeträgen führen. Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt diese Änderungen ausdrücklich. Hinsichtlich weiterer Details wird auf die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft verwiesen.

**Änderungsantrag 17 zu Art. 5 Nr. 6 neu und Art. 6 Nr. 8 neu
Verstetigung der unterjährigen, verpflichtenden Übermittlung der Leistungsdaten der
Krankenhäuser (§ 21 Abs. 2 - 4 KHG und § 21 KHEntgG)**

Inhalt der Regelung: Die verpflichtende Übermittlung der Leistungsdaten der Krankenhäuser soll dauerhaft unterjährig zum 15. Juni, 15. Oktober und 15. Januar erfolgen. Bei nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständiger Übermittlung erfolgt ein Abschlag i.H.v. mindestens 20.000 Euro. Begründet wird die Verstetigung der Datenübermittlung mit der Weiterentwicklung des Entgeltsystems.

Bewertung: Während einer Pandemie ist es wichtig und sachgerecht, frühzeitig Informationen über das veränderte Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern zu bekommen.

Bei der geplanten Verstetigung der unterjährigen Datenlieferungen ist jedoch zu bedenken, dass diese für die Krankenhäuser einen erheblichen zusätzlichen Aufwand bedeuten. Zusätzlich ist es bei der Interpretation der kurzfristig bereitzustellenden Daten elementar, dass die begrenzte Datenvalidität und somit die eingeschränkte Aussagekraft der Daten bekannt ist. Gerade hochaufwendige und komplexe Behandlungen können dazu führen, dass abrechnungsrelevante Informationen erst nach der Entlassung des Patienten erstellt werden (z.B. Befunde aus spezieller Labordiagnostik, spezielle molekularbiologische Untersuchungen, Spezial-Pathologiediagnostik, aufwändige Pathologie-Diagnostik und -Befundungen) und somit erst im Anschluss kodiert werden können. Seit dem MD-Reformgesetz ist eine Rechnungskorrektur nicht mehr möglich (siehe III. Weiterer Handlungsbedarf), so dass das Vorliegen aller Befunde abgewartet werden muss, bevor der Fall abgeschlossen und die Rechnung erstellt werden kann. Der Änderungsantrag sieht vor, 15 Tage nach Quartalsende diese Daten, auch der noch nicht abschließend kodierten und somit der noch nicht abgeschlossenen Fälle, an das InEK zu übermitteln. D.h. Krankenhäuser müssen damit Falldaten übermitteln, bei denen relevante Fallinformationen noch fehlen können und bei denen noch kein Fallabschluss erfolgt ist, um einer Sanktionierung zu entgehen. Auch können Fälle mit Fallzusammenführungen ggf. noch nicht berücksichtigt werden, was auch die Aussagekraft und Validität der zu übermittelnden Daten beeinträchtigt. Gerade diese aufwändigen, komplexen Fälle bzw. Fallzusammenführungen wären für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme allerdings von großer Relevanz.

Insbesondere mit Blick auf den Jahreswechsel und der damit verbundenen obligatorischen Neuinstallation bzw. Aktualisierung diverser Softwareanwendungen für das neue Kalenderjahr sind Verwerfungen für die Datenlieferung zum 15. Januar nicht auszuschließen. Dies darf über die Malus-Regelung nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen.

Aufgrund des Aufwands und der beschränkten Datenvalidität mit sehr eingeschränkter Aussagekraft zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems sollte die unterjährige Datenübermittlungsverpflichtung daher auf den Zeitraum der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite beschränkt werden.