

## § 275a

**Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen, Qualitätsanforderungen und Vorgaben bei Zuschlägen im Krankenhaus**

(1) <sup>1</sup> Der Medizinische Dienst führt in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung

1. der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien,
2. von Strukturmerkmalen, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einzelne Kodes festgelegt werden,
3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136b einschließlich der Prüfung der Richtigkeit der von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung vorzunehmenden Dokumentation,
4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen und
5. der nach § 136c Absatz 3 bis 5 beschlossenen Vorgaben.

<sup>2</sup> Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. <sup>3</sup> Sie erfolgen im schriftlichen Verfahren, als Prüfungen vor Ort oder zum Teil im schriftlichen Verfahren und zum Teil als Prüfung vor Ort auf Grundlage vorliegender Daten, Nachweise, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser. <sup>4</sup> Prüfungen vor Ort erfolgen angemeldet. <sup>5</sup> Bei Prüfungen zur Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 5 genannten Qualitätskriterien, Qualitätsanforderungen und Vorgaben sind abweichend von Satz 4 Prüfungen vor Ort ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde. <sup>6</sup> Der Medizinische Dienst führt die Prüfungen nach Satz 1 soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch und verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach Satz 1 oder aus anderen Prüfungen nach den §§ 275a und 275d in den bis zum 11. Dezember 2024 geltenden Fassungen wechselseitig. <sup>7</sup> Der Medizinische Dienst berücksichtigt im Rahmen der Prüfungen Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 und kann vorliegende Zertifikate anerkennen. <sup>8</sup> Die Prüfung der Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt auf der Grundlage der in § 137i Absatz 4 Satz 1 genannten Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft. <sup>9</sup> Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst an diesen zu übermitteln. <sup>10</sup> Die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser sowie Mitteilungen zu Prüfungsergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem Wege. <sup>11</sup> Die Medizinischen Dienste betreiben jeweils ein geschütztes digitales Informationsportal zur Bereitstellung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser; die Krankenhäuser können für die Prüfung erforderliche Unterlagen über dieses Informationsportal bereitstellen. <sup>12</sup> Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. <sup>13</sup> § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) <sup>1</sup> Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen. <sup>2</sup> Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. <sup>3</sup> Darüber hinaus können die in den Sätzen 1 und 2 genannten beauftragenden Stellen bei Bedarf jederzeit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien beauftragen, insbesondere bei Hinweisen über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien. <sup>4</sup> Der Umfang der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Erfüllung von Qualitätskriterien bestimmt sich abschließend nach den in dem konkreten Auftrag bestimmten Leistungsgruppen. <sup>5</sup> Der Medizinische Dienst hat eine auf Grund von Satz 1, Satz 2 oder

Satz 3 beauftragte Prüfung unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung mit einem Gutachten abzuschließen und dieses innerhalb der genannten Frist allein der beauftragenden Stelle zuzusenden. <sup>6</sup> Die beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst innerhalb von einem Monat nach Zugang des Gutachtens auf Unstimmigkeiten oder Unklarheiten im Gutachten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen ab der Erteilung des Hinweises zu erörtern; sofern erforderlich, ist das Gutachten durch den Medizinischen Dienst unverzüglich entsprechend zu korrigieren. <sup>7</sup> **Prüfungen, die nach Satz 1 vor einer voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgenden Zuweisung oder nach Satz 2 vor einem voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 31. Dezember 2025 zu beauftragen. <sup>8</sup> Der Medizinische Dienst hat die in Satz 7 genannten Prüfungen bis zum 31. Juli 2026 abzuschließen.**

(3) <sup>1</sup> Die in Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 genannte beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn die Übermittlung eines neuen Gutachtens des Medizinischen Dienstes über eine entsprechende Prüfung erforderlich ist, um die Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe auf Grund von § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder die Kündigung eines Versorgungsvertrags auf Grund von § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abzuwenden.

<sup>2</sup> Die Beauftragung hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass das Gutachten voraussichtlich bis zum Ablauf der in § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der in § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Frist übermittelt werden kann.

(4) <sup>1</sup> **Nach Abschluss des in Absatz 2 Satz 6 genannten Verfahrens übermittelt der Medizinische Dienst sein Gutachten über das Ergebnis einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien auf elektronischem Wege an**

1. die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde,
2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,
3. die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle und
4. das jeweils geprüfte Krankenhaus.

<sup>2</sup> Krankenhäuser, die an einem Krankenhausstandort ein nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliches Qualitätskriterium für eine nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesene Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

1. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,
2. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.

<sup>3</sup> Der Medizinische Dienst informiert die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle unverzüglich über eine ihm nach Satz 2 Nummer 3 mitgeteilte Nichterfüllung eines Qualitätskriteriums. <sup>4</sup> Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die in Satz 2 Nummer 1 und 2 genannten Stellen, die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle sowie den Verband der Privaten Krankenversicherung hierüber.

(5) <sup>1</sup> Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen nach dem Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. <sup>2</sup> Satz 1 gilt nicht für die Abrechnung von Leistungen, die an Krankenhausstandorten erbracht wurden, für die die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde oder für die die jeweilige Leistungsgruppe nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 vereinbart wurde.

(6) <sup>1</sup> **Krankenhäuser können beim Medizinischen Dienst Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beantragen. <sup>2</sup> Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Struk-**

turmerkmale durch Bescheid fest.<sup>3</sup> Der Medizinische Dienst übermittelt dem jeweiligen geprüften Krankenhaus zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und, wenn dieses Krankenhaus die jeweiligen Strukturmerkmale erfüllt, eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden.<sup>4</sup> **Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln.**<sup>5</sup> Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer in Satz 1 genannten Prüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

1. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
2. dem Verband der Privaten Krankenversicherung und
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.

<sup>6</sup> Hebt der Medizinische Dienst den in Satz 2 genannten Bescheid oder die in Satz 3 genannte Bescheinigung auf, so informiert er unverzüglich die in Satz 4 genannten Stellen auf elektronischem Wege hierüber.<sup>7</sup> Krankenhäuser dürfen Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen, soweit diese Leistungen in einem Zeitraum erbracht werden, für den diesen Krankenhäusern keine in Satz 3 genannte Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturmerkmale übermittelt wurde, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einen Kode festgelegt sind, der den jeweiligen Leistungen zugrunde liegt.

(7) <sup>1</sup> Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 7 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn

1. sie bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des in § 301 Absatz 2 genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.

<sup>2</sup> Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 7 Leistungen abrechnen, die sie ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbringen, wenn sie

1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. in den letzten zwölf Monaten vor der in Nummer 1 genannten Anzeige noch keine in Nummer 1 genannte Anzeige für Leistungen, denen dieser Kode zugrunde liegt, vorgenommen haben.

<sup>3</sup> Mit der Anzeige nach Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 gilt ein Antrag nach Absatz 6 Satz 1 auf die Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale als gestellt.<sup>4</sup> Der Medizinische Dienst hat den in Absatz 6 Satz 2 genannten Bescheid bei einer Anzeige nach Satz 1 Nummer 1 spätestens bis zum 30. Juni des auf die Anzei-

ge folgenden Kalenderjahres und bei einer Anzeige nach Satz 2 Nummer 1 spätestens sechs Monate nach dem Tag dieser Anzeige zu erteilen. <sup>5</sup> Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer nach Satz 3 beantragten Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.

(8) <sup>1</sup> Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Qualitätsanforderungen und Vorgaben sind nur durchzuführen, wenn sie aufgrund begründeter Anhaltspunkte, als Stichprobenprüfungen oder, soweit die Prüfungen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136a Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben, aufgrund eines konkreten Anlasses erforderlich sind und wenn der Medizinische Dienst hiermit von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Satz 1 und 2 festgelegten Stelle beauftragt wurde. <sup>2</sup> Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Prüfungen bestimmen sich abschließend nach dem jeweiligen Auftrag. <sup>3</sup> Soweit der Auftrag auch eine in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannte Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation beinhaltet, hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Medizinischen Dienst die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst zu prüfen hat.

(9) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 genannten Qualitätsanforderungen sind durchzuführen, wenn der Medizinische Dienst hiermit von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde beauftragt wurde.

(10) <sup>1</sup> Werden bei Durchführung einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfung Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese Anhaltspunkte unverzüglich mit

1. dem Krankenhaus,
2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und
3. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

<sup>2</sup> Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in **Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5** genannten Qualitätsanforderungen erfolgt die Mitteilung abweichend von Satz 1 an das Krankenhaus und die jeweilige beauftragende Stelle.

(11) Abweichend von Absatz 4, Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie **Absatz 7 Satz 5** ist von einer dort jeweils genannten Übermittlung, Mitteilung oder Information abzusehen, wenn die von der jeweiligen Übermittlung, Mitteilung oder Information umfassten Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind.

#### Begründung zum KHAG:

*Zu Absatz 1 Satz 8 – Anmerkung: Die beabsichtigte Streichung durch den 14. Ausschuss rückgängig gemacht*

*Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der durchgängigen Streichung des Qualitätskriteriums „Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“ in der Anlage 1 zu § 135e.*

*Zu Absatz 2 Satz 7 und Satz 8*

*Es erfolgen Fristenanpassungen, um den Ländern ausreichend Zeit zur Umsetzung ihrer Planungen auch auf Grundlage der in diesem Gesetz vorgenommenen Anpassungen bei Leistungsgruppen und Qualitätskriterien Gesetz einzuräumen. Die Fristen für die Beauftragung der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst wird entsprechend auf den 31. Dezember 2025 verschoben. Der Abschluss der Prüfungen hat bis zum 31. Juli 2026 zu erfolgen. Die Fristenanpassungen ermöglichen, dass die Entscheidungen der Länder zur Zuweisung von Leistungsgruppen oder der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109, die voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgen, durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes und dessen Gutachten angemessen vorbereitet werden.*

*Zu Absatz 4 – neu gefasst durch den 14. Ausschuss*

*Gemäß § 275a Absatz 5 Satz 1 dürfen Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach § 275a Ab-*

satz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, nach dem Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. Um sicherzustellen, dass auch die Private Krankenversicherung Kenntnis über das Abrechnungsverbot erhält, wird der Verband der Privaten Krankenversicherung als Adressat einer entsprechenden Mitteilung des Medizinischen Dienstes ergänzt.

Zur Klarstellung wird darauf hingewiesen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Zuweisung einer Leistungsgruppe gemäß § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 KHG unverzüglich aufzuheben hat, wenn ein Krankenhaus die Nichterfüllung der Qualitätskriterien entgegen § 275a Absatz 4 Satz 2 nicht mitteilt. Die in § 6a Absatz 5 Satz 2 Nummer 3 KHG geregelte Möglichkeit der Landesbehörde, von einer Aufhebung der Zuweisung für eine bestimmte Dauer abzusehen, kommt in diesem Fall nicht in Betracht. Nach der Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung treten die Folgen nach § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntG ein. Die jeweilige Leistungsgruppe kann dem Krankenhaus durch die zuständige Landesbehörde auch nach einer Aufhebung erneut zugewiesen werden – entweder, weil die Qualitätskriterien wieder erfüllt werden, oder weil die Voraussetzungen einer Ausnahme gemäß § 6a Absatz 4 KHG vorliegen. Wird die Leistungsgruppe erneut zugewiesen, dürfen Entgelte für Leistungen aus einer Leistungsgruppe erneut berechnet werden und es gelten die übrigen gesetzlichen Vorschriften einer Leistungsgruppenzuweisung, wie etwa die Mitteilungspflichten von Krankenhäusern bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien.

Zu Absatz 6

Zu Satz 1

Die Änderung zielt darauf ab, das zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst etablierte verwaltungsrechtliche Verfahren der Beantragung einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale entsprechend im Wortlaut abzubilden. Ein Auftragsverhältnis nach § 662 des Bürgerlichen Gesetzbuches kommt zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst nicht zustande. Krankenhäuser können vielmehr standortbezogen einen Antrag auf Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beim Medizinischen Dienst stellen, der auf den Erlass eines Verwaltungsaktes durch den Medizinischen Dienst in Gestalt eines Bescheides über das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale gerichtet ist (Absatz 6 Satz 2).

Zu Satz 4 bis 6 – neu gefasst, bisher Satz 4 und 5

Die Änderung in Satz 4 sieht vor, dass das geprüfte Krankenhaus die Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturmerkmale künftig auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung zu übermitteln hat. Dadurch wird sichergestellt, dass die Private Krankenversicherung diese entgeltrelevante Information zeitnah erhält statt wie bisher mittelbar im Zusammenhang mit den Pflegegesetzvereinbarungen. Da im Krankenhausbereich für die privatversicherten Patientinnen und Patienten häufig eine Form der Direktabrechnung erfolgt, wird dadurch eine schnelle und unbürokratische Rechnungsabwicklung gegenüber dem Krankenhaus ermöglicht.

Die weitere Änderung in Satz 5 ersetzt den Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung als Adressaten der Mitteilung über die Nichteinhaltung der Strukturmerkmale. Dadurch wird die Informationsweitergabe innerhalb des Verbandes an die Mitgliedsunternehmen erleichtert und die Private Krankenversicherung von Bürokratieaufwand entlastet.

Der neue Satz 6 sieht eine Informationspflicht des Medizinischen Dienstes gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung vor, wenn der Medizinische Dienst den Bescheid nach Satz 2 und die Bescheinigung nach Satz 3 aufhebt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer Strukturprüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, und dem Medizinischen Dienst dies mitteilen oder der Medizinische Dienst dies im Rahmen einer turnusgemäßen Prüfung bemerkt. Da die Bescheinigung nach dem neuen Satz 7 Voraussetzung dafür ist, dass Krankenhäuser Leistungen vereinbaren und abrechnen dürfen, stellt die Information durch den Medizinischen Dienst sicher, dass die Kostenträger zeitnah über die Aufhebung der Bescheinigung informiert werden.

Zu Absatz 7 Satz 3 (vgl. jetzt Satz 5 – geändert durch 14. Ausschuss), Absatz 7 neu gefasst durch 14. Ausschuss

Die Änderung ergänzt die Änderung des Absatzes 6 Satz 1 und bildet das zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst etablierte verwaltungsrechtliche Verfahren der Beantragung einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale entsprechend im Wortlaut ab.

Zu Absatz 8 Satz 1 – neu gefasst durch 14. Ausschuss

Mit der vorgenommenen Änderung erfolgt eine Verweiskorrektur.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

**Zur Überschrift**

*Die Änderung der Überschrift bildet die Änderung von Absatz 1 Satz 1 ab.*

*Zu Absatz 1 Satz 1 und Satz 5 – neu gefasst*

*In Folge der Anpassungen aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 2. April 2025, B 1 KR 25/23 R, erfolgt auch eine Anpassung im Hinblick auf die vom Medizinischen Dienst in den zugelassenen Krankenhäusern durchzuführenden Prüfungen. § 275a Absatz 1 Satz 1 wird um Prüfungen der nach § 136c Absatz 3 bis 5 beschlossenen Vorgaben ergänzt, die, da es sich bei ihnen nicht um Qualitätsanforderungen handelt, nicht mehr unter Prüfungen nach Nummer 3 fallen. In Verbindung mit der Änderung des § 137 Absatz 3 wird dadurch das bisherige System der Kontrollen durch den Medizinischen Dienst auf der Grundlage der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie für die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 bzw. perspektivisch nach § 136c Absatz 3 bis 5 beibehalten.*

*Die Änderung zu Satz 5 – neu gefasst – stellt eine Folgeänderung zur Änderung des Satzes 1 dar. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung der Anlage 1 zu § 135e SGB V in der Nummer 15. Die Streichung der Erwähnung der Prüfung der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen im § 275a Absatz 1 Satz 8 wird rückgängig gemacht.*

*Zu Absatz 4 – neu gefasst*

*Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufgabenübertragung des Transparenzverzeichnisses auf den Gemeinsamen Bundesausschuss und die von ihm mit der Durchführung zu beauftragende Stelle.*

*Zu Absatz 7 – neu gefasst*

*Die Änderung des § 275a Absatz 7 Satz 2 betrifft die Fallkonstellation, dass Krankenhäuser Leistungen erstmals oder nach einer längeren Unterbrechung erneut erbringen wollen, und stellt klar, dass nur die Leistungen abgerechnet werden können, die ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige erbracht werden. Zugleich wird darauf verzichtet, dass die Krankenhäuser eine Anzeige erst vornehmen können, wenn sie die Strukturmerkmale über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen.*

*Die genannte Fallkonstellation wird im Zuge der Veränderungen der Krankenhauslandschaft durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und damit zu erwartender Fusionen von Krankenhäusern künftig häufiger auftreten, da Verlagerungen von Stationen oder Einheiten an einen anderen Standort nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 als erstmalige Leistungserbringung gelten. Da schon bisher in den Fällen, in denen Krankenhäuser Leistungen auf der Grundlage erstmals vergütungsrelevanter Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels erbringen, nach § 275a Absatz 7 Satz 1 nicht vorgesehen ist, dass während der drei der Anzeige vorhergehenden Kalendermonate Strukturmerkmale als erfüllt und nachweisbar angesehen werden müssen, werden beide Fallkonstellationen insofern künftig gleichbehandelt. Für beide Fallkonstellationen wird außerdem künftig mit dem neuen Satz 3 vorgegeben, dass mit der Anzeige zugleich der Antrag auf Strukturprüfung als gestellt gilt. Dadurch sollen Fehlanreize vermieden werden, zeitweise erbrachte Leistungen abzurechnen, ohne sich später einer Strukturprüfung zu unterziehen. Der Medizinische Dienst muss die Strukturprüfung nach dem neuen Satz 4 bis zum Ende des Zeitraums abgeschlossen haben, in dem Krankenhäuser aufgrund der Anzeige erbrachte Leistungen abrechnen können. Das Nähere zur Strukturprüfung einschließlich des zugrunde zu legenden Prüfzeitraums ist in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 zu regeln. Dort kann auch vorgegeben werden, dass die in § 275a Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung frühestens ab dem 1. Januar eines Kalenderjahres in den Fällen des § 275a Absatz 7 Satz 1 und frühestens ab dem Datum der Anzeige beim Medizinischen Dienst in den Fällen des § 275a Absatz 7 Satz 2 ausgestellt werden kann. Sofern ein negativer Bescheid ergeht, entfaltet dieser ab dem Zeitpunkt seines Erlasses Wirkung. Andernfalls würde die gesetzlich vorgesehene Abrechnungsbefugnis aufgrund der Anzeige nach § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 in unzulässiger Weise eingeschränkt.*

*Zu Absatz 8 Satz 1 – neu gefasst – und Absatz 10 Satz 2 – geändert*

*Die Änderungen stellen jeweils eine Folgeänderung zu Absatz 1 Satz 1 dar.*

*Zu Absatz 11*

*Die Änderung stellt eine Folgeänderung zur Änderung von § 275a Absatz 7 SGB V dar.*