

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit
am 11.06.2019**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und
unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz**

04.06.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Inhaltsverzeichnis:

I. Vorbemerkungen	- 4 -
Organisationsreform der Medizinischen Dienste.....	- 4 -
Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung	- 5 -
II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen betreffend die Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung	- 9 -
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 9 -
Art. 1 Nr. 2 § 109 Abs. 6 SGB V – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	- 9 -
Art. 1 Nr. 3 § 115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	- 11 -
Art. 1 Nr. 9 § 275c SGB V (neu) – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	- 16 -
Art. 1 Nr. 9 § 275d Abs. – Prüfung von Strukturmerkmalen	- 25 -
Art. 1 Nr. 15 § 301 Abs. 2 SGB V – Krankenhäuser	- 28 -
Artikel 2 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	- 30 -
Art. 2 Nr. 1 § 17c Absatz 2a und 2b KHG (neu) – Prüfung der Abrechnung von Pfleagesätzen, Schlichtungsausschuss	- 30 -
Art. 2 Nr. 2 § 18b KHG – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen.....	- 32 -
Artikel 3 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes	- 34 -
Art. 3 Nr. 1 § 4 Abs. 2a KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	- 34 -
Art. 3 Nr. 2 § 6a Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets.....	- 35 -
Art. 3 Nr. 3 § 8 Abs. 4 KHEntgG – Berechnung der Entgelte	- 36 -
Art. 3 Nr. 4 § 11 Abs. 1 KHEntgG – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus.....	- 37 -
Artikel 4 Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes	- 38 -
Art. 4 Nr. § 4 Abs. 8 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	- 38 -
Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	- 39 -
Art. 5 Nr. 1 § 8 Abs. 3 BPfIV – Berechnung der Entgelte.....	- 39 -
Art. 5 Nr. 2 § 11 Abs. 1 BPfIV – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	- 40 -
III. Stellungnahme zu den Regelungen betreffend die Solidargemeinschaften.....	- 41 -
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 41 -
Art. 1 Nr. 5 § 176 SGB V – Solidargemeinschaften.....	- 41 -
Art. 7 Nr. 9 § 20 Abs. 3 SGB XI – Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	- 43 -

Art. 7 Nr. 10 § 23 Abs. 4 SGB XI – Versicherungspflicht für Versicherte der privaten
 Krankenversicherungsunternehmen..... - 44 -

Artikel 8 Änderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes - 45 -

Art. 8 Nrn. 1-3 § 3 Abs. 1 VAG – Ausnahmen von der Aufsichtspflicht;
 Verordnungsermächtigung - 45 -

Artikel 9 Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes - 46 -

Art. 9 § 193 Abs. 2 Nr. 2 VVG – Ausnahmen von der Aufsichtspflicht;
 Verordnungsermächtigung - 46 -

IV. Weiterer Änderungsbedarf..... - 47 -

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch..... - 47 -

Art. 1 Nr. 7d § 175 Abs. 3b SGB V – Begutachtung bei Verdacht auf
 Behandlungsfehler - 47 -

I. Vorbemerkungen

Der Referentenentwurf eines MDK-Reformgesetzes enthält im Wesentlichen zwei Schwerpunkte:

1. Neuerrichtung von Medizinischen Diensten bezüglich Namen, Rechtsform, Trägerschaft und Gremien (Vorstand/Verwaltungsrat) und Etablierung eines „Medizinischen Dienstes Bund“ als Bundesverband der Medizinischen Dienste mit gesetzlicher Funktionsnachfolge für MDKs und MDS (MDK-Reform).
2. Neuregelung der Krankenhaus-Abrechnungsprüfung mit krankenhaushausindividuellen Höchstquoten für Abrechnungsprüfungen in Abhängigkeit von der Beanstandungsquote und zusätzlichen Aufzahlungspflichten auf Korrekturbeträge bei gravierenden Fehlerquoten (Begrenzung der DRG-Abrechnungsprüfungen).

Darüber hinaus sind Regelungen zu Solidargemeinschaften vorgesehen, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben. Mit dem Entwurf werden sie als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gesetzlich anerkannt.

Organisationsreform der Medizinischen Dienste

Der Referentenentwurf stellt ein unbegründetes Misstrauensvotum gegen die Kranken- und Pflegekassen und ihre Selbstverwaltung dar. Er negiert die bestehenden Regularien, die das unterstellte unerwünschte Steuerungsverhalten der Kassen ausschließen, verzichtet auf belastbare Erkenntnisse eines Gestaltungsmissbrauchs und reduziert die Ursachen empfundener Unzufriedenheit mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung einzig auf den Aspekt der Trägerschaft. Den sozialen Selbstverwaltungen der Kassen wird politisch pauschal erklärt, dass sie ihren Funktionen und Aufgaben in der Kontrolle des Hauptamtes und der Wahrung der Versicherteninteressen nicht nachkommen. Die vorliegende konzeptionelle Antwort des MDK-Reformgesetzes (Referentenentwurf) auf diese bedenkliche Analyse ist nicht nachvollziehbar und setzt im Wesentlichen auf eine Übernahme der Gestaltungsmacht durch das Bundesgesundheitsministerium für das Regelwerk der sozialmedizinischen Begutachtung sowie für die Organisation von Medizinischen Diensten und ihren Prozeduren mit Kranken- und Pflegekassen. Faktisch ermöglichen die vorgesehenen Regelungen bundeszentralistische Steuerungsprozesse durch den Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums in allen inhaltlichen und organisatorischen Aspekten der Richtlinienkompetenzen des neuen MD Bund. Formal gewährte föderale Strukturen der Medizinischen Dienste sind damit inhaltlich fragil und jederzeit mit dem untergesetzlichen Ausbau der Konzernstrukturen durch die Ausweitung der Richtlinienkompetenzen, insbesondere zur Personalbemessung zu entwerten. Nicht nachvollziehbar ist zudem die Einbeziehung von Ärztekammern und Pflegekammern in die Verwaltungsräte der neuen Körperschaften.

Wenn das zentrale Argument des Reformvorhabens die Sicherung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Kassen ist, warum wird dann diese Unabhängigkeit von den Kassen in der Logik des Gesetzesvorhabens durch eine neue Abhängigkeit von leistungserbringernahen Organisationen abgelöst?

Die Abschaffung einer verantwortlichen sozialen Selbstverwaltung, die Etablierung politisch zentraler Steuerungen auf Bundesebene und die unverständliche Interessenstärkung von Leistungserbringern in einem gewollt neutralen Gutachtensdienst werden die Dienstleistungen der Medizinischen Dienste vor Ort qualitativ schwächen und die Versichertennähe deutlich reduzieren.

Hinsichtlich der Organisationsreform der Medizinischen Dienste schließt sich der AOK-Bundesverband der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes an und verweist insoweit auf diese.

Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung

Der AOK-Bundesverband bewertet die Reformvorschläge zur Krankenhausabrechnung insgesamt kritisch. 2017 waren 56 Prozent der geprüften Krankenhausabrechnungen fehlerhaft. So mussten die Krankenhäuser 2,8 Milliarden Euro für überhöhte Abrechnungen aufgrund der Prüfergebnisse des MDK zurückzahlen, ohne dass die fehlerhafte Abrechnung weitere Sanktionen für das jeweilige Krankenhaus mit sich gebracht hätte. Mit seinem Referentenentwurf reagiert das Bundesgesundheitsministerium unter anderem auf diese Verwerfungen. Aber entgegen den Empfehlungen des Bundesrechnungshofes schränkt es die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen weiter ein, nachdem schon im letzten Jahr die Prüffristen für die Krankenkassen einseitig verkürzt worden waren. Zukünftig sollen nur noch 5 bis 15 Prozent der Abrechnungsfälle überhaupt prüfbar sein. Das hätte zur Konsequenz, dass auf dem Milliardenmarkt „Krankenhaus“ (die Krankenhäuser erzielten im Jahr 2017 allein aus der GKV Einnahmen i.H.v. rund 75 Milliarden Euro) fehlerhafte Abrechnungen in großem Umfang auf Kosten der Beitragszahler unbeanstandet blieben. Entsprechende Zustimmung finden diese Vorschläge zwar bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands, aber die Interessen der beitragszahlenden Versicherten, Arbeitsgeber und Steuerzahler werden nicht berücksichtigt. Grundsätzlich ist anzumerken, dass die vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen zu den Prüfvorgaben zwar Gerechtigkeit auf der Einzelhausebene schaffen sollen, aber einen erheblichen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen. Weniger komplexe Maßnahmen, die eine pauschalere Formen der Sanktionierung der Falschabrechnung der Krankenhäuser beinhalten würden, wären mutmaßlich ebenso zielführend gewesen.

Die im Gesetz vorgesehenen Prüfvorgaben sprechen für sich:

Fehlerhafte Krankenhausrechnungen in %	Maximale Prüfquote in %	Höhe Strafzahlung in %
weniger als 40%	5%	0% auf die Differenzsumme
zwischen 40% und 60%	10%	25% auf die Differenzsumme
mehr als 60%	15%	50% auf die Differenzsumme

- „Jeder Fehler ist ein Fehler zu viel!“ Dieser berechtigte Grundsatz wird durch die vorgeschlagenen Regelungen, der ansonsten bei fehlerhaften Abrechnungen in verschiedenen Kontexten gilt, konterkariert. Zum Ausdruck kommt das in der geplanten Begrenzung der Prüffälle je Krankenhaus, in Abhängigkeit von der individuellen Fehlerquote im vorhergehenden Quartal. Dieser grundsätzliche Vertrauensvorschuss ist angesichts der hohen Anzahl der fehlerhaften Abrechnungen nicht begründbar.
- Zwar ist zu begrüßen, dass es künftig eine Stärkung der Anreize für eine korrekte Krankenhausabrechnung für Krankenhäuser geben soll. Diese Anreize bleiben jedoch wirkungslos. Denn nach dem Referentenentwurf gilt eine Fehlerquote von bis zu 40 Prozent nach MDK-Prüfungen als völlig akzeptabel. Bis zu dieser Quote besteht für das Krankenhaus kein Risiko, es muss lediglich den zu viel abgerechneten Betrag zurückerstatten. Gestaffelte Strafzuschläge (siehe Tabelle oben) müssten natürlich ab der ersten Rechnung bereits zu spürbaren Folgen für die Krankenhäuser führen. Damit verknüpft werden soll ferner, dass in diesem Fall die Krankenkassen nur fünf Prozent der Rechnungen dieses Krankenhauses überhaupt prüfen dürfen. Im Endeffekt legitimiert diese Regelung einen dreistelligen Millionenbetrag durch fehlerhafte Abrechnungen.
- Wenn ein Prüfquotenmodell verfolgt werden soll, muss sich die Ausgestaltung viel stärker am gesetzlich angestrebten Prinzip der Beitragssatzstabilität orientieren. Daher ist die Ausgestaltung der Prüfquoten und die Begrenzung der Prüffälle pro Krankenhaus so vorzunehmen, dass in erster Linie die Krankenhäuser einen klaren Anreiz dafür erhalten, die Qualität der Rechnungsstellung deutlich anzuheben. Im Ergebnis muss die Prüfnotwendigkeit vermindert werden. Dazu gehört insbesondere eine Festlegung der Frist für die Rechnungsübermittlung auf 14 Tage nach Entlassung der Patienten. Wird die Frist nicht eingehalten, gilt der Fall als fehlerhaft im Sinn der Prüfquote und es wird eine Verwaltungspauschale von 300 € für das Krankenhaus ausgelöst. Eine zielführende Ausgestaltung von Prüfquoten hätte die folgenden Eckwerte für das Jahr 2021:

Fehlerhafte Krankenhausrechnungen in %	Maximale Prüfquote in %	Höhe Strafzahlung in %
weniger als 10%	10%	0% auf die Differenzsumme
zwischen 10% und 40%	15%	25% auf die Differenzsumme
mehr als 40%	Keine Begrenzung	50% auf die Differenzsumme

Auf diesen Erfahrungen aufbauend ist für das Jahr 2022 eine weitere Neuorientierung vorgesehen. Die Gesamtausgestaltung mit allen Begleitregelungen ist dem Paragraphenteil der Stellungnahme zu entnehmen.

- Ebenfalls kritisch und zu modifizieren sind die Regelungen zum neuen Schlichtungsausschuss Bund. Der Rechtsweg für Auseinandersetzungen über die Abrechnung wird durch dieses Gremium abgeschnitten bzw. eingeschränkt, weil gegen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses keine Berufung möglich ist. Abzulehnen ist insbesondere, dass Entscheidungen des Schlichtungsausschusses rückwirkend auf vergleichbare Konstellationen anzuwenden sind – dies erhöht den Verwaltungsaufwand unverhältnismäßig und führt zudem für Krankenhäuser und Krankenkassen zu erheblichen Risiken, weil die Fehlerquoten von bereits initiierten MDK Prüfungen von den Ergebnissen betroffen sind.

Die Kompetenzen des neuen Schlichtungsausschusses werden über Gebühr ausgeweitet und die Antragsmöglichkeiten erheblich erweitert werden (z.B. für jedes Krankenhaus) und dabei nach Gesetzesvorschlag keine Gebühren anfallen sollen, dürfte der Schlichtungsausschuss mutmaßlich völlig überlastet werden, zumal er auch innerhalb von acht Wochen zu entscheiden hat.

Eine maßvolle Reform des Instruments Schlichtungsausschuss beinhaltet besonders die folgenden Kriterien für die Befassung des Schlichtungsausschusses:

„Kodier- und Abrechnungsfragen sind von grundsätzlicher Bedeutung, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Es handelt sich nicht um eine Abrechnungs- oder Kodierfrage im Einzelfall,
2. die Frage ist bislang ungeregelt oder getroffene Regelungen werden unterschiedlich angewendet, sodass wiederholt Konflikte in der Abrechnung auftreten,
3. es ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (zum Beispiel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss),
4. die Frage kann durch die gemeinsame Selbstverwaltung geregelt werden,
5. eine Lösung der Thematik konnte innerhalb des nächsten erreichbaren Anpassungszyklus´ (DRG-System, Klassifikationen) nicht erreicht werden und seit erstmaliger Erörterung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene sind mindestens sechs Monate vergangen.

Weiterhin sollten die Antragsrechte nicht im vorgeschlagenen Umfang ausgeweitet werden.

- Die Regelungen für die konkrete Umsetzung der Strukturprüfungen sind besonders kritisch zu beurteilen. Eine Strukturprüfung ist zwar für bestimmte bauliche Parameter allgemein möglich (z.B. Wand-an-Wand-Lösung für Kreissaal und Neonatologie). Für andere Inhalte eines Komplexkodes (z.B. sieben Therapieeinheiten für den Patienten pro Woche) ist jedoch immer im Einzelfall zu prüfen, ob ein Leistungsversprechen auch tatsächlich erfüllt wurde. So sagt etwa die schlichte Vorhaltung einer Abteilung für Physiotherapie nichts darüber aus, ob die konkrete Leistung am einzelnen Patienten erbracht wurde. Da die vorgesehenen Regelungen bzgl. der Strukturprüfung aber dazu führen, dass die Einzelfälle nicht mehr geprüft werden können, vielmehr den Krankenhäusern hier einfach vertraut werden soll, wird der Erlösoptimierung Tür und Tor geöffnet. Es ist schwer vorstellbar, dass diese Regelung mit den Interessen der Patienten auf eine hochwertige Versorgung sowie mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot und der Verpflichtung zum sorgsamem Umgang mit Beitragsmitteln vereinbar ist. Um den sinnvoll-

len Kern des Änderungsvorschlages umzusetzen, ist erforderlich, die Komplex OPS Ziffern so zu modifizieren, dass die wirklichen Strukturelemente, die auch sinnvollerweise nicht einzelfallbezogen geprüft werden, von den eher prozesshaften, für den einzelnen Patienten relevanten Elementen zu trennen. Für diese Anteile muss unabhängig von den wirklichen Strukturparametern eine Einzelfallprüfung erhalten bleiben.

- Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang auch, dass eine Beauftragungsmöglichkeit für andere Prüfinstitutionen als den MDK ermöglicht wird. Damit wird der Fehler begangen, an das „Modell“ der Benannten Stellen in der Medizinproduktezulassung anzuknüpfen – mit absehbar ähnlich fatalen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Patienten. Dass diese Stellen nicht ansatzweise unabhängig sind, ergibt sich aus dem Geschäftsmodell entsprechender Einrichtungen.
- Die Neubewertung des Ambulantisierungspotenzials von Krankenhäusern wird grundsätzlich begrüßt. Es ist sinnvoll, den Weg dafür zu konkretisieren, auch weil in der Vergangenheit hier wenig Bewegung in der Selbstverwaltung zu verzeichnen war. Allerdings ist die vorgeschlagene Lösung in verschiedenen Punkten anzupassen. Dringend erforderliche Anpassungen des dreiseitigen Schiedsamtes wurden nicht vorgenommen. Dreiseitige Verträge durch die Vertragspartner sollen aber ein wesentliches Element dieses neuen Leistungssegments werden. Auch für die planerischen Aspekte ist keine Zuständigkeit des Gemeinsame Bundesausschusses geplant, so dass die bestehenden Regelungen zum dreiseitigen Schiedsamt die Leistungserbringer klar übervorteilen. Zudem sind nicht näher spezifizierte Vergütungssteigerungen für diese Leistungen vorgesehen, deren Höhe sich erst nach Abschluss des Gutachtens beurteilen lassen. Dafür werden die neuen Leistungen ohne substantielle Begründung pauschal von MDK-Prüfungen ausgenommen. Zwar haben ambulante Fälle mutmaßlich kein Fehlbelegungspotenzial, aber die Indikationsstellung sowie die Korrektheit der Kodierung können insbesondere ohne genaue Kenntnis des entsprechenden Entgeltsystems nicht von Prüfungen freigestellt werden.

Insgesamt ist anzumerken, dass das Vorhaben den Charakter eines fachfremden Änderungsantrags im Referentenentwurf hat und insofern sollten die vollständigen Regelungen in einem eigenen Gesetz erfolgen, dass auch die sektorenübergreifende Versorgung insgesamt regelt. Die Angabe einer konkreten Erlöswirkung ist zudem unseriös, wenn keine Kenntnis des Leistungsvolumens, des anzuwendenden Vergütungssystems sowie der vertraglichen Grundlagen vorliegt.

Fazit: Das Gesetzesziel, die Krankenhausabrechnungsprüfung effizienter zu gestalten, ist zu befürworten. Dazu müssen allerdings in erster Linie die Krankenhäuser dazu motiviert werden, die Qualität der Rechnungsstellung entscheidend zu verbessern. Die im Referentenentwurf gefundenen Regelungen führen allerdings dazu, dass ein Großteil der fehlerhaften Abrechnungen gar nicht mehr in die Prüfung kommt. Das hat nicht nur den paradoxen Effekt, dass Krankenhäuser für fehlerhafte Abrechnungen finanziell belohnt werden, sondern birgt auch zusätzliche Belastungsrisiken für die GKV in Milliardenhöhe. Zur Verdeutlichung: Ein Ausgabenplus von 1,2 Milliarden Euro bedeutet für den Beitragszahler eine Beitragssatzsteigerung von 0,1 Prozentpunkten.

II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen betreffend die Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 2 § 109 Abs. 6 SGB V – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgeschlagene Neuregelung dürfen Krankenkassen Ansprüche auf Rückzahlung bereits vorgenommener Vergütungen nicht mehr gegen Forderungen der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen aufrechnen. Abweichende Regelungen können DKG und GKV-SV in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des KHG treffen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Das mit dem MDK-Reformgesetz verfolgte Ziel, bürokratischen Aufwand zu reduzieren, wird durch die Neuregelung nicht erreicht werden. Sie führt stattdessen mutmaßlich zu einem erhöhten Klageaufkommen durch die Krankenkassen und damit zu mehr Bürokratiekosten.

Derzeit liegt die Klageentscheidung bei den Krankenhäusern, die über sämtliche Informationen zum Behandlungsfall verfügen. Aus diesem Grund können sie sachgerecht abschätzen, ob der Klageweg überhaupt sinnvoll und erfolgversprechend ist. Wird die Klageentscheidung auf die Kassen übertragen, werden diese bei verantwortungsvollem Umgang mit den Versichertenbeiträgen deutlich mehr Fälle bei den Sozialgerichten einbringen, da ihnen weniger Informationen zur Beurteilung eines Falles vorliegen. Aufgrund der Verpflichtung der Krankenkassen nach § 76 SGB IV Einnahmen vollständig und rechtzeitig zu erheben steigen somit die Verwaltungsaufwände und die Belastungen für die Sozialgerichte.

Da die Entscheidungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach § 275c Abs. 1 SGB V zukünftig verbindlich für die Krankenkassen gelten, sollte eine Aufrechnung zumindest bei solchen Fällen möglich sein, bei denen ein Prüfergebnis des MDK vorliegt, das zu einer Verminderung des Vergütungsanspruchs führt und das Krankenhaus die Abrechnung nicht innerhalb einer festgelegten Frist korrigiert oder das Prüfergebnis des MDK akzeptiert, indem es keine konkret begründeten Einwände erhebt. Weiterhin sollte die Aufrechnung ebenfalls möglich sein, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

§ 109 Absatz 6 SGB V neu wird wie folgt gefasst:

„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen können Krankenkassen grundsätzlich nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. Weicht der Rechnungsbetrag nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vom ursprünglichen Rechnungsbetrag ab und bringt das Krankenhaus gegen das Ergebnis der Begutachtung innerhalb von 30 Tagen keine konkret begründeten Einwände vor, muss das Krankenhaus die Rechnung innerhalb von 30 Arbeitstagen stornieren und neu stellen. Bei Nichteinhaltung der Frist, ist die Krankenkasse berechtigt, den überzahlten Betrag gegen unbestrittene Vergütungsansprüche zu verrechnen. Die Krankenkasse ist ebenfalls berechtigt, eine Aufrechnung vorzunehmen, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde.“

Art. 1 Nr. 3 § 115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sollen auf der Grundlage eines bis zum 31. März 2020 zu vergebenden Gutachtens den bestehenden AOP- Katalog bis zum 30. Juni 2021 substantiell erweitern. Zukünftig beinhaltet der zu vereinbarende Katalog neben den ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen auch stationersetzende Behandlungen. An der bisher bereits bestehenden einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte wird festgehalten. Neu geregelt wird, dass die Vergütung nach dem Schweregrad zu differenzieren ist. Darüber hinaus sollen Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Kataloges erbringen, zukünftig keiner Prüfung des Medizinischen Dienst unterzogen werden.

Der Katalog soll regelmäßig, spätestens im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2023, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst und durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden.

B Stellungnahme

Eine Erweiterung der bisherigen AOP-Katalogleistungen, die sowohl von stationären als auch von ambulanten Leistungserbringern erbracht werden können, ist zu begrüßen. Das in diesem Zusammenhang zu vergebende Gutachten sollte ergänzend zur geplanten Berücksichtigung bereits vorliegender Studien zu ambulant-sensitiven Diagnosen und vermeidbaren Krankenhausfällen die Ergebnisse bestehender Versorgungsforschungsprojekte aus dem Innovationsfonds berücksichtigen.

Jedoch sind die im Referentenentwurf vorgesehenen Fristen zu knapp festgelegt und daher nicht realistisch umsetzbar. Stattdessen wird vorgeschlagen, erstens die Fristen um jeweils zwölf Monate zu verschieben. Entsprechend sollte das Gutachten spätestens bis zum 31.03.2021 beauftragt werden und bis spätestens zum 31.03.2022 fertiggestellt sein. Die Vereinbarungsfrist sollte auf den 30.06.2022 verschoben werden. Zweitens sollten die Selbstverwaltungspartner die Möglichkeit erhalten, anstelle des gemeinsamen beauftragten Gutachtens auch Ergebnisse bereits veröffentlichter Gutachten bzw. öffentlich geförderter Forschungsprojekte als Grundlage für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 zu verwenden. Da es derzeit vielversprechende Projektanträge für eine Förderung durch den Innovationsfonds mit inhaltlichem Bezug zu dem Gutachten nach Absatz 1a gibt, kann es aus wissenschaftlichen und auch wirtschaftlichen Gründen sinnvoll sein, die Ergebnisse dieser oder anderer geeigneter Forschungsprojekte und Gutachten zu berücksichtigen. Auch bleibt abzuwarten, welche Vorschläge die Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“ hierzu formuliert. Das unbedingte Ziel sollte es sein, parallele Regelungen zur Ausgestaltung und Vergütung des AOP-Katalogs sowie zu externen Gutachten zu vermeiden.

Zudem ist kritisch anzumerken, dass das Vorhaben den Charakter eines fachfremden Änderungsantrags im Referentenentwurf hat. Es sollten vielmehr die vollständigen Regelungen für

sektorenübergreifende Versorgung in einem eigenen Gesetz erfolgen, dass diese Versorgungsform insgesamt regelt. Dem Vernehmen nach beabsichtigt das BMG noch vor der Sommerpause einen entsprechenden Referentenentwurf einbringen. Die Angabe einer konkreten Erlöswirkung ist zudem unseriös, wenn keine Kenntnis des Leistungsvolumens, des anzuwendenden Vergütungssystems sowie der vertraglichen Grundlagen vorliegt.

Mit der Erweiterung des bestehenden AOP-Katalogs erfolgt eine Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich. Folglich wirken die zu vereinbarenden ambulant durchführbaren operativen und diagnostischen Eingriffe und Behandlungen substituierend. Eingriffe oder Behandlungen, die stationärsersetzend durchgeführt werden können, sind aus dem stationären Leistungsbereich zu bereinigen und nicht mehr als stationäre Krankenhausleistung abrechenbar. Mit der gesetzlichen Änderung entsteht ein neuer sektorenübergreifend anzuwendender Leistungskatalog für Patientinnen und Patienten, welcher weiteren Anforderungen zur Gewährleistung der Gleichbehandlung von Krankenhäusern und Vertragsärzten genügen sollte. Neben der einheitlichen Geltung von Katalog und Vergütung gehören hierzu:

- gleiche Zulassungs- und Zugangsvoraussetzungen
 - Bedarfsplanungskriterien (bspw. Planungszuständigkeit und Flächendeckung)
 - Teilnahmevoraussetzungen (bspw. Facharzt ohne weitere Leistungserbringer)
 - Qualifikation der Leistungserbringer (bspw. Facharztstatus oder Facharztstandard)
- gleiche Leistungsvoraussetzungen (bspw. Umgang mit Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt)
- gleiche Abrechnungsbedingungen (bspw. einheitliche Verschlüsselung der Leistungen nach OPS)
- gleiche Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (bspw. Mindestanforderungen an die Dokumentation, Mindestanforderungen an die Wirtschaftlichkeitsprüfung, Mindestmengen, Dokumentation der LANR auch von Krankenhausärzten, Datum je OPS-Code)
- eindeutige inhaltliche Definitionen (bspw. Falldefinition, Fachgebietsgrenzen, medizinisch notwendige Begleitleistungen)
- Anpassung an die aktuelle Rechtslage hinsichtlich der Notwendigkeit vollstationärer Behandlung inklusive Abschaffung der Kategorien
- Definition und Vereinheitlichung von Schnittstellen stationär/ambulant und ambulant/ambulant

Inwiefern die ebenfalls geplante Änderung in § 295 Absatz 1 SGB V der Kann-Regelung zur Vorgabe einheitlicher struktureller Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung zur Anwendung der OPS ihre Wirkung entfaltet, bleibt abzuwarten.

Neben dem Katalog müssen die Vertragsparteien eine einheitliche Vergütung mit Schweregrad-differenzierung für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbaren. Der Auftrag ist zu begrüßen.

Der neue einheitliche Finanzierungsrahmen sollte sich allerdings an einem neuen zu erarbeitenden Fallpauschalensystem orientieren.

Irritierend wahrgenommen wird die in der Begründung aufgeführte Abkehr der gesetzlichen Pflicht zur Anbindung der Vergütung an den einheitlichen Bewertungsmaßstab bereits seit dem 01. Januar 2016 im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG). Ursächlich bzw. begründet wurde die Streichung des damaligen Absatzes 4 im KHSKG mit einer Rechtsbereinigung aufgrund der durch Zeitablauf überholten Regelung. Der Absatz 4 vor KHSKG beinhaltete jedoch neben einer zeitlichen Vorgabe zur verbindlichen Regelung einer Vergütung bis 31. Dezember 1994 die grundsätzliche Orientierung der Vergütung an den einheitlichen Bewertungsmaßstab. Dies erklärt das bisherige Festhalten der Vereinbarungspartner an einer EBM-Vergütung. Grundlage und Ausgangsbasis der Vergütungsvereinbarung sollte daher nach Vorlage des Gutachtens geklärt werden. Zudem ist der neue Leistungskatalog jährlich auf empirischer Basis fortzuschreiben. Ein empirisch abgeleiteter Leistungskatalog auf der Basis von medizinisch sinnvollen kostenhomogenen Pauschalen macht die Leistungserbringung im Bundesgebiet vergleichbar, definiert prospektiv die Vergütungseinheiten je Fall und ist gleichzeitig eine zentrale Voraussetzung für die Durchsetzung des Prinzips „Gleicher Preis für gleiche Leistung“.

Ein Prüfungsausschluss durch den Medizinischen Dienst für Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V erbringen, ist nicht nachvollziehbar und setzt falsche Anreize hinsichtlich der einheitlichen sektorenübergreifender Qualitätssicherung. Auch und gerade ambulante Operationen und stationersetzende Leistungen und deren korrekte Erbringung und Abrechnung können nicht von den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst ausgenommen sein.

Die gesetzliche Verankerung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a SGB V als Konfliktlösungsmechanismus für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 sowie für den Inhalt des Gutachtenauftrags nach Absatz 1a in der mit dem TSVG in Kraft getretenen Fassung wird abgelehnt. Abzulehnen sind insbesondere die Regelungen zur Besetzung und Stimmverteilung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums. Sie führen zu einem Ungleichgewicht in den Entscheidungen des Schiedsgremiums zu Lasten der Kostenträgerseite (vgl. Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Gesetzesentwurf des TSVG vom 20.12.2018, S. 75ff.).

C Änderungsvorschlag

Die Regelungen zu § 115b SGB V und entsprechende Folgeänderungen sind im Rahmen des MDK Reformgesetzes zu streichen und in ein eigenes Gesetzesverfahren zu überführen, dass mehr Klarheit zu den folgenden Punkten schafft:

- gleiche Zulassungs- und Zugangsvoraussetzungen
- Bedarfsplanungskriterien (bspw. Planungszuständigkeit und Flächendeckung)
- Teilnahmevoraussetzungen und Qualifikation der Leistungserbringer
- Gleicher Umgang mit Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt)

- gleiche Abrechnungsbedingungen (bspw. einheitliche Verschlüsselung der Leistungen nach OPS)
- gleiche Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (bspw. Mindestanforderungen an die Dokumentation, Mindestanforderungen an die Wirtschaftlichkeitsprüfung, Mindestmengen, Dokumentation der LANR auch von Krankenhausärzten, Datum je OPS-Code)
- eindeutige inhaltliche Definitionen (bspw. Falldefinition, Fachgebietsgrenzen, medizinisch notwendige Begleitleistungen)
- Anpassung an die aktuelle Rechtslage hinsichtlich der Notwendigkeit vollstationärer Behandlung inklusive Abschaffung der Kategorien
- Definition und Vereinheitlichung von Schnittstellen stationär/ambulant und ambulant/ambulant

Hilfsweise sind die folgenden Punkte anzupassen:

1. Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2022 einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen, einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.“

2. Zu Artikel 1 Nr. 3, Buchstabe b), § 115b, Abs. 1a SGB V

Paragraph 115b SGB V wird wie folgt geändert. Die Sätze 1 und 2 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2021 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten nach Satz 1 hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Darüber hinaus, sollte der auszuarbeitende Gutachtenauftrag eine Weiterentwicklung und Anpassung des bestehenden AOP-Vertrag nach § 115b zum Inhalt haben. Das Gutachten muss zusätzlich darstellen, wie die Zulassungs- und Qualitätssicherungsverfahren bei einer gemeinsamen fachärztlichen Versorgung ausgestaltet werden, welche Qualifikationen bzw. Voraussetzungen ein Leistungserbringer erfüllen muss und wie eine Bedarfsplanung ausgestaltet ist. Kommt eine Vergabe des Gutachtens innerhalb der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, legt das entsprechend der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Gesetzesentwurf des TSVG vom 20.12.2018, S. 75ff anzupassende sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den

Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres nach der Vergabe fertigzustellen ist. Bei der einheitlichen Vergütung nach ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.“

3. Zu Artikel 1 Nr. 3, Buchstabe c) bb), § 115b, Abs. 2 SGB V

Streichung der Neuregelung

Art. 1 Nr. 9 § 275c SGB V (neu) – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Absatz 1 des § 275c überführt die Regelung zur Prüfung von Abrechnungen, die bisher Gegenstand des § 275 Absatz 1c waren (u.a. Sechs-Wochen-Frist, Einleitung Prüfverfahren, unsymmetrische Aufwandspauschale zugunsten der Krankenhäuser). Zusätzlich wurde eine Regelung ergänzt, nach der die Krankenkassen an das Ergebnis der Prüfung durch den MDK gebunden sind. Widerspruch und Klage sind jedoch gegen die Krankenkasse zu richten.

Absatz 2

Die Neuregelung sieht vor, im Jahr 2021 quartalsbezogene Prüfquoten einzuführen, die vom GKV-Spitzenverband zu ermitteln sind. Für das Übergangsjahr 2020 gelten gesonderte Regelungen. Bei der Prüfquote handelt es sich um den prozentualen Anteil der innerhalb eines Quartals vom MDK eingeleiteten Prüfungen an allen Abrechnungen eines Krankenhauses, die innerhalb dieses Quartals bei der Krankenkasse eingegangen sind.

Die Höhe der Prüfquote beträgt im Jahr 2020 durchgehend 10%. Ab dem Jahr 2021 findet eine gestufte Quotierung der Prüfmenge in Abhängigkeit von den korrekt abgerechneten Rechnungen des Krankenhauses über alle belegenden Krankenkassen hinweg statt. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen in Höhe von $\geq 60\%$ beträgt die Prüfquote bis zu 5 % und bei einem Anteil zwischen 40 % und $< 60\%$ beträgt die Prüfquote im Krankenhaus bis zu 10 %. Ist der Anteil korrekter Abrechnungen $< 40\%$, beträgt die Prüfquote maximal 15 %. Die Abrechnungsqualität im vorvergangenen Quartal bestimmt auch die Höhe einer erstmals eingeführten Sanktion bei Falschabrechnung, in Form eines Aufschlages auf die geprüfte Rechnung. Die Zuordnung von Prüfquotenklassen erfolgt für alle ein Krankenhaus belegende Krankenkassen gemeinsam. Der MDK hat eingeleitete Prüfungen abzulehnen, wenn die Prüfquote eines Krankenhauses von einer Krankenkasse überschritten wird.

In bestimmten Ausnahmefällen haben die Krankenkassen die Möglichkeit, auch nach Ausschöpfung der Prüfquote Einzelfallprüfungen vorzunehmen. Diese Prüfungen müssen unter Angabe von Gründen der zuständigen Landesbehörde angezeigt werden.

Absatz 3

Durch die beabsichtigte Neureglung werden Krankenhäuser zur Zahlung quotierter Aufschläge auf die Rechnungssumme verpflichtet, sofern der Anteil korrekter Abrechnungen an allen Abrechnungen eines Quartals bestimmte Prozentsätze unterschreitet.

Absatz 4

Der GKV-Spitzenverband erstellt zur Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen. In Absatz 4 werden die Datenlieferungen, Fristen und Auswertungen des GKV-SV für die Ermittlung von Prüfquoten und Sanktionshöhen definiert.

Die Ergebnisse sind in aggregierter Form, bundesweit und geordnet nach MDK zu veröffentlichen. Nähere Einzelheiten legt der GKV-Spitzenverband bis 31.03.2020 fest. Dazu sind Stellungnahmen der DKG und der MDKs einzubeziehen.

Absatz 5

Absatz 5 regelt, dass Widerspruch und Klage gegen den Aufschlag nach Absatz 3 und die ermittelte Prüfquote nach Absatz 4 keine aufschiebende Wirkung haben.

Absatz 6

Nr. 1: Die Regelung sieht vor, dass eine einzelfallbezogene Prüfung bei der Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG nicht zulässig ist. Prüfergebnisse dürfen keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben, d. h. auch dann nicht, wenn eine Prüfung zu einem anderweitigen Prüfanlass erfolgt ist.

Nr. 2: Die Überprüfung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes im Rahmen von Einzelfallprüfungen soll entfallen.

Absatz 7

Der Absatz 7 stellt klar, dass Vereinbarungen von Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung nicht zulässig sind.

B Stellungnahme

Das vom Gesetzgeber vorgeschlagene Prüfquotenmodell ist in der vorliegenden Form abzulehnen. Den gesetzlichen Krankenkassen und damit den Beitragszahlern werden durch die niedrige Quotierung und dem damit verbundenen Anstieg von Falschabrechnungen jährlich Kosten von jeweils über 1 Mrd. Euro entstehen. Die in der Gesetzesbegründung angeführten prüfmindernden Instrumente werden im Jahr 2020 gar nicht und in den Folgejahren nur sehr bedingt zur Minderung der Prüfanlässe beitragen. Die Aufschläge auf Differenzbeträge wird es erst 2021 geben. Zudem ist das Modell in sich nicht konsistent und weist eine Vielzahl von Umsetzungsmängeln auf. Im Folgenden erfolgt eine Kommentierung der einzelnen Absätze.

Absatz 1

Ein Großteil der bisherigen Regelungen bleibt unverändert. Wie bisher soll eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse eingeleitet werden. Diese Regelung ist jedoch nicht mit dem Ansatz der quartalsbezogenen Prüfquote vereinbar und daher abzulehnen. Der Quotenansatz impliziert, dass die Krankenkasse die Fälle mit der höchsten Falschabrechnungswahrscheinlichkeit identifizieren können muss, d.h. ihr müssen sämtliche Abrechnungen des Quartals vor der Zuordnung zur Prüfquote bekannt sein. Dies ist mit der 6-Wochen-Frist nicht möglich. Eine Rechnung, die beispielsweise am 1.4. eines Jahres gestellt wird, muss spätestens Mitte des Quartals zur Prüfung angezeigt werden. Zu diesem Zeitpunkt ist der Krankenkasse nicht bekannt, welche Rechnungen noch zu erwarten sind. Sofern am Quartalsbezug festgehalten wird, ist für die Einleitung der Prüfung deshalb eine Frist von 6 Wochen nach Quartalsende festzulegen, um den Krankenkassen die Sichtung aller Rechnungen eines

Quartals zu ermöglichen. Somit entfiel für die Krankenhäuser der Anreiz, den Zeitpunkt der Rechnungsstellung innerhalb eines Quartals unter strategischen Gesichtspunkten festzulegen (vgl. dazu auch die Kommentierung zu Absatz 2).

Die in Satz 2 festgelegte einseitige Aufwandspauschale wird durch das Prüfmodell hinfällig. Die zugeschriebene Funktion der Limitierung von krankenkassenseitigen Prüfungen wird durch die festgelegten Quoten erzielt. Die asymmetrische Sanktionierung der Krankenkassen ist vor diesem Hintergrund vehement abzulehnen. Die Regelung ist zu streichen.

Es wird klargestellt, dass Klagen gegen das Prüfergebnis weiterhin an die Krankenkassen zu richten sind. Es wird damit an die bisherige Praxis angeschlossen. Unverständlich ist, warum das Prüfergebnis für die Krankenkasse bindend ist. Diese Regelung wird abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 2, § 17c KHG).

Absatz 2

Prüfquotenhöhe und -ausgestaltung

Die vom Gesetzgeber intendierte Ausgabenneutralität des MDK-Reformgesetzes wird durch die Regelung nach § 275c Abs. 2 SGB V konterkariert. Derzeit beträgt die durchschnittliche Prüfquote der Krankenkassen rund 18%. Die im Gesetzentwurf definierte Prüfquote i. H. v. 10% für das Jahr 2020 führt somit zu einer nahezu halbierten Anzahl von Abrechnungsprüfungen. Als Folge werden die Krankenkassen deutlich weniger falsch abgerechnete Beträge zurückfordern können als bisher. Es ist von einem beitragsatzrelevanten Volumen von mehr als 1 Mrd. Euro für die GKV auszugehen. Auch die für die Folgejahre gestaffelten Prüfquoten i. H. v. 5%, 10% und 15% werden die Beitragszahler in ähnlichem Maße belasten.

Krankenkassen sollten auch in Zukunft Anreize für eine professionelle Abrechnungsprüfung erhalten. Unverständlich ist daher, dass die Prüfquote zwar hinsichtlich der Krankenkassen kontingentiert ist, aber für das Krankenhaus eine Gesamteinordnung in eine Auffälligkeitsklasse erfolgt. Das bedeutet, dass die saldierte Prüfqualität aller Kassen für die Einordnung des Krankenhauses in eine Auffälligkeitsklasse verantwortlich ist und damit die Prüfquote bestimmt. Im Ergebnis senken Krankenkassen, die bislang ihre Abrechnungsprüfung nicht ausreichend professionell aufgestellt haben, die saldierte Aufklärungsquote von Dokumentationsfehlern des Krankenhauses. Es leitet sich daraus wiederum eine niedrigere Prüfquote für alle Krankenkassen ab, d.h. auch Krankenkassen mit professioneller Abrechnungsprüfung können als Folge weniger Abrechnungs- und Dokumentationsfehler aufklären. Dies wird sich negativ auf die Rechnungsprüfung auswirken und steht nicht im Einklang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V.

Die niedrigen Prüfquoten lassen sich auch nicht mit der Einführung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V begründen. Diese werden zwar die Einzelfallprüfung von Komplexcodes bzgl. einiger Strukturanforderungen reduzieren. Für den überwiegenden Teil der Prozess- und Interventionsanforderungen, die durch Komplexcodes definiert werden, kann jedoch sachgerecht nur durch Einzelfallprüfung festgestellt werden, ob eine Fallpauschale korrekt abgerechnet wurde oder eine Falschabrechnung vorliegt.

Negative Folgen ergeben sich nicht nur für die Beitragszahler der GKV, sondern auch für die Finanzmittelallokation zwischen den Krankenhäusern. Falschabrechnung führt dazu, dass Krankenhäuser Finanzmittel erhalten, die ihnen nicht zustehen. Das Prinzip der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern wird damit untergraben. Problematisch ist ferner, dass die Kalkulationsgrundlage des DRG-Systems beschädigt wird: Werden falsch abgerechnete Fälle aufgrund zu niedriger Prüfquoten kaum identifiziert, gehen sie mit falsch hohen (bzw. zu niedrigen) Kosten in die Kalkulation von Leistungen ein. Als Folge kann keine sachgerechte Bewertung der Fallpauschalen untereinander vorgenommen werden. Es entstehen damit Fehlanreize im Vergütungssystem, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

Insgesamt ist es zwingend erforderlich, die vorgesehene Prüfquote für das Jahr 2020 auf bis zu 18% anzuheben. Um im Übergangsjahr eine Ausgabenneutralität sicherzustellen, wird damit die durchschnittliche Prüfquote der letzten zwei Jahre angelegt. Darüber hinaus sind die vorgeschlagenen Quoten für das Jahr 2021 deutlich zu erhöhen. Um das Ziel der Ausgabenneutralität zu erreichen, sollte der Gesetzgeber ferner bereits ab dem Jahr 2020 Sanktionen für Dokumentationsfehler und Falschabrechnung der Krankenhäuser einführen.

Um die angestrebte Ausgabenneutralität zu erreichen, sind ab dem Jahr 2021 Prüfquoten von 10% und 15% für die ersten beiden Auffälligkeitsklassen vorzusehen. Die Auffälligkeitsklassen der Krankenhäuser sind daran orientiert auszugestalten, dass bei ca. 10 Prozent falscher Rechnungen nicht von einem bewussten Fehler, sondern von systemimmanenten Ungenauigkeiten und Auslegungsspielräumen auszugehen ist. Für Krankenhäuser mit einer Falschabrechnungsquote von mehr als 40% ist von einer strategischen Ausrichtung auf Upcoding und Falschabrechnung auszugehen. Rechnungen dieser Krankenhäuser sollten ohne Einschränkung Gegenstand der Abrechnungsprüfung sein, um eine Verschwendung von Beitragsmitteln zu Lasten der Versicherten und eine Fehlallokation der Finanzmittel im Krankenhausmarkt zu verhindern.

Die in Satz 4 genannte Möglichkeit für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nummer 1 und 2 KHG, das Vorliegen der Voraussetzungen unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen, muss auch für einzelne Kassen möglich sein, damit diese nicht strategisch von Krankenhäusern ausgespielt werden können.

Umsetzungsprobleme und Strategieanfälligkeit

Das vom Gesetzgeber geplante Prüfquotenmodell ist in sich nicht konsistent. Sofern am Prüfquotenansatz festgehalten wird, sind folgende operative Aspekte anzupassen:

Der in Absatz 2 festgelegte Zeitraum von einem Quartal für die Auswertung der Prüfergebnisse und die Festlegung der Prüfquote durch den GKV-SV ist zu kurz. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen benötigt für die Prüfung eines Abrechnungsfalles deutlich länger als 12 Wochen; bis zum Vorliegen des Prüfgutachtens können bis zu elf Monate vergehen. Der Zeitraum zwischen dem Quartal, in dem die Prüfergebnisse gemessen werden und dem Quartal, in dem die daraus resultierende Prüfquote angewendet wird, muss deshalb auf mindestens fünf Quartale verlängert werden. Hilfsweise kann den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet werden, auch andere unabhängige Gutachterdienste zu beauftragen, um in der kurzen Frist Prüfergebnisse zu erzielen (analog zur Möglichkeit der Beauftragung der Krankenhäuser nach § 275d SGB V).

Die geplanten Regelungen schaffen für die Krankenhäuser den Anreiz, den Zeitpunkt der Rechnungsstellung unter strategischen Gesichtspunkten festzulegen, denn die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, Rechnungen zu einem selbstgewählten Zeitpunkt zu stellen. Dadurch können sie die Zuordnung der Abrechnung zu einem bestimmten Quartal unter monetären Gesichtspunkten im Hinblick auf die geltende Prüfquote vornehmen. Die damit verbundene Zunahme nicht detektierter Falschabrechnungen wird zu einem Anstieg der Ausgaben innerhalb der GKV führen. Weiterhin besteht auch innerhalb eines Quartals Gestaltungsspielraum, da ein Krankenhaus zumindest abschätzen kann, wann keine MDK Prüfungen mehr möglich sind. Folglich entsteht der Anreiz, in den letzten Wochen eines Quartals vor allem solche Abrechnungen vorzunehmen, bei denen eine hohe Prüfwahrscheinlichkeit besteht, die Prüfquote jedoch schon ausgeschöpft ist. Um die hohe Strategiefähigkeit zu beheben, sind a) die Fristen für das Einleiten von Prüfungen auf 6 Wochen nach Quartalsende festzulegen (vgl. Kommentierung zu Absatz 1). Zudem sollte der Zeitpunkt der Rechnungslegung durch die Krankenhäuser gesetzlich definiert werden, um zu vermeiden, dass Krankenhäuser Abrechnungen in Quartale mit geringer Prüfquote und geringen Aufschlägen steuern. Rechnungen sollten deshalb innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Patienten übermittelt werden.

Weiterer Anpassungsbedarf

Im Jahr 2017 waren 56 Prozent der vom MDK geprüften Krankenhausabrechnungen fehlerhaft. So mussten die Krankenhäuser 2,8 Milliarden Euro für überhöhte Abrechnungen aufgrund der Prüfergebnisse des MDK zurückzahlen, ohne dass die Falschabrechnungen weitere Sanktionen für das jeweilige Krankenhaus mit sich gebracht hätten. Durch die Neuregelungen im Referentenentwurf reagiert das Bundesgesundheitsministerium unter anderem auf diese Verwerfungen. Entgegen den Empfehlungen des Bundesrechnungshofes schränkt es jedoch die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen durch die Einführung von Prüfquoten ein. Sofern die vom Gesetzgeber angestrebte zielgenauere Abrechnungsprüfung erreicht werden soll, muss die Einführung der Prüfquoten mit einer Ausweitung der Auskunftspflichten der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen einhergehen. Nur so kann bei Absenkung des Prüfniveaus sichergestellt werden, dass es nicht zu einem massiven Anstieg von Falschabrechnungen kommt. Die Krankenkassen sollten daher künftig alle wesentlichen Abrechnungsfalldaten, bspw. auch die Inhalte des Entlassbriefes, übermittelt bekommen, um die Prüfverfahren auf die relevantesten Fälle fokussieren zu können.

Schwer nachvollziehbar ist, dass der Gesetzesentwurf normativ Prüfquoten für Krankenhäuser definiert, ohne dass eine einzige empirische Grundlage für eine Folgenabschätzung existiert. Dieser Ansatz ist für die Krankenkassen und die Beitragszahler mit hohen Risiken behaftet. Sofern das geplante Prüfquoten-Modell ohne einen massiven Anstieg von Falschabrechnung einhergehen soll, müssen die Quoten auf einer soliden empirischen Grundlage ermittelt werden, um Fehlanreize zu vermeiden und Ausgabenneutralität sicherzustellen. Ausgaben- und anreizneutrale Prüfquoten sind im Rahmen eines einjährigen Übergangszeitraums zu erheben und können im Anschluss per Rechtsverordnung durch das BMG festgelegt werden.

Absatz 3

Die Regelung wird begrüßt, muss jedoch nachgebessert werden. Die Sanktionierung der Krankenhäuser bei nachgewiesener überhöhter Rechnungsstellung ist seit mehr als einem Jahrzehnt eine Kernforderung des Bundesrechnungshofes und der Krankenkassen. Sie schafft für die Krankenhäuser einen starken finanziellen Anreiz, korrekte Abrechnungen vorzunehmen und ist somit geeignet, zu einer Senkung des Anteils fehlerhafter Rechnungen und damit zu einer Senkung des Prüfaufkommens beizutragen. Die vorgeschlagenen Regelungen bleiben jedoch sehr lange wirkungslos, sofern eine Fehlerquote von bis zu 40 Prozent nach MDK-Prüfungen als akzeptabel gilt. Bis zu dieser Quote besteht für das Krankenhaus kein Risiko; es muss lediglich den zu viel abgerechneten Betrag zurückerstatten. Gestaffelte Strafzuschläge müssten deutlich früher greifen – idealerweise ab der ersten Rechnung. Unverständlich ist auch, warum diese Maßnahme erst ab dem Jahr 2021 gelten soll und nicht bereits ab dem Jahr 2020. Es sollte ferner ein Mindestaufschlag von 300 Euro vorgesehen werden, um sehr geringe Aufschläge infolge der prozentualen Berechnung abhängig vom Differenzbetrag zu vermeiden.

Absatz 4

Die in Absatz 4 genannten zu erhebenden Daten sind zweckmäßig. Anzupassen ist die Zuordnung von Rechnungen zum Quartal. Die in der Gesetzesbegründung vorgesehene Zuordnung anhand des Rechnungsdatums erscheint arbiträr und eröffnet vielfältige Manipulationsmöglichkeiten (vgl. auch Stellungnahme zur Absatz 2). Es sollte stattdessen auf das Entlassungsdatum des Krankenhauses abgestellt werden. Dadurch wird sichergestellt, dass der Fall abgeschlossen ist und alle medizinischen Informationen vorliegen. Es handelt sich zudem um ein eindeutiges Datum, das sich aus dem Datensatz nach §301 SGB V ablesen lässt.

Absatz 5

Die Regelung wird begrüßt.

Absatz 6

Zu Nr. 1: Die Regelung ist abzulehnen.

Als Folge der Regelung steht dem Anreiz zur Verweildauerverlängerung unter den Bedingungen der Selbstkostendeckung bei den Pflegepersonalkosten kein Instrument mit einer gegenläufigen Anreizwirkung mehr gegenüber. Die vorgelegte Regelung wird somit der Prüfung der unteren Grenzverweildauer (UGVD-Prüfung) und der Verlegungsprüfung nicht gerecht.

Als weitere Konsequenz muss die Falschabrechnung einer aG-DRG mit einem hoch bewerteten Pflege-Relativgewicht nicht korrigiert werden, sodass ein gezieltes Upcoding legalisiert wird. Diese Regelung ist nicht sachgerecht und motiviert im höchsten Maße zu Fehlanreizen.

Auch die gesetzliche Anspruchsgrundlage für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V und die darin festgelegte „umfasste Behandlungsleistung“ kann nicht mehr ganzheitlich hinterfragt werden, beispielsweise ob „das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und

nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“.

Mit der angestrebten Neuregelung in § 275c Abs. 6 SGB V werden bestehende Abrechnungsregelungen und Systematiken über den Anteil der Pflegekosten hinaus tangiert. In der Folge werden auch diese Inhalte normativ geändert und nicht sachgerecht beurteilt.

Führt eine Einzelfallprüfung zu einer anderen DRG (z. B. „leichtere“ DRG mit einer anderen Verweildauer), führt die gesetzliche Regelung dazu, dass die Verweildauertage in Bezug zur Pflege größer sind als die neue Verweildauer der neuen aG-DRG. Dies ist auf jeden Fall zu verhindern; es darf keine unterschiedlichen Verweildauerzählweisen in demselben Fall geben. Im Rahmen der Einführung und Umsetzung der Regelungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) für die Pflegekostenfinanzierung wurde im Rahmen einer DRG-Grundlagenvereinbarung zur Umsetzung des Pflegeerlöskatalogs 2020 für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG eine alternative Regelung angestrebt, die zielführend ist. Diese sieht vor, dass Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen nach § 275 SGB V bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages dann berücksichtigt werden, wenn sich eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der jeweils zugeordneten aG-DRG ergibt (§ 4 Abs. 6 der Grundlagenvereinbarung). Die dort vereinbarte Regelung sollte übernommen werden.

Zu Nr. 2: Die Prüfung von Strukturmerkmalen im Rahmen von Einzelfallprüfungen darf nur insoweit ausgeschlossen werden, als es sich um allgemeine Strukturvoraussetzungen handelt. Die im OPS enthaltenen leistungs- und damit einzelfallbezogenen Kriterien sind weiterhin Gegenstand der Einzelfallprüfung (vgl. auch Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 9, § 275d SGB V). Das DIMDI hat entsprechende Voraussetzungen zu schaffen (vgl. auch Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 13, § 295 SGB V).

Absatz 7

Keine Anmerkungen

C Änderungsvorschlag

Absatz 1

1. In Satz 1 wird nach dem Wort „Wochen“ der Halbsatz „**nach Quartalsende der Entlassung**“ eingefügt.
2. § 275c Abs. 1 Satz 2 wird gestrichen.
3. § 275c Abs. 1 Satz 4 wird gestrichen.

Absatz 2

1. In Satz 1 werden die Worte „bis zu 10 Prozent“ ersetzt durch die Worte „**bis zu 18 Prozent**“.

2. In Satz 1 werden die Wörter „eingegangenen Abrechnungen“ durch die Wörter „**entlassenen Fälle**“ ersetzt.
3. Nach Satz 1 werden folgende neue Sätze 2 und 3 eingefügt: **„Die Krankenhäuser sind ab dem Jahr 2020 verpflichtet, die Rechnung innerhalb von 14 Tagen ab Entlassung abschließend zu übermitteln. Verzögerte Übermittlungen führen zu einer Sanktionszahlung von 300€ je Fall an die Krankenkasse. Dieser Fall wird zudem als beanstandeter Fall in den Statistiken des GKV-Spitzenverbandes in § 275c Absatz 4 geführt.“**
4. In Satz 2 wird vor dem Wort „quartalsbezogene“ das Wort „**krankenkassenindividuelle**“ eingefügt
5. In Satz 2 Nummer 1 werden die Worte von „60 Prozent“ geändert in „**90 Prozent**“ und „bis zu 5 Prozent“ ersetzt durch die Worte „**bis zu 10 Prozent**“.
6. In Satz 2 Nummer 2 werden die Worte zwischen „40 Prozent“ und unterhalb von „**60 Prozent**“ geändert in „**60 Prozent und unterhalb von 90 Prozent**“ und „bis zu 10 Prozent“ ersetzt durch die Worte „**bis zu 15 Prozent**“.
7. In Satz 2 Nummer 3 werden die Worte „40 Prozent“ geändert in „**60 Prozent**“, „beträgt die krankenhausbegrenzende Prüfquote bis zu 15 Prozent“ ersetzt durch die Worte „**wird keine begrenzende krankenhausbegrenzende Prüfquote angewendet**“.
8. Nach Satz 2 folgender Satz 3 (neu) eingefügt:
„Ab dem Jahr 2022 werden die Prüfquoten nach Satz 2 Nummern 1 bis 3 auf Grundlage der Auswertungen gemäß Absatz 4 vom GKV-Spitzenverband geprüft. Dies erfolgt unter der Maßgabe, dass die Prüfquote je Krankenhaus rechnerisch neu ermittelt wird, wenn die an den Medizinischen Dienst zur Prüfung angezeigten Abrechnungen die zulässige Prüfquote im Durchschnitt über alle Krankenkassen über- oder untersteigt.“
9. In Satz 3 wird das Wort „vorvergangenen“ ersetzt durch das Wort „**aktuellen**“.
10. In Satz 4 werden nach den Wörtern „eine Prüfung nach Absatz 1“ die Wörter eingefügt „**von einer einzelnen oder mehreren Kassen**“.
11. Nach Satz 4 folgender neuer Satz 5 (neu) eingefügt:
„Die Datenlieferung der Krankenhäuser umfasst zukünftig alle wesentlichen Abrechnungsdaten zum Fall, um die Prüfverfahren auf die relevantesten Fälle von Falschabrechnung fokussieren zu können.“

Absatz 3

1. Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 § 275c Absatz 2. In § 275c Abs. 3 Satz 1 wird „60 Prozent“ durch „**90 Prozent**“ ersetzt.
2. In §275c Abs. 3 werden folgende Sätze 3 und 4 eingefügt: **Die Höhe des Aufschlags beträgt mindestens 300€. Ein genereller Aufschlag für jede fehlerhafte Rechnung von 25% gilt ab dem Jahr 2020 bis die differenzierten Aufschläge aus Satz 2 a und b Anwendung finden.**

Absatz 4

In Satz 3 werden nach den Wörtern „des zweiten Monats“ die Wörter „**des fünften Quartals**“ ergänzt (vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 § 275c Absatz 2).

Absatz 5

Keiner

Absatz 6

§ 275c Abs. 6 Nr. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„1. der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes. Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen werden bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt.“

Zu § 275c Abs. 6 Nr. 2: Nichtzulässigkeit der Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V (siehe Änderungsvorschlag Artikel 1 Nr. 9 § 275d SGB V)

Absatz 7

Keiner

Absatz 8 (neu)

Nach Absatz 7 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

„(8) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes können auch von anderen unabhängigen Gutachterdiensten wahrgenommen werden. Beauftragt eine Krankenkasse für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst, hat sie die Kosten hierfür zu tragen.“ (vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 § 275c Absatz 2.).

Art. 1 Nr. 9 § 275d Abs. – Prüfung von Strukturmerkmalen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 275d SGB V soll die Abrechnungsprüfung von Strukturmerkmalen gesetzlich geregelt werden. Strukturprüfungen sind zukünftig auf der Grundlage von OPS-Kodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) durch den MD oder „andere Gutachterdienste“ vor der Leistungserbringung durchzuführen. Die Grundlagen der Begutachtung legt der Medizinische Dienst Bund fest. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Für Krankenhäuser, die die Strukturanforderungen erfüllen, entfällt für die entsprechenden Abrechnungen die Einzelfallprüfung (§ 275c Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V).

Die Zertifizierung der Leistungserbringung kann durch den MD oder durch alternative Prüfinstitutionen erfolgen. Die Krankenhäuser erhalten eine Bescheinigung über das Ergebnis der Strukturprüfung, in der auch die Dauer der Gültigkeit der Erfüllung der Strukturkriterien festgelegt wird.

Die Ergebnisse der Strukturprüfung sind an die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 KHG bis zum 31. Dezember des Vorjahres des Vereinbarungsjahres zu übermitteln. Ab dem Jahr 2021 wird ein Vergütungsausschluss für die Krankenhäuser festgelegt, die die Strukturkriterien nicht einhalten.

Die Finanzierung der Prüfung von Strukturmerkmalen durch den MD und die „anderen Gutachterdienste“ wird dahingehend geregelt, dass die dem MD entstehenden Kosten, wie bisher, durch eine Umlage aus den Beiträgen der GKV aufgebracht werden. Die Kosten für die Begutachtung durch die „anderen Gutachterdienste“ werden von den geprüften Krankenhäusern selbst getragen.

B Stellungnahme

Die Regelung, dass Strukturprüfungen auf der Grundlage von OPS-Kodes zukünftig vor der Vereinbarung und Abrechnung einer Leistung erfolgen sollen, ist zu begrüßen.

Auch wenn in etlichen Bundesländern Strukturprüfungen auch bislang schon stattgefunden haben, ist es in vielen Bundesländern wieder zu Diskussionen mit Krankenhäusern gekommen. Eine gesetzliche Klarstellung ist daher positiv zu bewerten.

Durch die neue Regelung kann der Prüfungs- und Verwaltungsaufwand erheblich verringert und die Patientensicherheit gestärkt werden.

Klar abzulehnen ist hingegen der undifferenzierte Ausschluss der Einzelfallprüfung entsprechender Abrechnungen von Krankenhäusern, die die Strukturanforderungen erfüllen (§ 275d SGB V in Verbindung mit § 275c Absatz 6 Satz 1 Nr. 2). Eine Strukturprüfung ist zwar für bestimmte bauliche Parameter allgemein möglich (z.B. Wand-an-Wand-Lösung für Kreissaal und Neonatologie). Für andere Anforderungen eines Komplexkodes kann jedoch nur im Einzelfall geprüft werden, ob sie erfüllt wurden oder nicht. So sagt etwa die schlichte Vorhaltung einer Abteilung

für Physiotherapie nichts darüber aus, ob die im Komplex-OPS geforderte Leistung am Patienten auch erbracht wurde. Diesbezüglich ist auch die zeitliche Dimension zu beachten. Strukturvoraussetzungen müssen dauerhaft vorgehalten werden – nicht nur zum Zeitpunkt der Überprüfung. Je nach Art der Strukturvoraussetzung ist dies zu überprüfen.

Verschärfend kommt hinzu, dass in den Komplex-OPS des DIMDI nicht ausreichend zwischen Strukturvorgaben und Prozessvorgaben, also zu erbringenden Leistungen am Patienten differenziert wird. Da die vorgesehenen Regelungen bzgl. der Strukturprüfung aber dazu führen, dass die Einzelfälle nicht mehr geprüft werden können, wird bei den Krankenhäusern ein starker Anreiz für eine Erlösoptimierung gesetzt. Diese Regelung ist deshalb nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot und der Verpflichtung zum sorgsamem Umgang mit Beitragsmitteln sowie der Sicherung oder Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit vereinbar. Daher sind Einzelfallprüfungen auch künftig für viele Strukturmerkmale unabdingbar.

Um diesbezüglich eine klare Unterscheidung vornehmen zu können, sollte das DIMDI künftig bei der Definition von OPS-Schlüsseln festlegen, welche der Merkmale nicht durch eine Einzelfallprüfung, sondern durch die Strukturprüfung zu überprüfen sind. Die Regeln für eine solche Kategorisierung von Strukturmerkmalen sollte verpflichtender Gegenstand der neu zu erstellenden Verfahrensordnung des DIMDI nach § 295 SGB V werden.

Hinzuweisen ist ferner darauf, dass mit der der vorgesehenen Regelung nach Feststellung einer Strukturvoraussetzung durch einen Gutachter de-facto eine Beweislastumkehr einhergeht. In der Folge hat die Krankenkasse den Nachweis zu erbringen, dass Strukturvoraussetzungen nicht vorliegen, sofern entsprechende Hinweise darauf hindeuten. Die damit einhergehende Risikoverschiebung zu Lasten der Versicherten und Patienten ist zu berücksichtigen.

Abzulehnen ist die Möglichkeit für die Krankenhäuser, andere Prüfdienste als den MDK zu beauftragen. Mit dieser Regelung wird an die vollkommen unzureichende Praxis der „benannten Stellen“ in der Medizinproduktezulassung angeknüpft. Dass diese Stellen nicht unabhängig sein dürften, ergibt sich aus dem Geschäftsmodell entsprechender Einrichtungen. Vergleichbar wäre diese Praxis damit, das Unternehmen bei Betriebsprüfungen alternativ und inhaltlich verbindlich einen Wirtschaftsprüfer anstelle des Finanzamtes beauftragen könnten. Da in diesem Prüfsegment oftmals hochpreisige Fälle zu finden sind, sind die Regelungen besonders kritisch zu bewerten. Privatwirtschaftlich tätige, abhängige Gutachterdienste sind daher von der Begutachtung auszuschließen.

Für eine effektive Durchführung von Strukturprüfungen sind unbestimmte Rechtsbegriffe wie „Station“, „Fachabteilung“ und „Standort“ zu definieren (vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 15 bzw. § 301 SGB V).

C Änderungsvorschlag

1. In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte gestrichen **„oder durch einen anderen Gutachterdienst“**.

Hilfsweise:

In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Wort Gutachterdienst das Wort **„unabhängigen“** eingefügt.

2. In Absatz 1 Satz 3 werden die Worte „**oder an den anderen Gutachterdienst**“ gestrichen.

Hilfsweise:

In Absatz 1 Satz 3 wird vor dem Wort Gutachterdienst das Wort „**unabhängigen**“ eingefügt.

3. In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte gestrichen: **oder von dem anderen Gutachterdienst**.

Hilfsweise:

In Absatz 2 Satz 1 wird vor dem Wort Gutachterdienst das Wort „**unabhängigen**“ eingefügt.

4. In Absatz 5 wird Satz 2 gestrichen: ~~„Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst, hat es die Kosten hierfür zu tragen.“~~

Hilfsweise

In Absatz 5 Satz 2 wird vor dem Wort „Gutachterdienst“ das Wort „**unabhängigen**“ eingefügt.

5. Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt: **„Das Krankenhaus ist verpflichtet, den Wegfall einer nachgewiesenen Strukturvoraussetzung unverzüglich den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG bekannt zu geben. Kommt das Krankenhaus seiner Verpflichtung nicht nach, hat es zuzüglich der unberechtigt entstandenen Mehrerlöse eine Sanktionszahlung in Höhe von 50 v.H. der Differenzsumme an die Kostenträger zu erstatten.“**

Art. 1 Nr. 15 § 301 Abs. 2 SGB V – Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung erfolgt die Klarstellung, dass das DIMDI die strukturellen Voraussetzungen für die Abrechnung von Operationen und sonstigen Prozeduren in OPS-Schlüsseln festlegen darf. Die ICD- und OPS-Schlüssel werden mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens verbindlich und sind durch die Krankenhäuser für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden. Das DIMDI gibt sich eine Verfahrensordnung, die durch das BMG genehmigt werden muss und dann auf der Website des DIMDI zu veröffentlichen ist.

B Stellungnahme

Abzulehnen ist, dass die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) im Jahre 2018 eingeführte retrospektive „Korrektur“ von OPS-Auslegungen (Satz 4 alte Fassung) durch Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe b) weiterhin legitimiert wird. Es handelt sich hierbei um einen eklatanten Systembruch mit weitreichenden Folgen für die Rechtsauslegung und das Kalkulationsverfahren des DRG-Systems. Die Regelung nach Buchstabe b) ist in Verbindung mit Satz 4 (alte Fassung) abzulehnen; Satz 4 (alte Fassung) ist zu streichen.

Die Festlegung einer klar strukturierten Verfahrensordnung für die Arbeit des DIMDI ist zwingend erforderlich und wird daher begrüßt. In die Verfahrensordnung ist aufzunehmen, nach welchen Kriterien Strukturanforderungen zu definieren sind, die von einer Einzelfallprüfung auf Grundlage von § 275c Abs. 6 SGB V auszuschließen sind (vgl. auch Stellungnahme zu § 275d SGB V). Liegen bis zum Inkrafttreten des § 275d noch keine differenzierten OPS-Schlüssel des DIMDI vor, hat der MDS hilfsweise eine Liste bis zum Erscheinen zu veröffentlichen.

Eine Möglichkeit, unnötige Strukturprüfungen zu vermeiden, besteht darüber hinaus darin, dass die benötigten Strukturen schon aus den Abrechnungsdaten plausibel ableitbar sind. Die beiden rechtssicheren Begriffe „Krankenhausstandort“ und „Fachabteilung“ sind zudem verbindlich in die geeigneten OPS-Kodes einzufügen.

C Änderungsvorschlag

1. In Absatz 2 ist Satz 4 (alte Fassung) zu streichen.
2. In Absatz 2 werden nach Satz 7 (neue Fassung) folgende Sätze 8, 9 und 10 eingefügt:
„In der Verfahrensordnung ist festzulegen, nach welchen Kriterien Strukturmerkmale von OPS-Schlüsseln zu definieren sind, die Gegenstand einer Prüfung nach §275d SGB V sein können und die von einer Einzelfallprüfung auf Grundlage von § 275c Abs. 6 SGB V auszuschließen sind. Liegen bis zum Inkrafttreten des § 275d SGB V noch keine differenzierten OPS-Schlüssel des DIMDI vor, hat der MDS hilfsweise eine Liste bis zum Erscheinen zu veröffentlichen. Für die Beschreibung von Krankenhausstrukturen sind die Begriffe „Standort“ (nach Vereinbarung über die Definition von Standorten der Kranken-

häuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und „Fachabteilung“ (nach § 5 Absatz 2 der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3) zu verwenden.“.

Artikel 2 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Art. 2 Nr. 1 § 17c Absatz 2a und 2b KHG (neu) – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2a

Mit dem neuen Absatz 2a beabsichtigt der Gesetzgeber, die Krankenhausabrechnungsprüfung effizienter zu gestalten. Hierzu wird der neue Grundsatz eingeführt, dass die erste Rechnungslegung abschließend wird, d.h. die nachträgliche Korrektur durch das Krankenhaus ist nicht mehr möglich.

Der zweite Grundsatz legt fest, dass die Abrechnungsprüfung durch den MDK für die Krankenkasse fallabschließend ist, d.h. nach Abschluss einer Prüfung gemäß §275 Abs.1 Nr. 1 SGB V dürfen keine weiteren Prüfungen erfolgen.

Absatz 2b

Es ist geplant, vor der gerichtlichen Überprüfung einer Krankenhausabrechnung eine einzelfallbezogene Erörterung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus verpflichtend einzuführen. Einzelfallbezogene Vergleichsverträge als Ergebnis der Erörterung sind ausdrücklich vorgesehen. Dadurch sollen die Sozialgerichte entlastet werden.

B Stellungnahme

Absatz 2a

Die geplante abschließende Rechnungslegung ist zu begrüßen, da die Krankenhäuser in der Vergangenheit Rechnungen häufig nachträglich korrigiert und neu kodiert haben. Dadurch konnten Fälle lange nicht abgeschlossen werden und wurden gegebenenfalls erneut durch den MDK geprüft. Die Regelung führt somit zu einem verminderten Verwaltungsaufwand und zur Sicherheit in der Krankenhausabrechnung.

Eine fallabschließende Betrachtung durch die Prüfung des MDK nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V kann als verfahrensverkürzende, effizienzsteigernde Idee in vielfältiger Weise jedoch nicht befriedigend greifen.

Der MDK schließt bisher Begutachtungen unter rein medizinischen Gesichtspunkten ab. Diese sind nicht gleichzusetzen mit einer umfassenden leistungsrechtlichen Prüfung. Es ist keineswegs davon auszugehen, dass die Gutachter des Medizinischen Dienstes stets über die aktuelle Rechtsprechung zu bestimmten Fallkonstellationen informiert sind. Außerdem liegen dem MDK-Arzt weder die budgetrechtlichen Informationen der beiden Vertragspartner noch alle weiteren Versicherteninformationen der Krankenversicherung vor, sodass eine abschließende Beurteilung

des Falles nicht möglich ist. Die fallabschließende Wirkung des MDK-Gutachtens kann sich deshalb nur auf die medizinischen Aspekte des Falls beziehen.

In der Folge wird es in erheblichem Umfang zu Fehlentscheidungen kommen, da die angefragten medizinischen Bewertungen nicht automatisch alle leistungsrechtlichen Bewertungen einschließen. Korrekturen können von den Krankenkassen jedoch infolge des Ausschlusses des Rechtsweges nicht mehr durchgeführt werden. Bei diesem Verfahren wäre auch die rechtliche Prüfung notwendig, ob der Medizinische Dienst beim Leistungsentscheid über die der Krankenversicherung anvertrauten Versichertengelder die abschließende, nicht justiziable Ultima-Ratio sein kann.

Absatz 2b

Generell wird die Stärkung einer vorgerichtlichen Streitbeilegung begrüßt. Die Fallerörterung als Prozessvoraussetzung stellt sicher, dass von den Beteiligten außergerichtliche Einigungen zuvor geprüft wurden. Zudem besteht nach Durchführung der Erörterung die Möglichkeit für außergerichtliche Vergleiche.

Um die Effizienz der Erörterung zu gewährleisten bzw. die Gerichte tatsächlich durch außergerichtliche Streitbelegungen zu entlasten, muss jedoch sichergestellt werden, dass das Krankenhaus der Krankenkasse alle für den Einzelfall relevanten Daten für das Erörterungsgespräch zur Verfügung stellt.

C Änderungsvorschlag

Absatz 2a

In § 17c Absatz 2a wird Satz 3 gestrichen.

Hilfsweise:

1. In Satz 3 wird nach dem Wort „Weitere“ das Wort „**medizinische**“ eingefügt.
2. In Absatz 2a werden nach Satz 3 folgende Sätze 4 und 5 (neu) eingefügt:
„Die Einschätzung aus dem MD Gutachten ist in medizinischer Hinsicht bindend. Es obliegt weiterhin der Krankenkasse, eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen.“

Absatz 2b

1. Nach Satz 1 wird folgender neuer Satz 2 eingefügt: **„Diese Erörterung ist für beide Seiten verpflichtend“.**
2. Satz 3 wird nach dem Wort „verarbeiten“ ergänzt um den Halbsatz: **„und verpflichtet, diese an die Krankenkassen zu übermitteln.“**

Art. 2 Nr. 2 § 18b KHG – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung wird ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene gebildet (vormals in § 17c Abs. 3 KHG geregelt, der mit Artikel 2 Nummer 1.d aufgehoben wird). Aufgabe des Schlichtungsausschusses Bund ist es, Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung zu klären.

Die bisherige Regelung in § 17c Abs. 3 KHG sah eine Anrufungsmöglichkeit für DKG, GKV-Spitzenverband, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und Landeskrankengesellschaften vor. Die neue Regelung weitet den Kreis der anrufberechtigten Akteure aus, so dass zukünftig einzelne Krankenkassen und Krankenhäuser, einzelne MDKs, mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befasste Fachgesellschaften und Verbände, z. B. die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses antragsberechtigt sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat das BMG bei einer möglichen Anrufung des Schlichtungsausschusses zu unterstützen.

Zukünftig muss der Schlichtungsausschuss innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung treffen. Die Entscheidung gilt für alle danach gestellten Abrechnungen und für alle zu diesem Zeitpunkt in Bearbeitung befindlichen Fälle des MDK.

Die Sozialmedizinische Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FOKA) haben bis zum 31.12.2019 strittige Kodierempfehlungen auszuweisen. Der Schlichtungsausschuss Bund entscheidet bis zum 31.12.2020 über diese strittigen Kodierempfehlungen. Die Entscheidungen erhalten den Status von Kodierrichtlinien, d.h. sie gelten unmittelbar verbindlich. Klagen gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses haben keine aufschiebende Wirkung.

B Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Neuregelung erfährt der Schlichtungsausschuss Bund eine starke Aufwertung seiner Befugnisse für den Abrechnungsbereich und das DRG-System. Die vorgesehenen Regelungen können zur Normklarheit beitragen. Eine Reihe von Regelungen sind jedoch problematisch: Der Schlichtungsausschuss Bund kann zukünftig in laufende Verfahren eingreifen und wird faktisch zum Normengeber. Durch die Regelungen wird der Rechtsweg für Auseinandersetzungen über die Abrechnung abgeschnitten. Gegen die inhaltlichen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses wäre kein effektives Rechtsmittel möglich. Verschärfend kommt hinzu, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf vergleichbare Konstellationen rückwirkend anzuwenden sind. Auch eine direkte politische Einflussnahme durch das Bundesministerium für Gesundheit als Antragsberechtigten ist dem Prinzip der Selbstverwaltung wesensfremd und daher abzulehnen.

Abzulehnen ist ferner, dass die Kompetenzen des neuen Schlichtungsausschusses über Gebühr ausgeweitet werden. Da der Kreis der Anrufungsberechtigten erheblich erweitert wird, dabei jedoch keine Gebühren anfallen sollen, dürfte der Schlichtungsausschuss mutmaßlich völlig überlastet werden, zumal er auch innerhalb von acht Wochen zu entscheiden hat. Sofern an der vorgelegten Systematik festgehalten wird, müssen Anpassungen vorgenommen werden, damit das Gremium nicht mit der Entscheidung von Einzelfällen übermäßig belastet wird. Des Weiteren ist die Gesamtgüte des DRG-Systems vor den Partikularinteressen singulärer Antragsteller zu schützen, um eine Verschlechterung der Abrechnungsqualität und der Kodierung im DRG-System durch isolierte, kurzfristige Eingriffe des Schlichtungsausschusses zu verhindern.

Es ist daher zumindest die bisher in § 2 der Vereinbarung über die Bildung des Schlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 3 KHG verankerte Prüfkaskade bzgl. der Bedeutung von strittigen Tatbeständen in die Regelung aufzunehmen. Absatz 2 ist dafür, wie unterhalb skizziert, zu erweitern. So kann effektiv und effizient verhindert werden, dass strittige Tatbestände den Schlichtungsausschuss ohne Prüfung auf grundsätzliche Bedeutung durchlaufen. Die Prüfkaskade ist auch für die strittigen Kodierempfehlungen anzuwenden, über die der Schlichtungsausschuss Bund bis Ende des Jahres 2020 zu entscheiden hat. Absatz 5 ist entsprechend anzupassen. Ferner ist der Kreis der Antragsberechtigten nach Absatz 3 einzuschränken.

C Änderungsvorschlag

1. Dem Absatz 2 wird folgender Satz hinzugefügt:

„2Kodier- und Abrechnungsfragen sind von grundsätzlicher Bedeutung, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

6. **Es handelt sich nicht um eine Abrechnungs- oder Kodierfrage im Einzelfall,**
7. **die Frage ist bislang unregelt oder getroffene Regelungen werden unterschiedlich angewendet, sodass wiederholt Konflikte in der Abrechnung auftreten,**
8. **es ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (zum Beispiel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss),**
9. **die Frage kann durch die gemeinsame Selbstverwaltung geregelt werden,**
10. **eine Lösung der Thematik konnte innerhalb des nächsten erreichbaren Anpassungszyklus´ (DRG-System, Klassifikationen) nicht erreicht werden und seit erstmaliger Erörterung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene sind mindestens sechs Monate vergangen.**

2. In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den Krankenkassen“, „den Krankenhäusern“, „den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften“, „dem Bundesministerium für Gesundheit“ „und dem unparteiischen Vorsitzenden“ gestrichen.

3. Dem Absatz 5 wird folgender Satz 2 hinzugefügt: **„Geeint werden können hier nur Kodierempfehlungen, deren grundsätzliche Bedeutung durch Absatz 2 Satz 2 und 3 festgestellt wurde.“**

Hilfsweise:

Streichung der gesamten Regelung in 18b

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Art. 3 Nr. 1 § 4 Abs. 2a KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die Aufzählung der Leistungen, die vom Fixkostendegressionsabschlag befreit sind, um Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung von Patienten erweitert.

B Stellungnahme

Die Erweiterung der Abschlagsfreiheit auf Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation ist grundsätzlich nachvollziehbar. Bei genauerer Betrachtung der Mengenentwicklung zeigt sich jedoch, dass sich die Zahl der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation in den letzten zehn Jahren verdoppelt hat, während die Zahl der Schlaganfälle und schweren Schädel-Hirn-Traumata in diesem Zeitraum um lediglich ca. 10% gestiegen ist. Daher ist eine pauschale Herausnahme von Leistungen zur neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation mit dem Gedanken der Herausnahme von nicht mengenanfälligen Leistungen nicht vereinbar. Stattdessen wird eine Qualifizierung solcher nicht steuerbaren Leistungen gefordert.

Dagegen ist die bestehende Anspruchsgrundlage zur Herausnahme von sogenannten Zentrumsleistungen nach § 4 Abs. 2a S. 2 Nr. 1 KHEntgG ohne reale Wirkung und daher zu streichen. Zentrumsleistungen nach § 2 Abs. 2 S. 4, 5 sind nämlich gerade keine Leistungen, die mit Fallpauschalen zu vergüten, sondern mit Zuschlägen abzugelten sind. Wenn also diese Leistungen nicht mit DRG vergütet werden, sind sie aus einem Abschlag, der nach Fallpauschalen bemessen wird, nicht herausnehmbar. Die bestehende Regelung läuft damit immer ins Leere.

C Änderungsvorschlag

§ 4 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen“ durch die Wörter „Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Frühgeborenen und bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation, sofern der Frührehabilitation ein schwerer Schlaganfall oder eine schwere Schädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten in unmittelbarem zeitlichen und medizinischen Zusammenhang vorausgegangen ist“ ersetzt.

In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 wird Buchstabe d) gestrichen

In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c) wird das Komma durch das Wort „sowie“ ersetzt.

Art. 3 Nr. 2 § 6a Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets**A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Regelung wird festgelegt, dass einzelfallbezogene Prüfungen von tagesbezogenen Pflegeentgelten unzulässig sind und Prüfergebnisse aus anderen Prüfanlässen nur insoweit umgesetzt werden dürfen, als sie keine Auswirkung auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben. Durch die Übernahme der Regelung aus dem SGB V in das KHEntgG gilt die Regelung zukünftig auch für andere Kostenträger, beispielsweise die PKV.

B Stellungnahme

Die Ausweitung der Gültigkeit auf weitere Kostenträger ist zu begrüßen. Die Ausführungen in der Stellungnahme zum §275 c Abs. 6 SGB V sind jedoch zu beachten: Danach werden Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt. “

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 3 Nr. 3 § 8 Abs. 4 KHEntgG – Berechnung der Entgelte**A Beabsichtigte Neuregelung**

Sofern Krankenhäuser die Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275 d SGB V nicht bestehen, dürfen die Entgelte für diese Leistungen nicht berechnet werden.

B Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen. Die Prüfung von Strukturmerkmalen bereits vor der Leistungserbringung und Abrechnung vermindert Prüfaufwendungen bei den Krankenkassen, führt zur Abrechnungssicherheit bei den Krankenhäusern und Planungssicherheit bei den Ländern (siehe auch Stellungnahme zum § 275 d SGB V).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 3 Nr. 4 § 11 Abs. 1 KHEntgG – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus**A Beabsichtigte Neuregelung**

Krankenhäuser, die die Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V für bestimmte Leistungen nicht bestehen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen. Krankenhäuser, die die notwendigen Strukturvoraussetzungen für bestimmte Leistungen nicht erfüllen, dürfen diese auch nicht vereinbaren und abrechnen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Art. 4 Nr. § 4 Abs. 8 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird das Pflegestellen-Förderprogramm ab dem Jahr 2021 aufgehoben.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht, da die Finanzierung der Pflegekräfte ab dem Jahr 2020 über das Pflegebudget erfolgt. Da die Aufhebung erst zum Jahr 2021 erfolgt, wird sichergestellt, dass die Regelungen zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel, zu den Nachweispflichten der Krankenhäuser, zur Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands und zu den Datenübermittlungspflichten der Krankenkassen im Jahr 2020 noch anzuwenden sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Art. 5 Nr. 1 § 8 Abs. 3 BPfIV – Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, die die Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V für bestimmte Leistungen nicht bestehen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um die analoge Regelung aus dem KHEntgG für den Bereich der BPfIV. Diese Regelung ist zu begrüßen. Krankenhäuser, die die notwendigen Strukturvoraussetzungen für bestimmte Leistungen nicht erfüllen, dürfen diese auch nicht vereinbaren und abrechnen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 5 Nr. 2 § 11 Abs. 1 BPfIV – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus**A Beabsichtigte Neuregelung**

Krankenhäuser, die die Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V für bestimmte Leistungen nicht bestehen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um die analoge Regelung aus dem KHEntgG für den Bereich der BPfIV. Diese Regelung ist zu begrüßen. Krankenhäuser, die die notwendigen Strukturvoraussetzungen für bestimmte Leistungen nicht erfüllen, dürfen diese auch nicht vereinbaren und abrechnen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

III. Stellungnahme zu den Regelungen betreffend die Solidargemeinschaften

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 5 § 176 SGB V – Solidargemeinschaften

A Beabsichtigte Neuregelung

Die schon vor Einführung der Auffangversicherungspflicht (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) am 01.04.2007 bestehenden Solidargemeinschaften (Unterstützungskassen, Artabana, Samarita Solidargemeinschaft e.V. usw.) sollen mit dem Gesetz als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anerkannt werden. Die Anerkennung führt dazu, dass eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder nach § 193 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) nicht eintritt. Darüber hinaus wird mit dem Entwurf ein potentielles Zugangsrecht für Personen aus dem Kreis der gesetzlich versicherten freiwilligen Mitglieder ermöglicht. Die Solidargemeinschaften werden verpflichtet, Leistungsansprüche der Art nach wie in der GKV zu ermöglichen. Darüber hinaus unterliegen die Solidargemeinschaften künftig der Verpflichtung zum Nachweis ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit in Form versicherungsmathematischer Gutachten. Zum Schutz der GKV-Versichertengemeinschaft soll nach einer Rückkehr in die GKV kein erneuter Wechsel in eine Solidargemeinschaft mehr möglich sein. Die Anerkennung als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall erfolgt zum 01.01.2020.

B Stellungnahme

Der Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung wird bislang auf den Säulen der GKV, der PKV und wenigen Sonderformen für ganz begrenzte Personenkreise abgedeckt. Mit der beabsichtigten Legitimation von Solidargemeinschaften als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall würden weitere Anbieter auf dem Krankenversicherungsmarkt in Erscheinung treten, die keinerlei Beschränkungen bei der Auswahl des Personenkreises unterliegen. Damit würde die gesamte Struktur des Krankenversicherungsmarktes verändert. Dabei ist zu beachten, dass für die Solidargemeinschaften nicht die üblichen ordnungspolitischen und aufsichtsrechtlichen Regelungen gelten sollen, wie es das Sozialgesetzbuch oder das Versicherungsaufsichtsgesetz vorsehen. Lediglich ein alle fünf Jahre zu erstellendes versicherungsmathematisches Gutachten soll die finanzielle Leistungsfähigkeit belegen. Damit ist weder die „dauerhafte“ finanzielle Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft sichergestellt noch werden die Leistungsansprüche der dort abgesicherten Personen dauerhaft und ausreichend ermöglicht. Zudem führt die Regelung des § 176 SGB V dazu, dass die in Solidargemeinschaften abgesicherten Personen ein jederzeitiges und sofortiges Rückkehrrecht in die GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V haben. In der Folge ist davon auszugehen, dass Personen bei Eintritt besonders schwerer und erheblicher Erkrankungen die Rückkehr in die GKV wählen werden, da hier umfassendere Leistungen und vor allem dauerhaft durchsetzbare Leistungsansprüche bestehen. Sollte eine Solidargemeinschaft

ihren finanziellen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen können und schließen, werden die Mitglieder zurück in die GKV wechseln. Diese Punkte führen letztlich dazu, dass die GKV das volle Risiko trägt.

Völlig abzulehnen ist auch die mit der Anerkennung als anderweitigen Absicherungsanspruch einhergehende Möglichkeit für freiwillige Mitglieder der GKV, diese Versicherung zu kündigen oder zur Vermeidung einer freiwilligen Versicherung/OAV den Austritt zugunsten einer Absicherung in einer Solidargemeinschaft zu erklären. Dies hätte eine Schwächung der gesamten GKV zur Folge und würde auch den im Koalitionsvertrag vereinbarten Zielen der Fraktionen CDU, CSU und SPD entgegenwirken, da alle wesentlichen Maßnahmen zur Stärkung der Versorgung und des Gesundheitswesens keine Wirkung auf die Solidargemeinschaften aufweisen.

C Änderungsvorschlag

§ 176 SGB V wird gestrichen.

Art. 7 Nr. 9 § 20 Abs. 3 SGB XI – Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 176 SGB V künftig als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anerkannten Solidargemeinschaften sichern nicht das Risiko der Pflegebedürftigkeit ab. Deshalb wird in § 20 Abs. 3 SGB XI die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für die Personen vorgesehen, die ohne Anerkennung der Solidargemeinschaft versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wären. Die Versicherungspflicht beginnt zum 01.01.2020.

B Stellungnahme

Das Ziel, den in Solidargemeinschaften abgesicherten Personen in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung einzubeziehen, ist zu begrüßen, damit auch die in Solidargemeinschaften abgesicherten Personen Zugang zu Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erhalten. Allerdings fehlt es an ausreichenden Regelungen über eine Nachweispflicht sowie Sanktionsmechanismen im Falle der Nichtmitwirkung zur Feststellung der Versicherungspflicht. Ohne eine Melde- und Nachweispflicht werden sich eine Vielzahl der in Solidargemeinschaften abgesicherten Personen nicht für den Fall der Pflegebedürftigkeit absichern. Damit besteht das Risiko, dass erst im Pflegefall der fehlende Versicherungsschutz angezeigt bzw. versucht wird, in den Kreis der gesetzlich Pflegeversicherten aufgenommen zu werden. Diesem Umstand kann nur entgegengewirkt werden, in dem eine verbindliche Meldepflicht seitens der Solidargemeinschaften verankert würde. Mit Blick auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5 wird jedoch angeregt, den Personenkreis der in Solidargemeinschaften abgesicherten Personen vollumfänglich in die Versicherungspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung aufzunehmen.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung wird gestrichen.

Art. 7 Nr. 10 § 23 Abs. 4 SGB XI – Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 176 SGB V künftig als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anerkannten Solidargemeinschaften sichern nicht das Risiko der Pflegebedürftigkeit ab, weshalb § 23 Abs. 4 die Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung für die Personen vorsieht, die ohne Anerkennung der Solidargemeinschaft in der PKV nach § 193 VVG versichert wären.

B Stellungnahme

In der Folge zur Stellungnahme bezüglich Artikel 7 Nr. 9 (§ 20 Abs. 3 SGB XI) wird auch diese Begleitregelung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Neuregelungen werden gestrichen.

Artikel 8 Änderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Art. 8 Nrn. 1-3 § 3 Abs. 1 VAG – Ausnahmen von der Aufsichtspflicht; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bestimmung, wonach die nach § 176 SGB V anerkannten Solidargemeinschaften nicht dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterliegen.

B Stellungnahme

Die Solidargemeinschaften sind keine anerkannten Versicherungsunternehmen, sondern lediglich anerkannte „anderweitige Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall“, weshalb diese nicht vom Versicherungsaufsichtsgesetz erfasst werden. Die Anpassung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 9 Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes

Art. 9 § 193 Abs. 2 Nr. 2 VVG – Ausnahmen von der Aufsichtspflicht; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung aufgrund der Anerkennung der Solidargemeinschaften nach § 176 SGB V als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall für die Personen, die ohne die anderweitige Absicherung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags verpflichtet wären.

B Stellungnahme

Die Regelung ist aufgrund der beabsichtigten Anerkennung von Solidargemeinschaften folgerichtig. Da die beabsichtigte Anerkennung abgelehnt wird, wird auch die Folgeänderung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung wird gestrichen.

IV. Weiterer Änderungsbedarf

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 7d § 275 Abs. 3b SGB V – Begutachtung bei Verdacht auf Behandlungsfehler

A Sachverhalt

Nur die Kassen – und nicht die Medizinischen Dienste - sind aufgrund ihres persönlichen Kontakts zum Versicherten in der Lage, den jeweils individuellen Bedarf für das Produkt des Medizinischen Dienstes zu formulieren. Es ist daher nicht im Patientensinne, wenn beim Eintritt einer erheblichen gesundheitlichen Schädigung im Zusammenhang mit einer medizinischen/pflegerischen Behandlung die Vermutung auf einen Behandlungsfehler mit der schlichten Feststellung, dass ein solcher nicht vorliegt, gutachterlicherseits negiert wird. Die Erfahrung zeigt deutlich, dass betroffene Patienten nachvollziehen können möchten, was zu dem eingetretenen Gesundheitsschaden geführt hat/haben könnte. Wenn dieser Anspruch nicht mit dem Gutachten des Medizinischen Dienstes erfüllt wird, fordern Betroffene weitere Gutachten, rufen die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen an oder klagen ihre vermeintlichen Ansprüche ein, was Ressourcen bei allen Beteiligten in relevantem Maße bindet.

Dem Sozialrecht unterliegt lediglich die Gewährung bzw. Nichtgewährung der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern durch die Kassen (§ 66 SGB V).

B Regelungsbedarf

Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung hinsichtlich der Auftraggeber-Stellung der Krankenkassen gegenüber dem Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst muss bei der Feststellung eines Behandlungsfehlers verpflichtet werden, ein medizinisch-wissenschaftliches Gutachten zu erstellen. In den Fällen, in denen der Fehlerverdacht gutachterlich nicht bestätigt wird, ist gesetzlich zu regeln, dass der Medizinische Dienst ebenfalls ein medizinisch-wissenschaftliches Gutachten zu erstellen hat, wenn dies zur angemessenen Unterstützung des Versicherten erforderlich ist.