

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum
Referentenentwurf
eines
Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
– MDK-Reformgesetz –

vom 4. Juni 2019

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	7
Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 91 Abs. 7 Satz 6 SGB V) Gemeinsamer Bundesausschuss.....	7
Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 109 SGB V) Aufrechnungsverbot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser	8
Zu Artikel 1 Nr. 3 a) aa) (§ 115b Abs. 1 SGB V) und zu Artikel 1 Nr. 3 b) (§ 115b Abs. 1a SGB V) Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	9
Zu Artikel 1 Nr. 3 c) bb) (§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V) Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	13
Zu Artikel 1 Nr. 7 a) – c) sowie e) (§ 275 SGB V) Begutachtung und Beratung.....	14
Zu Artikel 1 Nr. 7 f) (§ 275 SGB V) Begutachtung und Beratung.....	15
Zu Artikel 1 Nr. 9 (§§ 275c und 275d SGB V) Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst (§ 275c SGB V) sowie Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d SGB V).....	16
Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 276 SGB V) Zusammenarbeit	26
Zu Artikel 1, Nr. 11 (§§ 278 bis 283 SGB V (neu) Medizinischer Dienst (§§ 278 bis 280 SGB V) und Medizinischer Dienst Bund (§§ 281 bis 283 SGB V)	27
Zu Artikel 1 Nr. 15 a) (§ 301 Abs. 2 SGB V) Kompetenzerweiterung DIMDI.....	30
Artikel 2 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	32
Zu Artikel 2 Nr. 1 b) bb) (§ 17c KHG) Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen	32
Zu Artikel 2 Nr. 1 b) cc) (§ 17c KHG) Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen	33
Zu Artikel 2 Nr. 1 c) (§ 17c KHG) Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen	33
Zu Artikel 2 Nr. 1 h) (§ 17c KHG) Erstellung einer Statistik durch den GKV-Spitzenverband	35
Zu Artikel 2, § 18b KHG (neu) Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen.....	36

Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 3 (§ 18b KHG – neu)	36
Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 4 (§ 18b KHG – neu)	38
Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 5 (§ 18b KHG – neu)	39
Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 6 (§ 18b KHG – neu)	40
Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 7 (§ 18b KHG – neu)	41
Artikel 3 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	43
Zu Artikel 3 (§ 4 KHEntgG)	
Vereinbarung eines Erlösbudgets	43
Zu Artikel 3 (§ 8 Abs. 4 KHEntgG)	
Berechnung der Entgelte.....	43
Artikel 5 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung	44
Zu Artikel 5 Nr. 1 (§ 8 Abs. 3 BPfIV)	
Berechnung der Entgelte.....	44

Allgemeiner Teil

MDK-Prüfverfahren

Der vorgelegte Referentenentwurf stellt einen beachtlichen Schritt in die richtige Richtung dar, da er elementare Probleme des MDK-Prüfverfahrens identifiziert und versucht, sie interessengerecht zu lösen.

Als Ausgangslage lässt sich feststellen, dass das Prüfsystem für Krankenhausabrechnungen außer Kontrolle geraten ist. Es ist geprägt von einer überzogenen Misstrauenskultur durch die Krankenkassen, die seit Jahren mit dem Slogan „Jede zweite Krankenhausabrechnung ist falsch“, Stimmung machen und versuchen, die Politik zu schärferen Konsequenzen zu veranlassen.¹ Der Vorwurf der gezielten Falschabrechnung ist gezielt zurückzuweisen. Ausdrücklich ist zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf darauf hinweist, dass in zu großem Umfang Prüfungen veranlasst werden und es sich dabei vielfach um unterschiedliche Auffassungen zur erforderlichen Behandlungsdauer sowie zutreffenden Kodierungen handelt.

In der Praxis führen MDK-Prüfungen bei den Krankenhäusern zu einem stetig steigenden und nicht mehr vertretbaren Aufwand, zu erheblichen Liquiditätsverlusten und generell zu langwierigen Rechtsstreitigkeiten. So beträgt die durchschnittliche Prüfquote mittlerweile zwischen 17 und 20 % aller Krankenhaufälle². MDK-Prüfungen werden von den Krankenkassen nicht verdachts- sondern potentialbezogen veranlasst und sind, wie im Gesetzentwurf zu Recht kritisch hervorgehoben wird, zu einem Wettbewerbsfaktor für die Krankenkassen geworden. Krankenhäuser müssen einen immer höheren Aufwand für eine „MDK-feste“ Abrechnung betreiben, da die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) den Krankenhäusern beständig neue oder erweiterte Mitwirkungsobliegenheiten auferlegt. Exemplarisch sei auf die erhebliche Ausweitung der Dokumentationsobliegenheiten im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung für die Kodierung des OPS-Codes 8-550 hingewiesen, die das BSG in seinem Urteil vom 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 19/17 R) festgelegt hat. Hierauf hatte der Gesetzgeber bereits im PpSG reagiert, um einen weiteren Entzug der Vergütung einzudämmen.

Eine erhebliche Belastung stellt das Vorgehen der Krankenkassen dar, auf einem MDK-Gutachten beruhende und somit lediglich behauptete Erstattungsansprüche gegenüber dem Krankenhaus einfach aufzurechnen und diesen somit in erheblichem Umfang – teilweise sogar existenzbedrohend – Liquidität zu entziehen. Die Krankenhäuser befinden sich in einer komplett asymmetrischen Benachteiligungslage. Gegen die Verrechnung können sie sich nur mit langjährigen Gerichtsverfahren wehren. Der anhaltende Liquiditätsverlust zwingt sie zum außergerichtlichen Nachgeben. Erschwerend kommt hinzu, dass OPS-Kodes beständig um Merkmale erweitert werden, die mit deren

¹ vgl. Darstellung von Kaysers/Stockmanns/Freitag, abrufbar unter: www.kaysers-consilium.de/dwnld/mehr-als-96-prozent-aller-krankenhausrechnungen-sind-korrekt-2019-03-13.pdf

² Presseinformation des MDK Nordrhein vom 13.02.2019, www.mdk-nordrhein.de/nc/presse/artikel/krankenhausrechnungen-pruefungen-auf-rekordniveau/; Herbstumfrage von medinfoweb.de 2018

ursprünglicher Funktion als Klassifikationsinstrument medizinischer Leistungen nicht mehr in Einklang zu bringen sind.

Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit versucht, durch verschiedene Maßnahmen diesen Entwicklungen entgegenzuwirken. Eine erste Maßnahme war die Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007. Intention dieser Regelung war die Eindämmung der Flut von Einzelfallprüfungen (BT-Drs. 16/3100, S. 487 ff.). Zum damaligen Zeitpunkt lag die Prüfquote zwischen 10 und 12 %³. Erreicht werden sollte dies durch die Einführung einer Sechs-Wochen-Frist zur Beauftragung des MDK sowie die Pflicht der Krankenkasse zur Zahlung einer Aufwandspauschale bei einer erfolglosen Rechnungsprüfung. Nachhaltige Auswirkungen auf die sich aus den MDK-Prüfungen ergebenden Probleme hatte diese Neuregelung leider nicht. Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz 2013) vom 15.07.2013 hat § 17c Abs. 2 KHG dahingehend geändert, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG eine Vereinbarung zur Regelung des Verfahrens der MDK-Prüfung treffen sollen. Diese – durch Einbindung der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG – getroffene Vereinbarung, die mittlerweile in ihrer zweiten Fassung vorliegt, hat dazu beigetragen, einige bestehende Verfahrensfragen zu lösen.

Dennoch ist festzustellen, dass trotz der Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V sowie des Abschlusses der PrüfvV die grundlegenden Probleme im Rahmen von MDK-Prüfungen nach wie vor einer Lösung harren. Dies hat zum weiteren personellen Aufrüsten beider Seiten geführt. Hier werden der Patientenversorgung erhebliche Mittel entzogen. Auf diese Problematik hat die DKG in der Vergangenheit mehrfach hingewiesen und Lösungsvorschläge in die politische Diskussion eingeführt. Die Bedeutung dieser Thematik ist von der Politik mittlerweile erkannt worden. So haben CDU/CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag zur aktuellen 19. Legislaturperiode vereinbart, dass die Systematik der MDK-Prüfungen grundlegend zu reformieren ist. Die Konkretisierung dieser Vereinbarung liegt nunmehr in Form des Referentenentwurfs des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) mit aus Krankenhaussicht zu begrüßenden, aber auch problematischen und abzulehnenden Änderungen vor.

Positiv zu bewerten sind insbesondere folgende Neuregelungen:

- Einführung eines generellen Aufrechnungsverbotes der Krankenkassen in § 109 Abs. 6 SGB V.
- Herauslösung des MDK aus der organisatorischen Alleinzuständigkeit der Krankenkassen und Neustrukturierung der Medizinischen Dienste als Körperschaften des öffentlichen Rechts für jedes Bundesland, § 278 ff. SGB V.
- Einführung einer Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen in § 275d SGB V, die das Vorliegen der jeweils erforderlichen Strukturmerkmale bestätigt und diesbezügliche Einzelfallprüfungen im Anschluss an eine Strukturprüfung ausschließt (§ 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V).
- Bindung der Krankenkasse an das Ergebnis der Prüfung des MD, § 275c Abs. 1 S. 4 SGB V.

³ medinfoweb.de, Ergebnisübersicht Krankenhausrechnungsprüfung 2007-2015

Kritisch zu bewerten sind insbesondere folgende Regelungen:

- Unlimitierte Strafzahlungen bei nicht korrekter Abrechnung, § 275c Abs. 3 SGB V.
- Die Ermittlung der Prüfquoten und der Strafzahlungen nach § 275c Abs. 3 SGB V erfolgt ausschließlich durch den GKV-SV ohne Einbindung bzw. Einflussnahme der Krankenhäuser bzw. Krankenhausgesellschaften, § 275c Abs. 4 SGB V.
- An den neu strukturierten MDen sind Vertreter der Krankenhäuser nach wie vor nicht beteiligt.
- Keine ausreichende Einflussnahme der Krankenhausvertreter auf die vom MD Bund zu erlassende Richtlinie für Strukturprüfungen.
- Ausschluss der Möglichkeit nachträglicher Rechnungskorrekturen für Krankenhäuser nach § 17c Abs. 2a KHG.

Problematisch zu bewerten ist insbesondere die erhebliche Erweiterung des Katalogs von Aufgaben bzw. das erheblich erweiterte Anrufungsrecht des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 18b KHG.

Ambulantes Operieren – ambulante Leistungen

Mit den vorgesehenen Änderungen in § 115b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus) möchte der Gesetzgeber ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus erweitern, zu einer sachgerechteren Vergütung beitragen und Abrechnungsprüfungen eindämmen. Wenngleich diesem Ansinnen grundsätzlich zuzustimmen ist, so ergeben sich im Detail der Neuregelungen dennoch grundlegende Probleme. Es existieren sowohl ein bisher jährlich aktualisierter Katalog ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe, als auch Allgemeine Tatbestände, die von den Selbstverwaltungspartnern einvernehmlich vereinbart wurden. Gegen eine (nochmalige) qualifizierte Erweiterung des Kataloges und der Allgemeinen Tatbestände mit externer Unterstützung ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Eine vollständige Neuvereinbarung stellt jedoch den bisherigen Konsens und damit alle Tatbestände und im Katalog vorhandenen Leistungen nochmals auf den Prüfstand. Hierdurch würden nicht nur enorme Personalressourcen auf Seiten der Selbstverwaltung unnötig gebunden, sondern gleichermaßen neue Konfliktlinien eröffnet. Insofern wird empfohlen, mit dem Gutachten lediglich die o.g. neuen Ansätze (insb. stationärsersetzende Behandlungen und Schweregrad-differenzierung) in den bestehenden Katalog bzw. die Vereinbarung zu integrieren.

Liveübertragung von G-BA-Sitzungen

Die Regelung ist entbehrlich. Bekanntermaßen finden die Sitzungen des Beschlussgremiums des G-BA (Plenum) bereits auch heute schon öffentlich statt. Die mit einer Internetübertragung verbundene Erweiterung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Plenums führen zu einem Zwang weg von der sachlichen Debatte hin zu politischen Statements. Dieses Vorgehen ist für die ohnehin schon schwierigen Beratungen kontraproduktiv.

Genauere Erläuterungen sind dem Besonderen Teil zu entnehmen.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 91 Abs. 7 Satz 6 SGB V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass die öffentlich stattfindenden Sitzungen des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses gleichzeitig auch im Internet zu übertragen sind und in einer Mediathek zum späteren Abruf zur Verfügung gestellt werden müssen.

Stellungnahme

Die Regelung ist entbehrlich. Bekanntermaßen finden die Sitzungen des Beschlussgremiums des G-BA (Plenum) bereits auch heute schon öffentlich statt. Zudem leistet der G-BA durch die Veröffentlichung seiner Beschlüsse, der dazugehörigen Tragenden Gründe sowie einer ausführlichen Zusammenfassenden Dokumentation über das Beratungsverfahren ein hohes Maß an Transparenz. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll mit dieser Änderung offenbar dem Umstand begegnet werden, dass die Platzkapazitäten im Zuschauerbereich gelegentlich nicht ausreichen, um allen Wünschen nach einer Teilnahme als Zuschauer nachkommen zu können.

Die mit einer Internetübertragung verbundene Erweiterung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Plenums sollte jedoch sorgfältig mit den nachteiligen Effekten abgewogen werden, die damit verbunden sein werden. Die Sitzungen des Plenums werden in hohem Maße von einem Fachpublikum begleitet, was in den weit überwiegenden sehr fachlichen Beratungsgegenständen des G-BA begründet ist. Im Zuge der 14-tägigen Taktung der Sitzungen des Plenums und der erheblichen Themenvielfalt, für die der G-BA mittlerweile zuständig ist, sind die internen Vorbereitungen zu den Sitzungen der jeweiligen im Plenum vertretenen Institutionen bereits schon heute mit einem ganz erheblichen Arbeitsaufwand verbunden. Vor dem Hintergrund der mit einer Internetübertragung verbundenen uneingeschränkten medialen Präsenz wird sich dieser Aufwand mit Blick auf die erweiterten Anforderungen an die Darlegung der eigenen Positionen nochmals deutlich erhöhen. Dies wird zwangsläufig eine Verlängerung von Beratungsprozessen des G-BA zur Folge haben, da damit gerechnet werden muss, dass sich die Weiterleitung von Beschlussvorlagen aus den Unterausschüssen an das Plenum verzögern wird, dies auch, weil kurzfristig (verfristet) eingehende Beratungsunterlagen dann häufig nicht mehr zur Beratung angenommen werden. Damit würden alle weiteren Bemühungen des Gesetzgebers um eine Beschleunigung der Beratungsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss geradezu konterkariert.

Ein weiterer Nachteil von erheblicher Bedeutung ist zudem der Umstand, dass eine Liveübertragung im Internet einen besonderen Anreiz bietet, diese auch für eher politische und weniger fachliche Statements zu nutzen. Sachliche Auseinandersetzungen und Konsensfindungsprozesse wären damit unweigerlich beeinträchtigt.

Zusammenfassend kann daher festgestellt werden, dass die Nachteile einer öffentlichen Übertragung der Sitzungen des Plenums des G-BA im Internet die damit möglicherweise verbundenen Vorteile bei Weitem überwiegen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 109 SGB V)

Aufrechnungsverbot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Aufnahme eines neuen Absatzes 6 in § 109 SGB V wird ein gesetzliches Aufrechnungsverbot geschaffen. Dieses soll eine Aufrechnung von Rückforderungsansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen mit Vergütungsforderungen von Krankenhäusern grundsätzlich ausschließen. Abweichend davon können der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrer Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG Ausnahmen von diesem Aufrechnungsverbot vorsehen.

Stellungnahme

Die gesetzliche Regelung eines grundsätzlichen Aufrechnungsverbots von Rückerstattungsansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser wird begrüßt, da sie eine wesentliche Voraussetzung darstellt für die Sicherung der Liquidität, auf die die Krankenhäuser wegen der zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung bereits erbrachten Krankenhausleistungen auch einen Anspruch haben. Damit dient diese Regelung langfristig auch der Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese wünschenswerten Zielsetzungen nur dann erreicht werden, wenn die gesetzlichen Krankenkassen ihrer Pflicht zur fristgerechten Zahlung der von Krankenhauseite in Rechnung gestellten Vergütungen nachkommen. Auch die Möglichkeit zur Vereinbarung von Ausnahmetatbeständen vom Aufrechnungsverbot in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG wird für sachgerecht erachtet, sind doch auch in der derzeit geltenden Fassung der Vereinbarung entsprechende Ausnahmen bei unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenforderungen geregelt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

**Zu Artikel 1 Nr. 3 a) aa) (§ 115b Abs. 1 SGB V) und zu Artikel 1 Nr. 3 b)
(§ 115b Abs. 1a SGB V)**

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 115b Absatz 1a SGB V haben GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 31.03.2020 ein Gutachten zu beauftragen, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen sowie stationersetzenden Eingriffen und Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten 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.

Auf Basis dieses Gutachtens vereinbaren GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 30.06.2021 einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. In den Katalog sind die im Gutachten benannten ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Bei der einheitlichen Vergütung ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.

Stellungnahme

Mit diesen Änderungen möchte der Gesetzgeber ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus erweitern, zu einer sachgerechteren Vergütung beitragen und Abrechnungsprüfungen eindämmen. Wenngleich diesem Ansinnen grundsätzlich zuzustimmen ist, so ergeben sich im Detail der Neuregelungen dennoch grundlegende Probleme. Es existieren sowohl ein bisher jährlich aktualisierter Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe als auch Allgemeine Tatbestände, die von den Selbstverwaltungspartnern einvernehmlich vereinbart wurden. Gegen eine (nochmalige) qualifizierte Erweiterung des Kataloges und der Allgemeinen Tatbestände mit externer Unterstützung ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Eine vollständige Neuvereinbarung stellt jedoch den bisherigen Konsens und damit alle Tatbestände und im Katalog aufgeführten Leistungen nochmals auf den Prüfstand. Hierdurch würden nicht nur enorme Personalressourcen auf Seiten der Selbstverwaltung unnötig gebunden, sondern gleichermaßen neue Konfliktlinien eröffnet. Insofern wird empfohlen, mit dem Gutachten lediglich die o.g. neuen Ansätze (insb. stationersetzende Behandlungen und Schweregraddifferenzierung) in den bestehenden Katalog bzw. die Vereinbarung zu integrieren.

Seit der Einführung des AOP-Kataloges in seiner derzeitigen Form wird jede neue medizinische Prozedur (OPS) vor einer möglichen Aufnahme in den AOP-Katalog von den Vertragspartnern auf ihre ambulante Erbringbarkeit geprüft. Leistungen, welche ausschließlich stationär zu erbringen sind, werden nicht in den Katalog aufgenommen. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Erbringung mög-

lich ist und Leistungen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, werden in dem Katalog spezifisch gekennzeichnet. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass der AOP-Katalog für das Jahr 2011 unter Einbeziehung verschiedener Fachexperten und unter Berücksichtigung relevanter Studien zu ambulanten Eingriffen komplett neu verhandelt wurde, was 112 inhaltliche Änderungen des AOP-Kataloges zur Folge hatte. Darüber hinaus wurde der Katalog in jedem Jahr seit 2005 von den Vertragspartnern auf vorzunehmende Anpassungen geprüft und dementsprechend modifiziert. Demnach besteht bereits heute ein umfangreicherer Katalog als im Gesetzentwurf nunmehr vorgesehen, da er neben den „in der Regel ambulanten Leistungen“ auch solche Leistungen benennt, bei denen „sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Leistungserbringung“ in Abhängigkeit vom jeweiligen Patientenzustand möglich ist. Der AOP-Katalog beinhaltet derzeit 2.972 Prozeduren auf Basis des aktuellen OPS. Kritik an dem AOP-Katalog ist in den vergangenen Jahren nur sehr zurückhaltend erfolgt. So haben auch alle Fachdiskussionen immer wieder gezeigt, dass eine pauschale Bewertung des Kataloges und einzelner Leistungen hinsichtlich ihres ambulanten Potentials häufig nicht möglich ist. Der medizinische Allgemeinzustand der Patienten, die potentiellen Risiken einer Leistung und nicht zuletzt auch die international betrachtet schlechteren zur Sicherstellung erforderlichen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten rund um den jeweiligen Eingriff, die auch soziale Faktoren beinhalten (z. B. mangelnde häusliche Versorgung älterer oder allein lebender Patienten nach einem Eingriff), entscheiden darüber, ob im Einzelfall eine ambulante Behandlung wirklich möglich ist. Insofern ist die Beauftragung zur Vereinbarung eines vollständig neuen Kataloges nicht nachvollziehbar. Vielmehr sollten die Vereinbarung und der Katalog auf der Basis des vorgesehenen Gutachtens erweitert werden.

Die Erweiterung um die stationärsersetzenden Behandlungen kann im Sinne einer Öffnung für nicht operative Leistungen verstanden werden und stellt insofern eine zu begrüßende Neuerung dar.

Da nicht zu erwarten ist, dass sich innerhalb von zwei Jahren grundlegend neue medizinische Kenntnisse zum ambulanten Operieren ergeben, ist es nicht erforderlich, die Vereinbarung nach § 115b SGB V alle zwei Jahre an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Hier wäre ein längerer Zeitraum völlig ausreichend. Eine regelmäßige jährliche Anpassung an den jeweils aktuellen OPS, in dessen Rahmen auch inhaltliche Änderungen vorgenommen werden könnten, würde ohnehin weiter bestehen.

Im Übrigen ist zu dem in § 115b Absatz 1a SGB V vorgesehenen Gutachten grundsätzlich anzumerken, dass dieses schon von den Inhalten her als sehr ambitioniert anzusehen ist und daher der in § 115b Absatz 1a SGB V vorgesehene Zeithorizont deutlich zu kurz bemessen wurde.

Die allgemeinen Tatbestände sind bereits fester Bestandteil des AOP-Vertrages. Im Hinblick auf diese hat sich in der Vergangenheit leider gezeigt, dass sie seitens der Krankenkassen wenig Beachtung fanden. So hat die GKV die Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in solche, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können und solche, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Erbringung unter Berücksichtigung der allgemeinen Tatbestände möglich ist, nahezu vollständig negiert. Dies hatte zur Konsequenz, dass jede Leistung, die im Katalog ambulanter

Operationen im stationären Setting erbracht wurde, sofort eine umfassende Prüfung seitens der GKV ausgelöst hat. Der Hinweis auf die allgemeinen Tatbestände fand hier nur selten Gehör. Hier wäre es seitens des Gesetzgebers wünschenswert, die Verbindlichkeit der allgemeinen Tatbestände im Hinblick auf die stationäre Leistungserbringung besser zu gestalten. Soziale Faktoren, wie beispielsweise die sichergestellte Versorgung im häuslichen Umfeld, die Verfügbarkeit von Angehörigen, Alter sind dabei angemessen zu berücksichtigen.

Im vorliegenden Referentenentwurf ist die Anerkennung, dass Krankenhäuser überwiegend komplexere Fälle erbringen und daher deren Leistungen adäquat zu vergüten sind, grundsätzlich positiv zu bewerten. Die bestehende Vergütung wird durch den Gesetzgeber insofern als nicht sachgerecht angesehen, was nach Auffassung der Krankenhäuser zutrifft. Wenngleich die gesetzliche Bindung an den EBM zum 1. Januar 2016 weggefallen ist, erfolgt die Leistungsvergütung ambulanter Operationen bislang weiterhin über den EBM. Dieser ist jedoch kein geeignetes Instrument zur Abbildung der Kostenstrukturen von Krankenhäusern, da zur Kalkulation von Gebührenordnungspositionen im EBM auf facharztdifferenzierte Praxisbetriebsmodelle als Teil des sog. technischen Leistungsanteils abgestellt wird. Diese entsprechen jeweils einer standardisierten Vertragsarztpraxis, deren Strukturen und Prozesse auf Krankenhäuser nicht übertragbar sind.

Die nunmehr gesetzlich vorgesehene Differenzierung der Vergütung nach Schweregrad greift die Forderung nach einer kostenaufwandsgerechten Vergütung auf. Zwingende Voraussetzung dabei ist, dass die Vergütung eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglicht, wobei in der Kalkulation die Personal- und Sachkosten als auch deren Entwicklung zu berücksichtigen sind. Insbesondere müssen die Sachkosten vollumfänglich refinanziert werden; ein Selbstbehalt in der Sachkostenvergütung für Krankenhäuser, wie dieser derzeit im Vertrag zum ambulanten Operieren nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) existiert, ist nicht hinnehmbar. Darüber hinaus ist eine Beschränkung in der Berechnungsfähigkeit auf bestimmte Sachkosten ebenso zwingend zu vermeiden. Beides widerspricht dem im Referentenentwurf dargelegten Gleichbehandlungsgrundsatz.

Ferner ist in diesem Zusammenhang darauf zu achten, dass Krankenhäuser ebenso wie Vertragsärzte verordnen dürfen. Gerade vor dem Hintergrund der Regelungen zum Entlassmanagement sowie zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V ist es nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund den Krankenhäusern die Verordnungsfähigkeit in großen Teilen vorbehalten wird.

Änderungsvorschlag

§ 115b Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. **eine Erweiterung des bestehenden Kataloges** ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

In die Vereinbarung nach Satz 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a **enthaltenen zusätzlichen** ambulant durchführbaren Operationen, sonstigen stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die **sowohl ambulant, als auch stationär** und in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie darin allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. **Bei der Bestimmung der allgemeinen Tatbestände sind sowohl soziale Faktoren (z. B. häusliches Umfeld, Verfügbarkeit von Begleitpersonen), als auch medizinische Begleitumstände (z. B. Begleiterkrankungen, Voroperationen, Alter, Geschlecht) angemessen zu berücksichtigen.** Bei der einheitlichen Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. **Sachkosten sind zu berücksichtigen; die Festlegung von Sachkostenselbstbehalten in der Vereinbarung nach Satz 1 ist unzulässig. Die Leistungen nach Absatz 1 schließen die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 ein, soweit diese medizinisch erforderlich sind; die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend.** In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung ist regelmäßig, spätestens im Abstand von **zwei vier** Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

§115b Abs. 1a SGB V wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 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 **über die bereits im Katalog enthaltenen Leistungen hinaus zusätzliche** 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. Kommt eine Vergabe des Gutachtens innerhalb der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, legt das 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.

Zu Artikel 1 Nr. 3 c) bb) (§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V) **Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegen.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Klarstellung, dass Leistungen des ambulanten Operierens, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Kataloges nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (AOP-Katalog) erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst unterliegen, ist zunächst als konsequent anzusehen. Das Bundessozialgericht hat schon mit Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R) entschieden, dass eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst für Leistungen gemäß § 115b SGB V nicht anwendbar ist. In der Folge haben auch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene in die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV 2017) gleichlautende Regelungen aufgenommen (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 PrüfvV). Gemäß § 115b Absatz 2 Satz 5 SGB V erfolgt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität im Bereich des ambulanten Operierens durch die Krankenkassen. Dementsprechend ist in der Praxis festzustellen, dass bloße Abrechnungsfragen in der Regel ohnehin im direkten Austausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geklärt werden.

Im Übrigen wird in der Gesetzesbegründung als Grund für das Entfallen einer Prüfung der Leistungen des ambulanten Operierens durch den Medizinischen Dienst angegeben, dass dadurch die ambulante Erbringung der im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen gefördert werden soll. Das Entfallen einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst könne zu einem spürbaren Rückgang der Zahl der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst führen, sobald der auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a erweiterte AOP-Katalog vereinbart worden sei.

Prüfungen durch den Medizinischen Dienst im ambulanten Bereich haben in der Vergangenheit eine - wenn überhaupt - untergeordnete Rolle eingenommen. Die Prüfungen beziehen sich in diesem Bereich vielmehr auf die Frage, warum Leistungen, die sich im AOP-Katalog befinden, stationär durchgeführt werden, anstatt diese ambulant zu erbringen. Dementsprechend löst nicht die ambulante Leistungserbringung, sondern vielmehr die stationäre Erbringung von Leistungen aus dem AOP-Katalog in der Regel eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst aus. Gleichwohl wird durch die Gesetzesbegründung an dieser Stelle verdeutlicht, dass Krankenhäuser nach dem Willen des Gesetzgebers im Sinne einer umfassenden Förderung der ambulanten Leistungserbringung berechtigt sein sollen, die auf Basis des Gutachtens gemäß Absatz 1a im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen ohne weitere Prüfungen durch den Medizinischen Dienst zu erbringen. Darin kommt ein Vertrauensvorschuss zum Ausdruck, durch den der Einschätzungsprärogative des behandelnden Krankenhausarztes Rechnung getragen wird. Diese beinhaltet, dass die Entscheidung des behandelnden Krankenhausarztes nur dann erschüttert werden kann, wenn diese sozial- bzw. leistungsrechtlich unvertretbar ist. Im Bereich der ambulanten Leistungserbringung könnte dies

nur der Fall sein, wenn bei Patienten noch nicht einmal eine ambulante Behandlungsbedürftigkeit bestehen würde, diese also überhaupt nicht behandelt werden müssten. Insofern ist es als konsequent und richtig anzusehen, dass Krankenhäuser bei der ambulanten Erbringung der im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen von Prüfungen medizinischer Sachverhalte durch den Medizinischen Dienst ausgenommen sind.

Durch die in § 115b Absatz 1 SGB V vorgesehenen Änderungen zur Differenzierung nach dem jeweiligen Schweregrad ist jedoch denkbar, dass hieraus künftig durchaus vermehrt medizinische Fragestellungen Gegenstand von Streitigkeiten sein könnten. Es ist daher erforderlich, den Vertragsparteien gemäß § 115b Absatz 1 SGB V zu ermöglichen, Näheres zur Prüfung von medizinischen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Schweregraddifferenzierung stellen können, zu regeln. Eine Prüfung kann in diesem Bereich nur durch den Medizinischen Dienst erfolgen, da es sich um medizinische Sachverhalte handelt, die nicht in die Zuständigkeit der Krankenkassen fallen und insbesondere nicht Gegenstand einer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne von § 115b Absatz 2 Satz 5 SGB V sein können. Im Bereich des ambulanten Operierens ist ebenso wenig eine Anlehnung an das vertragsärztliche Prüferegime möglich, da es sich bei Leistungen des ambulanten Operierens systematisch um Krankenhausbehandlungen im Sinne von § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V handelt, die unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet werden.

Änderungsvorschlag

§ 115b Absatz 2 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1, ***es sei denn die Vereinbarungspartner gemäß Absatz 1 vereinbaren im Zusammenhang mit der Schweregraddifferenzierung für die Prüfung medizinischer Fragestellungen etwas anderes.***

Zu Artikel 1 Nr. 7 a) – c) sowie e) (§ 275 SGB V)

Begutachtung und Beratung

Beabsichtigte Neuregelung

Es werden lediglich redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Stellungnahme

Die hier vorgenommenen Anpassungen sind redaktioneller Natur und begründen sich auf den angestrebten Änderungen des Systems der MDK-Prüfung wie der Verselbstständigung des Medizinischen Dienstes von der Krankenversicherung, der Neuregelung der Prüfung des MD in § 275 Absatz 1c SGB V sowie der Einführung eines Medizinischen Dienstes Bund.

Diese Regelungen sind konsequent und erforderlich.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 7 f) (§ 275 SGB V) Begutachtung und Beratung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Wörter „Ärzte“ sowie „medizinisch“ werden durch die Begrifflichkeiten des „Gutachters“ sowie „fachlichen“ ersetzt.

Stellungnahme

Mit der Neuregelung wird der Kreis der Prüfer des Medizinischen Dienstes erweitert. Künftig sollen nicht ausschließlich Ärztinnen und Ärzte als Gutachter tätig sein, sondern auch fachlich versierte Angehörige anderer Berufsgruppen. Diese müssen jedoch für die angestrebte Prüfung ausreichend qualifiziert sein. Sinn macht dies insbesondere für die erweiterten Prüfbefugnisse im pflegerischen Bereich, dort können zukünftig auch qualifizierte Angehörige der Pflegeberufe als Gutachter tätig sein. Für Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich sind jedoch nach wie vor die medizinischen Sachverhalte ausschlaggebend, sodass für diese Prüfungen auch künftig Mediziner einzusetzen sind. Um den gebotenen fachlichen Standard zu gewährleisten, muss jedoch sichergestellt werden, dass die angestrebten Prüfungen nicht nur von Medizinern, sondern ausschließlich von Fachärzten des zu prüfenden Fachgebietes durchgeführt werden. Dies sichert nicht nur die Qualität der Gutachten, sondern kann auch die Akzeptanz des Gutachtens des MD durch die Krankenhäuser steigern.

Änderungsvorschlag

§ 275 Abs. 5 SGB V wird um folgenden Satz 3 ergänzt:

Die Prüfung medizinischer Fragen erfolgt ausschließlich durch Fachärzte des zu prüfenden Fachgebietes.

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§§ 275c und 275d SGB V)

Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst (§ 275c SGB V) sowie Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d SGB V)

I. Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst (§ 275c SGB V)

1. § 275c Absatz 1 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

§ 275c SGB V enthält weiterhin die Regelung, wonach eine Prüfung durch den MD innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Auch findet sich dort die Verpflichtung der Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale für den Fall einer erfolglosen Abrechnungsprüfung ebenso wie die Regelung, dass sämtliche Prüfungen, die ein Tätigwerden des MD und eine Datenübermittlung des Krankenhauses bedürfen, als Prüfung im Sinne des § 275c SGB V anzusehen sind. An das Prüfergebnis des MD sind die Krankenkassen künftig gebunden und es wird bestimmt, dass Widersprüche bzw. Klagen gegen das Prüfergebnis gegen die Krankenkasse zu richten sind.

Stellungnahme

Die ersten drei Sätze des neuen § 275c Absatz 1 SGB V entsprechen dem bisherigen § 275 Absatz 1c SGB V und dienen der Verfahrensbeschleunigung, der sorgfältigeren Auswahl der Prüffälle durch die Krankenkasse und sollen verhindern, dass die Rechtsprechung von den gesetzlichen Regelungen des SGB V abweichende Formen der Abrechnungsprüfung kreiert.

Dabei bedarf der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Krankenkasse der Präzisierung. In der Vergangenheit wurden technische Abweisungen und Rückfragen der Kassen vielfach genutzt, um die MDK-Fristenregelungen auf Basis von Prüfkriterien nach Fachverfahren auszuhebeln, die nicht explizit im Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V vereinbart sind (Prüfungen nach Stufe 4, Fachverfahren). Eine geeignete Anpassung der Vereinbarung hierzu im Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V kann nicht ohne eine entsprechende Rechtsgrundlage getroffen werden.

Um Rechtssicherheit für die Krankenhäuser herzustellen und strategiefähige technische Abweisungen zu vermeiden, wird daher vorgeschlagen, den Eingangszeitpunkt mit der Datenübermittlung nach gemeinsam vereinbarten Kriterien zu präzisieren und auf den Eingang der technisch korrekten Abrechnung als Startpunkt für den Lauf der 6-Wochen-Frist abzustellen.

Neu ist die Regelung, dass die Krankenkasse an das Prüfergebnis des MD gebunden ist und Widerspruch bzw. Klagen gegen das Prüfergebnis gegen die Krankenkasse zu richten sind. Die Bindung der Krankenkasse an das Prüfergebnis des MD ist positiv zu bewerten, da dadurch die unabhängige Stellung des MD gestärkt wird. Insbesondere

kann die Krankenkasse keine über die Feststellungen des MD hinausgehenden eigenen Feststellungen in ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung heranziehen und dadurch einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses ablehnen oder kürzen. Insbesondere um nachhalten zu können, ob die Krankenkasse den Wertungen des MD gefolgt ist, muss das Krankenhaus ebenfalls nach jeder Prüfung das vollständige Gutachten des MD erhalten. Dieses Vorgehen entspricht der bisher überwiegend gelebten Praxis und ist auch sachgerecht. Zum einen ist es selbstverständlich, dass jemand, der geprüft wird, ob er bestimmte Voraussetzungen erfüllt, das komplette Prüfgutachten erhält und nicht nur das bloße Ergebnis der Prüfung mitgeteilt bekommt. Zum anderen wird ihm durch Übersendung des Prüfgutachtens die Möglichkeit eingeräumt, dem Ergebnis der Prüfung Rechnung tragen zu können.

Kritisch zu sehen ist jedoch § 275c Absatz 1 Satz 5 SGB V. Die Regelung, wonach Widerspruch oder Klagen gegen das Prüfergebn gegen die Krankenkasse zu richten sind, macht im Gesamtkontext der Neuregelungen keinen Sinn. Adressat dieser Regelung ist das Krankenhaus. Dieses wird nach den Neuregelungen jedoch nicht mehr in der Klägerposition vertreten sein. Aufgrund des in § 109 Absatz 6 SGB V geregelten Aufrechnungsverbot können Krankenkassen nach Behauptung eines Erstattungsanspruches aufgrund eines Gutachtens des MD künftig nicht mehr einfach aufrechnen und die Krankenhäuser in die Klageposition drängen, sondern müssen streitige Erstattungsforderungen aktiv einklagen. Über diese Fälle hinaus sind keine Fälle ersichtlich, in denen das Krankenhaus ein Interesse hätte, isoliert die Feststellungen des MD in seinem Gutachten anzugreifen. Daher besteht auch kein Bedarf für die Neuregelung in § 275c Absatz 1 Satz 5 SGB V.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt neu formuliert:

Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 spätestens sechs Wochen nach Eingang der **technisch korrekt übermittelten** Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen; **eine Rechnung gilt als technisch korrekt übermittelt, wenn sie den von den Vereinbarungspartnern gemäß § 301 Abs.1 SGB V gemeinsam festgelegten Kriterien an die elektronische Datenübermittlung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V entspricht.**

§ 275c Absatz 1 Satz 5 SGB V wird gestrichen und durch folgenden Satz 5 ersetzt:

~~Widerspruch oder Klage gegen das Prüfergebn sind gegen die Krankenkasse zu richten. Das Krankenhaus erhält zeitgleich zur Krankenkasse das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Kenntnis.~~

2. § 275c Absatz 2 SGB V – Einführung einer Prüfquote

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig gibt es eine quartalsbezogene Prüfquote. Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 10 % der bei ihr je Quartal eingegangenen Abrechnungen durch den MD prüfen lassen. Ab 2021 ist die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote abhängig vom Anteil der korrekten Abrechnung des Krankenhauses. Sind mindestens 60 % der Abrechnungen korrekt, beträgt die quartalsbezogene Prüfquote maximal 5 %, sind zwischen 40 und 60 % der Abrechnungen korrekt, beträgt sie maximal 10 % und sind weniger als 40 % der Abrechnungen korrekt, beträgt sie maximal 15 %. Der MD hat eine Prüfung abzulehnen, wenn die hausindividuelle Prüfquote durch eine weitere Prüfung der Krankenkasse überschritten würde, es sei denn, dass der Anteil korrekter Abrechnungen kleiner als 20 % ist oder der begründete Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung des Krankenhauses vorliegt. In diesen Fällen ist eine Prüfung auch nach Erreichen der Prüfquote zulässig. Voraussetzung ist, dass die Partner der Pflegesatzvereinbarung (die Kostenträger) das Vorliegen der Voraussetzungen zum Überschreiten der Prüfquote vor Einleitung der Prüfung des MD unter Angabe von Gründen bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzeigen.

Stellungnahme

Krankenhäuser leiden seit langem unter einer beständig ansteigenden Prüfquote, die aktuell einen Wert von bis zu 20% der Behandlungsfälle erreicht hat. Die Einführung einer Prüfquote als Obergrenze der maximal zulässigen Prüfungen kann ein wirksames Mittel sein, die Prüfquote auf ein vertretbares Maß zu senken. Die Einführung einer festen, quartalsbezogenen Prüfquote von 10 % ist daher als Schritt in die richtige Richtung anzusehen. Auch die Koppelung der Prüfquote an die Anzahl der beanstandeten Abrechnungen mag in der Praxis ein gangbarer Anreiz sein, um die Kodierqualität der Krankenhäuser weiter zu erhöhen. Gleichzeitig können die quartalsbezogenen Prüfquoten, die grundsätzlich bei maximal 15% liegen, zu einer spürbaren Verringerung der aktuellen Belastung durch Abrechnungsprüfungen führen.

Die vorgesehene Neugestaltung der MD-Prüfung stellt jedoch eine erhebliche Veränderung der Prüfsystematik dar. Die Abhängigkeit der Krankenhäuser von einer quartalsbezogenen, auf den Ergebnissen früherer MD-Prüfungen basierender Prüfquoten stellt hohe Anforderungen an die Systematik, Transparenz und Qualität der Gewinnung dieser Prüfquoten. Nur wenn sichergestellt ist, dass die Prüfquoten im Wege eines fairen, nachvollziehbaren und transparenten Verfahrens ermittelt werden, kann die gewünschte Akzeptanz dieser Quoten bei den Krankenhäusern hergestellt werden. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die Prüfquoten nicht vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 275c Abs. 4 SGB V ermittelt werden, sondern eine neutrale Stelle mit dieser Aufgabe betraut wird. Als solch neutrale Stelle kommt der Medizinische Dienst Bund nach §§ 281 ff. SGB V in Betracht. Dessen Beauftragung zur Durchführung dieser Tätigkeit stellt sicher, dass die Festlegung der Prüfquoten objektiv und neutral erfolgt. Ob es durch die Übertragung der Aufgabe der Feststellung der Prüfquoten vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf den Medizinischen Dienst Bund zu einer Änderung der vorgesehenen Datenflüsse von den Krankenkassen auf die einzelnen

Medizinischen Dienste der Länder kommt, bleibt der späteren Ausdifferenzierung im Einzelfall vorbehalten.

Weiterhin ist kritisch anzumerken, dass die neue Prüfsystematik zwar auf den Anteil der korrekten Abrechnungen des Krankenhauses abstellt, aber keine Definition enthält, was als korrekte Abrechnung anzusehen ist. Die bisherige Prüfquote von ca. 15% bis 20% beinhaltet implizit die Aussage, dass 80% bis 85% der Krankenhausabrechnungen korrekt sind, da Krankenkassen in diesen Fällen keine Auffälligkeiten gefunden haben, die die Einleitung eines Prüfverfahrens durch den MD rechtfertigen. Von den geprüften Rechnungen wird wiederum die Hälfte nicht beanstandet⁴. Diese Rechnungen sind als korrekte Abrechnungen anzusehen. Zumindest nicht als fehlerhaft können auch die Abrechnungen gelten, die zwar vom MDK beanstandet wurden, die sich aber entweder im Nachverfahren mit den Krankenkassen oder in einem gerichtlichen Verfahren befinden. Da das Ergebnis der vorgerichtlichen bzw. gerichtlichen Klärung noch nicht feststeht, können diese Fälle nicht zur Ermittlung der Prüfquote herangezogen werden und müssen so lange außer Betracht bleiben, bis rechtskräftig über sie entschieden worden ist.

Problematisch ist zudem, dass bereits ab dem Jahr 2021 die quartalsbezogene Prüfquote gelten soll. 2020 stellt nicht nur ein Umbruchjahr vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen G-DRG-Systems aufgrund der Pflegepersonalkostenausgliederung dar, sondern auch wegen der Einführung des reformierten Systems der MD-Prüfung. Neben den weitreichenden Änderungen in der Systematik der MD-Prüfungen ist in 2020 die für eine Ausübung seiner Tätigkeit erforderliche Umgestaltung des Medizinischen Dienstes noch nicht beendet, so dass hinsichtlich der Feststellung der Prüfquoten eine Einflussnahme der Krankenkassen auf die Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes zu befürchten ist. Daher sollte der Zeitraum der Anwendung der quartalsbezogenen, 10%-igen Prüfquote nach § 275 Abs. 1c Abs. 2 S. 1 SGB V um ein Jahr verlängert und die Einführung der quartalsbezogenen Prüfquote nach § 275 Abs. 1c Abs. 2 S. 2 SGB V ab 2022 festgelegt werden. Durch diese einjährige Verschiebung kann eine umfangreichere Datenlage generiert und letztlich belastbarere Ergebnisse gewonnen werden, um die quartalsbezogenen Prüfquoten festzulegen.

Nicht ausreichend deutlich ist zudem die Regelung in § 275c Absatz 2 Satz 5, wonach die Parteien der Pflegesatzvereinbarung das Vorliegen der Gründe für eine Überschreitung der Prüfquote bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde lediglich gemeinsam anzuzeigen haben. Um zu verhindern, dass Krankenhäuser unbegründet in den Verdacht geraten, systematisch überhöhte Abrechnungen zu stellen, was auch zu einer Ausweitung der Prüfquote führen könnte, wenn die Kodierqualität besser als 60 % ist, ist zumindest erforderlich, dass die zuständige Landesbehörde die Argumente der Kostenträger prüft und die Überschreitung der Prüfquote genehmigt oder aber ablehnt. In diesem Verfahren hätte das Krankenhaus garantierte Anhörungs- und Mitwirkungsrechte und könnte sich gegen den vorgetragenen Verdacht wehren.

⁴ vgl. die Darstellung von Kaysers/Stockmanns/Freitag, abrufbar unter: www.kaysers-consilium.de/dwnld/mehr-als-96-prozent-aller-krankenhausrechnungen-sind-korrekt-2019-03-13.pdf.

Änderungsvorschlag

In § 275c Abs. 2 S. 1 werden die Worte „Im Jahr 2020“ durch die Worte „In den Jahren 2020 und 2021“ ersetzt.

In § 275c Abs. 2 S. 2 werden die Worte „Ab dem Jahr 2021“ sowie „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Worte „Ab dem Jahr 2022“ sowie „vom Medizinischen Dienst Bund“ ersetzt.

In § 275c Abs. 2 werden die neuen Sätze 3 und 4 eingefügt:

Korrekt ist eine Abrechnung dann, wenn sie nicht mehr angreifbar ist oder die Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Abrechnungen, die Gegenstand eines Nachverfahrens oder eines Gerichtsverfahrens sind, können zur Berechnung der quartalsbezogenen Prüfquote nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 erst dann herangezogen werden, wenn das Nachverfahren oder das Gerichtsverfahren rechtskräftig beendet worden ist.

In § 275c Abs. 2 werden die Sätze 3 bis 5 zu den Sätzen 5 bis 7.

§ 275c Absatz 2 wird um einen Satz 8 ergänzt:

Diese hat nach Anhörung des betroffenen Krankenhauses über die Durchführung der die Prüfquote nach Satz 2 übersteigenden Prüfungen zu entscheiden.

3. § 275c Absatz 3 – Strafzahlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Abhängig vom Anteil der festgestellten korrekten Abrechnungen müssen Krankenhäuser künftig neben der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag zusätzlich einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkasse zahlen. Falls der Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 40 und 60 % beträgt, ist ein Aufschlag in Höhe von 25 % des Differenzbetrages zu zahlen, im Fall des Anteils korrekter Abrechnungen in Höhe von weniger als 40 % beträgt der Aufschlag 50 % des Differenzbetrages.

Stellungnahme

Bei den in § 275c Absatz 3 SGB V als „Aufschlag“ bezeichneten Zahlungen handelt es sich um nichts anderes als um Strafzahlungen zu Lasten der Krankenhäuser. Strafzahlungen oder auch eine zu Lasten der Krankenhäuser anfallende symmetrische Aufwandspauschale sind aus Sicht der Krankenhäuser abzulehnen. Strafzahlungen können nur ein bewusstes und gewolltes Überschreiten der Abrechnungsbestimmungen zu Lasten der Solidargemeinschaft – also eine Falschabrechnung im eigentlichen Sinne – sanktionieren. Da jedoch eine Definition der Falschabrechnung in diesem Sinne nicht existiert und lediglich auf den Anteil nicht korrekter Abrechnungen abgestellt wird, müs-

sen Krankenhäuser auch für diejenigen Abrechnungen eventuell eine Strafzahlung leisten, die keine Falschabrechnung im oben dargestellten Sinne sind, sondern lediglich darauf beruhen, dass dem Krankenhaus zustehende Auslegungsmöglichkeiten in den OPS-Kodes vom MD anders interpretiert werden. Hier werden dem Krankenhaus zustehende, legitime und legale Auslegungsmöglichkeiten durch die Verhängung einer Strafzahlung pönalisiert. Darüber hinaus ist äußerst kritisch anzumerken, dass die vorgeschlagenen Strafzahlungen betragsmäßig völlig unlimitiert sind. Dies kann dazu führen, dass bei kostenintensiven Behandlungen „Aufschläge“ in fünfstelliger Höhe entstehen. Solche Strafzahlungen sind unter keinem Gesichtspunkt als verhältnismäßig anzusehen.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass die seitens der Krankenkassen im Hinblick auf die bestehende Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale stets bemängelte fehlende Symmetrie durch diese Regelung zuungunsten der Krankenhäuser nicht hergestellt wird, sondern ein Ungleichgewicht zu Lasten der Krankenhäuser entsteht. Krankenkassen wissen, dass ihnen bei Beauftragung einer unnötigen Prüfung des MD maximal eine Belastung von 300 € pro Prüffall ins Haus steht. Krankenhäuser können den möglichen finanziellen Verlust gar nicht vorhersehen, da ihnen nicht bekannt ist, ob der MD zu einer Erstattungsforderung kommt und falls ja, in welcher Höhe. Darüber hinaus ist die Aufwandspauschale für die Krankenkassen sachgerecht, da sie entscheiden können, welche Fälle in die Prüfung gelangen und welche nicht, sie können also den Anfall der Aufwandspauschale bis zu einem gewissen Grad selbst steuern. Diese Möglichkeit haben die Krankenhäuser nicht.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 3 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

4. § 275c Absatz 4 SGB V – Quartalsbezogene Auswertungen durch den GKV-SV

Beabsichtigte Neuregelung

Durch § 275c Absatz 4 SGB V wird der GKV-SV verpflichtet, ab dem Jahr 2020 bundeseinheitlich quartalsbezogene Auswertungen pro Krankenhaus zu erstellen und bis zum Ende des zweiten, auf das Quartalsende folgenden Monats zu veröffentlichen. Gegenstand der Veröffentlichung sollen die realisierte Prüfquote, der Anteil der korrekten Abrechnungen, die zulässige Prüfquote sowie die Höhe des gegebenenfalls zu zahlenden Aufschlages sowie die Anzahl der eingegangenen Abrechnungen, gegliedert nach den einzelnen Krankenkassen, sein. Näheres dazu soll der GKV-Spitzenverband zum 31.03.2020 festlegen. Dabei ist auch eine Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft einzubeziehen.

Stellungnahme

Richtig ist, dass aktuell wenig Transparenz über das Prüfgeschehen der Medizinischen Dienste herrscht. Umfragen bzw. veröffentlichte Statistiken leiden in der Regel darunter, dass sie nur eine beschränkte Teilnehmerzahl haben bzw. nur von einzelnen medizi-

nischen Diensten erfolgen und somit nur einen Blick auf einzelne Bundesländer ermöglichen. Daher ist es grundsätzlich positiv zu sehen, dass der Gesetzgeber den Bedarf für eine öffentlich zugängliche Statistik erkannt und entsprechende Regelungen getroffen hat. Wie bereits zu Art. 1 Nr. 9 unter I. 2. ausgeführt ist jedoch der GKV-Spitzenverband nicht der richtige Adressat für die Aufgabe, die quartalsbezogenen Auswertungen zu erstellen. Um die erforderliche Neutralität und Transparenz bei der Erstellung dieser Auswertungen und der Ermittlung der quartalsbezogenen Prüfquote sicherzustellen, sollte die Aufgabe der Erstellung der quartalsbezogenen Auswertungen auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

Durch die krankenhausesbezogene Veröffentlichung und die sich aus dieser Statistik ableitende Höhe der Prüfquoten sind Krankenhäuser jedoch zumindest mittelbar durch die Erstellung dieser Statistik betroffen. Daher ist es für Krankenhäuser von höchstem Interesse, dass sichergestellt wird, dass diese Statistik nach objektiven, nachvollziehbaren und belastbaren Grundsätzen erstellt wird. Die Vorgaben für die Erstellung dieser Statistiken sollen nach den Regelungen des Referentenentwurfes ausschließlich durch den GKV-Spitzenverband – nach dem Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft durch den Medizinischen Dienst Bund – festgelegt werden, der DKG steht bislang lediglich nach § 275c Absatz 4 Satz 6 SGB V ein Recht zur Stellungnahme zu. Dies ist zu wenig, um den berechtigten Interessen der Krankenhäuser ausreichend Geltung hinsichtlich der Ausgestaltung der Statistik zu verschaffen. Vielmehr müssen die berechtigten Belange der Krankenhäuser bei der Erstellung der Statistik stärker berücksichtigt werden. Dies erfordert eine enge Einbindung der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei der Erarbeitung der Vorgaben für die Erstellung dieser Statistiken. Erreicht werden kann dies dadurch, dass die Festlegungen im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft erfolgen.

Änderungsvorschlag

In § 275c Absatz 4 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinischer Dienst Bund“ ersetzt.

In § 275c Abs. 4 S. 3 wird die Zahl „2020“ durch die Zahl „2021“ ersetzt.

§ 275c Absatz 4 Satz 6 wird wie folgt formuliert:

~~Bei der~~ Die Festlegung nach Satz 5 ~~ist im Einvernehmen mit~~ ~~sind die~~ ~~Stellungnahmen~~ der Deutschen Krankenhausgesellschaft **zu treffen, die Stellungnahmen** und der Medizinischen Dienste **sind dabei** einzubeziehen.

5. § 275c Absatz 5 SGB V – fehlende aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage

Beabsichtigte Neuregelung

Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach § 275c Absatz 4 SGB V sollen keine aufschiebende Wirkung haben.

Stellungnahme

Jedwede Sanktionsmaßnahme in § 275c Abs. 3 SGB V ist ersatzlos zu streichen. Konsequenter Weise kann es daher keinen Widerspruch bzw. keine Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V geben, so dass dieser Teil des § 275c Abs. 5 SGB V ersatzlos entfallen kann.

Lediglich hilfsweise ist darauf hinzuweisen, dass der nach dieser Regelung angeordnete Entfall der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V auch aus anderen Gründen abzulehnen ist. Steht die Richtigkeit der Erhebung eines solchen Aufschlages in Streit, ist es unangemessen, dass dieser Aufschlag in voller Höhe an die Krankenkassen zu zahlen ist, obwohl gerade dieser Tatbestand streitig ist. Vor dem Hintergrund der langen Verfahrensdauer sozialgerichtlicher Streitigkeiten würden dem Krankenhaus teilweise erhebliche Finanzmittel entzogen. Da die Zahlung des Aufschlages auch nicht zu einer Beschleunigung des Verfahrens führt, ist die Anordnung des Entfalls der aufschiebenden Wirkung für diese Fallkonstellationen nicht erforderlich.

Der Entfall der aufschiebenden Wirkung bei der Übermittlung der quartalsbezogenen Prüfquote hat zwar auch Auswirkungen auf die Krankenhäuser, da sich die Prüfquote erhöhen oder verringern kann. Da aber die Prüfquote nur für 1 Quartal gilt, ist der Entfall der aufschiebenden für diese Konstellation hinnehmbar.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 5 wird wie folgt formuliert:

Widerspruch und Klage gegen ~~die Geltendmachung des Aufschlages nach Absatz 3 und gegen~~ die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

6. § 275c Absatz 6 SGB V – Ausschluss der einzelfallbezogenen Prüfung

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 275c Absatz 6 Nr. 2 SGB V ist eine einzelfallbezogene Prüfung nicht zulässig bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V.

Stellungnahme

Der vorgesehene Entfall der Möglichkeit, einzelfallbezogene Prüfungen zur Feststellung der Einhaltung von in OPS-Komplexcodes definierten Strukturmerkmalen durchzuführen, ist positiv zu bewerten. Dieses Verbot kann für eine Entlastung der Krankenhäuser von MDK-Einzelfallprüfungen sorgen und ist auch vor dem Hintergrund der nachfolgenden Ausführungen zu § 275d SGB V sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

7. § 275c Absatz 7 SGB V – Verbot pauschaler Abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt wird, dass Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge für Abrechnungen als Gegenleistung für den Verzicht auf Prüfungen durch den MD unzulässig sind.

Stellungnahme

Diese Regelung ist sachgerecht, da der Abschluss solch pauschaler Vereinbarungen dem Sinn und Zweck von Abrechnungsprüfungen, die Kodierqualität sicherzustellen und zu fördern, widerspricht.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

II. § 275d SGB V - Prüfung von Strukturmerkmalen

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 275d SGB V haben Krankenhäuser die Einhaltung von durch OPS-Kodes vorgegebenen Strukturmerkmalen durch den MD oder andere Gutachterdienste begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Wenn Krankenhäuser diese strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen sie die entsprechenden Leistungen ab dem Jahre 2021 nicht mehr vereinbaren und auch nicht mehr abrechnen. Das Krankenhaus erhält von dem beauftragten MD bzw. Gutachterdienst eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, welche auch den Zeitraum einschließt, für den das Vorliegen der Strukturmerkmale bestätigt wird. Diese Bescheinigung haben Krankenhäuser den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG anlässlich des Abschlusses von Vereinbarungen nach § 11 KHEntgG / BPfIV auf elektronischem Wege zu übermitteln. Grundlage dieser Begutachtungen ist die vom MD Bund gem. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu erlassende Richtlinie.

Stellungnahme

Eine Regelung zur gesetzlichen Kodifizierung der Strukturprüfung ist grundsätzlich zu begrüßen, da zum einen die bestehende Rechtsunsicherheit, ob solche Prüfungen überhaupt zulässig sind bzw. auf welcher Grundlage solche Prüfungen durchgeführt werden können, beseitigt wird und diese einzelfallunabhängige Prüfung in Verbindung mit der Regelung des § 275c Absatz 6 Nr. 2 SGB V die Anzahl von Einzelfallprüfungen reduzieren kann. Der durch diese Prüfungen implizierte Vertrauensvorschuss für die

Krankenhäuser, dass die geforderten Strukturmerkmale für den angehenden Zeitraum ohne weitere Prüfung als erfüllt gelten, kann bei der Erfüllung und Abrechnung von Leistungen, die das Vorhandensein dieser Strukturen erfordern, hilfreich sein.

Allerdings erfordert eine Strukturprüfung klare Vorgaben und Regelungen. Die Strukturprüfung sollte grundsätzlich fakultativ durch Krankenhäuser beauftragt werden können, um Pflegesatzverhandlungen nicht mit der Frage zu belasten, ob das betreffende Krankenhaus die von den jeweiligen OPS-Kodes geforderten Voraussetzungen erfüllt oder nicht. Die Freiwilligkeit der Durchführung einer Strukturprüfung dient auch dazu, den notwendigen zeitlichen Vorlauf zur Implementierung dieser Prüfung durch den Medizinischen Dienst sicherzustellen. Die bislang geplante Regelung führt zu dem Problem, dass der Medizinische Dienst rein praktisch aufgrund der zu erwartenden großen Anzahl von erforderlichen Strukturprüfungen nicht in der Lage sein dürfte, diese flächendeckend bis zum 31.12.2020 komplett absolviert zu haben. Konsequenz wäre nach der geplanten Regelung, dass eine Vielzahl von Krankenhäusern wegen des zu befürchtenden „Entscheidungsstaus“ nicht mehr berechtigt wären, bestimmte Leistungen zu erbringen.

Diese beabsichtigte Bindung der Berechtigung zur Leistungserbringung an die vorherige, erfolgreiche Durchführung einer Strukturprüfung ist schon für sich allein genommen abzulehnen. Eine solche Koppelung ist dem System der Abrechnung von Krankenhausleistungen mit Ausnahme der Regelungen zu den Mindestmengen in § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 i. V. m. § 136b Abs. 4 S.2 SGB V fremd. Die Mindestmengenregelung ist jedoch ein auf einen eng begrenzten Anwendungsbereich fokussierter Tatbestand, der nicht verallgemeinerungsfähig ist. Im Übrigen würde eine solche Koppelung dazu führen, dass der Medizinische Dienst oder andere, gegebenenfalls private, Gutachterdienste, faktisch Entscheidungen mit Auswirkungen auf das Leistungsspektrum von Krankenhäusern treffen, welche verfassungsrechtlich der Kompetenz der Krankenhausplanungsbehörden der Länder unterfallen.

Eine Strukturprüfung kann folglich nur ohne diese Koppelung ihre grundsätzlich positiven Auswirkungen auf die Höhe der MD-Prüfungen im Krankenhaus entfalten. Nichtsdestotrotz muss vor einer Strukturprüfung klar geregelt sein, was geprüft wird. Durchführung und Ergebnis einer Strukturprüfung können nicht davon abhängen, wie nach Auffassung der jeweiligen Krankenkasse bzw. des jeweiligen MD die jeweiligen Strukturmerkmale von OPS-Kodes auszulegen und zu erfüllen sind. Diese Vorgaben sind verbindlich durch das DIMDI vorzugeben, beispielsweise durch Checklisten, die festlegen, welche Strukturmerkmale zu prüfen und in welcher Form diese zu erfüllen sind.

Ergänzend kann auch die Beauftragung zur Durchführung einer Strukturprüfung durch die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gemeinsam erfolgen.

Letztlich muss dem Krankenhaus auch ein Rechtsanspruch auf Durchführung einer Wiederholungsprüfung innerhalb eines angemessenen Zeitraumes eingeräumt werden, damit es zeitnah nachweisen kann, dass es aufgezeigte Mängel beseitigt hat und alle erforderlichen Strukturmerkmale erfüllt.

Änderungsvorschlag

§ 275d Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Krankenhäuser **haben können** die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachterdienst begutachten ~~zu lassen~~ ~~bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen~~. **Die Befugnis nach Satz 1 steht auch den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gemeinsam zu.** Grundlage der Begutachtung ~~nach Satz 1~~ ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst oder an den anderen Gutachterdienst zu übermitteln. **Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information legt OPS-Kode bezogen die Anforderungen zur Erfüllung der jeweiligen Strukturmerkmale fest.“**

§ 275d Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst oder von dem anderen Gutachterdienst **das Gutachten der Strukturprüfung sowie** eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. **Dieser Zeitraum beträgt im Falle der Strukturprüfung nach Absatz 1 Satz 1 mindestens 2 Jahre.“**

§ 275d Absatz 4 wird ersatzlos gestrichen.

§ 275d Absatz 5 wird zu Absatz 4.

Angefügt wird folgender Absatz 5:

Hat eine Strukturprüfung nach Absatz 1 ergeben, dass das Krankenhaus nicht alle erforderlichen Strukturmerkmale erfüllt, kann es eine Wiederholungsprüfung verlangen. Diese ist innerhalb von 6 Monaten nach Beauftragung des Medizinischen Dienstes oder eines anderen Gutachterdienstes von diesem durchzuführen.

Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 276 SGB V) Zusammenarbeit

Beabsichtigte Neuregelung

§ 276 Absatz 4 Satz 1 SGB V wird durch die Wörter „und ordnungsgemäße Abrechnung“ ergänzt.

Stellungnahme

§ 276 Absatz 4 Satz 1 SGB V regelt die Zutrittsbefugnisse des MDK in das zu prüfende Krankenhaus. Bisher ist lediglich geregelt, dass der MDK aus Gründen der Kontrolle der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung das Krankenhaus betreten darf, künftig wird diese Befugnis um die Fälle der Kontrolle der ordnungsgemäßen Abrechnung ergänzt. Diese Ergänzung ist lediglich redaktioneller Natur und sachgerecht, da eine Prüfung des MD zur Feststellung der ordnungsgemäßen Abrechnung grundsätzlich zulässig ist und den Hauptanwendungsfall dieser Prüfung darstellt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1, Nr. 11 (§§ 278 bis 283 SGB V (neu))

Medizinischer Dienst (§§ 278 bis 280 SGB V) und Medizinischer Dienst Bund (§§ 281 bis 283 SGB V)

I. **Medizinischer Dienst (§§ 278 bis 280 SGB V)**

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll in jedem Bundesland ein Medizinischer Dienst in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts existieren. Entscheidende Organe sind jeweils der Vorstand und der Verwaltungsrat. Letzterer besteht aus Vertretern, die von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Bundeslandes auf Vorschlag folgender Organisationen benannt werden: Krankenkassen, Patientenvertreter, Verbraucherschutzorganisationen, Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und Landesärztekammern. Nicht benannt werden kann eine Person, die Mitglied des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder eines ihrer Verbände ist oder innerhalb der letzten 12 Monate war oder der hauptamtlich bei einer Krankenkasse beschäftigt ist.

Stellungnahme

Die Regelungen zur Neuorganisation der Medizinischen Dienste verfolgen das Ziel, die enge Anbindung des bisherigen MDK an die Krankenkassen zu lösen und diesen als objektive und eigenständige Stelle auszugestalten. Von daher ist der vorgesehene Schritt der Bildung von Medizinischen Diensten nicht mehr in Form von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen hin zu Körperschaften des öffentlichen Rechts ein Schritt in die richtige Richtung. Ebenfalls zu begrüßen ist der Umstand, dass künftig in den Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste keine Mitarbeiter der Krankenkassen bzw. der Krankenkassenverbände mehr entsandt werden können, somit wird der Einfluss der Krankenkassen auf den Medizinischen Dienst begrenzt. Auch die Diversifizierung der Mitglieder des Verwaltungsrates ist grundsätzlich positiv zu sehen.

Kritisch ist allerdings anzumerken, dass die vorgesehene Diversifizierung der Mitglieder des Verwaltungsrates nicht weit genug geht, da Vertreter der Krankenhauseite völlig unberücksichtigt bleiben. Diese Nichtberücksichtigung ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Aufgaben des Medizinischen Dienstes auch zukünftig weit überwiegend im Bereich der Überprüfung und Kontrolle von Krankenhausabrechnungen bzw. Qualitätskontrollen im Krankenhaus oder Strukturprüfungen im Krankenhaus bestehen wird, nicht nachzuvollziehen. Nur unter Einbeziehung von Vertretern auch der Krankenhauseite können ausgewogene und transparente Regelungen zur Durchführung von Prüfungen des Medizinischen Dienstes erarbeitet bzw. deren Überwachung eingehalten werden, was letztlich für eine größere Akzeptanz der Prüfungen des Medizinischen Dienstes in der Praxis sorgt. Zudem ist eine Beteiligung von Vertretern der Krankenhauseite in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste auch vor dem Hintergrund erforderlich, dass die Mitglieder im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste auf Landesebene anteilig gewählt werden. Letztlich widersprechen die alleinige Zuordnung von Benennungsrechten auf die Krankenkassen und der Ausschluss der Krankenhauseite den Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft.

Problematisch ist auch, dass die MD sowohl für die Durchführung von Abrechnungsprüfungen als auch für die Durchführung von Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V zuständig sein werden. Mit der Übernahme dieser Aufgaben kann der MD zwar einen wichtigen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung leisten. Um dies zu ermöglichen ist es jedoch dringend erforderlich, dass die Durchführung von Abrechnungsprüfungen getrennt von der Durchführung von Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V erfolgt. Bei der Durchführung von Qualitätskontrollen durch den MD in der vorgeschlagenen Konstruktion besteht das Risiko, dass der Fokus bei Qualitätskontrollen auf Versorgungsbereiche gelegt wird, die das größte Kosteneinsparpotential (z. B. durch nachfolgende gezielte Abrechnungsprüfungen und Rechnungskürzungen) haben, während Bereiche mit dem größten Qualitätsverbesserungspotential vernachlässigt werden. Dieser systematische Fehler (Bias) könnte die qualitätssichernde Wirkung dieses Instruments erheblich reduzieren oder gar verhindern. Um zu erreichen, dass der Fokus bei der Durchführung der Qualitätskontrolle eher auf den Bereichen mit dem größten Qualitätsverbesserungspotential liegt, müssen diese Qualitätskontrollen organisatorisch und personell getrennt von Abrechnungsprüfungen erfolgen. Deshalb ist eine entsprechende Ergänzung des § 278 SGB V erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 278 Abs. 2 SGB V wird um einen neuen Satz 4 ergänzt:

Innerhalb des Medizinischen Dienstes ist die Durchführung der Aufgaben nach § 275a von allen anderen Aufgaben organisatorisch und personell zu trennen.

§ 279 Abs. 3 S. 2 wird um folgende Nr. 4 ergänzt:

4. vier Vertreter auf Vorschlag der Landeskrankenhausgesellschaften.

II. Neuorganisation des Medizinischen Dienstes Bund (§§ 281 bis 283 SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung

Dachorganisation der Medizinischen Dienste ist künftig nicht mehr der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, sondern der in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts organisierte Medizinischer Dienst Bund, dessen Mitglieder die einzelnen Medizinischen Dienste der Länder sind. Ausführende Organe sind der Vorstand und der Verwaltungsrat, letzterer wird durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste gewählt. Zu seinen Aufgaben gehört die Koordination und die Förderung der Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste sowie der Erlass von Richtlinien, z. B. zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und zur Regelung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V. Bei Erlass der Richtlinien hat der Medizinische Dienst Bund den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit diese von einer Richtlinie betroffen sind, die abgegebene Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen. Die erlassenen Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Stellungnahme

Die Loslösung der Dachorganisation der Medizinischen Dienste aus dem GKV-Spitzenverband ist vor dem Hintergrund der angestrebten Objektivierung des Medizinischen Dienstes uneingeschränkt zu begrüßen. Auch die Mitgliedschaft der einzelnen Medizinischen Dienste im Medizinischen Dienst Bund ist positiv zu bewerten, da der Medizinische Dienst Bund die einzelnen Medizinischen Dienste repräsentieren soll. Die Kompetenz zur Festlegung von Richtlinien insbesondere zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und hinsichtlich der Vorgaben zur Strukturprüfung nach § 275d SGB V an den Medizinischen Dienst Bund zu erteilen, ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da so eine einheitliche Durchführung der MD-Prüfungen in Deutschland gewährleistet wird.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass aufgrund der Nichtberücksichtigung von Vertretern der Krankenseite in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste diese auch keine Möglichkeit haben, Vertreter in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund zu wählen. Aufgrund der Kompetenz des Medizinischen Dienstes Bund, Richtlinien zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und MDK, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und zur Festlegung der Einzelheiten zur Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V zu erlassen, sind durch dessen Tätigkeit Krankenhausinteressen elementar betroffen. Daher reicht es nicht aus, Krankenhäusern lediglich die Möglichkeit zur Stellungnahme zu erarbeiteten Richtlinienvorschlägen einzuräumen, vielmehr müssen auch Vertreter der Krankenseite bereits im Stadium der Erarbeitung dieser Richtlinien beteiligt sein, um die Interessen der Krankenhäuser sachgerecht zu vertreten und um ein transparentes und faires Prüfverfahren zu entwickeln. Darüber hinaus sind die gewährten Stellungnahmerechte nicht ausreichend. Die Richtlinien, die einen Bezug zum Krankenhausbereich haben, müssen zumindest im Benehmen mit den Spitzenverbänden des Krankenhausbereiches abgeschlossen werden, um eine Berücksichtigung der sachgerechten Interessen der Krankenhäuser

sicherzustellen. Die stärkere Berücksichtigung von Vertretern der Krankenhausesseite schon im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund ist auch vor dem Hintergrund erforderlich, dass der Medizinische Dienst Bund die Betroffenheit nach § 283 Abs. 2 S. 2 SGB V hinsichtlich der einzelnen Richtlinie, die Voraussetzung für die Möglichkeit zur Stellungnahme ist, im pflichtgemäßen Ermessen selbst festsetzt. Ohne hinreichende Vertretung der Krankenhausesseite im Verwaltungsrat ist diese Regelung äußerst strategieanfällig.

Änderungsvorschlag

§ 282 Abs. 2 S. 1 wird um eine Nr. 4 ergänzt:

4. vier Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Abs. 3 S. 2 Nr. 4.

§ 283 Abs. 2 wird um einen neuen Satz 3 ergänzt:

„Sind Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene von den Richtlinien betroffen, sind diese im Benehmen mit den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene festzulegen.“

§ 283 Abs. 2 S. 3 bis 6 werden zu S. 4 bis 7.

Zu Artikel 1 Nr. 15 a) (§ 301 Abs. 2 SGB V)

Kompetenzerweiterung DIMDI

Beabsichtigt Neuregelung

Das DIMDI kann künftig für Operationen und sonstige Prozeduren Voraussetzung für die Abrechnung festlegen. Für das Verfahren der Pflege und Weiterentwicklung der Klassifikationen hat es zudem eine Verfahrensordnung aufzustellen, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf und zu veröffentlichen ist.

Stellungnahme

Durch die Änderung wird das DIMDI gesetzlich legitimiert, Voraussetzungen für die Abrechnung in den Prozedurenkodes zu regeln. Hierdurch wird sich von dem eigentlichen Sinn und Zweck einer Prozedurenklassifikation, nämlich der Abbildung von medizinischen Leistungen weiter entfernt.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Aufgabe, Diagnosen und Prozeduren in der Medizin (z. B. Operationen, diagnostische Verfahren) zu klassifizieren, damit u. a. vergleichbare Krankenhaufälle über Diagnosen- und Prozedurenkodes einheitlich abgerechnet werden können. OPS-Kodes bilden eine zentrale Grundlage für die Abrechnung nach dem DRG- und PEPP-System, dienen aber nicht der Krankenhausplanung. Dennoch ist mit der Einführung der sogenannten Komplexbehandlungskodes seit dem Jahr 2007 festzustellen, dass das DIMDI vermehrt in den OPS-Kodes der Pla-

nung und Qualitätssicherung dienende Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung stellt. Kennzeichnend für die Komplexbehandlungskodes ist, dass sie von den Krankenhäusern zu Abrechnungszwecken nur dann kodiert werden dürfen, wenn sie die in diesen OPS-Kodes festgelegten erforderlichen Mindestmerkmale vollumfänglich erfüllen. Infolge ihrer hohen Erlösrelevanz ist die Auslegung der einzelnen Mindestmerkmale hoch umstritten und muss letztlich durch die Sozialgerichte entschieden werden. Beispielhaft ist hier das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.06.2018 – B 1 KR 38/17 R – (Höchstens halbstündige Transportentfernung bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls – OPS-Kodes 8-98b und 8-891) zu nennen. Das Bundessozialgericht hat bekanntermaßen mit diesem Urteil eine überraschende Neudefinition der Transportentfernung vorgenommen und damit im Ergebnis auch in erheblichem Maße in die Landekrankenhausplanung und die Versorgungssicherheit eingegriffen. Es ist daher davon auszugehen, dass es durch die geplante Kompetenzerweiterung des DIMDI auch künftig verstärkt zu Konflikten mit der Krankenhausplanung kommen wird. Die DKG fordert daher klarzustellen, dass OPS-Kodes auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen sind und nicht für andere Ziele zweckentfremdet werden dürfen. Darüber hinaus hat das DIMDI in geeigneter Weise die mit den Vorgaben konkret verbundenen Prüfgegenstände abschließend und eindeutig festzulegen. Dies könnte beispielsweise im Rahmen dazugehöriger Checklisten erfolgen.

Gleichwohl wird an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass pauschale Strukturplanungen über den OPS der gezielten Landeskrankenhausplanung zuwider läuft und zahlreiche neue Probleme erwarten lässt. Nicht nur der hiermit verbundene enorme bürokratische Aufwand verhindert durch die unnötige Bindung personeller Ressourcen sachgerechte Lösungen für tatsächliche Kodierprobleme zu finden.

Die Absicht, das Verfahren für die Weiterentwicklung der Klassifikationen in einer Verfahrensordnung zu präzisieren wird begrüßt. Auch wenn die Beratungen in den Arbeitsgruppen im DIMDI lediglich einen empfehlenden Charakter besitzen, wurde das Verfahren mit der zunehmenden Komplexität zahlreicher Kodes im Sinne der Ergebnisfindung, selbst für die am Beratungsverfahren Beteiligten, immer intransparenter und wenig nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 2 Satz 2 (neu) wird um folgenden, neuen Satz 4 ergänzt:

Die Voraussetzungen für die Abrechnung sind kurz und präzise zu verfassen und durch dazugehörige, verbindliche (Prüf-)Kriterien (z. B. Checklisten) zu ergänzen.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 2 Nr. 1 b) bb) (§ 17c KHG)

Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

Beabsichtigte Neuregelung

Der Katalog des § 17c Absatz 2 Satz 2 KHG von Regelungsinhalten für die PrüfvV wird dahingehend erweitert, dass in der PrüfvV eine Regelung getroffen werden soll für eine ab dem 01.01.2021 ausschließlich elektronisch erfolgende Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten sowie deren für eine sachgerechte Prüfung durch die Medizinische Dienste erforderlichen Formate und Inhalte.

Stellungnahme

Grundlage dieser Regelung ist der in der Praxis vielfach geäußerte Wunsch, dass der Datenaustausch zwischen Krankenhaus und MDK auf einer verlässlichen Grundlage auf elektronischem Wege erfolgen soll, weil man sich dadurch Aufwandseinsparungen und den Nachweis der rechtzeitigen Übermittlung von Unterlagen verspricht. Insofern ist die Neuregelung grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings ist anzumerken, dass nicht sämtliche begutachtungsrelevante Unterlagen – insbesondere Unterlagen zur bildgebenden Diagnostik wie z.B. Röntgen- oder Ultraschallaufnahmen – erhöhte Anforderungen an die Kapazität der Datenübertragung und auch an die Qualität der Hardware (z. B. Betrachtungsmonitore) stellen, um sachgerechte Beurteilungen tätigen zu können. Das nötige Einscannen dieser Dokumente stellt zudem keine Entlastung der Krankenhäuser in ihren Arbeitsabläufen dar. Zwar sieht die Regelung vor, dass in der PrüfvV Regelungen über die erforderlichen Formate und Inhalte der elektronischen Datenübermittlung geregelt werden können, dennoch erscheint es sinnvoll, die ausschließliche elektronische Übermittlung an die Einführung der digitalen Patientenakte zu koppeln. Liegt die digitale Patientenakte vor, dürfte sich die Frage des Einscannens von Röntgenbildern beispielsweise nicht mehr stellen, da auch diese Dokumente in der elektronischen Patientenakte enthalten sein müssen.

Da allerdings in der Praxis die Möglichkeit einer elektronischen Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst gewünscht wird, sollte zum 01.01.2021 dennoch eine diesbezügliche Vereinbarung vorliegen, die bis zum Zeitpunkt der Einführung der elektronischen Patientenakte die Anwendung der elektronischen Datenübermittlung fakultativ ermöglicht.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz wird wie folgt gefasst:

~~eine ab dem 1. Januar 2021 ab dem Zeitpunkt der Einführung der digitalen Patientenakte~~ erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte; **eine fakultative elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten ist ab dem 1. Januar 2021 zu gewährleisten,**

Zu Artikel 2 Nr. 1 b) cc) (§ 17c KHG)

Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

Beabsichtigte Neuregelung

DKG und GKV-Spitzenverband haben bis zum 31.12.2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zur PrüfvV zu vereinbaren, die als Bestandteil der PrüfvV gelten sollen.

Stellungnahme

Diese fristgebundene Verpflichtung zum Abschluss gemeinsamer Umsetzungshinweise zur PrüfvV ist überflüssig und daher abzulehnen. Der Fokus ist darauf zu richten, die Regelungen in der PrüfvV so eindeutig wie möglich zu formulieren, um eine eindeutige Anwendung sicherzustellen. Auslegungsspielräume werden jedoch immer bestehen bleiben, die auch durch gemeinsame Umsetzungshinweise nicht verhindert werden können. Daher sollte auf die verpflichtende Erstellung gemeinsamer Umsetzungshinweise bis zum 31.12.2020 verzichtet werden.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2 Satz 3 KHG – neu wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 2 Nr. 1 c) (§ 17c KHG)

Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

I. § 17c Absatz 2a KHG – Ausschluss der nachträglichen Rechnungskorrektur

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus nicht mehr möglich sein, wobei von diesem Verbot in der PrüfvV Ausnahmen vorgesehen werden können. Weiterhin sollen Prüfungen der Abrechnung durch die Krankenkasse oder den MD nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V nicht zulässig sein.

Stellungnahme

Die Frage des Ausschlusses der Korrektur zahlungsbegründender Unterlagen kann differenziert beurteilt werden. Einerseits ist es nachvollziehbar, dass erwartet wird, dass eine Abrechnung erst dann gestellt wird, wenn alle abrechnungsrelevanten Unterlagen und Informationen vorliegen. Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, dass nach dem Erstellen einer Abrechnung fortlaufende Korrekturen dieser Abrechnung ausgeschlossen sein sollen.

Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass es ein Krankenhaus nicht vollumfänglich in der Hand hat, einen zeitnahen Eingang sämtlicher abrechnungsrelevanter Unterlagen sicherzustellen, da teilweise diesbezügliche Zulieferungen externer Dritter erforderlich sind, auf deren Zeitlauf das Krankenhaus keinen Einfluss hat. Ein vollständiges Abwarten auf das komplette Vorliegen sämtlicher abrechnungsrelevanter Unterlagen könnte daher den Zeitpunkt der Rechnungsstellung erheblich nach hinten verlagern, was zum einen zu Liquiditätsengpässen bei den Krankenhäusern und zum anderen zu einem Widerspruch zu Regelungen in Landesverträgen nach § 112 SGB V zur Erstellung der Abrechnung führen könnte. Zudem haben die Selbstverwaltungspartner in der DKR D002 festgelegt, dass für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung des Patienten eingehen, für die Kodierung heranzuziehen sind. Daher stellt die intendierte Regelung einen Eingriff in die Befugnisse der Selbstverwaltungspartner dar.

Um einen sachgerechten Ausgleich zwischen dem Interesse des Vorliegens einer vollständigen Rechnung und dem der eventuell erforderlichen Nachberechnung zu finden, sollte Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt werden, vergleichbar zur Regelung in § 7 Absatz 5 Satz 1 PrüfV, dass eine Korrektur nach Rechnungsstellung einmalig möglich ist.

Die Regelung in § 17c Absatz 2a Satz 3 KHG, wonach Prüfungen durch die Krankenkasse oder den MD unzulässig sind, sofern der Fall bereits vom MD im Wege einer Einzelfallprüfung geprüft wurde, ist zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus **ausgeschlossen einmalig möglich.**“

Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.

II. § 17c Absatz 2b KHG – Erörterung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse als Klagevoraussetzung

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll die gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nur dann stattfinden können, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erörtert worden ist. In diesem Zusammenhang ist trotz der Regelung des § 275c Absatz 1 Satz 5 SGB V der Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleiches zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zulässig. Weiterhin wird den Krankenhäusern die Befugnis zur Datenverarbeitung von personen- und einrichtungsbezogenen Daten für die Erörterung übertragen.

Stellungnahme

Die Neuregelung, wonach vor Erhebung einer Klage eine Erörterung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse stattfinden soll, ist abzulehnen. Anknüpfungspunkt dieser Erörterung ist das in § 9 PrüfvV geregelte Nachverfahren. Dieses ist gemäß § 9 Satz 2 PrüfvV freiwillig, ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf soll diese Freiwilligkeit – die systemgerecht ist, da das Vorverfahren nach § 5 PrüfvV ebenfalls freiwillig ist – aufrechterhalten werden. Damit kollidiert jedoch die geplante Neuregelung, die die Durchführung eines Nachverfahrens als Voraussetzung für die Erhebung einer Klage vorsieht. Im Übrigen ist das in der PrüfvV geregelte Nachverfahren in der Praxis in dieser Form akzeptiert. Dabei ist auch zu bedenken, dass ein verpflichtendes Nachverfahren in den Fällen, in denen Krankenhaus oder Krankenkasse die Durchführung eines Nachverfahrens – nach den Regelungen der PrüfvV zulässiger Weise – verweigern, dennoch zu dessen Durchführung gezwungen werden und somit lediglich vermeidbarer Aufwand entsteht. Eine Klärung der Streitigkeit ist in diesen Fällen nicht zu erwarten, da sonst die Durchführung des Nachverfahrens nicht verweigert worden wäre. Daher ist diese Regelung zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2b Satz 1 und Satz 3 werden ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 2 Nr. 1 h) (§ 17c KHG)

Erstellung einer Statistik durch den GKV-Spitzenverband

Beabsichtigte Neuregelung

Erstmalig zum 30.06.2020 und danach im Jahresturnus jeweils zum 30.06. erstellt der GKV-Spitzenverband unter Verwendung der Daten nach § 275c Abs. 4 SGB V eine Statistik. Dabei sollen Auskünfte insbesondere zu Anzahl und Ergebnissen der Vorverfahren sowie durchschnittlichen Rückzahlungsbeträgen, zu Prüfanlässen nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen, zu Ergebnissen der Prüfungen nach § 275c Abs. 1 SGB V, den durchschnittlich zurückgezahlten Differenzbeträgen sowie der durchschnittlichen Höhe der Aufschläge, zu Anzahl und Ergebnis-

sen der Nachverfahren, zu Anzahl und Gründen der Anzeige der zulässigen, eine Prüfquote überschreitenden Prüfungen sowie Anzahl und Ergebnisse der Stichprobenprüfungen enthalten. Die näheren Einzelheiten bezüglich der Erarbeitung dieser Statistik werden vom GKV-Spitzenverband festgelegt, dabei sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

Stellungnahme

Wie schon zu der vergleichbaren Regelung des § 275c Abs. 4 SGB V ausgeführt, ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass der Referentenentwurf für eine größere Transparenz hinsichtlich des MD-Prüfverfahrens sorgt.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass unklar bleibt, wem diese Statistik zu übermitteln bzw. in welcher Form sie zu veröffentlichen ist. Der Entwurfsbegründung lässt sich entnehmen, dass intendiert ist, dass der GKV-SV „jenseits der ausdrücklichen gesetzlichen Vorgaben“ für die Veröffentlichung unter Berücksichtigung einer sinnvollen und leistbaren Differenzierung den bestehenden nachhaltigen Bedarf für mehr Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfungsgeschehen Rechnung zu tragen und eher relevante krankenhausbegogene Unterschiede in der Qualität der Abrechnung wie auch Unterschiede im Prüfungsverhalten offen zu legen habe. Diese Ausführungen und die entsprechend lückenhaften Regelungen in § 17c Abs. 6 KHG zugrunde gelegt lassen befürchten, dass Krankenhäuser durch die Darstellung in dieser Statistik angeprangert werden können und die Veröffentlichung dieser Statistik seitens der Krankenkassen vergleichbar zum derzeitigen Vorgehen der bewusst irreführenden sowie stigmatisierenden Darstellung der MDK-Prüfergebnisse in der Öffentlichkeit genutzt wird.

Da die Zielsetzung dieser Regelung unklar bleibt und in § 275c Abs. 4 SGB V bereits ausreichende Regelungen für eine statistische Aufarbeitung des Prüfgeschehens des Medizinischen Dienstes bestehen, ist die Regelung in § 17c Abs. 6 ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Abs. 6 KHG wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 2, § 18b KHG (neu)

Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 3 (§ 18b KHG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Neben der bisher gültigen Regelung, dass der Schlichtungsausschuss von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausgesellschaften angerufen werden kann, ist nunmehr auch eine Antragsstellung

durch Krankenkassen und Krankenhäuser, die medizinischen Dienste, der mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaft, dem BMG und dem unparteiischen Vorsitzenden möglich. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit bei Bedarf bei einer Anrufung des Schlichtungsausschusses zu unterstützen.

Stellungnahme

Gegenüber den gültigen Regelungen wurde der Kreis der anrufungsberechtigten Organisationen erheblich erweitert. Völlig unabhängig davon, ob es sich um eine Kodier- oder Abrechnungsfrage von grundsätzlicher Bedeutung handelt, können nunmehr zahlreiche Organisationen den Schlichtungsausschuss nach eigenem Ermessen anrufen. Die Benennung von aktuell über ca. 2.000 potenziell Anrufungsberechtigten und die Umsetzung zu erwartender Anfragen ist vor dem Hintergrund des anzunehmenden Aufwands, der Ehrenamtlichkeit aller Beteiligten, der Komplexität der Fragestellungen sowie den nachfolgend weiteren Festlegungen zur Arbeitsweise des Schlichtungsausschusses als nicht realistisch zu bezeichnen.

Die Erweiterung der Antragsberechtigten wird mit enormen Folgeproblemen verbunden sein. Der Schlichtungsausschuss wird die Anträge vermutlich nicht strukturiert und sachgerecht bearbeiten können, da mit einer Fülle von Anträgen, insbesondere zu Einzelfällen, zu rechnen sein wird. Darüber hinaus ist von Anträgen unterschiedlichster Qualität auszugehen. Ein Systemversagen ist vorprogrammiert.

Der bisher zurückhaltende Einsatz des Schlichtungsausschusses Bund ist nicht der mangelnden Phantasie der Selbstverwaltungspartner im Hinblick auf potentiell strittige Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung geschuldet, sondern vielmehr der Tatsache, dass in Deutschland ein derart komplexes Krankenhausvergütungssystem eingesetzt wird, welches bei kleinsten Veränderungen in einzelnen Regelungsbestandteilen, wie beispielsweise den Kodierrichtlinien oder dem OPS, mit extrem weitreichenden Vergütungsrisiken verbunden ist. So hat die Vergangenheit beispielsweise in Verbindung mit der Geriatrie und den Stroke Units eindrücklich gezeigt, wie die gering modifizierte Auslegung weniger Worte im OPS die Schlaganfall- und die geriatrische Versorgung in Deutschland von einem auf den anderen Tag nachhaltig gefährden können. Der hierdurch ausgelöste Aufwand bei Politik, Selbstverwaltung, Krankenkassen und Krankenhäusern, der einer sinnlosen Ressourcenverschwendung gleich kommt, war ganz erheblich. Da Schlichtungssprüche unverändert gelten, können übereilte Fehlentscheidungen zu erheblichen Finanzrisiken für alle Seiten führen. Diese Risiken erschließen sich häufig erst nach sehr umfassenden Prüfungen, die nicht innerhalb einer kurzen Frist von 8 Wochen erfolgen können, da es der Einbeziehung zahlreicher Experten für die Klärung dieser Fragen bedarf.

Auch gilt es, die unterschiedlichen Interessen der Anrufungsberechtigten in den Blick zu nehmen. So ist zu der Benennung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling als eine „mit Kodierung von Krankenhausleistungen“ befassten Fachgesellschaft beispielsweise anzumerken, dass als Hauptsponsoren der DGfM auf der Homepage der Gesellschaft eine Reihe von Software-Anbietern, Beratungsunternehmen und weitere Unternehmen aus dem Bereich der Kodierung und Dokumentation aufgelistet sind, die von den Beschlüssen des Schlichtungsausschusses in unterschiedlicher Weise profitie-

ren können. Finanzielle Gewinne aufgrund nachfolgender Beratungs-, Schulungs- und Programmierleistungen sind dabei nicht auszuschließen. Auch in der Zusammensetzung des Vorstandes der DGfM finden sich Vertreter von Beratungs- und globalen Gesundheitsunternehmen. Interessenkonflikte im Hinblick auf die Anrufung und die Umsetzung von Schlichtungssprüchen sind daher nicht auszuschließen.

Änderungsvorschlag

§ 18b Absatz 3 KHG wird wie folgt gefasst:

Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie** den Landeskrankenhausgesellschaften, ~~den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden~~ angerufen werden; ~~die Vertragsparteien nach Satz 1 können weitere Anrufungsrechte einräumen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit bei Bedarf bei einer Anrufung des Schlichtungsausschusses zu unterstützen; die dem Institut hierfür entstehenden Aufwendungen sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren.~~

Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 4 (§ 18b KHG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von 8 Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung sind die Stellungnahmen des InEK und des DIMDI zu berücksichtigen. Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle nach dem Zeitpunkt der Entscheidung erstellten Krankenhausabrechnungen, sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den MD nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V sind.

Stellungnahme

Die in Absatz 4 formulierte Festlegung, dass der Schlichtungsausschuss „innerhalb von 8 Wochen nach Anrufung eine Entscheidung“ zu treffen hat, ist unter Berücksichtigung des o.g. Aufwandes, der bisherigen Erfahrungen und der Komplexität völlig realitätsfern. In Anbetracht der Vielzahl möglicher Anrufungsberechtigter, der sehr unterschiedlichen Komplexität möglicher Fragestellungen sowie der bereits genannten Finanzrisiken wird die fixe Festlegung einer 8 wöchigen Bearbeitungsfrist auch angesichts der Tragweite möglicher resultierender Entscheidungen nicht gerecht. Planungssicherheit für die Krankenhäuser geht vollständig verloren, stelle man sich beispielsweise gravierende Fehlentscheidungen zu allen stationären Beatmungsfällen vor.

Änderungsvorschlag

§ 18b Absatz 4 KHG wird wie folgt gefasst:

~~Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen.~~ Bei der Entscheidung sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle nach dem Zeitpunkt der Entscheidung erstellten Krankenhausabrechnungen sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 5 (§ 18b KHG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31.12.2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen; anschließend sind die zukünftig von den genannten Parteien als strittig gestellten Kodierempfehlungen zu entscheiden.

Stellungnahme

Es handelt sich bei der in Absatz 5 genannten, zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG-4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling strittig gestellten Kodierempfehlungen (sogenannte „FoKA-Liste“) im Wesentlichen nicht um Kodierfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Ein Großteil der in dieser Liste derzeit strittig gestellten Fragen beinhaltet unterschiedliche Auslegungen von Definitionen medizinischer Diagnosen und Befunde. Beispielhaft seien hier die KDE-8 zum Schlagwort „Harnwegsinfekt“ sowie die KDE 220 zu den Schlagworten „Delir, Demenz, Alzheimer“ genannt. Verbindliche, medizinischen Leitlinien nahestehende Festlegungen grundsätzlicher Art können nicht Aufgabe eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene sein, da, wie die Beispiele der „FoKA-Liste“ zeigen, stets der Einzelfall zu betrachten ist. Vielmehr obliegt es den medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Instituten, wo dies möglich ist, allgemeine Definitionen zu medizinischen Fachbegriffen zu erarbeiten und dem medizinischen Erkenntnissen entsprechend anzupassen. Die Klärung von Einzelfällen im Vergleich zu bundesweit verbindlichen Vorgaben stellt zudem hinsichtlich der Folge von Fehleinschätzungen eine völlig andere Dimension dar.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass es sich bei dem FoKA der DGfM um eine Gruppe von ca. 30 Mitgliedern der DGfM handelt, deren „ausreichende formale Qualifikation und rechtliche Legitimation“ auf der Homepage der DGfM nicht weiter konkretisiert ist. Die vom FoKA bearbeiteten Fragestellungen speisen sich aus den Anfragen von in der DGfM organisierten Krankenhausmitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Medizincontrolling, die größtenteils einzelfallbezogen erfolgen, überwiegend bereits in den ersten Jahren nach Einführung des DRG-Systems gestellt wurden und nur zum Teil in aktualisierter Form vorliegen. Der Anspruch der grundsätzlichen Bedeutung der Kodierempfehlungen wird durch den FoKA selbst nicht erhoben.

Durch die Selbstverwaltung wurden bereits 2014 diejenigen Problemstellungen von grundsätzlicher Bedeutung identifiziert, die der Selbstverwaltung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vereinbarung nach § 17c Abs. 3 KHG bereits bekannt waren. Diese Aufstellung wurde am 23.09.2014 im Spitzengespräch beschlossen. Die Problemstellungen umfassen folgende Themen von grundsätzlicher Relevanz: Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen, Neubildungen, verschiedene Aspekte der Beatmung, prophylaktische Operationen, Schwangerschaft sowie Geburt und Wochenbett. Wie bereits oben angedeutet, mangelt es somit nicht an Erkenntnissen über grundsätzlich strittige Kodierfragen, sondern vielmehr an der konkreten Einschätzung potentieller Risiken im Hinblick auf pragmatische Lösungen im Schlichtungsausschuss. Nur am Rande sei daran erinnert, dass zudem die Zuteilung neuer Aufgaben an die Selbstverwaltung durch den Gesetzgeber in den vergangenen Jahren enorm zugenommen hat.

Auch der Auftrag des Gesetzgebers zur Ausgliederung der Pflege offenbart in der Umsetzung mannigfache Detailprobleme. Die Neuregelungen zur Ausgliederung der Pflege machen nach derzeitigem Kenntnisstand ein eher stabiles Vergütungssystem erforderlich. Die parallele Forderung, zahlreiche, strittige Fragen nunmehr kurzfristig zu regeln, lassen Verwerfungen unbekanntes Ausmaßes im neuen Vergütungssystem erwarten. Insofern sollte es allein in der Verantwortung der Selbstverwaltung liegen, welche bekannten Probleme zeitnah gelöst werden können, ohne gleichzeitig die gesamte Gesundheitsversorgung in Deutschland und die Weiterentwicklung des DRG-Systems sowie die Abrechnung von Krankenhausleistungen nachhaltig zu gefährden.

Änderungsvorschlag

§ 18b Absatz 5 KHG wird gestrichen.

Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 6 (§ 18b KHG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen, verbindlich und gelten als Kodierregeln.

Stellungnahme

In dem Begründungstext zu Absatz 6 wird ausgeführt, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nicht von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene in den Kodierrichtlinien vereinbart werden müssen, sondern unmittelbar als Kodierregeln für alle zukünftigen Krankenhausabrechnungen gelten. Der Verantwortung der Vertragsparteien auf Bundesebene obliegt es dabei, „die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene durch Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien umzusetzen und eine geänderte Gesamtfassung der Deutschen Kodierrichtlinien zu gewährleisten“. Gegen diese Regelung ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Auch die DKG hatte nach dem Schlichtungsspruch zur Onkologie in der Vergangenheit darauf gedrängt, das Ergebnis in den Deutschen Kodierrichtlinien inhaltlich umzusetzen. Dies wurde seitens der GKV abgelehnt.

Dennoch wird darauf hingewiesen, dass konkrete Kodierrichtlinien und Schlichtungssprüche zu Kodierfragen von grundsätzlicher Bedeutung nicht zwingend das Gleiche sind. Eine 1:1 Übersetzung muss daher zumindest in einzelnen Fällen in Frage gestellt werden. In gleicher Weise sei auch hier nochmals auf die Komplexität des Systems hingewiesen, die sich grundlegend hemmend auf Anträge im Schlichtungsausschuss Bund ausgewirkt hat.

Änderungsvorschlag

§ 18b Absatz 6 KHG wird wie folgt gefasst:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich; ~~die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln. Die Selbstverwaltungspartner haben im Rahmen der regulären Weiterentwicklung der Kodierregeln eine Implementierung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses zu prüfen und die Kodierregeln bei Bedarf anzupassen.~~

Zu Artikel 2 Nr. 2 Absatz 7 (§ 18b KHG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Unveränderte Übernahme der bisher in § 17c Absatz 4b KHG enthaltenen Regelungen, dass gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene der Sozialrechtsweg gegeben ist, ein Vorverfahren nicht stattfindet und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat.

Stellungnahme

Durch die unveränderte Übernahme der bisher in § 17c Absatz 4b KHG enthaltenen Regelungen ist nach wie vor unklar, wer die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gerichtlich überprüfen lassen kann. Dies führt insbesondere

vor dem Hintergrund der beträchtlichen Erweiterung der Anrufungsrechte in § 18b Absatz 3 KHG zu erheblichen Rechtsunsicherheiten.

Schon bei der bisherigen Regelung in § 17c Absatz 4b Satz 1 KHG war rechtlich unklar, ob sich aus der unmittelbaren Verbindlichkeit der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die Krankenhäuser ein unmittelbares Klagerecht gegen diese Entscheidungen ableiten lässt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat schon in der Vergangenheit die Auffassung vertreten, dass letztlich neben dem jeweiligen Antragsteller nur die Verfasser der Kodierregeln und Abrechnungsbestimmungen (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, soweit die ICD- und OPS-Kodierung Verfahrensgegenstand ist) berechtigt sein dürften, die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gerichtlich anzugreifen, da nur diese Institutionen unmittelbar von den Entscheidungen des Schlichtungsausschusses betroffen sind. Die unmittelbare Betroffenheit einzelner Krankenhäuser oder Krankenkassen durch die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses ist demgegenüber fraglich, da es diesen Einrichtungen zumutbar wäre, einen Vollzugsakt abzuwarten und die Entscheidung des Schlichtungsausschusses im Rahmen einer konkreten Abrechnungstreitigkeit inzident überprüfen zu lassen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind insofern für den jeweiligen Vergütungsanspruch nur mittelbar als Bestandteil von Rechtsnormen von Bedeutung. Daher ist ein unmittelbares Klagerecht einzelner Krankenhäuser oder Krankenkassen mangels unmittelbarer Betroffenheit abzulehnen.

Angesichts der erheblichen Erweiterungen der Anrufungsrechte in § 18b Absatz 3 KHG vergrößern sich auch die mit der Frage des Klagerechts einhergehenden Unsicherheiten. Eine diesbezügliche Klarstellung in § 18b Absatz 7 KHG ist daher dringend erforderlich. In § 18b Absatz 7 KHG sollte explizit klargestellt werden, dass neben dem jeweiligen Antragsteller nur den Verfassern der Kodierregeln und Abrechnungsbestimmungen eine Klagebefugnis gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zusteht.

Änderungsvorschlag

§ 18b Absatz 7 KHG wird wie folgt gefasst:

Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. ***Eine Klagebefugnis steht neben dem jeweiligen Antragsteller nur den Verfassern der Kodierregeln und Abrechnungsbestimmungen zu (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, soweit die ICD- und OPS-Kodierung Verfahrensgegenstand ist).***

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 3 (§ 4 KHEntgG)

Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Leistungssteigerungen im Bereich der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung werden zukünftig von der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags ausgenommen.

Stellungnahme

Die Neuregelung greift eine der Forderungen der DKG im Zusammenhang mit der Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlags auf und wird daher begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 3 (§ 8 Abs. 4 KHEntgG)

Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Strukturprüfung nach § 275d SGB V ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.

Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine Parallelregelung zur Regelung des § 275d Abs. 4 SGB V. Die zu dieser Regelung gemachten Ausführungen gelten hier entsprechend.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 4 Satz 3 – neu – KHEntgG wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 5 Nr. 1 (§ 8 Abs. 3 BPfIV)

Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Strukturprüfung nach § 275d SGB V ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.

Stellungnahme

Bei dieser Regelung handelt es sich ebenfalls um eine Parallelregelung zur Regelung des § 275d Abs. 4 SGB V. Die diesbezüglich gemachten Ausführungen gelten entsprechend.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 3 S. 2 – neu – BPfIV wird ersatzlos gestrichen.