



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des Bundesminis-
teriums für Gesundheit für den**

**Entwurf eines Gesetzes
für bessere und unabhängigere Prüfungen**

(MDK-Reformgesetz)

Stand 04.06.2019

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	4
Artikel 1	7
Organisationsreform der MDKn	7
§ 275 Absatz 1: Begutachtung und Beratung	
§ 278 Absatz 1 (neu): Medizinischer Dienst	
§ 328 Absatz 6 Satz 1: Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund	
§ 279 Absatz 3 (neu): Verwaltungsrat und Vorstand.....	9
Organisationsreform des MDS	12
§ 281 Absatz 1 (neu): Medizinischer Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht	
§ 282 Absatz 2 (neu): Medizinischer Bund, Verwaltungsrat, Vorstand	
§ 283 Absatz 2 (neu): Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	
Aufrechnungsverbot	14
§ 109 Absatz 6: Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	
Ambulantes Operieren (AOP)	16
§ 115b Absatz 1 und 2: Ambulantes Operieren im Krankenhaus	
Bindung an Ergebnis der MD-Prüfung	18
§ 275c Absatz 1: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	
Quotierung/Obergrenzen von Prüfung	20
§ 275c Absatz 2: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	
Aufschläge auf Differenzbeträge I	23
§ 275c Absatz 3: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	
Keine Prüfung von Pflegeentgelten und Struktur-OPS	25
§ 275 c Absatz 6: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	
Strukturprüfung	27
§ 275d: Prüfung von Strukturmerkmalen	
Artikel 2	30
Umsetzungshinweise Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)	30
§ 17c Absatz 2 Satz 3: Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik	
Verbindlichkeit der Rechnung	31

§ 17c Absatz 2a (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik	
Entlastung der Gerichte; Vergleichsvertrag	32
§ 17c Absatz 2b (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik	
Schlichtungsausschuss Bund	35
§ 18b: Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen	
Artikel 3	36
Fixkostendegressionsabschlag	36
§ 4 Absatz 2a Satz 2: Vereinbarung eines Erlösbudgets	
Weitergehender Änderungsvorschlag	38
Übergangsregelung Pflegebudget	
§ 15 Absatz 2a: Laufzeit	

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf für den Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (kurz: MDK-Reformgesetz) verfolgt das Bundesgesundheitsministerium vorgeblich das Ziel, den Medizinischen Dienst zu stärken. Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen verfehlen die nun mit dem Referentenentwurf vorgelegten Neuregelungen ihr Ziel und werden nicht zur Lösung der Problemlage beitragen.

Darüber hinaus sollen mit dem Gesetzentwurf Anreize für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen und eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung geschaffen werden.

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich den Versuch, den jahrelang immer wieder strittig diskutierten Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnungsprüfung Herr zu werden, sie wehren sich aber gegen die Schaffung von „prüffreien Räumen“, die letztendlich dazu führen, dass die Krankenkassen Beitragsgelder für unkorrekte Krankenhausrechnungen aufwänden müssten.

Organisationreform der MDKn und des MDS

Allen voran üben die Innungskrankenkassen Kritik an der tiefgreifenden Neuorganisation der Medizinischen Dienste, die nicht mit dem Stichwort „Stärkung der Unabhängigkeit“ begründbar ist. Hierzu zählt die Neustrukturierung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste. Bereits heute ist die Einflussnahme des Verwaltungsrates auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung der einzelnen medizinischen Sachverhalte mit der bisherigen Organisationsstruktur der MDKn ausgeschlossen. Der Verwaltungsrat ist in die Begutachtung von Fällen weder einbezogen, noch kann er hier eingreifen. Dagegen gehören zu seinen Aufgaben die Verwaltung von Finanz-, Personal- und Organisationsfragen der MDKn. Warum hier zukünftig auch andere Vertreter und nicht ausschließlich die Trägerorganisationen entscheiden dürfen, erschließt sich nicht.

Vielmehr ist die Neuorganisation ein weiterer tiefer Einschnitt in den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung. Die vorgesehene Ausschaltung der Sozialpartner hat zur Folge, dass die sozialpartnerschaftliche Mitbestimmung nicht mehr zum Tragen kommt. Stattdessen werden den Berufsverbänden der Pflege und der Ärzteschaft Entscheidungsrechte eingeräumt, die nicht zu einer stärkeren Unabhängigkeit des Gremiums führen werden. Vielmehr wird die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste durch die starken Eigeninteressen der zukünftigen anderen Verwaltungsratsmitglieder konterkariert. Nur die Mitglieder der Selbstverwaltung sind aufgrund der Sozialwahlen für die Wahrnehmung der Aufgaben in den Gremien der MDKn ausreichend legitimiert. Nur

durch eine entsprechende, ausschließlich ehrenamtliche Besetzung kann die Unabhängigkeit der MDK'n nachhaltig gestärkt werden.

Die angedachte Organisationreform unterläuft nicht nur das Ziel der Unabhängigkeit, sie konterkariert die Funktionsfähigkeit der MDK'n als Dienstleister. Die MDK'n haben eine Vielzahl von Aufgaben, dazu zählen Pflegebegutachtung, AU-Begutachtungen, sozialmedizinische Beratung, Unterstützung der Kassen bei der wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten, Krankenhausrechnungsprüfung sowie die medizinische Systemberatung bei den Kompetenz-Centren. Dieser Aufgabenvielfalt tragen die Neuregelungen nicht Rechnung. Mittelbar kann durch die Neubesetzung der Verwaltungsräte der MDK'n keine neutrale Begutachtung und Wahrnehmung der Aufgaben mehr erfolgen – evtl. sind einzelne Aufgaben durch die Strukturreform in ihrer Umsetzung sogar gefährdet.

Abrechnungsprüfung im Krankenhaus

Im Bereich der Krankenhausabrechnungen justiert der Referentenentwurf vor allem die Rahmenbedingungen für die Abrechnung und die Prüfung von Krankenhausleistungen neu. Positiv hervorzuheben sind neben der Etablierung von Strukturprüfungen bei fehlender Leistungsvoraussetzung, der Bereinigung der im internationalen Vergleich massiven Fehlbelegung durch eine Ausweitung des Katalogs sektorengleich vergüteter Leistungen und der Verbindlichkeit der vom Krankenhaus gestellten Rechnung ebenso Rechnungsaufschläge für Falschabrechnungen. Sie können abhängig von ihrer Umsetzung dazu beitragen, die Notwendigkeit der Rechnungsprüfung zu reduzieren und Prüfaufwände gar nicht erst entstehen zu lassen. Allerdings sind hierfür noch ein paar wesentliche Klarstellungen, weiterführende Regelungen und mutigere Schritte von Nöten.

Die Regelungen führen allerdings zu Mehrausgaben und strategischen Fehlanreizen. Feststeht, dass jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 %) 2017 fehlerhaft war. Als Folge daraus mussten Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Mrd. Euro an Krankenkassen zurückzahlen. Nimmt man die Perspektive der Versicherten und Arbeitgeber ein, sind dies Beitragsgelder, die ohne eine Prüfung für die Versorgung an anderer Stelle gefehlt hätten!

Die Grundidee des Gesetzgebers, Prüfungen der Krankenhausabrechnungen nicht zu einem Wettbewerbsfeld der GKV zu machen und diese bedenkliche Entwicklung zu beenden, befürworten die Innungskrankenkassen. Sie resümieren aber auch, dass es mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nur bedingt gelingen wird. Schade, dass der Gesetzgeber die jüngste sehr klare Analyse des Bundesrechnungshofes kaum berücksichtigt, sondern deren Erkenntnisse ignoriert oder sogar konterkariert.

Der Bericht des Bundesrechnungshofs 2019 attestierte, dass es „wesentliche strukturelle Mängel“ bei der Abrechnung zwischen Kliniken und Kassen gibt. Als Grund für die häufigen Falschabrechnungen benannten die Prüfer, dass es derzeit kaum Konsequenzen für die Krankenhäuser nach sich zieht, falsch abzurechnen. Der Bundesrechnungshof fordert, dass konkrete „Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten“ geschaffen werden müssen. Dem Bundesrechnungshof folgend haben die Krankenkassen sogar zu wenige auffällige Rechnungen gemeldet und geprüft.

Mit der Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfungen reagiert der Gesetzgeber zwar nun auf das letzte Gutachten des Bundesrechnungshofes und reduziert die Arbeitsbelastung der MDKn. Es beschneidet aber im gleichen Zuge in inakzeptabler Weise die Prüfrechte der GKV und läuft damit den Hinweisen des Bundesrechnungshofes diametral entgegen. Die Ausgestaltung der geplanten Regelungen wie etwa die Begrenzung die Gesamtzahl der Abrechnungsprüfungen führt dazu, dass Abrechnungen prüfungsfrei gestellt werden (in Bezug auf medizinische Sachverhalte). Eine fixe Prüfquote kann sich als strategiefähig erweisen und verhindert eine weitere Prüfung. Eine fest vorgegebene Prüfquote verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot der Sozialgesetzgebung. Jede Leistung, die offensichtlich nicht zweckmäßig und unwirtschaftlich war oder das Maß des Notwendigen überschritt, muss geprüft werden dürfen. Darüber hinaus werden einzelne Bereiche (u. a. Pflegeentgelte) grundsätzlich ausgenommen. Kliniken könnten somit gefahrlos und sanktionsfrei überhöhte Abrechnungen erstellen. Ein vorgeesehenes Aufrechnungsverbot wird in diesem Zusammenhang zu einer weiteren Zunahme der Klageverfahren führen und einer nicht akzeptablen einseitigen Verlagerung des Prozessrisikos auf die Krankenkassen. Gutachten der MDKn sollten auch für die Leistungserbringer als bindend gelten und damit eine Aufrechnung bei Krankenhausabrechnungen als zulässiges Mittel gerechtfertigt sein.

Im Sinne der Beitragszahler sollte der Gesetzgeber dafür Sorge tragen, Fehlanreize im Verfahren auszuschließen und Manipulationsstrategien entgegenzuwirken.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Organisationsreform der MDKn

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7a)

§ 275 Absatz 1: Begutachtung und Beratung

Nr. 11)

§ 278 Absatz 1 (neu): Medizinischer Dienst

§ 328 Absatz 6 Satz 1: Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) soll zukünftig Medizinischer Dienst (MD) heißen. In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst (MD) als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte und mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden ein gemeinsamer Medizinischer Dienst (MD) errichtet werden.

Mit Konstituierung der MD gehen die Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auf den MD über.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen haben sich in der Vergangenheit für eine einheitliche Organisationsstruktur ausgesprochen und gefordert, dass die bisherige Aufteilung zwischen Körperschaften öffentlichen Rechts und eingetragenen Vereinen zugunsten der Verkörperpflichtung aller MDKn beendet werden sollte. Somit kann die sozialpartnerschaftliche Verankerung der Medizinischen Dienste gefestigt werden. Da mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf, eine Herauslösung der MDKn aus der sozialen Selbstverwaltung verbunden ist, ist eine Verkörperpflichtung obsolet und wird unter diesen Vorzeichen von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Die aufgrund der Überführung der Vereine in Körperschaften öffentlichen Rechts entstehenden rechtlichen Probleme sind überdies nicht gelöst.

Kritisch zu bewerten ist, dass einerseits die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen künftig nicht mehr fortgeführt werden, die Kranken- und Pflegekassen aber bei deutlich reduzierter Einflussnahmemöglichkeit weiterhin umlagefinanziert die Kosten allein zu

tragen haben. Der Gesetzgeber verfolgt offenkundig nicht das Ziel, die Eigenständigkeit der MDK n zu stärken.

Die Innungskrankenkassen merken zudem an, dass eine Eingliederung des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft innerhalb der im Referentenentwurf angedachten gesetzlichen Frist u.a. aufgrund der Komplexität der vorab zu klärenden versorgungs- und beamtenrechtlichen Fragen nicht möglich ist. Die Integration des Sozialmedizinischen Dienstes verstärkt die Frage, weshalb der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung nicht gleichermaßen zu einer einheitlichen Prüfinstitution zusammengeschlossen wird.

Änderungsvorschläge

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11)

§ 279 Absatz 3 (neu): Verwaltungsrat und Vorstand

Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Neuorganisation der Medizinischen Dienste werden die Verwaltungsräte neu zusammengesetzt. Danach sollen nur noch sechs Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen auf Vorschlag der Krankenkassen durch die Landesaufsicht benannt werden. Für die Vertreter der Krankenkassen wird einschränkend geregelt, dass es sich weder um Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände handeln darf, noch dürfen die Mitglieder hauptamtlich Beschäftigte bei Krankenkassen und deren Verbänden sein. Dabei gilt eine 12-monatige Karenzzeit.

Im Weiteren sollen sechs Vertreter auf Vorschlag der Patientenorganisationen, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen benannt werden. Hinzu kommen vier Vertreter auf Vorschlag der Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammern.

Die Finanzierung der neuen Medizinischen Dienste erfolgt wie bisher durch die Krankenkassen per Umlage. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage.

Bewertung

Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste werden in der Besetzung vollständig umgestaltet. Durch die Umgestaltung wird das Mitspracherecht der Sozialen Selbstverwaltung nicht nur schmerzlich beschnitten, sondern gänzlich abgeschafft. Eine sozialpartnerschaftliche Mitbestimmung wird nicht mehr stattfinden. Eine durch Sozialwahlen legitimierte Selbstverwaltung ist jedoch ein Wesensmerkmal der Sozialversicherung. Vertreter der Patienten-, Pflegenden- und Leistungserbringerorganisationen sind dagegen nicht durch die Sozialwahlen legitimiert.

Die Innungskrankenkassen lehnen daher die Neuorganisation der Medizinischen Dienste in der vorliegenden Form ab. Bereits heute agiert der Verwaltungsrat der MDKs unabhängig. Seine Einflussnahme auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten ist bereits heute ausgeschlossen. Der Verwaltungsrat ist weder in die eigentliche Begutachtung von Fällen einbezogen, noch greift er darin ein. Die Unabhängigkeit der Begutachtung durch die MDKs ist im § 275 Abs. 5 SGB V gesetzlich verankert.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen müssen im Rahmen einer Neuorganisation der Medizinischen Dienste zwingend alle in der Region vertretenen Kassenarten bei der Besetzung des Verwaltungsrates ausreichend berücksichtigt sein. Durch die Begrenzung auf sechs Vertreter der Krankenkassen und -verbände ist dies nicht gegeben.

Zudem wird durch die geplante Besetzung die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes keineswegs gestärkt. Bereits heute sind Patientenvertreter in den Beiräten der MDKn vertreten. Dies hat sich bewährt. Allerdings sollen nunmehr auch Leistungserbringer bei der Gestaltung von Richtlinien mitwirken und über die Inhalte der gutachterlichen Prüfung entscheiden. Gerade aufgrund dieser Möglichkeit zur interessengeleiteten Einflussnahme ist die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes nicht mehr gegeben.

Durch die Neuorganisation werden diejenigen mitentscheiden, deren Leistungserbringung geprüft werden soll und die nicht zur Finanzierung beitragen. Die Innungskrankenkassen setzen sich für die Beibehaltung der Trägerschaft der Medizinischen Dienste in der Hand der Krankenkassen ein. Aufgrund einer Veränderung des Stimmengewichts werden bestehende Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen eingeschränkt und unabhängige Entscheidungen der MD in Zukunft nicht mehr ermöglicht werden. Die vorgesehene Besetzung der Verwaltungsräte führt bei Gremienbeschlüssen, die mit einfacher Mehrheit beschlossen werden, zur Möglichkeit, dass Vertreter von Patienten, Pflegebedürftigen und Verbrauchern sowie Leistungserbringern die Kostenträgerseite, welche die volle Finanzverantwortung trägt, überstimmen können. Da die Krankenkassen die Dienstleistungen der MD finanzieren, sollten sie auch über die alleinigen Entscheidungskompetenzen verfügen.

Die vorgesehenen Änderungen konterkarieren die Funktionsfähigkeit und die Dienstleistungsfunktion der MDKn. Die Medizinischen Dienste haben eine Vielzahl von Aufgaben, dazu zählen Pflegebegutachtung, AU-Begutachtungen, sozialmedizinische Beratung, Unterstützung der Kassen bei der wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten, Krankenhausrechnungsprüfung sowie der medizinischen Systemberatung bei den Kompetenz-Centren. Diese Vielfalt der Aufgaben tragen die Neuregelungen keine Rechnung. Mittelbar droht, dass künftig keine neutrale Begutachtung und Wahrnehmung der Aufgaben mehr erfolgt – evtl. sind einzelne Aufgaben durch die Strukturreform in ihrer Umsetzung sogar gefährdet.

Der Eingriff in die Verwaltungsräte der MD wird daher strikt von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Die Innungskrankenkassen sprechen sich für eine explizite Regelung aus, die eine ausschließliche Besetzung der Verwaltungsräte durch die Selbstverwaltung vorsieht und damit lediglich ehrenamtliche Vertreter der Krankenkassen als Mitglieder der Verwaltungsräte anerkennt.

Änderungsvorschlag

Diese Regelung ist vollständig zu streichen.

Organisationsreform des MDS

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11)

§ 281 Absatz 1 (neu): Medizinischer Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

§ 282 Absatz 2 (neu): Medizinischer Bund, Verwaltungsrat, Vorstand

§ 283 Absatz 2 (neu): Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Beabsichtigte Neuregelung

Der MDS wird vom GKV-Spitzenverband gelöst und künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt. Die Mitglieder der MD sind Mitglieder des neu geschaffenen MD Bund.

Der MD Bund-Verwaltungsrat verfügt entsprechend des MD-Verwaltungsrates über 16 Mitglieder. Die Wahl erfolgt über die Verwaltungsräte der MD. Dabei werden jeweils sechs Vertreter der Krankenkassen, der Patienten und der Pflegeberufe gewählt.

Der MD Bund legt künftig die Richtlinien der Arbeit der MD fest. Dies betrifft u.a. die Festlegung von Kriterien bei der Beauftragung von externen Gutachtern durch die MD. Beim Erlass von Richtlinien sind die betroffenen Stellen, wie der GKV-Spitzenverband, miteinzubeziehen. Die MD wirken ebenfalls an den Richtlinien mit. Die Finanzierung des MD Bund erfolgt über eine Umlage der MD. Der MD Bund legt zudem dem BMG zweijährlich einen Bericht über die MD vor.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen kritisieren vehement die Ausschaltung der Selbstverwaltung im Verwaltungsrat des MD-Bund und lehnen die Besetzung mit nicht demokratisch gewählten Vertretern auch wegen einer möglichen interessengeleiteten Einflussnahme dieses Personenkreises ab (vgl. § 279 Absatz 3).

Durch die vorgesehene Strukturreform verändert sich die Abstimmung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem MD Bund bezüglich der bisherigen Aufgabenwahrnehmung grundlegend. Der MD Bund ist bisher als sozialmedizinischer Dienst beratend für den GKV-Spitzenverband z. B. für die Sitzungen des G-BA zuständig, dadurch verliert er seine Neutralität und kann diese Aufgabe künftig nicht mehr wahrnehmen.

Änderungsvorschlag

Diese Regelung ist vollständig zu streichen.

Aufrechnungsverbot

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2)

§ 109 Absatz 6: Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen können Ansprüche auf Rückforderungen geleisteter Vergütungen nicht mehr gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen aufrechnen. Alternativ können die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband abweichende Regelungen treffen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen votieren dafür, die Regelung zu streichen. Mit der Neuregelung werden eine seit Jahren gelebte Praxis und ein im BGB verankertes Recht der Krankenkassen zum Schutz der Krankenhäuser ausgehebelt. Dies hat zur Folge, dass Krankenkassen künftig ihre Forderungen bei Nichtzahlung durch die Krankenhäuser einklagen müssen.

Ein grundsätzliches Aufrechnungsverbot ist auch vor dem Hintergrund kritisch, dass nach dem vorliegenden Entwurf die MD-Entscheidung nur für die Krankenkasse bindend ist. Die Kasse ist daher bei offensichtlichen Unrichtigkeiten des MD-Gutachtens zur Klage gezwungen. Dies führt zu einer weiteren Zunahme der Klageverfahren und einer einseitigen Verlagerung des Prozessrisikos auf die Krankenkassen.

Aufrechnungen sollten weiterhin nach Vorlage eines MD-Gutachtens zulässig sein. Das MD-Gutachten sollte auch für die Leistungserbringer als bindend gelten und damit eine Aufrechnung bei Krankenhausabrechnungen als zulässiges Mittel gerechtfertigt sein. Eine Benachteiligung der Kostenträger soll somit ausgeschlossen werden.

Eine (zumindest anteilige) Aufrechnung setzt für beide Partner gleichermaßen einen Anreiz zur Prüfungsvermeidung durch korrekte Abrechnung bzw. partnerschaftlichen Falldialog. Die Regelung zur Verhandlung über die Aufrechnung im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) sollte von einer Kann- in eine Muss-Regelung verändert werden.

Mit der aktuellen Formulierung und auch in der Gesetzesbegründung ist nicht eindeutig klar, auf welche Fälle sich das Verrechnungsverbot erstrecken soll. Denkbar ist, dass der Gesetzgeber ab dem 01.01.2020 keinerlei Aufrechnungen zulassen will, egal aus

welchem Zeitraum der Krankenhausfall stammt. Andererseits wäre auch die Sichtweise denkbar, dass die Verrechnungsmöglichkeit nur für die Fälle aufgehoben wird, die ab dem 01.01.2020 zur Behandlung ins Krankenhaus aufgenommen werden. Für diese Variante spricht auch die gefestigte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. Urteil B1 KR 29/09 R vom 22.06.2010. Entsprechende Gesetzesänderungen können sich nach dem BSG nur auf neuaufgenommene Fälle beziehen.

Die Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung wären in der ersten Variante wesentlich drastischer. In der zweiten Variante würden die Entlastungen der Sachbuchkonten durch Aufrechnungen erst im Verlauf des Jahres 2020 immer weiter abnehmen. In diesem Punkt sollte eine Klarstellung erfolgen, um eben nicht erst eine Klärung durch die Sozialgerichte herbeiführen zu müssen.

Änderungsvorschlag

Diese Regelung ist vollständig zu streichen.

alternativ:

Es ist klarzustellen, dass die Verrechnungsmöglichkeit nur für die Fälle aufgehoben wird, die ab dem 01.01.2020 zur Behandlung ins Krankenhaus aufgenommen werden.

Die Regelung zur Verhandlung über die Aufrechnung im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) sollte von einer Kann- in eine Muss-Regelung verändert werden.

Ambulantes Operieren (AOP)

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3)

§ 115b Absatz 1 und 2: Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber strebt eine Erweiterung des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V um stationersetzende Behandlungen an. Zu diesem Zwecke sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die DKG und der GKV-Spitzenverband bis zum 31.06.2021 den erweiterten AOP-Katalog sowie eine einheitliche Vergütung für die Leistungen des Katalogs vereinbaren. Bei der Vereinbarung der einheitlichen Vergütung soll nach dem Schweregrad der Fälle differenziert werden. Die Festlegung der Leistungen des AOP-Katalogs soll auf Basis eines von den Vertragsparteien auf Bundesebene gemeinsam beauftragten Gutachtens erfolgen.

Des Weiteren ist vorgesehen, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Katalogs erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst unterliegen.

Bewertung

Die mit der Änderung des § 115b SGB V angestrebte bessere Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. In diesem Zusammenhang wird die Erweiterung des AOP-Katalogs um stationersetzende Behandlungen als sinnvoll bewertet.

Nach der Einschätzung der Innungskrankenkassen muss allerdings auch in diesen Fällen generell ein Recht auf Prüfung bestehen. Die Innungskrankenkassen lehnen deshalb die Einschränkung der Prüffähigkeit ab.

Mit der Neuregelung ist eine Stärkung der Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus intendiert. Dieses Anliegen des Gesetzgebers muss aber nicht mit dem Verzicht auf Prüfungen „erkauft“ werden. Die Krankenhäuser sind stark an einer Ausweitung ihrer Behandlungsmöglichkeiten in diesem Sektor interessiert, sodass hier mit einer Leistungsmehrung zu rechnen ist.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollte zumindest die Möglichkeit bestehen bleiben, offensichtlich falsche Abrechnungen zu prüfen. Die Ablehnung bezieht sich auch auf den Teilbereich Pflege. Der Ausschluss des Bereiches von der Prüfung kann sich als strategiefähig erweisen.

Änderungsvorschlag

Zu § 115b Absatz 2 wird der neu eingefügte Satz 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.“

Bindung an Ergebnis der MD-Prüfung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9)

275c Absatz 1: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig ist die Krankenkasse an das Ergebnis der medizinischen Prüfung durch den Medizinischen Dienst gebunden.

Bewertung

Den Krankenkassen wird das Recht genommen, in ihrer medizinischen Beurteilung vom Ergebnis des Medizinischen Dienstes im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens abzuweichen. Bisher haben Krankenkassen in Abwägung aller vorliegenden Informationen die abschließende leistungsrechtliche Beurteilung getroffen. Künftig darf es keine vom Ergebnis der medizinischen Prüfung des Medizinischen Dienstes abweichende Entscheidung geben.

Die Innungskrankenkassen bewerten diese einseitige Regelung äußerst kritisch und lehnen diese ab. Die Neuregelung verschärft das Ungleichgewicht zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Die Krankenkassen sind an die Entscheidung gebunden, während sich die Krankenhäuser über dieses Ergebnis hinwegsetzen können. Das Prozessrisiko wird darüber hinaus durch das Aufrechnungsverbot auch noch zu den Krankenkassen verlagert. Offensichtliche Unrichtigkeiten der MD-Gutachten müssen beanstandet werden können.

Sozialgerichtliche Verfahren werden auch schon heute vermieden, sofern ein Krankenhaus oder eine Krankenkasse sich erneut mit den Ergebnissen der Begutachtung des MD auseinandersetzt. Es kann nicht der Wille des Gesetzgebers sein, offensichtliche Fehlinterpretationen des MD in jener Weise verbindlich zu machen, dass der Fall als Konsequenz bei Ablehnung eines Falldialogs verpflichtend vor den Sozialgerichten entschieden werden muss.

Darüber hinaus wird bei der vorgesehenen Regelung die Notwendigkeit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkassen nicht berücksichtigt bzw. es ist unklar, ob dies ebenfalls von der Bindung an das Gutachtenergebnis umfasst wird. In einer Vielzahl von Fällen muss der MDK sein Begutachtungsergebnis von der leistungsrechtlichen

Entscheidung der Kasse abhängig machen, da er selbst nicht befugt ist, einen Sachverhalt rechtlich zu würdigen, sondern ausschließlich medizinisch bewerten darf. Eine klare Trennung ist oftmals nicht möglich. In die leistungsrechtlichen Entscheidungen fließen weitere Informationen ein, die dem MD nicht vorliegen oder für deren Bewertung der MD nicht benötigt wird. Dazu zählen Informationen aus Anfragen an die Versicherten, weitere Leistungen, die in Anspruch genommen worden sind, Klageverfahren, die die Krankenkasse erstritten hat und deren Ergebnis auch von der Beurteilung durch den MD abweichen können.

Hilfsweise sollten die Gutachten des MD auch für die Krankenhäuser verbindlich sein. Durch die Gesetzesänderung erhält der MD die Unabhängigkeit von den Krankenkassen, die die Krankenhäuser seit Jahren vehement eingefordert haben. Dann sollten die Krankenhäuser auch die Ergebnisse der medizinischen Begutachtungen akzeptieren und gegen sich gelten lassen.

Eine Rechnungskürzung sollte auch vor MD Prüfung möglich sein und zwar für offensichtliche Abrechnungsfehler also Verstöße gegen Abrechnungsregelungen, z. B. notwendige Verlegungsabschläge, Fallzusammenführungen etc.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

alternativ:

Die Gutachten des MD sind auch für die Krankenhäuser als verbindlich zu erklären. Wenn das MD-Gutachten vorliegt, muss auch eine Aufrechnung möglich sein.

Quotierung/Obergrenzen von Prüfung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9)

§ 275c Absatz 2: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2020 gilt normativ eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 10 %. Ab dem Jahr 2021 wird eine krankenhausesbezogene Prüfquote durch den GKV-Spitzenverband ermittelt. Grundlage sind die Ergebnisse der Prüfung des vorvergangenen Quartals. Bei einem Anteil korrekter Abrechnung von ≥ 60 % beträgt die Prüfquote bis zu 5 %, bei einem Anteil von 40% und < 60 % beträgt die Prüfquote im Krankenhaus bis zu 10 %. Ist der Anteil korrekter Abrechnungen < 40 %, beträgt die Prüfquote maximal 15%. Sollte ein Krankenhaus weniger als 20 % korrekt abrechnen, darf die Prüfquote überschritten werden. Dies gilt auch bei einem begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung.

Bewertung

Die vom Gesetzgeber angedachte Neuregelung enthält weitreichende Einschränkungen der Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfung, welche von den Innungskrankenkassen als nicht sachgerecht bewertet und daher ablehnt werden.

Mit der Festlegung der Quote werden die derzeit über ein Vorverfahren geprüften Fälle (ca. 3 %) und die derzeitige Prüfquote von bundesweit durchschnittlich 14,9 % (insgesamt gut 18 %) in 2020 auf 10 % begrenzt. Eine Prüfquote von 10 % bedeutet für die GKV isoliert betrachtet einen Verlust in 2020 von mehr als 1 Mrd. Euro.

Damit entfällt zudem der Anreiz, Falldialoge und Vorverfahren durchzuführen. Krankenhäuser werden keine Gespräche führen, die nicht die Prüfquote der Krankenkassen verringern, da diese Fälle neben den Fällen aus der Prüfquote zu Rechnerkürzungen führen könnten.

Sollte an der Einführung einer Quote festgehalten werden, so muss sich diese am aktuellen Durchschnitt der Prüfquote orientieren und das Verfahren insgesamt wettbewerbsneutral ausgestaltet sein. Die Quote kann sich als strategiefähig erweisen und sollte sich daher auf die Anzahl Rechnungen der Krankenkassen allgemein und nicht bezogen

auf die jeweiligen Krankenhäuser beziehen. Zur Vermeidung von Manipulationsmöglichkeiten sollten auch die Fallprüfungen im Rahmen des Vorverfahrens (Falldialog) auf die Prüfquote angerechnet werden.

Durch eine prozentuale Prüfquote je Krankenhaus werden insbesondere kleine Krankenkassen benachteiligt und solche, die nur regionale Schwerpunkte und in vielen Krankenhäusern nur äußerst geringe Belegungszahlen aufweisen. Es sollte daher für Krankenkassen mit geringen Fallzahlen eine Kombination mit einer absoluten Prüfobergrenze erfolgen.

Im Zusammenhang mit der angedachten Quotierung müsste ein lernendes System zudem anders ausgestaltet werden. Dafür dass selbst bei der besten Abrechnungsqualität eines Krankenhauses weiterhin knapp 40 % der Abrechnungen falsch sein können, ist der Umfang der Reduzierung der Prüfungen als zu hoch einzuschätzen. Hier sollten zumindest weitere Differenzierungen erfolgen. Beginnend mit einer höher angesetzten Obergrenze kann diese mit einem entsprechenden Anteil korrekter Abrechnungen abgesenkt werden.

Krankenkassen sind an das Ergebnis der Gutachten gebunden. Wenn offensichtliche Fehler innerhalb des Gutachtens vorliegen, ist die Frage zu klären, wer dafür haftet. In Verbindung mit den Aussagen des Bundesrechnungshofes zum aktuell noch nicht realisierten Potenzial in der Krankenhausrechnungsprüfung sollte auch eine Regelung zur Freistellung von der Vorstandshaftung aufgenommen werden.

Es ist zu regeln, unter welchen Voraussetzungen von systematisch überhöhten Abrechnungen auszugehen ist und wie diese Feststellung begründet werden muss.

Die Innungskrankenkassen sehen eine bessere und auf lange Sicht zielführendere Lösung der Problematik in der flächendeckenden Einführung eines technischen Prüfverfahrens. Es würde nach ihrer Einschätzung vor allem dem eigentlichen Problem, des hohen Dokumentationsaufwandes entgegenwirken und zur Entbürokratisierung beitragen und eine Transparenz über das Geschehen ermöglichen.

Änderungsvorschlag

Eine Prüfquote ist nur unter folgenden Rahmenbedingungen akzeptabel:

- Höhere Prüfquote für 2020 entsprechend dem aktuellen durchschnitt in 2018, also Einstieg mit 17,4 %
- Ab 2021 Herstellung des Bezugs der Quote auf das Vorjahresquartal, da laut Prüfverfahrensvereinbarung die Prüfdauer von Rechnungen 11 Monate beträgt.

- Liegt der Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 60 % und 80 % der geprüften Rechnungen eines Krankenhauses, reduziert sich die Prüfquote auf 7,5 % aller Abrechnungen im Quartal. Bzw. bei Ansatz einer Prüfquote von zumindest 15 % für 2020 z. B. auf 12,5 %.
- Sind mehr als 80 % der geprüften Rechnungen eines Krankenhauses korrekt, reduziert sich die Prüfquote auf 5 % aller Abrechnungen im Quartal. Bzw. bei Ansatz einer Prüfquote von zumindest 15 % für 2020 z. B. auf 10 %.
- Bei einer ausgeschöpften Quote sind auffällige Rechnungen weiterhin beim MD prüfbar, wobei diese Fallprüfungen, sollten sie nicht zu einer Klarstellung und Rechnungskorrektur führen, auf die Quote des Folgezeitraums angerechnet werden. Anderenfalls ergibt sich für die Krankenhäuser eine Steuerungsmöglichkeit, in dem entsprechende Fälle mit hohem Prüfpotential stets am Ende eines Quartals abgerechnet werden.
- Der Prüfungsausschluss darf sich nur auf die Strukturmerkmale aber nicht auf die medizinischen einzelfall-bezogenen Sachverhalte beziehen.
- Es sollte eine Klarstellung dahingehend erfolgen, welche Rechnungen für die Berechnung der maximal erlaubten Prüfquote zu Grunde gelegt werden. Unter die Formulierung „Abrechnung“ aus dem Gesetzestext könnten auch Nachtragsrechnungen sowie Rechnungen für Zuzahlungen oder die 8,50 Euro für die Durchführung des Verwaltungsverfahrens für Zuzahlungen subsumiert werden. Der Gesetzgeber hat aber sicherlich die eigentlichen Leistungsabrechnungen im Sinn. Eine Klarstellung würde eine ggf. langwierige Klärung über den Gerichtsweg ersparen.
- Unabhängig von der Anzahl der Fälle muss für jede Krankenkasse in jedem Krankenhaus zumindest eine Prüfung pro Quartal möglich sein. Daher sollte bei Quotenfestlegung eine generelle Aufrundung des Berechnungsergebnisses der Quote auf eine ganze Zahl (damit immer mindestens eine Prüfung möglich) oder eine Mindestzahl von 3 erfolgen. Darüber hinaus könnte bei kleinen Fallzahlen auch auf ein Halbjahres- oder Jahresbezug abgestellt werden.

Aufschläge auf Differenzbeträge I

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9)

§ 275c Absatz 3: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unter 60 % sind neben der Rückzahlung der Differenz (Ursprung und geminderter Betrag) Aufschläge zu zahlen (25 % bis maximal 50 %). Der Sanktionsmechanismus für Krankenhäuser soll ab 2020 gelten.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Regelung grundsätzlich, da sie doch zum ersten Mal einen Anreiz für die Krankenhäuser setzt, korrekt abzurechnen. Auch der Bundesrechnungshof hat in seinem Bericht darauf verwiesen, dass aus Gründen der Gleichbehandlung auch die fehlerhafte Abrechnung seitens der Krankenhäuser sanktioniert werden muss.

Eine Falschabrechnung ist kein Kavaliersdelikt. Zumindest müsste jede fehlerhafte Rechnung mit einer Aufwandspauschale (als Strafzahlung) in Höhe von mind. 300 Euro belegt werden, d.h., jeder beanstandete Fall sollte, unabhängig vom Anteil der korrekten Abrechnungen, sanktioniert werden.

Hier sollte eine weitere Differenzierung erfolgen, um die Anreizwirkung zu verstärken.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

~~(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent~~ neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt mindestens 300 € und darüber hinaus bei Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 60 %:

~~a) 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 2,~~

~~b) 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 4.~~

- a) unterhalb von 60 % und bis 50 %: Aufschlag von 25 % auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,
- b) unterhalb von 50 % und bis 40 %: Aufschlag von 50 % auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,
- c) unterhalb von 40 % und bis 30 %: Aufschlag von 75 % auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,
- d) unterhalb von 30 %: Aufschlag von 100 % auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag.

Unabhängig von der Staffelung beträgt die Mindesthöhe des Aufschlags auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag 300 Euro.

Keine Prüfung von Pflegeentgelten und Struktur-OPS

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9)

§ 275 c Absatz 6: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen dürfen ab 2020 tagesbezogene Pflegeentgelte nicht zum Anlass nehmen, die Wirtschaftlichkeit der Verweildauer zu prüfen. Prüfergebnisse anderweitiger Prüfanlässe dürfen keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben.

Bewertung

Grundsätzlich ist der Gesetzgeber daran interessiert, dass die Abzahlung des Pflegebudgets nicht von der Abrechnungsprüfung betroffen ist. Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen widerspricht der in der Regelung vorgesehene Ausschluss dem Prüf- und Wirtschaftlichkeitsgebot der Kassen und setzt einen Anreiz zu systematischer Falschabrechnung. Es gibt bereits eine Regelung mit der DKG, in der Prüfungen, die zur Änderung des Relativgewichtes führen, bei den Pflegeentgelten berücksichtigt werden. Dies schließt die gesetzliche Regelung nun aus. Es ist auf die Regelung von DKG und GKV-Spitzenverband abzustellen. Daher lehnen die Innungskrankenkassen die beabsichtigte Neuregelung ab.

Folgendes Beispiel soll den Sachverhalt verdeutlichen. Sofern das Ergebnis der Prüfung durch den MD ergibt, dass die stationär erbrachte Leistung auch ambulant hätte erbracht werden können, so sind in der Folge die entstandenen Pflage tage dennoch zu finanzieren. Diese (neue) zusätzliche Finanzierung kann nicht durch die Solidargemeinschaft erbracht werden. Ähnlich verhält es sich mit den Prüfergebnissen, die zwar eine Auswirkung auf die ambulanten DRG, allerdings keine Auswirkungen auf die Pflegeentgelte haben (z.B. bei Rechnerkürzungen oberhalb der oberen Grenzverweildauer).

Die Einschränkung bei Fällen mit „Struktur-OPS“ ist nur soweit akzeptabel, wie sie sich auf die allgemeine Einhaltung von Strukturvorgaben bezieht, da diese gemäß dem neuen § 275d SGB V einem anderen Verfahren unterliegen.

Problematisch ist, dass der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen immer eine „Momentaufnahme“ zum Zeitpunkt der Prüfung darstellt. Die Realität zeigte wiederkehrend, dass sich die Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern stetig ändern. So sei beispielhaft darauf verwiesen, dass durch Ärztefluktuation Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt wurden. Die einzelfallbezogene Prüfung mindestens der medizinischen Sachverhalte muss weiter möglich sein. Für die kontinuierliche Sicherstellung der Strukturvoraussetzungen bzw. der temporären Nichteinhaltung ist ein Regulierungsinstrument zu schaffen.

Folgendes Beispiel zur Erklärung. Ein 50-jähriger Patient wird von einer Geriatrischen Klinik (mit positiver Strukturprüfung) behandelt obwohl keine Multimorbidität vorliegt. Die Fachärztliche Betreuung ist auf Grund kurzfristiger Erkrankung und fehlender Vertretung nicht gegeben.

Änderungsvorschlag

§ 275 c Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- (6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei
1. der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie **zu einer Korrektur des Relativgewichtes der aDRG führen** ~~keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben,~~
 2. der Prüfung der **grundsätzlichen** Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d.

Strukturprüfung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9)

§ 275d: Prüfung von Strukturmerkmalen

Beabsichtigte Neuregelung

Die strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung (z. B. die Strukturmerkmale der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung) konnten von den Krankenkassen oft nur im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft werden. Die Strukturprüfungen sollen nun vor der Leistungserbringung erfolgen. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

Der Referentenentwurf sieht auch eine Prüfung von Strukturmerkmalen von Krankenhäusern durch diese „anderen Gutachterdienste“ vor.

Bewertung

Die Regelung wird zu einer Vereinfachung des Verfahrens für alle Beteiligten beitragen und wird daher von den Innungskrankenkassen begrüßt. Als problematisch bewerten die Innungskrankenkassen die Einführung sogenannter „anderer Gutachterdienste“ neben dem Medizinischen Dienst.

Zudem lässt die Regelung Fragen offen:

- Prüfungsmodalitäten sind zu klären
- Der Medizinische Dienst kann nur zu medizinischen und nicht zu leistungsrechtlichen oder juristischen Sachverhalten Stellung nehmen. Daher muss insbesondere klargestellt werden, welche Merkmale „Strukturmerkmale“ sind (und in diesem Rahmen geprüft werden sollen) und welche Merkmale im Rahmen einer Einzelfallprüfung beurteilt werden können.
- Zeiträume sind zu bestimmen, ab wann und wie lange Prüfungsergebnisse anerkannt werden (ab wann, was passiert bei kurzfristigen Strukturveränderung).
 - Als problematisch könnte sich der Umfang erweisen. Hierzu soll eine Liste auch nach §283 Absatz 2 erstellt werden. Dabei ist nicht nur wichtig für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden, sondern auch, welche Bedingungen durchgängig erfüllt sein

- müssen (z.B. Vertretung, Personalabgang...). Ggf. macht dies eine Regelung zur erneuten Prüfung nach Zeitablauf notwendig.
- Zudem ist der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen immer eine „Momentaufnahme“ zum Zeitpunkt der Prüfung darstellt. Die Realität zeigte wiederkehrend, dass sich die Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern stetig änderten. So sei beispielhaft darauf verwiesen, dass durch Ärztefluktuation Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt wurden.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es zwingend erforderlich, dass das Krankenhaus verpflichtet wird, etwaige Änderungen, die zur Folge haben, dass die Leistungserbringung nicht (mehr) gegeben ist, den Krankenkassen unmittelbar anzuzeigen sind z. B. Weggang eines oder mehrere Ärzte. Es muss ein Instrument etabliert werden, um die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen kontinuierlich zu ermöglichen und damit die Versorgungsqualität für die Versicherungsgemeinschaft durchgängig sicherzustellen. Gleichzeitig sollten Strukturprüfung auch rückwirkende Konsequenzen haben, wenn festgestellt wird, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung entweder nicht bestanden oder aber zwischenzeitlich entfallen sind. Die Rückwirkung muss bis zu 4 Jahre betragen.

Im Weiteren gilt es klarzustellen:

- Der leistungsrechtliche Auslegungsspielraum sollte bei Fassung von strukturrelevanten OPS-Schlüsseln durch das DIMDI möglichst eng und auslegungsfrei gehalten werden, damit eine einheitliche Umsetzung der Gutachtung durch alle Kassen sichergestellt ist.
- Die Möglichkeit des Krankenhauses, die Strukturprüfung durch externe Gutachterdienste durchführen zu lassen, wird ausdrücklich abgelehnt, da weder die Unabhängigkeit und Neutralität noch die Einheitlichkeit der Gutachten hierdurch gewährleistet ist. Sollte der Gesetzgeber daran festhalten, wird eine Compliance-Regelung als notwendig erachtet.

Änderungsvorschlag

Zu § 275d Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

[...] „Kann eines oder mehrere der geforderten Strukturmerkmale während des Zeitraumes gemäß Satz 1 vom Krankenhaus nicht mehr erfüllt werden, ist dies unter Nennung des Zeitpunktes unverzüglich den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2

des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzuzeigen. Ab diesem Zeitpunkt darf die Leistung nicht mehr abgerechnet werden. Die Erfüllung des Strukturmerkmals ist durch eine erneute Begutachtung nachzuweisen. [...]“

Umsetzungshinweise Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)

zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1b)

§ 17c Absatz 2 Satz 3: Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien sollen gemeinsame Umsetzungshinweise Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) z. B. zur Aufrechnung etc. vereinbaren.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Regelung grundsätzlich. Eine Verabschiedung gemeinsamer Umsetzungsempfehlungen war im Jahr 2016 an der DKG gescheitert. Die DKG hat damals die Verhandlungen abgebrochen hat, obwohl nur noch wenige Punkte zu klären gewesen wären.

Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen wird die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) nicht verändert. Es ist aber zu erwarten, dass die DKG die PrüfvV bis zum 30.06.2019 mit Wirkung zum 31.12.2019 kündigen wird, um Regelungen der PrüfvV neu zu verhandeln. Dies wird in erster Linie die Aufrechnung betreffen sowie alle weiteren gesetzlichen Regelungen dieser Reform, die die PrüfvV beeinflussen werden, z. B. das Vor- und Nachverfahren. In diesem Zusammenhang sollte aus der Kann-Regelung eine Muss-Regelung zur Verhandlung über die Abwicklung von Rückforderungen werden.

Die genauen Auswirkungen können aktuell nicht abgeschätzt werden.

Änderungsvorschlag

Ergänzung § 17c Absatz 2 Satz 2 (neu):

[...] „Verpflichtend ist das Nähere zur Umsetzung der Regelung gemäß § 109 Abs. 6 SGB V zu regeln.“ [...]

Verbindlichkeit der Rechnung

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Nr. 1c)

§ 17c Absatz 2a (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

Beabsichtigte Neuregelung

Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. Gleichzeitig dürfen Krankenkassen nach Abschluss der Prüfung keine weiteren Prüfungen vornehmen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Regelung ausdrücklich. Seit Jahren hat sich die GKV für eine entsprechende Regelung stark gemacht.

Allerdings führt der generelle Ausschluss weiterer Prüfungen dazu, dass nachträglich gemachte Erkenntnisse nicht verfolgt werden können. Dies sind z. B. Informationen aus einem nachfolgenden Aufenthalt, die zu einer Prüfung auf eine Fallzusammenführung führen könnten. Dabei muss immer auch der erste Fall mitgeprüft werden.

Änderungsvorschlag

Der Ausschluss weiterer Prüfungen ist zu streichen, daher wird in § 17c Absatz 2a (neu) der letzte Satz gestrichen.

„(2a) Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden. ~~Weitere Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung finden nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht statt.~~“

Entlastung der Gerichte; Vergleichsvertrag

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1c)

§ 17c Absatz 2b (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

Beabsichtigte Neuregelung

Vor einer gerichtlichen Überprüfung können Krankenkassen und Krankenhäuser einzel-fallbezogene Vergleichsverträge schließen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Verpflichtung auf eine Ver-gleichsverhandlung. Dieses Verfahren wird bereits heute auch so praktiziert. Jedoch muss auf beiden Seiten (Leistungserbringer und Kostenträger) auch ein Anreiz hierzu bestehen. Dieser Anreiz ist allerdings nur gegeben, wenn der Streitbetrag bis zu einer Entscheidung nicht einseitig (geplantes Verrechnungsverbot) sondern anteilig zu tragen ist. Sollte es nicht zu einer Verrechnung mit Vorlage des MD-Gutachtens gekommen sein, so müsste spätestens bei Nichteinigung und Anrufung des Schiedsgremiums eine Verrechnung (z.B. hälftig) durch die Krankenkasse möglich sein.

Der Gesetzesbegründung lässt sich entnehmen, dass der Gesetzgeber die Erörterung des Falles sowohl im Falldialog des Vorverfahrens als auch im Nachverfahren gemäß Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) für möglich erachtet. Zur Vermeidung von Manipulationsmöglichkeiten sollten auch die Fallprüfungen im Rahmen des Vorverfahrens (Fall-dialog) auf die Prüfquote angerechnet werden. Hier muss unbedingt das Informationsge-fälle zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse beseitigt werden. Ohne Ein-sichtsmöglichkeit für medizinische Angestellte der Krankenkasse ist ein Falldialog nur schwer zu führen. Hier sollten entsprechende Möglichkeiten geschaffen werden. In die-sem Zuge ist auch das unterschiedliche Informationsniveau zwischen Krankenkasse und Krankenhaus auszugleichen.

Eine entsprechende Regelung könnte von den bereits bestehenden Regelungen für die Unfallversicherungen abgeleitet werden. Unfallversicherungen dürfen von den Kranken-häusern zumindest die Entlassungsbriefe und Operationsberichte anfordern.

Ohne entsprechende Unterlagen wissen die Krankenkassen lediglich, welche Unterlagen dem MD bei der Begutachtung vorlagen. Sie kennen aber nicht einmal deren genauen Inhalt. Ohne weitere Informationen können die Krankenkassen ihr Klagerisiko nicht einschätzen.

Das Krankenhaus könnte hier sogar steuernd eingreifen, in dem es dem MD wichtige Unterlagen für die Beurteilung nicht übersendet und diese erst in einem Gerichtsverfahren vorlegt. Das Prozessrisiko verschiebt sich damit katastrophal zu Lasten der Krankenkasse.

Weiterhin führt diese Regelung zu einem hohen Mehraufwand auf beiden Seiten. Bisher wurde nur ein kleiner Teil der Fälle im Vorverfahren im Rahmen eines Falldialogs besprochen. Eine verschwindend kleine Anzahl an Fällen wurde im Nachverfahren diskutiert.

Durch die Gesetzänderung müssten beide Seiten jeden Fall, in dem das MD-Gutachten zu einer Rechnungsminderung führt, erörtern. Dies lässt sich effektiv sicherlich nur so umsetzen, dass zukünftig Fallkonferenzen zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus stattfinden. Wenn dies telefonisch erfolgt, z. B. bei Kliniken in weiter Entfernung regionaler Kassen, muss eine Bestätigung des Krankenhauses eingeholt werden, dass die Erörterung stattgefunden hat, um diese bei einer Klage dem Sozialgericht vorlegen zu können. Hierdurch wird zusätzliche Bürokratie entstehen. Das ist aus Sicht der Innungskrankenkassen abzulehnen.

Grundsätzlich wird der Falldialog als letzte einvernehmliche Klärungsmöglichkeit vor Einschaltung der Gerichtsbarkeit begrüßt. Allerdings müssen parallele Absprachen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ausgeschlossen werden (Stichwort Vergleichsverträge). Das Prüfergebnis des MD darf nicht untergraben werden. Vergleichsverträgen dürfen nicht zur Manipulation der Abrechnungsquote genutzt werden und sind transparent zu verfassen. Entsprechende Regelungslücken gilt es zu schließen.

Änderungsvorschlag

Die Anfrage und Bestätigung der Erörterung soll über Datenträgeraustausch unter Nutzung der Datensätze (KAIN und INKA) erfolgen.

Nach Aufforderung zur Erörterung sind der Krankenkasse vom Krankenhaus alle für die Prüfgegenstände relevanten Unterlagen vorzulegen. Weitere Unterlagen darf das Krankenhaus in einem sich anschließenden Gerichtsverfahren nicht einbringen.

§ 17c Absatz 2b (neu) wird wie folgt ergänzt:

„(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Abweichend von § 275c Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die Krankenkasse und das Krankenhaus eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Durchführung der Erörterung nach Satz 1 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten. Bei Nichteinigung ist die Krankenkasse berechtigt, 50% des Streitbetrages mit offenen Forderungen des Krankenhauses zu verrechnen.“

Schlichtungsausschuss Bund

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

N. 2)

§ 18b: Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber strebt eine bundeseinheitliche, unabhängige Abrechnungsprüfung und eine Reduktion der Einzelfallprüfungen an. Für diese systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen muss eine einheitliche Grundlage geschaffen werden, was richtige und was falsche Kodierung ist. Aus diesem Grund sind insbesondere folgende Veränderungen beim Schlichtungsausschuss Bund geplant:

- Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), einzelne Krankenkassen und Krankenhäuser, einzelne Medizinische Dienste, Fachgesellschaften, das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses Bund sind nun antragsberechtigt.
- Der Schlichtungsausschuss Bund muss innerhalb von acht Wochen nach Antragstellung eine Entscheidung treffen.
- Die derzeit rd. 90 bestehenden Kodierstreitigkeiten sind bis spätestens 31.12.2020 vom Schlichtungsausschuss Bund zu entscheiden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die geplanten Änderungen beim Schlichtungsausschuss Bund mit einer Ergänzung, die getroffenen Entscheidungen sollten eindeutig sein und nicht zu weiteren offenen Fragen führen, wie dies bei der ersten und einzigen Entscheidung des Bundesschlichtungsausschusses der Fall war.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Fixkostendegressionsabschlag

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1a)

§ 4 Absatz 2a Satz 2: Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) findet keine Anwendung bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung der Patientin oder des Patienten.

Bewertung

Die Freistellung weiterer Leistungsbereiche vom FDA ist kritisch zu sehen und nur im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Überarbeitung und Vereinfachung der Regelungen des § 4 Abs. 2a KHEntG akzeptabel. Daher lehnen die Innungskrankenkassen die vorgesehene Regelung ab. Hierzu sei auf Ausführungen und den Änderungsvorschlag des IKK e.V. im Rahmen der Beratungen zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verwiesen.

Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2a KHEntG: „Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden. Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 gilt nicht bei

1. a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patientinnen und Patienten; **und** der Versorgung von Frühgeborenen ~~und bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten.~~
- b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
- c) zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand.

~~d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie~~

~~e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde,~~

~~2. hälftig für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.~~

~~Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Ein während der maßgeblichen Abschlagsdauer vereinbarter Rückgang der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen ist bei der Ermittlung der Grundlage der Bemessung des Abschlags mindernd zu berücksichtigen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden.“~~

Weitergehender Änderungsvorschlag:

Übergangsregelung Pflegebudget

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 15 Absatz 2a: Laufzeit

Hintergrund

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat für die Pflegekostenfinanzierung einen neuen Rahmen mit gesondertem Budget und Entgelten geschaffen. Die neuen Entgelte für die Pflegekosten sollen zum 1.1.2020 verpflichtend abgerechnet werden. Um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten sind vorläufige Zahlbeträge notwendig, da nicht alle Krankenhäuser bereits zu diesem Zeitpunkt individuelle Beträge vereinbart haben. Die aktuelle Regelung geht von festen Beträgen je Tag aus und differenziert diese nicht nach ihrem schweregradbezogenen Kostenniveau. Gleichzeitig wird nach aktuellem Stand jedoch ein vom InEK erstellter schweregradbezogener Pflegeentgeltkatalog mit Relativgewichten vorliegen. Um diesen auch ab 1.1.2020 für alle Krankenhäuser anwenden zu können sind die vorläufigen fixen Zahlbeträge in einen vorläufigen Pflegegrundwert umzuwandeln, der dann mit dem jeweiligen Relativgewicht aus dem Pflegeerlöskatalog multipliziert werden kann.

Diese Anpassung ermöglicht die sofortige flächendeckende Anwendung des Pflegeerlöskataloges. Die Vergütung der Leistungen ist zielgenauer in Bezug auf die fallindividuelle Pflegelast, verringert Liquiditätsschwankungen und verhindert schwierige Verrechnung im Rahmen der späteren Ermittlung der krankenhausesindividuellen Pflegegrundwerte.

Änderungsvorschlag zur Übergangsfinanzierung des Pflegebudgets.

§ 15 Absatz 2a wird wie folgt geändert:

„Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind **ist** für jeden vollstationären Belegungstag **ein Pflegegrundwert von** 130 Euro und für jeden teilstationären Belegungstag **ein Pflegegrundwert von** 65 Euro abzurechnen. **Sollte kein bundeseinheitliches Relativgewicht durch einen verbindlichen Katalog des InEK vorgegeben sein, gilt ein Wert von 1.**“