



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und
unabhängigere Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)
BT-Drucksache 19/13397**

und

**zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen CDU/CSU und SPD
Ausschussdrucksache 19(14)104.1**

Stand 10.10.2019

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

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	4
Kommentierung des Gesetzentwurfs	8
Organisationsreform der MDKn	8
§ 275 Absatz 1: Begutachtung und Beratung.....	8
§ 278 Absatz 1 (neu): Medizinischer Dienst.....	8
§ 328 Absatz 6 Satz 1: Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund.....	8
§ 279 Absatz 4 bis 6 (neu): Verwaltungsrat und Vorstand	10
Organisationsreform des MDS	13
§ 281 Absatz 1 (neu): Medizinischer Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht.....	13
§ 282 Absatz 2 (neu): Medizinischer Bund, Verwaltungsrat, Vorstand.....	13
§ 283 Absatz 2 (neu): Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	13
Aufrechnungsverbot	15
§ 109 Absatz 6: Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	15
Ambulantes Operieren (AOP)	17
§ 115b Absatz 1 und 2: Ambulantes Operieren im Krankenhaus	17
§ 275c Absatz 1: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	19
Quotierung/Obergrenzen von Prüfung	21
§ 275c Absatz 2: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	21
§ 275c Absatz 3: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	27
Keine Prüfung von Pflegeentgelten und Struktur-OPS	29
§ 275 c Absatz 6: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	29
Strukturprüfung	31
§ 275d: Prüfung von Strukturmerkmalen	31
Verbindlichkeit der Rechnung	34
§ 17c Absatz 2a (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik.....	34
Entlastung der Gerichte; Vergleichsvertrag	36
§ 17c Absatz 2b (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik.....	36
Fixkostendegressionsabschlag	39
§ 4 Absatz 2a Satz 2: Vereinbarung eines Erlösbudgets	39
Kommentierung Änderungsanträge	41

Änderungsantrag 12: Ausübung des Krankenkassenwahlrechts	41
Artikel 1 Nummer 10c (§ 175 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 29b (§ 304 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 15 (Inkrafttreten)	41
Änderungsantrag 27: Übergangsregelung Pflegebudget	43
§ 15 Absatz 2a: Laufzeit	43

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf für bessere und unabhängigere Prüfungen (kurz: MDK-Reformgesetz) verfolgt der Gesetzgeber vorgeblich das Ziel, den Medizinischen Dienst zu stärken. Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen verfehlen die nun mit dem Gesetzentwurf 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.

Organisationsreform 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 Medizinischen Dienste 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 MD. Warum hier zukünftig auch andere Vertreter und nicht ausschließlich die Trägerorganisationen in die Beratung eingebunden werden und zum Teil Entscheidungsbefugnis erhalten, erschließt sich nicht.

Vielmehr ist die Neuorganisation ein weiterer tiefer Einschnitt in den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung. Die geplanten Regelungen haben eine Schwächung der sozialen Selbstverwaltung zur Folge, so dass die funktionale Aufgabenerledigung der MD erschwert wird. Auch wenn die im Gesetzentwurf durch die Selbstverwaltung zu benennenden Vertreterinnen und Vertreter der Kranken- und Pflegeversicherung jetzt zahlenmäßig wieder die Mehrheit stellen, so fehlt Ihnen jedoch die Anbindung an das GKV-System. Sie dürfen keinem (Selbst)Verwaltungsgremium der Kranken- und Pflegekassen angehören. Aufgrund einer vorgegebenen Karenzzeit von 12 Monaten wird es künf-

tig keine Expertise zu Bedarfen der Versicherten der Krankenkassen sowie von Personen mit operativer Erfahrung der Krankenkassen geben. Mit dem Ausschluss der aktiven Selbstverwalter geht z. B. Erfahrung aus der Arbeit in den Widerspruchsausschüssen der Krankenkassen verloren. Der Verwaltungsrat kann zukünftig dem Anspruch und den Anforderungen der MD nicht mehr gerecht werden.

Nur die Mitglieder der Selbstverwaltung sind aufgrund der Sozialwahlen für die Wahrnehmung der Aufgaben in den Gremien der MD ausreichend legitimiert. Nur durch eine entsprechende, ausschließlich ehrenamtliche Besetzung kann die Unabhängigkeit der MD nachhaltig gestärkt werden.

Die angedachte Organisationreform unterläuft nicht nur das Ziel der Unabhängigkeit, sie konterkariert die Funktionsfähigkeit der MD als Dienstleister. Die MD 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-Zentren. Dieser Aufgabenvielfalt tragen die Neuregelungen nicht Rechnung. Mittelbar kann durch die Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD 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 Gesetzentwurf 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 Prozent) 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 MD. Er 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 strategieanfällig erweisen und verhindert eine weitere Prüfung. Sie 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 können somit gefahrlos und sanktionsfrei überhöhte Abrechnungen erstellen.

Eine Falschabrechnung ist kein Kavaliersdelikt. Ein 25- bis maximal 50-prozentiger Aufschlag auf den Korrekturbetrag der Rechnung ist angemessen. Eine Begrenzung auf 1.500 Euro pro Fall verfehlt ihre Zielsetzung. Die Anreizwirkung geht für hochpreisige Abrechnungsfälle, die fehlerhaft sind, verloren. Ein vorgesehene Aufrechnungsverbot wird zu einer weiteren Zunahme der Klageverfahren und zu einer nicht akzeptablen einseitigen Verlagerung des Prozessrisikos auf die Krankenkassen führen. Gutachten der MD 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 bei einer Weiterentwicklung der Prüfungssystematik dafür Sorge tragen, Fehlanreize im Verfahren auszuschließen und Manipulationsstrategien entgegenzuwirken.

Veränderung des Kassenwahlrechtes

Durch die Neuregelung bei der Ausübung des Kassenwahlrechtes, speziell durch die Absenkung und Erweiterung der Außer-Kraft-Setzung der Bindungsfrist, wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weiter verschärft. Die Erweiterung der unmittelbaren Wechseloption bei Eintritt in ein neues versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis kann Arbeitnehmer potenziell unter externen Entscheidungsdruck setzen. Es war bislang Grundsatz der Gesetzgebung, das Wechselrecht alleine in die Entscheidungsbefugnis des Mitglieds der Krankenkassen zu legen. Die vorliegende Regelung hebt diese Befugnis auf. Deshalb lehnen die Innungskrankenkassen sowohl die Erweiterung die Absenkung der Bindungsfrist wie deren weitere Aussetzung ab.

Der Gesetzgeber erweitert die Kündigungs- und Wechselmöglichkeiten, ohne die Voraussetzungen für einen Qualitätswettbewerb zu schaffen. Im Zusammenhang mit den an anderer Stelle gesetzten reinen Preissignalen wird hier ein falscher Weg beschritten. Die Versicherten müssen erkennen können, welche Krankenkasse die beste Versorgung bietet. Einer Verschärfung des Wettbewerbs sollte zwingend eine Qualitätstransparenz in der GKV vorausgehen.

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

Kommentierung des Gesetzentwurfs

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.

Bewertung

Der vorliegende Entwurf für ein MDK-Reformgesetz enthält verschiedene Regelungen, die grundsätzlich geeignet sind, die Aufgabenwahrnehmung und damit die Medizinischen Dienste zu stärken. Dies gilt insbesondere für die vorgesehene Angleichung der bislang unterschiedlichen Rechtsformen der Medizinischen Dienste. Die Innungskrankenkassen haben sich bereits in der Vergangenheit für eine einheitliche Organisationsstruktur ausgesprochen und gefordert, dass die bisherige Aufteilung zwischen Körperschaften öffentlichen Rechts und eingetragenen Vereinen zugunsten der Verkörperhaftlichung aller MDKn beendet werden sollte. Somit kann die sozialpartnerschaftliche Verankerung der Medizinischen Dienste gefestigt werden.

Die nun vorgesehene einheitliche Ausgestaltung als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Beibehaltung der föderalen Struktur wird daher von den Innungskrankenkassen begrüßt. Sie bildet die öffentlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. Dies gilt auch für den MDS.

Leider werden die vorstehenden positiven Ansätze durch die verfehlten Organisationsregelungen entwertet. Die aufgrund der Überführung der Vereine in Körperschaften öffentlichen Rechts entstehenden rechtlichen Probleme sind überdies nicht gelöst.

Änderungsvorschläge

Keine

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25)

§ 279 Absatz 4 bis 6 (neu): Verwaltungsrat und Vorstand

Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Neuorganisation der Medizinischen Dienste werden die Verwaltungsräte neu zusammengesetzt. Danach sollen sechzehn Vertreterinnen und Vertreter von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt 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 sieben Vertreter von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt werden. Dabei handelt es sich um fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen sowie zwei Vertreter zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern. Die zwei Vertreter der Landespflegekammern oder der Pflegeberufe und der Landesärztekammer haben kein Stimmrecht.

Die Finanzierung der neuen Medizinischen Dienste erfolgt wie bisher durch die Krankenkassen per Umlage. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage (vgl. § 280).

Bewertung

Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste werden in der Besetzung vollständig umgestaltet. Zwar stellen die durch die Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegeversicherungen zu benennenden Vertreter in den Verwaltungsräten der MD eine Mehrheit, da sie jedoch entsprechend der gesetzlich vorgesehenen Regelung keinem Selbstverwaltungsgremium der Kranken- und Pflegekassen angehören dürfen, fehlt ihnen die Anbindung an das System der GKV. Die Aufwertung der Stimmen der Vertreter der Kranken- und Pflegeversicherung vom Referenten- zum Gesetzentwurf wird von den In-

nungskrankenkassen als positives Signal angesehen. Da es sich bei den Vertretern jedoch weder um Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände handeln darf und zusätzlich eine Karenzzeit von 12 Monaten besteht, wird das Mitspracherecht der sozialen Selbstverwaltung erheblich beschnitten. Eine durch Sozialwahlen legitimierte Selbstverwaltung ist jedoch ein Wesensmerkmal der Sozialversicherung.

Die Beteiligung von Vertretern der Patienten und Betroffenen kann dazu beitragen, die Transparenz über die Arbeit der Medizinischen Dienste und damit die Akzeptanz weiter zu erhöhen. Ein Stimmrecht für diese Gruppe sollte jedoch nicht vorgesehen werden, da diese Vertreter nicht durch die Sozialwahlen legitimiert sind. Bereits heute sind Patientenvertreter in den Beiräten der MDKn vertreten. Dies hat sich bewährt.

Auch wenn im Gesetzentwurf die berufsständischen Vertreter im Gegensatz zum Referentenentwurf kein Stimmrecht mehr erhalten sollen, lehnen die Innungskrankenkassen deren Einbeziehung ab.

Die Innungskrankenkassen lehnen daher die Neuorganisation der Medizinischen Dienste in der vorliegenden Form ab. Die Unabhängigkeit der Begutachtung durch die MDKn ist im § 275 Abs. 5 SGB V gesetzlich verankert. Bereits heute agiert der Verwaltungsrat der MDKn 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 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-Zentren. Dieser 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.

Die Innungskrankenkassen setzen sich für die Beibehaltung der Trägerschaft der Medizinischen Dienste in der Hand der Krankenkassen ein. Da die Krankenkassen die

Dienstleistungen der MD finanzieren, sollten sie auch über die alleinigen Entscheidungskompetenzen verfügen. 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.

Änderungsvorschlag

§ 279 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

„Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. ~~Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände sind oder innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates waren, können nicht gewählt oder benannt werden.~~“

Organisationsreform des MDS

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25)

§ 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 23 Mitglieder. Die Wahl erfolgt über die Verwaltungsräte der MD. Der MD Bund-Verwaltungsrat setzt sich aus fünf Vertretern, die auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen, Patientenorganisationen, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen zusammen. Hinzu kommen zwei Vertreter zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern der Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammern. Weitere 16 Vertreter werden auf Vorschlag der Kranken- und Pflegeversicherung benannt.

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

Auch hier gilt, dass die Innungskrankenkassen die Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes im Verwaltungsrat des MD Bund und einem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkassen oder einem Verband ablehnen (vgl. § 279 Absatz 3).

Durch die vorgesehene Strukturreform wird die notwendige, austarierte Abstimmung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem MD Bund gefährdet. Die Innungskrankenkassen setzen sich dafür ein, die Abtrennung des MD Bund vom GKV-Spitzenverband zurückzunehmen und dass Selbstverwaltungsvertreter des MD Bund auch in Zukunft aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes gewählt werden.

Änderungsvorschlag

Diese Regelung ist vollständig zu streichen.

Aufrechnungsverbot

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6)

§ 109 Absatz 6: Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen können Ansprüche auf Rückforderungen geleisteter Vergütungen nicht mehr gegen Forderungen von Krankenhäusern, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind, aufrechnen. Alternativ können die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband abweichende Regelungen treffen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen sprechen sich gegen den Ausschluss der Verrechnungsmöglichkeit auf die den Krankenhäusern entstehenden Vergütungsforderungen aus. 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. Auch wenn mit dem Kabinettsbeschluss eine Klarstellung erfolgt ist, lehnen die Innungskrankenkassen die einseitige Beschneidung ab. Aufrechnungen sollten weiterhin nach Vorlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes zulässig sein.

Als Alternative zum vollständigen Aufrechnungsverbot, sprechen sich die Innungskrankenkassen für eine zumindest anteilige Aufrechnung für beide Partner, Krankenhäuser und Krankenkassen, aus, um gleichermaßen einen Anreiz zur Prüfungsvermeidung durch korrekte Abrechnung beziehungsweise einen partnerschaftlichen Falldialog nach Prüfung der Rechnung durch den Medizinischen Dienst zu gewährleisten.

Oftmals sind Aufrechnungen unstrittig. Die Innungskrankenkassen sprechen sich dafür aus, dass das Aufrechnungsverbot auf die Fälle beschränkt sein sollte, in denen das Krankenhaus nicht mit dem Ergebnis der Prüfung einverstanden ist. Nach Erhalt der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse erhält ein Krankenhaus die Möglichkeit, sich innerhalb von 30 Tagen zu dem Ergebnis zu äußern. Ohne Rückäußerung ist eine Aufrechnung statthaft.

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

Ergänzend ist festzuhalten, dass entsprechend der Regelung im Gesetzesentwurf die Verrechnungsmöglichkeit nur für Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen gelten soll, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind. Da für das Jahr 2019 keine Prüfquote gilt, ist von einer entsprechenden hohen Anzahl von Fällen der Verrechnung auszugehen. Sofern noch nicht gezahlte Rechnungen aus strittigen Abrechnungsfällen des Jahres 2019 vorhanden sind, soll die Verrechnung dieser Abrechnungen auch nach dem 01.01.2020 möglich sein. Andernfalls ist mit einer enormen Zunahme von sozialgerichtlichen Klageverfahren zu rechnen, um die dann bestehenden Rückforderungsansprüche der Krankenkassen durchzusetzen.

Änderungsvorschlag

§ 109 Absatz 6 wird um Satz 2 (neu) ergänzt und wie folgt geändert:

„Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, die **für Aufnahmen** nach dem 1. Januar 2020 entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. **Weicht der Rechnungsbetrag nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vom ursprünglichen Rechnungsbetrag ab und bringt das Krankenhaus gegen die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse innerhalb von 30 Tagen keine konkret begründeten Einwände vor, hat das Krankenhaus die Rechnung innerhalb von 30 Tagen zu stornieren und neu zu stellen. Bei Nichteinhaltung dieser Frist, ist die Krankenkasse berechtigt, gegen unbestrittene Vergütungsansprüche zu verrechnen. Die Krankenkasse ist ebenfalls berechtigt, eine Aufrechnung vorzunehmen, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde.** In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können **sollen weitere** abweichende Regelungen vorgesehen werden.“

Ambulantes Operieren (AOP)

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber strebt eine Erweiterung des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V um ambulante 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 Vergütung erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. 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. Daher wird die Erweiterung des AOP-Katalogs um stationersetzende Behandlungen als sinnvoll bewertet.

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

Es sollte zumindest nach Auffassung der Innungskrankenkassen 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

In § 115b Absatz 2 wird der neu eingefügte Satz 6 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 § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“

Frist zur Einleitung einer Prüfung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist zur Einleitung einer Prüfung bei Krankenhausbehandlung beträgt höchstens drei Monate nach Eingang der Abrechnung.

Die Prüfung soll bei dem örtlich für das Krankenhaus zuständigen Medizinischen Dienst eingeleitet werden, Ausnahmen sind über die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 1 zulässig.

Bewertung

Die beabsichtigte Neuregelung, die Frist zur Einleitung einer Prüfung bei Krankenhausbehandlungen zu verlängern, wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Somit kann die Auswahl der zu prüfenden Fälle bei beschränkter Prüfanzahl aus einer größeren Grundgesamtheit erfolgen.

Jedoch kann bei der Prüfung nicht das gesamte Quartal betrachtet werden. Die Prüfung der Rechnungen durch den MD, die am ersten eines Quartals eingehen, muss spätestens am ersten des Folgequartals ausgelöst werden. Es steht somit nur ein Tag für die Prüfung des gesamten Quartals zur Verfügung. Die Innungskrankenkassen votieren daher dafür, dass nach Ablauf eines Quartals ein entsprechender Zeitraum zur Verfügung stehen sollte, damit Krankenkassen über die Einleitung von Prüfungen der im abgelaufenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen entscheiden können.

Die beabsichtigte Neuregelung sieht allerdings weiterhin vor, dass die Aufwandspauschale lediglich zu Gunsten der Krankenhäuser anfällt. Ziel sollte nach Auffassung der Innungskrankenkassen vielmehr sein, dass diese paritätisch ausgestaltet wird.

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

Änderungsvorschlag

Nach § 275c Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Diese ist bei den Aufschlägen gemäß Abs. 3 anzurechnen.“

Quotierung/Obergrenzen von Prüfung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

§ 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 Prozent. Ab dem Jahr 2021 wird eine krankenhausesbezogene Prüfquote durch den GKV-Spitzenverband ermittelt. Grundlage sind die Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei 60 Prozent oder mehr beträgt die Prüfquote bis zu fünf Prozent, bei einem Anteil zwischen 40 und bis zu 60 Prozent beträgt die Prüfquote für ein Krankenhaus bis zu 10 Prozent. Ist der Anteil korrekter Schlussrechnungen unterhalb von 40 Prozent, beträgt die Prüfquote maximal 15 Prozent. Sollte ein Krankenhaus weniger als 20 Prozent seiner Rechnungen korrekt erstellen, darf die Prüfquote überschritten werden. Dies gilt auch bei einem begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung.

Jede Krankenkasse, die weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung pro Quartal erhält, darf mindestens eine Prüfung je Krankenhaus und Quartal durchführen. Das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes geht nicht in die Berechnung der quartalsbezogenen Prüfquote ein.

Bewertung

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

Einführung einer Prüfquote

Mit der Festlegung der Quote werden die derzeit über ein Vorverfahren geprüften Fälle in Höhe von ca. drei Prozent und die derzeitige Prüfquote von bundesweit durchschnittlich 14,9 Prozent, insgesamt rund 18 Prozent, in 2020 auf 10 Prozent begrenzt. Eine Prüfquote von 10 Prozent bedeutet für die GKV isoliert betrachtet einen Verlust in 2020 von mehr als 1,2 Mrd. Euro. Ein sachlicher Grund zur Reduzierung der Prüfquote von 18

Prozent auf 10 Prozent im Jahr 2020 sowie auf fünf bis 15 Prozent ab dem Jahr 2021 vor dem Hintergrund der Prüfergebnisse aus der Vergangenheit ist nicht erkennbar. Darüber hinaus greifen die im Gesetzentwurf vorgesehenen Instrumente zur Reduzierung des Umfangs zu prüfender Rechnungen erst ab dem Jahr 2021. Hierzu zählen der erweiterte AOP-Katalog gemäß § 115b Abs. 1 und 2 SGB V, die verpflichtende Prüfung von Strukturmerkmalen in den OPS gemäß § 275 d SGB V, der Schlichtungsausschuss zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen § 19 Abs. 5 KHG. Weiterhin sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Prüfquote in 2021 bei maximal 15 Prozent liegt. Unter diesen Vorzeichen müsste im Zusammenhang mit der angedachten Quotierung ein lernendes System, so wie es der Gesetzentwurf vorsieht, anders gestaltet werden.

Die Innungskrankenkassen schätzen den Umfang der Reduzierung der Prüfungen als zu hoch ein. Selbst bei der besten Abrechnungsqualität eines Krankenhauses können weiterhin knapp 40 Prozent der Abrechnungen falsch sein. Es sollten mindestens weitere Differenzierungen erfolgen. Beginnend mit einer höher angesetzten Obergrenze kann diese mit einem entsprechenden Anteil korrekter Abrechnungen abgesenkt werden.

In Verbindung mit den Aussagen des Bundesrechnungshofes zum aktuell noch nicht realisierten Potenzial in der Krankenhausrechnungsprüfung sollte 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.

Alternativ sehen die Innungskrankenkassen auf lange Sicht eine zielführendere Lösung der Problematik in der flächendeckenden Einführung eines technischen Prüfverfahrens. Es würde dem eigentlichen Problem des hohen Dokumentationsaufwandes entgegenwirken und zur Entbürokratisierung beitragen und eine Transparenz über das Geschehen ermöglichen.

Strategieanfälligkeit der Prüfquote

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. Ergibt sich eine feste Anzahl möglicher Prüfungen aus dem vorvergangenen Quartal (Bsp. im 1. Quartal gehen 100 Schlussrechnungen ein und dementsprechend können bei festgelegter Prüfquote i.H.v. fünf Prozent im 3. Quartal fünf Fälle geprüft werden), so besteht ein hoher Anreiz für die Krankenhäuser, strategisch abzurechnen (hohe Anzahl an Schlussrechnungen im 3. Quartal in der Gewissheit, dass maximal fünf Fälle geprüft werden können). Das Krankenhaus kann über das

Datum der Ausstellung der Schlussrechnung gerade bei kleinen Krankenkassen die Anzahl der Rechnungen pro Quartal beeinflussen, indem Rechnungen erst in Folgequartalen gestellt werden. Dies kann gerade bei kleinen Kassen zu Auswirkungen auf die Anzahl der prüfbaren Fälle führen.

Die Kassen müssen die entsprechenden Daten für die einzelnen Quartale bereits zum Ende des auf das Quartal folgenden Monats an den GKV-SV liefern, der die Ergebnisse für alle Kassen wiederum spätestens am folgenden Monatsende veröffentlichen muss. Bezogen auf das erste Quartal eines Jahres müssen die Kassen die Daten bis zum 30. April an den GKV-SV senden und der GKV-SV muss die Ergebnisse spätestens am 31. Mai veröffentlichen.

Übersendet ein Krankenhaus seine Rechnung, in der als Rechnungsdatum der 31. März vermerkt ist, erst am 1. Mai, geht diese Rechnung nicht mehr in die Datenmeldung der Krankenkasse für das 1. Quartal ein und wird somit auch in den berechneten Ergebnissen nicht berücksichtigt. Dadurch kommt es zu einer Minderung der Rechnungen im 1. Quartal, die sich direkt auf die prüfbaren Rechnungen im 3. Quartal des Jahres auswirken kann.

Die Quote sollte sich aufgrund ihrer Strategiefälligkeit auf die Anzahl der 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. Weiterhin sollte eine Frist für die Rechnungslegung durch das Krankenhaus, beispielsweise vier Wochen nach Entlassdatum, festgelegt werden, um die Steuerung von Schlussrechnungen pro Quartal zu umgehen. Bei Überschreitung dieser Frist könnte die Aufhebung der Prüfquote der Krankenkassen für das Folgequartal eine sanktionierende Maßnahme für das Krankenhaus darstellen. Eine andere Möglichkeit ist, dass im Gegensatz zu einer Frist, anstelle des Ausstellungsdatums der Rechnung des Krankenhauses, das Rechnungseingangsdatum bei der Krankenkasse verwendet wird.

Weiterhin ist es notwendig, dass mit Ende des Quartals die Grundgesamtheit der zu betrachtenden Schlussrechnungen feststehen sollte, um die zu erhebenden Statistiken zu erstellen. Es muss sichergestellt werden, dass sämtliche Rechnungen anhand des Rechnungseingangs bei der Krankenkasse einem Quartal zugeordnet und somit berücksichtigt werden.

Mindestprüfanzahl je Quartal

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. Durch die Sicherstellung

der Durchführung von Prüfungen von Krankenhausbehandlungen, kann bei weniger als 19 Rechnungen pro Quartal nun zumindest ein Fall geprüft werden. Durch die Begrenzung, nur einen Fall prüfen zu können, erhöht sich der Anreiz für Krankenhäuser, in mehr als einem Fall eine überhöhte bzw. prüfwürdige Abrechnung zu stellen.

Die Innungskrankenkassen sprechen sich dafür aus, die Mindestzahl an Prüfungen je Krankenhaus und Quartal auf fünf zu erhöhen, um Krankenhäusern keinen Anreiz für eine Optimierung ihrer Abrechnungen zu geben.

Eine Prüfquote ist nur unter folgenden Rahmenbedingungen akzeptabel:

	2020	2021	2022
<i>bundesweite Prüfquote</i>	17,5 % (Prüfquote entsprechend dem aktuellen Durchschnitt in 2018)	-	-
<i>Prüfquote je Krankenhaus, je Quartal</i>			
korrekte Abrechnungen 80 %		max. 5 %	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 80 % und ≥ 60 %		max. 7,5 %	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 60 % und ≥ 50 %		max. 10 %	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 50 % und ≥ 40 %		max. 12,5 %	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 40 % und ≥ 30 %		max. 15 %	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 30 % und ≥ 20 % (neu)		max. 17,5 %	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 20 %		unbegrenzt	unbegrenzt

Änderungsvorschlag

Zu § 275c Absatz 2

Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu ~~40~~ **17,5** Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote).“

Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das ~~Datum~~ **des Eingangs** der Schlussrechnung **bei der Krankenkasse.**“

Satz 3 wird wie folgt geändert:

Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des ~~vorvergangenen Quartals~~ **Vorjahresquartals** ermittelt wird. Die Prüfquote beträgt:

Satz 4 bis 5 wird wie folgt geändert und um die Sätze 6 bis 8 ergänzt:

1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei ~~60~~ **80** Prozent oder mehr liegt,
2. bis zu ~~40~~ **7,5** Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen ~~40~~ **60** Prozent und unterhalb von ~~60~~ **80** Prozent liegt,
3. **bis zu 10 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 50 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,**

4. **bis zu 12,5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 40 Prozent und unterhalb von 50 Prozent liegt,**
5. **bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 30 Prozent und unterhalb von 40 Prozent liegt,**

Satz 9 (neu) wird wie folgt geändert:

6. bei einem bis zu ~~45~~ **17,5** Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von ~~40~~ **30** Prozent liegt.

Satz 11 (neu) wird wie folgt geändert:

Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 3 eingeleitete Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder 4 zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dafür ist die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichte Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im ~~vorvergangenen Quartal~~ **Vorjahresquartal** erhalten hat, heranzuziehen.

Satz 14 (neu) wird wie folgt geändert:

Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten, können unabhängig von der Höhe einer quartalsbezogenen Prüfquote höchstens ~~eine~~ **fünf** Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst pro Quartal prüfen lassen; die Übermittlung und Auswertung der Daten nach Absatz 4 bleibt davon unberührt.

Satz 16 (neu) wird wie folgt gefasst:

Die Krankenkasse kann offensichtlich auffällige Rechnungen eines Krankenhauses dem Medizinischen Dienst auch nach Ausschöpfung der jeweiligen quartalsbezogenen Prüfquote vorlegen. Sollte die Überprüfung durch den Medizinischen Dienst jedoch nicht zu einer Korrektur dieser Rechnung führen, so ist diese Prüfung auf die Erfüllung der Quote des nächstfolgenden Quartals anzurechnen.“

Aufschläge auf Differenzbeträge

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unter 60 Prozent sind neben der Rückzahlung der Differenz (Ursprung und geminderter Betrag) Aufschläge zu zahlen (25 Prozent bis maximal 50 Prozent). Der Sanktionsmechanismus für Krankenhäuser soll ab 2020 gelten. Gemäß dem Gesetzentwurf soll der Aufschlag auf einen Wert von 1.500 Euro pro Fall begrenzt werden.

Prüfungen durch die Krankenkassen, die zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Vorfeld einer Beauftragung des MD erörtert wurden, unterliegen nicht der Prüfquote.

Krankenhäuser können zwar gegen die Erhebung der Sanktionsbeträge klagen, allerdings können keine Einwände gegen einzelne Prüfergebnisse vor Gericht geltend gemacht werden.

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. Ein 25- bis maximal 50-prozentiger Aufschlag auf den Korrekturbetrag der Rechnung ist angemessen. Eine Begrenzung auf 1.500 Euro pro Fall verfehlt ihre Zielsetzung. Die Anreizwirkung geht für hochpreisige Abrechnungsfälle, die fehlerhaft sind, verloren.

Eine Falschabrechnung ist kein Kavaliersdelikt. Zumindest müsste jede fehlerhafte Rechnung mit einer Aufwandspauschale (als Strafzahlung) in Höhe von mind. 300 Euro und einem Aufschlag von 25 Prozent belegt werden, d. h., jeder beanstandete Fall sollte, unabhängig vom Anteil der korrekten Abrechnungen, sanktioniert werden.

Bei Prüfungen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkassen drohen den Krankenhäusern selbst bei vereinbarten Rechnungskorrekturen keine Sanktionen. Es soll somit für Krankenhäuser ein Anreiz geschaffen werden, sich an den Falldialogen zu beteiligen.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

~~„Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil korrekter unbeanstandeter 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 im Jahr 2020 25 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag mindestens 300 Euro. Ab dem Jahr 2021 beträgt der Aufschlag mindestens 300 Euro und bei einem Anteil korrekter Abrechnungen:~~

- ~~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 80 Prozent und bis 60 Prozent: Aufschlag von 10 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,**
- b) unterhalb von 60 Prozent und bis 50 Prozent: Aufschlag von 25 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,**
- c) unterhalb von 50 Prozent und bis 40 Prozent: Aufschlag von 50 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,**
- d) unterhalb von 40 Prozent und bis 30 Prozent: Aufschlag von 75 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,**
- e) unterhalb von 30 Prozent: Aufschlag von 100 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag.**

~~höchstens jedoch 1.500 Euro.~~ In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben.“

Keine Prüfung von Pflegeentgelten und Struktur-OPS

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

§ 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 jedoch dem Prüf- und Wirtschaftlichkeitsgebot der Kassen und setzt einen Anreiz zu systematischer Falschabrechnung. Es gibt bereits eine Vereinbarung mit der DKG, in der Prüfungen, die zur Änderung des Relativgewichtes führen, bei den Pflegeentgelten berücksichtigt werden. Dies schließt die gesetzliche Regelung nun aus. Die Innungskrankenkassen lehnen 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 Pfl egetage 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 aDRG, allerdings keine Auswirkungen auf die Pflegeentgelte haben (z.B. bei Rechnungskürzungen oberhalb der oberen Grenzverweildauer).

Die Einschränkung bei Fällen mit „Struktur-OPS“ ist nur soweit als akzeptabel zu bewerten, 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:

„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. 23)

§ 275d: Prüfung von Strukturmerkmalen

Beabsichtigte Neuregelung

Die strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung (z. B. die Strukturmerkmale der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung) konnten bisher von den Krankenkassen oft nur im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den Medizinischen Dienst geprüft werden. Die Strukturprüfungen sollen nun vor der Leistungserbringung durch den MD erfolgen, der örtlich für das Krankenhaus zuständig ist. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Krankenhäuser haben den Landesverbänden der Krankenkassen die Bescheinigung zu übermitteln, dass sie die OPS-Kodes einhalten. Hält ein Krankenhaus die Strukturmerkmale über mehr als einen Monat nicht ein, hat es dies den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.

Bewertung

Die Regelung wird zu einer Vereinfachung des Verfahrens für alle Beteiligten beitragen und daher von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Jedoch wird die Übermittlung der Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen als problematisch gewertet. In der Budgetverhandlung wird bewertet, inwieweit nicht eingehaltene Strukturvorgaben zur Korrektur von zu vereinbarenden Leistungsgrößen führen müssen. Da es sich hier um Größenordnungen handelt, die durchaus Relevanz für das zu entwickelnde Budget haben, ist eine Übersendung der Unterlage an die Landesverbände nicht akzeptabel. Die Übermittlung der Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale im Krankenhaus muss zwingend an die zuständigen Vertragsparteien im Budgetgeschäft gem. § 18 Absatz 2 KHG erfolgen. 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 klarge-

stellt 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 und welche Konsequenzen bei kurzfristiger Strukturveränderung drohen.
 - Als problematisch könnte sich der Umfang erweisen. Hierzu sollt 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 stellt der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen immer eine „Momentaufnahme“ zum Zeitpunkt der Prüfung dar. 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 muss ein Instrument etabliert werden, um die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen kontinuierlich zu ermöglichen und damit die Versorgungsqualität für die Versichertengemeinschaft 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 vier Jahre betragen.

Im Weiteren gilt es klarzustellen, dass der leistungsrechtliche Auslegungsspielraum bei Fassung von strukturelevanten OPS-Schlüsseln durch das DIMDI möglichst eng und auslegungsfrei gehalten werden sollte, damit eine einheitliche Umsetzung der Gutachtung durch alle Kassen sichergestellt ist.

Änderungsvorschlag

Die Formulierung aus dem Referentenentwurf ist aus Sicht der Innungskrankenkassen beizubehalten und entsprechend anzupassen:

Zu § 275d Absatz 3 Satz 1:

„Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Absatz 2 **den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsge-**

~~setzes Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen~~ jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln.“

Zu § 275d Absatz 3 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 (neu) eingefügt:

„Die Erfüllung des Strukturmerkmals ist durch eine erneute Begutachtung nachzuweisen.“

Verbindlichkeit der Rechnung

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2c)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur durch das Krankenhaus ausgeschlossen. Es sei denn, die Prüfung durch den MD ergibt, dass die Rechnung des Krankenhauses zu niedrig oder überhöht war, kann eine Korrektur der Rechnung durch das Krankenhaus erfolgen.

Bewertung

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

Jedoch führt die Möglichkeit einer nachträglichen Korrektur der Krankenhäuser dazu, dass Krankenhäuser auch Höherkodierungen durch den MD einfordern können, obwohl das Krankenhaus somit eingesteht, die betroffenen Rechnungen nicht korrekt erstellt zu haben. Hierdurch entstehen den Krankenkassen Mehrausgaben.

Bisher konnten Höherkodierungen gemäß den Regelungen des § 7 Abs. 5 PrüfV ausgeschlossen werden, wobei die Auslegung der Regelungen rechtlich umstritten ist. Die Sozialgerichte der ersten Instanz haben mehrheitlich eine fehlende Regelungskompetenz der Selbstverwaltung festgestellt.

Durch die Aufnahme ins Gesetz wäre die Ablehnung einer höheren Nachberechnung nunmehr definitiv ausgeschlossen und die aktuelle Regelung der PrüfV in § 7 Abs. 5 wäre nichtig.

Da die Krankenhäuser in der Verpflichtung sind, korrekte Rechnungen für medizinisch notwendige Behandlungen zu stellen, ist das Recht auf Korrektur der Abrechnungen auf die Tatbestände zu beschränken, in denen sich die Beteiligten auf diese Änderungen vereinbaren oder die zur Umsetzung der Rechnungskürzung gemäß eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich sind.

Änderungsvorschlag

In § 17c Absatz 2a (neu) wird Satz 2 (neu) eingefügt. Der Absatz wird wie folgt gefasst:

„Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung einer Rechnungskürzung gemäß eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. **Die Korrektur der Abrechnung ist auch in den Fällen vorzunehmen, in denen Krankenhaus und Krankenkasse eine Vereinbarung über diese Änderungen getroffen haben.** Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren medizinischen Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst.“

Entlastung der Gerichte; Vergleichsvertrag

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2c)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die Erhebung einer Klage auf gerichtliche Überprüfung ist an die vorherige Durchführung einer einzelfallbezogenen Erörterung geknüpft und wird zur Zulässigkeitsvoraussetzung der Klage. Vor einer gerichtlichen Überprüfung können Krankenkassen und Krankenhäuser einzelfallbezogene Vergleichsverträge schließen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Verpflichtung auf eine Vergleichsverhandlung. Dieses Verfahren wird bereits heute auch so praktiziert. Jedoch muss auf beiden Seiten (Leistungserbringer und Kostenträger) auch ein Anreiz hierzu bestehen.

Weiterhin wird die vorherige Durchführung einer einzelfallbezogenen Erörterung vor Erhebung einer Klage von den Innungskrankenkassen als positiv bewertet. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Anforderungen an die Durchführung und insbesondere die Dokumentation der Erörterung steigen. Zu jedem Einzelfall muss demnach in der Erörterung ein Protokoll geführt werden, damit im Gerichtsverfahren die Einwendungen zurückgewiesen werden können, die nicht Gegenstand der Erörterung waren.

Zur Vermeidung von Manipulationsmöglichkeiten sollten auch die Fallprüfungen im Rahmen des Vorverfahrens (Falldialog) auf die Prüfquote angerechnet werden. Hier muss unbedingt das Informationsgefälle zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse beseitigt werden. Ohne Einsichtsmöglichkeit für medizinisch gebildete Angestellte der Krankenkasse ist ein Falldialog nur schwer zu führen. Hier sollten entsprechende Möglichkeiten geschaffen werden. In diesem 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 Krankenhäusern 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 zu Lasten der Krankenkasse. Deshalb sind nach Aufforderung zur Erörterung der Krankenkasse vom Krankenhaus alle für die Prüfgegenstände relevanten Unterlagen vorzulegen. Weitere Unterlagen darf das Krankenhaus in einem sich anschließenden Gerichtsverfahren nicht einbringen.

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 Krankenhäusern in weiter Entfernung regionaler Krankenkassen, 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 die einzelfallbezogenen Erörterung als letzte einvernehmliche Klärungsmöglichkeit vor Einschaltung der Gerichtsbarkeit begrüßt. Vergleichsverträgen dürfen nicht zur Manipulation der Abrechnungsquote genutzt werden und sind transparent zu verfassen. Entsprechende Regelungslücken gilt es zu schließen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2b (neu) wie folgt geändert und um Satz 2 (neu) ergänzt:

„Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus **verpflichtend** erörtert worden ist. **Die Übermittlung der hierfür notwendigen Informationen erfolgt elektronisch im Datenträgeraustauschverfahren. Nach Aufforderung zur Erörterung sind der Krankenkasse vom Krankenhaus alle für die geprüften Sachverhalte relevanten Unterlagen vorzulegen. Nicht zur Verfügung gestellte Unterlagen können im Klageverfahren vom Krankenhaus nicht mehr eingebracht werden.**“

§ 17c Absatz 2b (neu) wird um Satz 5 (neu) ergänzt:

„Bei Nichteinigung ist die Krankenkasse berechtigt, den Streitbetrag mit offenen Forderungen des Krankenhauses zu verrechnen, wobei bereits getätigte Verrechnungen angerechnet werden.“

Fixkostendegressionsabschlag

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2a)

§ 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 KHEntgG 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

Zu § 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.“~~

Kommentierung Änderungsanträge

Änderungsantrag 12: Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

Artikel 1 Nummer 10c (§ 175 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 29b (§ 304 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 15 (Inkrafttreten)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll das Verfahren beim Wechsel der Krankenkasse für das Mitglied vereinfacht und die Kommunikation zwischen den Kassen in einem elektronischen Meldeverfahren durchgeführt werden.

Daneben soll die Bindungsfrist von 18 auf 12 Monate verkürzt werden. Die Regelung sieht darüber hinaus vor, dass zukünftig keine Bindungsfrist für Fälle bei „Ende der Mitgliedschaft“ kraft Gesetzes, also z.B. bei Arbeitgeberwechsel, gelten soll.

Bewertung

Durch die Einführung des elektronischen Meldeverfahrens und die Regelungen zur unmittelbaren Kommunikation zwischen den Kassen wird das Verfahren des Kassenwechsels vereinfacht. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist diese Regelung zwar grundsätzlich zu begrüßen, die Ablösung des bisherigen mehrstufigen Verfahrens (Mitgliedsklärung – Kündigung – Ausstellen der Kündigungsbestätigung – Ausstellen der Mitgliedsbescheinigung – Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der meldepflichtigen Stelle) birgt aber Risiken, da die wesentlichen Aktivitäten ausschließlich von der neu gewählten Krankenkasse ausgehen.

Eine Verkürzung der Bindungsfrist wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Bereits heute kann eine große Zahl der Fälle ohne Berücksichtigung der Bindungsfrist die Kasse wechseln, so z.B. bei

- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft nach einer Unterbrechung der Versicherungspflicht für mindestens einen Tag,
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung,
- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V im Anschluss an eine Familienversicherung oder nach einer Unterbrechung der Versicherung in der GKV (z. B. durch einen Auslandsaufenthalt),
- (neu) Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes.

Die Erweiterung der unmittelbaren Wechseloption der Krankenkasse bei Eintritt in ein neues versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses kann Arbeitnehmer potenziell unter externen Entscheidungsdruck setzen. Es war bislang Grundsatz der Gesetzgebung, das Wechselrecht alleine in die Entscheidungsbefugnis des Mitglieds der Krankenkassen zu legen. Die vorliegende Regelung hebt diese Befugnis auf.

Die Änderung setzt unseres Erachtens darüber hinaus an der falschen Stelle an. Nicht die Dauer sondern die Fallkonstellationen und deren Wirkung auf die Bindungsfrist führen zur Ungleichbehandlung der Mitglieder.

Die in § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Mindestbindung wirkt sich beim Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren und beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht unterschiedlich aus. Im Falle des Kündigungsverfahrens wird die Bindungsfrist nur durch den tatsächlichen Wechsel der Krankenkasse ausgelöst. Beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht knüpft die Mindestbindung an die getroffene Wahl hingegen alleine an das grundsätzlich entstandene sofortige Krankenkassenwahlrecht an, ohne dass ein Wechsel der Krankenkasse damit zwingend einhergehen muss. Dies führt dazu, dass eine neue Bindungswirkung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V jeweils unabhängig davon ausgelöst wird, ob die Wahl aktiv (also, zugunsten einer neuen Krankenkasse) oder passiv (also, zugunsten der bisherigen Krankenkasse) ausgeübt wurde.

Weiterhin wird der Zeitraum für die Umsetzung des elektronischen Meldeverfahrens zum 1. Januar 2021 aus technischer Sicht (IT Verfahren) kritisch gesehen. Erfahrungsgemäß dauert die Entwicklung eines Meldeverfahrens nicht weniger als zwei Jahre.

Änderungsvorschläge

In § 175 wird Abs. 4 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse 18 Monate gebunden; **der Zeitraum von 18 Monaten verlängert sich nicht durch Unterbrechungen bzw. Änderungen der Versicherungsgründe.**“

In Artikel 15 wird Absatz 4 wie folgt gefasst:

„Artikel 1 Nummer 10b und Artikel 5 treten am 1. Januar ~~2021~~ **2022** in Kraft.“

Änderungsantrag 27: Übergangsregelung Pflegebudget

Zu Artikel 4 Nummer 7 (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. Januar 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. Januar 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. Des Weiteren sind die Zahlbeträge der krankenhausesindividuellen vereinbarten Entgelte gemäß § 6 KHEntgG bei der Abrechnung für Fälle mit Aufnahme ab 1.1.2020 um die dann gültige Pflegekostenabrechnung zu bereinigen.

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.

Die Innungskrankenkassen verweisen auf das gemeinsame Schreiben der Selbstverwaltungspartner (GKV-SV und DKG) an das BMG vom 8. August 2019 und den vorliegenden Änderungsantrag Nr. 20 zum § 15 Absatz 2a KHEntgG.

Änderungsvorschläge

Keine