

MDK-Reformgesetz

Stellungnahme

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	5
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	5
Verbesserung der Effizienz und der Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung ...	5
Einführung einer festen Prüfquote von 10 Prozent pro Quartal für 2020	6
Einführung einer variablen Prüfquote pro Quartal ab 2021	7
Strukturprüfungen	8
Einführung einer "Strafzahlung" für Krankenhäuser bei falscher Abrechnung	8
Verbindliche Rechnungsstellung	8
Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes ist fallabschließend und für die Krankenkasse verbindlich	9
Generelles Aufrechnungsverbot	9
Gemeinsame Umsetzungshinweise	9
Falldialog vor Klageerhebung	10
Verbot von Pauschalvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ...	10
Einführung einer bundesweiten Statistik, die Aufschluss über Prüfquoten, Prüfanlässe und Prüfergebnisse liefern soll	10
Reduzierung der primären Fehlbelegungsprüfung durch Ausbau der stationsersetzenden Behandlungsmöglichkeit	11
Lösungen für strittige Kodier- und Abrechnungsfragen	11
Verbot der Prüfung tagesbezogener Pflegeentgelte	12
Neuorganisation des MDS	12
Anerkennung von Solidargemeinschaften	13
III. Änderungsbedarf zu einzelnen Vorschriften	15

§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	15
§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus	16
§ 176 Solidargemeinschaften	18
§ 275 Abs. 3b (neu) Verpflichtende Beauftragung des Medizinischen Dienstes bei abgelehnten Anträgen auf Hilfsmittelversorgungen aus medizinischen Gründen.....	20
§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	22
§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen	28
§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss	30
§ 18b Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen	33

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz legt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Referentenentwurf vor, der strukturelle Änderungen bei der Krankenhausabrechnungsprüfung vorsieht. Die vom BMG geplante Reduktion des Prüfumfangs von Krankenhausabrechnungen ist nicht nachvollziehbar und wird abgelehnt. Der Bundesrechnungshof hat die Erfahrungen der Krankenkassen bestätigt, dass eine hohe Anzahl von Krankenhausabrechnungen fehlerhaft ist. Eine Reduktion des Prüfumfangs hat zur Folge, dass Falschabrechnungen nicht beanstandet werden können. Damit werden den Krankenkassen die Instrumente zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in diesem Sektor genommen. Belastet werden Arbeitgeber und Versicherte als Beitragszahler, ohne dass eine Verbesserung der Versorgung damit einhergeht. Grundsätzlich positiv bewertet die KNAPPSCHAFT, dass der Gesetzgeber den jahrelangen Forderungen der Krankenkassen nachkommt und Krankenhäusern bei einer nachgewiesenen Falschabrechnung einen Aufschlag im Sinne einer Strafzahlung auferlegt.

Mit den im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) greift das BMG massiv in die Rechte der Selbstverwaltung ein. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Stärkung der Selbstverwaltung wird mit diesen Regelungen konterkariert. Die KNAPPSCHAFT lehnt die Regelungen ab.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Im Folgenden nimmt die KNAPPSCHAFT im Einzelnen zu dem Referentenentwurf Stellung:

Verbesserung der Effizienz und der Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung

Seit der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003, der weiteren Ausdifferenzierung in den darauffolgenden Jahren sowie der zwischen GKV-SV und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) geschlossener Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) ergaben sich an vie-

len Stellen dissente Punkte in Bezug auf Abrechnungen durch Krankenhäuser und der sich hieraus ergebenden Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen.

Gesetzlich nicht eindeutig formulierte Regelungen führten zu Abrechnungsstreitigkeiten und wurden in langjährigen Sozialgerichtsverfahren bis in die höchste Instanz verhandelt.

Auch der Versuch des Gesetzgebers, die Prüfquoten der Krankenkassen durch die Einführung einer Aufwandspauschale von 100 Euro bzw. 300 Euro pro MDK-Prüfung, die abschließend nicht zu einer Minderung der Rechnung führte, zu senken, brachte keine Änderung der Situation. Statt einer Verringerung der Prüfquote durch die Krankenkassen stieg der Betrag, den die Krankenhäuser aufgrund von Falschabrechnungen den Krankenkassen zu erstatten hatten; so war im Jahr 2017 jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 Prozent) fehlerhaft. Aus Sicht der Kassen liegt das vor allem daran, dass es bislang keine Strafzahlungen für falsche Abrechnungen durch die Krankenhäuser gibt.

Der jetzt vorliegende Referentenentwurf zielt darauf ab, Anreize für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen zu schaffen, die Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung zu verbessern sowie mehr Transparenz über das Prüfgeschehen herzustellen.

Durch die beabsichtigten Gesetzesänderungen, die zum Teil Forderungen der Krankenkassen als auch der Krankenseite aufgreifen, sollen weitreichende Veränderungen bei der Abrechnungsprüfung, die jeden Teilbereich und Beteiligten im Prozess betreffen, erfolgen. Die Maßnahmen sind aus Sicht der KNAPPSCHAFT nur bedingt geeignet, um die angestrebten Ziele zu erreichen. So ist z.B. die vorgesehene Sanktionierung von Falschabrechnungen erst ab einer Fehlerquote von 40% nicht zielführend, weil damit Falschabrechnungen bis zu einer Quote von 39% weiterhin sanktionslos bleiben.

Einführung einer festen Prüfquote von 10 Prozent pro Quartal für 2020

Um eine Begrenzung der Anzahl geprüfter Abrechnungen zu erreichen, wird erstmals im Jahr 2020 eine einheitliche Prüfquote für alle Krankenkassen eingeführt. Danach darf – nach unserem Verständnis des Gesetzestextes – eine Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus über den Medizinischen Dienst nur maximal 10 Prozent der bei ihr eingegangenen Rechnungen intervenieren.

Eine derartige Begrenzung der zu prüfenden Fälle macht es aus Sicht der KNAPPSCHAFT unmöglich, eine sachgerechte und korrekte Prüfung der Abrechnungen eines Krankenhauses sicherzustellen.

Bei der KNAPPSCHAFT würde eine Interventionsgrenze von 10 Prozent (medizinische Prüfung) **eine Retaxierung unberechtigter Rechnungsbeträge von über 20 Mio. Euro verhindern.**

Eine Kompensation dieser Verluste über das Thema der Falldialoge (als abschließendes Verwaltungsverfahren) scheint in Anbetracht des zu erwartenden geringen Interesses der Krankenhäuser daran unmöglich; erste Signale aus der Praxis bestätigen diese Annahme. Falldialoge werden nach dem Gesetzentwurf weder grundsätzlich verpflichtend noch rechnen sie auf die 10 Prozent-Prüfquote an. Ein Anreiz für die Krankenhäuser zur Nutzung dieses Instrumentes besteht nicht mehr, weil ihr Risiko und der zu erwartende Aufwand von vornherein auf 10% der abgerechneten Fälle begrenzt ist.

Die Einführung einer Prüfquote von 10% pro Quartal für das Jahr 2020 wird daher abgelehnt. Den Krankenkassen muss die Möglichkeit erhalten bleiben, auf das Abrechnungsverhalten des einzelnen Krankenhauses adäquat und individuell zu reagieren.

Einführung einer variablen Prüfquote pro Quartal ab 2021

Ab 2021 soll pro Krankenhaus eine individuelle quartalsbezogene Prüfquote durch den GKV-SV vorgegeben werden.

Diese variiert je nach Fehleranteil der abgerechneten Fälle zwischen 5 Prozent, 10 Prozent und 15 Prozent. Krankenhäuser, die mit einem Fehleranteil von 40 Prozent oder weniger abrechnen, haben gemäß dem Gesetzesvorschlag eine gute Abrechnungsgüte, so dass diese lediglich mit einer Prüfquote mit 5 Prozent belegt werden. Eine Fehlerquote von 40 Prozent – also eine Falschabrechnung in annähernd jedem zweiten Fall - darf aus Sicht der KNAPPSCHAFT allerdings nicht als gut eingestuft werden mit der Konsequenz einer noch geringeren Prüfquote als im Jahr 2020. Die Anhebung der Prüfquote auf 15% für diejenigen Krankenhäuser, die einen Fehleranteil von über 60% aufweisen, reicht nicht aus, um die oben beschriebenen Nachteile gegenüber dem Status quo zu kompensieren.

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen wird die Festlegung von Quoten bei der Krankenhausabrechnungsprüfung insgesamt abgelehnt.

Strukturprüfungen

Dass Strukturprüfungen zukünftig rechtlich verankert werden und vom Krankenhaus zu initiieren sind, bevor entsprechende Leistungen vereinbart und abgerechnet werden, begrüßt die KNAPPSCHAFT ausdrücklich. Anpassungsbedarf wird jedoch bei den Regelungen zur Gutachterausswahl, der Informationsweitergabe an die Kostenträger und dem Prüfverbot auf Einzelfallebene gesehen (s. Ausführungen zu § 275d SGB V E).

Einführung einer "Strafzahlung" für Krankenhäuser bei falscher Abrechnung

Grundsätzlich positiv wird der Vorschlag bewertet, dass Krankenhäuser bei einer nachgewiesenen falschen Abrechnung einen Aufschlag im Sinne einer "Strafzahlung" leisten müssen. Damit kommt der Gesetzgeber den jahrelangen Forderungen der GKV-Seite nach einem Äquivalent für die von den Kassen zu leistende Aufwandspauschale bei erfolgloser Rechnungsprüfung nach.

In diesem Zusammenhang kann jedoch nicht nachvollzogen werden, dass bei einer Prüfquote von 5 Prozent keine Sanktion gegen die Krankenhäuser vorgesehen ist. Dies entspricht nicht dem Gleichheitsgrundsatz, denn Kassen müssen bei jeder Prüfung, die keine Rechnungsminderung nach sich zieht, eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro entrichten, und zwar unabhängig vom strittigen Betrag.

Verbindliche Rechnungsstellung

Seit Jahren fordert die Kassenseite eine verbindliche Rechnungsstellung durch die Krankenhäuser. Rechnungen, die immer wieder korrigiert werden, erschweren das Prüfgeschäft und binden unnötig Ressourcen. Insofern wird der Gesetzesvorschlag, der eine Korrektur der zahlungsbegründenden Unterlagen nach deren Übersendung an die Krankenkasse ausschließt von der KNAPPSCHAFT begrüßt.

Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes ist fallabschließend und für die Krankenkasse verbindlich

Eine fallabschließende Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist grundsätzlich zu befürworten. Dass dadurch jedoch auch weitergehende Prüfungen aufgrund rückwirkender Klarstellungen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) oder des Bundessozialgerichts ausgeschlossen sind, ist kritisch zu bewerten, denn oberstes Ziel sollte nach wie vor die korrekte Abrechnung der Krankenhäuser sein.

In diesem Zusammenhang ist ferner abzulehnen, dass das Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes nun auch für die jeweilige Krankenkasse bindend sein soll. Bislang war die Krankenkasse Herrin des Prüfverfahrens, da sie letztlich die leistungsrechtliche Entscheidung unter Einbeziehung sämtlicher Umstände des Einzelfalles zu treffen hat. Die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung des Entscheidungsspielraumes wird daher abgelehnt.

Generelles Aufrechnungsverbot

Für die Krankenkassen soll ein grundsätzliches Aufrechnungsverbot eingeführt werden. Jedoch können GKV-SV und DKG abweichende Regelungen vereinbaren. Dies wurde bislang für medizinisch zu prüfende Fälle in der PrüfvV vorgenommen.

Für Abrechnungen außerhalb der zurzeit geltenden PrüfvV gilt dann jedoch, dass strittige Beträge seitens der Krankenkassen eingeklagt werden müssten. Die Neuregelung ist daher aus Sicht der KNAPPSCHAFT abzulehnen, weil den Krankenkassen damit eine ihnen nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen zustehende Möglichkeit der Forderungsrealisierung genommen wird.

Gemeinsame Umsetzungshinweise

Bislang gibt es getrennte Umsetzungshinweise von GKV-SV und DKG zur PrüfvV nach § 17c Abs. 2 KHG. Durch gemeinsame Umsetzungshinweise von GKV-SV und DKG können strittige Auslegungen der bislang bestehenden Regelungen ausgeräumt werden. Die KNAPPSCHAFT unterstützt insofern die beabsichtigte Neuregelung der gemeinsamen Umsetzungshinweise.

Falldialog vor Klageerhebung

Mit dem Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, soll künftig vor Klageerhebung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus eine verpflichtende Erörterung von strittigen Einzelfällen der Abrechnung erfolgen. Zur Beilegung ihrer Auffassungsunterschiede wird einzelfallbezogen der Abschluss eines Vergleichsvertrages legitimiert. Eine partnerschaftliche Klärung von Abrechnungsproblemen wird gefordert und gestärkt. Die KNAPPSCHAFT begrüßt die beabsichtigte Neuregelung, wenngleich Zweifel daran bestehen, dass das bezweckte Ziel der Entlastung der Sozialgerichte damit erreicht werden kann (siehe Ausführungen zur Prüfquote 2020).

Verbot von Pauschalvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

Die KNAPPSCHAFT hält die Vereinbarungen pauschaler Abschläge auf Krankenhausabrechnungen zur Abbedingung von Prüfungen der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung nach aktueller Rechtslage für zulässig. Mit der vorgesehenen Rechtsänderung wird den Krankenkassen und den Krankenhäusern ein Instrument zur Vermeidung langwieriger Streitigkeiten genommen. Daher wird die vorgesehene Regelung abgelehnt.

Einführung einer bundesweiten Statistik, die Aufschluss über Prüfquoten, Prüfanlässe und Prüfergebnisse liefern soll

Eine solche Statistik ist zu befürworten. Daraus ergibt sich die Möglichkeit eines GKV-Benchmarks über die Prüfhäufigkeit auf mehreren Ebenen. Dieses war bisher nicht möglich, da zum einen keine GKV-weiten Zahlen und zum anderen auch keine allgemeingültigen Definitionen für die Abbildung dieser Zahlen vorhanden waren. Durch die Einführung der Statistik wird allen Kassen die Möglichkeit eines Vergleichs, mit gleichen Zahlen und gleichen Definitionen, ermöglicht.

Reduzierung der primären Fehlbelegungsprüfung durch Ausbau der stationersetzenden Behandlungsmöglichkeit

Der Grundsatz "ambulant vor stationär" wird durch die Vorgabe zur regelmäßigen Anpassung der Vereinbarung zum ambulanten Operieren gestärkt. Neben den ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffen sollen zukünftig auch stationersetzende Behandlungen in der Vereinbarung Berücksichtigung finden. Ferner ist eine nach Schweregrad differenzierte Vergütung geplant. Diese Vorgabe würde der Abrechnung bei einer stationären Versorgung entsprechen. Ein noch in Auftrag zu gebendes Gutachten stellt die Grundlage für die neue Vereinbarung dar.

Darüber hinaus wird durch die verpflichtende regelmäßige Anpassung des Leistungskataloges und der Vergütung sichergestellt, dass neue medizinische Erkenntnisse kontinuierlich in den Leistungskatalog einfließen können. Neben positiven Aspekten sieht die KNAPPSCHAFT jedoch auch Korrekturbedarf beim vorgesehenen Ausschluss der Prüfungsmöglichkeiten (s. Ausführungen zu § 115b SGB V E).

Lösungen für strittige Kodier- und Abrechnungsfragen

Regelungen zur verbindlichen Klärung Streitbefangener Kodier- und Abrechnungsfragen sind grundsätzlich erstrebenswert. Der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene ist hierfür das richtige Gremium. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass sachgerechte Entscheidungen des Ausschuss auch einer entsprechenden Qualität der Anträge bedürfen. Außerdem müssen die mitunter enormen finanziellen Auswirkungen der Entscheidungen des Ausschusses im Einzelfall antizipiert werden und gegebenenfalls eine entsprechende Reaktion nach sich ziehen, die sowohl allein durch ein zu änderndes Kodier- oder Prüfverhalten eintretende Mehrausgaben der Kassen, als auch Mindererlöse der Krankenhäuser von erheblichem Ausmaß begrenzt, bis eine Berücksichtigung im DRG-System erfolgt.

Strittige Kodierempfehlungen der Medizinischen Dienste verbindlich entscheiden zu lassen ist sinnvoll, jedoch sollte klargestellt werden, dass nicht strittige Empfehlungen entsprechend automatisch als allgemein verbindlich gelten.

Verbot der Prüfung tagesbezogener Pflegeentgelte

Es ist nachvollziehbar, dass durch die zur Finanzierung der krankenhausesindividuellen Pflegebudgets eingeführten tagesbezogenen Pflegeentgelte kein neuer Prüfansatz entstehen darf, bei dem es zur Kürzung von Belegungstagen innerhalb des DRG-Verweildauerkorridores käme. Hierzu können die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene entsprechende Regelungen vereinbaren. Eine komplette Ausnahme der Pflegeentgelte von jeglicher Prüfung ist hierfür nicht erforderlich und wird deshalb abgelehnt. Eine sachgerechte Finanzierung der Pflegebudgets, für die im Übrigen ein vollständiger Erlösausgleich gilt, ist auch bei Durchgriff der Ergebnisse von Fehlbelegungs- und Kodierprüfung auf die Pflegeentgelte gegeben. Zudem kann das erwartbare Prüfgeschehen bereits im Rahmen der Budgetverhandlungen – z.B. durch eine aus den Erfahrungen der Vergangenheit zu erwartende Retaxierungsquote - Berücksichtigung finden.

Neuorganisation des MDS

Der MDS soll zu einer eigenständigen Körperschaft des öffentlichen Rechts werden und die Bezeichnung "Medizinischer Dienst Bund – MD Bund" führen. Träger des MD Bund sollen anstelle des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) die Medizinischen Dienste werden. Die Richtlinienkompetenz für die Arbeit der Medizinischen Dienste soll auf den MD Bund übertragen werden.

Der Referentenentwurf sieht auch eine Neuordnung der Besetzung des Verwaltungsrates beim MD Bund vor. Dort wird ein Verwaltungsrat aus 16 Mitgliedern, die durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste zu wählen sind, gebildet. Die Besetzung erfolgt mit sechs Vertretern von Seiten der Kranken- und Pflegekassen, sechs Vertretern von Patienten- und Betroffenenorganisationen und vier Vertretern der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und Landesärztekammern. Hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen und ihrer Verbände sind nicht wählbar. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihres Verbandes sind oder es 12 Monate vor der Benennung zum Mitglied des MD-Bund-Verwaltungsrates waren, sind ebenfalls ausgeschlossen.

Die von den genannten Institutionen in den Verwaltungsrat entsandten Mitglieder sind nicht durch Sozialwahlen demokratisch legitimiert. Diese Regelungen stellen somit einen weiteren Schritt zur Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dar. Die KNAPPSCHAFT lehnt diese Eingriffe in die Selbstverwaltung ab.

Die von den Krankenkassen entsandten Mitglieder wären darüber hinaus im neuen Verwaltungsrat in der Minderheit. Mit der Einbeziehung von Vertretern der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammern wären hingegen Leistungserbringer Mitglied im Verwaltungsrat und könnten bei den für sie geltenden Richtlinien ihre jeweiligen Partikularinteressen einbringen und darüber mitbestimmen. Ebenso ist dadurch die im Referentenentwurf vorgesehene neutrale sozialmedizinische Beratung des GKV-SV nicht gewährleistet. Das ist aus Sicht der KNAPPSCHAFT nicht hinnehmbar.

Anerkennung von Solidargemeinschaften

Allgemein verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, dass alle Bundesbürger gegen das Risiko Krankheit abgesichert sind. Hierzu hat der Gesetzgeber verbindliche Regelungen für eine Absicherung innerhalb der GKV – Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab 1. April 2007 – und der privaten Krankenversicherung (PKV) im Sinne des Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – Verpflichtung zur Absicherung, wenn kein GKV-Schutz besteht ab 1. Januar 2009 – aufgestellt.

Bereits mit Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V musste vermehrt zwischen den Krankenkassenverbänden zusammen mit dem GKV-SV und dem BMG bewertet werden, ob bestimmte Absicherungen in anderen Solidargemeinschaften sowohl innerhalb der GKV als auch im Rahmen der PKV als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anerkannt werden.

Personen, die einer zum damaligen Zeitpunkt anerkannten Solidargemeinschaft angehörten, wurden nicht von der Pflicht zur Krankenversicherung erfasst, da eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestand. Ein Wahlrecht zu Gunsten dieser Solidargemeinschaft für Mitglieder der GKV oder der PKV bestand nicht. Durch die Mitgliedschaft in einer

anerkannten Solidargemeinschaft wurde lediglich der Eintritt einer Versicherungspflicht als Person ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vermieden.

Mit der gesetzlichen Neuregelung wird das bestehende Absicherungssystem in der GKV und PKV um die Solidargemeinschaften ergänzt, wodurch diese als wählbare Absicherung im Krankheitsfall am Wettbewerb teilnehmen. Während die gesetzliche Anerkennung der Solidargemeinschaften in Bestandsfällen zu begrüßen ist, werden die wettbewerblichen Auswirkungen kritisch gesehen (s. Ausführungen zu § 176 SGB V E).

III. Änderungsbedarf zu einzelnen Vorschriften

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)

Nr. 2

§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufrechnungen von Krankenkassen aus strittigen Abrechnungen gegen unstrittige Forderungen von Krankenhäusern sollen grundsätzlich verboten werden. Ausnahmen hiervon können in der Vereinbarung nach § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG vorgesehen werden.

B) Stellungnahme

Die KNAPPSCHAFT lehnt die Einführung eines grundsätzlichen Aufrechnungsverbot ab. Zahlungsmodalitäten Krankenhausbehandlung betreffend sind bereits jetzt in Landesverträgen nach § 112 SGB V vereinbart und zum Beispiel die Aufrechnung für das Bundesland Nordrhein-Westfalen ausgeschlossen worden. Auch die PrüfvV nach § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG enthält bereits jetzt Ausnahmen vom Aufrechnungsverbot. Ergänzende gesetzliche Regelungen sind daher nicht erforderlich.

Darüber hinaus wird durch eine Umkehr des Verfahrens das finanzielle Risiko auf die Krankenkassen übertragen und hat somit Einfluss auf die Beitragssatzstabilität.

Die bisherigen Regelungen sind ausreichend und sollten beibehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)

Nr. 3

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die DKG, die KBV, die KZBV und GKV-SV haben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbare Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen in Auftrag zu geben. Auf der Grundlage des Gutachtens ist bis zum 30. Juni 2021 ein Leistungskatalog zu vereinbaren und die Vergütung, differenziert nach Schweregrad, festzulegen.

Eine Anpassung des Kataloges und der Vergütung hat regelmäßig, spätestens im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2023, zu erfolgen. Der Katalog der ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen unterliegt zudem der Genehmigung des BMG.

Für die ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen nach dem Katalog sind medizinische Prüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Das gesteckte Ziel, ambulante Behandlungsmöglichkeiten zu nutzen und somit die Fehlbelegungsprüfung zu reduzieren, wird nicht allein durch verbesserte gesetzliche Abrechnungsbedingungen zu erreichen sein. Ambulante Operationen unterliegen keiner Budgetierung und dennoch macht die medizinische Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit einen großen Teil der Abrechnungsprüfung aus. Ob ein Umdenken in den Krankenhäusern mit der geplanten Gesetzesänderung bewegt werden kann, hängt insofern davon ab, wie gut ein Krankenhaus betriebswirtschaftlich aufgestellt ist. Solange Fördermittel für Krankenhäuser abhängig von Bettenzahlen sind, ist zu befürchten, dass weiterhin die stationäre Versorgung im Focus der Häuser stehen wird.

Bereits bei der Beauftragung des Gutachtens dürften die Interessen der Vertragsparteien unterschiedlich sein. Ziel darf nicht sein, neue ambulante Leistungen in den Katalog aufzunehmen, sondern die Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich. Dabei wird der Frage der Differenzierung nach Schweregrad ein besonderes Augenmerk zukommen. Wichtig ist auch eine sachgerechte Vergütung. Ein ambulant erbrachter Fall benötigt weniger Ressourcen als bei einer stationären Versorgung angefallen wären und müsste daher deutlich preisgünstiger sein.

Ein genereller Ausschluss der Prüfungsmöglichkeiten nach § 275 SGB V ist nicht akzeptabel. Es sollte vielmehr klargestellt werden, dass in diesen Fällen keine Prüfung nach § 275c SGB V erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

Der neu angefügte Satz 6 in § 115b Abs. 2 SGB V ist wie folgt zu fassen:

"Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Kataloges nach § 115b Abs. 1 Nr. 1 abrechnen, unterliegen nicht der Prüfung nach § 275c SGB V."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)

Nr. 5

§ 176 Solidargemeinschaften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung des § 176 SGB V beabsichtigt der Gesetzgeber mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 die im Zusammenhang mit der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V als anderweitige Absicherung anerkannte Solidargemeinschaften unter bestimmten Voraussetzungen nunmehr auch gesetzlich anzuerkennen.

Voraussetzung für die Anerkennung ist ein gesetzlich normierter Rechtsanspruch der Mitglieder der Solidargemeinschaft auf Leistungen, die von der Art her denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen.

Darüber hinaus muss im Fünf-Jahres-Rhythmus die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft gegenüber dem Bundesversicherungsamt durch ein versicherungsmathematisches Gutachten eines unabhängigen Gutachters nachgewiesen werden.

Die Anerkennung als Solidargemeinschaft gilt einheitlich als anderweitige Absicherung sowohl im Sinne des SGB V als auch des VVG.

Eine Anerkennung als Solidargemeinschaft im vorgenannten Sinne ist vor dem 1. Januar 2020 nicht möglich.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Anerkennung dieser Solidargemeinschaft in Bestandsfällen wird unter Berücksichtigung der Vorbemerkungen positiv bewertet, da sie zum Status Quo keine Änderung herbeiführt. Vielmehr ist die gesetzliche Klarstellung zielführend.

Kritisch wird hingegen gesehen, dass die Solidargemeinschaften zukünftig als wählbare Absicherung im Krankheitsfall am Wettbewerb teilnehmen, ohne dass hierfür eine Notwendigkeit besteht. Die Normierung eines Rechtsanspruchs auf Leistungen, die der Art nach denen der GKV entsprechen, und die regelmäßige Überprüfung der langfristigen Leistungs-

fähigkeit sind in diesem Zusammenhang nicht ausreichend, zumal das Haftungsrisiko im Ergebnis auf die GKV bzw. PKV übertragen wird. Dies konterkariert das Solidaritätsprinzip in der GKV.

Sollte dies dennoch erklärtes Ziel des Gesetzgebers sein, wäre die Anerkennung der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall über die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V hinaus zu normieren.

Die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist im Rahmen

- der Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 Abs. 2 Satz 4 SGB V),
- der Begründung der Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) und
- der Krankenkassenwahlrechte bei Austritt aus der GKV (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V)

ebenfalls von Relevanz und wäre bei Bestehen einer Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft zusätzlich als Ausschlussgrund für den Eintritt einer Anschlussversicherung oder als Voraussetzung für die Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV bzw. die Abwahl der Mitgliedschaft als Versicherungsberechtigter der GKV zu berücksichtigen.

Im Falle einer Anerkennung wird davon ausgegangen, dass das BMG eine entsprechende Übersicht der anerkannten Solidargemeinschaften pflegt und verbindliche (gesetzliche) Regelungen aufstellt, in welcher Form und Frist die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall über eine Solidargemeinschaft gegenüber der GKV nachzuweisen ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 176 Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

- (1) Die Mitgliedschaft in einer am 1. April 2007 bereits bestandenen und seitdem ununterbrochen fortgeführten Solidargemeinschaft ist unter der Maßgabe der Absätze 2 bis 5 eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne der §§ 5 Abs. 1 Nr. 13, 8 Abs. 2 Satz 4, 175 Abs. 4 Satz 4, 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V und ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)

Nr. 7d

§ 275 Abs. 3b (neu) Verpflichtende Beauftragung des Medizinischen Dienstes bei abgelehnten Anträgen auf Hilfsmittelversorgungen aus medizinischen Gründen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wird eine beantragte Hilfsmittelversorgung mit der Begründung mangelnder medizinischer Erforderlichkeit ohne vorherige Beteiligung des Medizinischen Dienstes abgelehnt und legt der Versicherte hiergegen Widerspruch ein, muss die Krankenkasse den Medizinischen Dienst vor Erlass eines Widerspruchsbescheides mit einer gutachterlichen Stellungnahme beauftragen. Ablehnende Leistungsentscheidungen, die sich ausschließlich auf medizinische Gründe stützen, sollen so vor einem möglichen Sozialgerichtsverfahren auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die verpflichtenden Beauftragungen des Medizinischen Dienstes betrifft nur die Fälle, in denen gesetzliche Krankenkassen ein Hilfsmittel ausschließlich aus medizinischen und nicht (auch) aus anderen leistungsrechtlichen oder rein wirtschaftlichen Gründen ablehnt, da nur in diesen Fällen eine sozialmedizinische Bewertung weiterführt.

B) Stellungnahme

Mit der Änderung des § 275 Abs. 3b SGB V wird eine Entlastung der Sozialgerichte suggeriert und vermittelt, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihr Ermessen zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes nicht korrekt ausüben würden.

Aktuell obliegt es den gesetzlichen Krankenkassen im eigenen Ermessen, den Medizinischen Dienst für die Überprüfung der Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung einzubinden. Bei einer Vielzahl von Hilfsmitteln werden ablehnende Entscheidungen aus leistungsrechtlichen oder wirtschaftlichen Gründen getroffen, daher ist eine Einbindung des Medizinischen Dienstes in diesen Fällen nicht erforderlich.

Ist bei der Hilfsmittelversorgung jedoch die Frage der medizinischen Erforderlichkeit zu prüfen, ist es heute bereits selbstverständlich, den Medizinischen Dienst in die Prüfung der

Versorgung einzubinden. Antrags- und Widerspruchsverfahren ohne eine sozialmedizinische Überprüfung medizinischer Fragestellungen sind nicht denkbar.

Mögliche erwartete Entlastungen der Sozialgerichte werden durch diese gesetzliche Änderung daher nicht eintreten.

Zu erwarten ist hingegen, dass bei den Hilfsmittelanträgen, bei denen Ablehnungen (auch) aus leistungsrechtlichen oder rein wirtschaftlichen Gründen erfolgen, der Medizinische Dienst pauschal eingebunden wird, damit die gesetzlichen Krankenkassen sich nicht in Widerspruchs- oder Klagefällen dem Vorwurf der fehlenden Einbindung ausgesetzt sehen.

C) Änderungsvorschlag

Der neue Absatz 3b ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)

Nr. 9

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

Zu Absatz 1 Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Wortlaut zu § 275 Absatz 1c SGB V alte Fassung wird angepasst und um eine Regelung ergänzt, nach der die Krankenkasse an das Ergebnis der Prüfung durch den Medizinischen Dienst gebunden ist. Derzeit entscheidet die Krankenkasse nach Abschluss einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst, welche Folgerungen sie aus dem Prüfergebnis zieht. Es steht der Krankenkasse insofern frei, auch über das Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes hinausgehende Ansprüche gegen das Krankenhaus geltend zu machen. Künftig wird vorgesehen, dass die Krankenkasse an das Ergebnis der Prüfung durch den Medizinischen Dienst gebunden ist. Erhebt ein Krankenhaus Widerspruch gegen das Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes oder strebt eine gerichtliche Überprüfung an, ist eine Klage nicht gegen den Medizinischen Dienst, sondern – wie bisher auch – gegen die Krankenkasse zu richten.

B) Stellungnahme

Die KNAPPSCHAFT lehnt die beabsichtigte Änderung ab.

Die Krankenkasse trifft ihre leistungsrechtliche Entscheidung nach Abwägung aller vorliegenden Informationen. Wird der Krankenkasse diese Möglichkeit genommen, ist sie im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens an die Entscheidung des Medizinischen Dienstes gebunden. Eine Einflussnahme der Krankenkasse auf die Anzahl von zu führenden Gerichtsverfahren entfällt somit. Darüber hinaus sind die Ergebnisse aufgrund des Kostenvolumens gegebenenfalls (zusatz-)beitragsrelevant.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Absatz 2 Satz 1 und 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für das Jahr 2020 gilt eine maximale Prüfquote des MD pro Quartal von 10 Prozent für die eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses.

Ab 2021 soll pro Quartal eine krankenhausbazogene Prüfquote durch den GKV-SV ermittelt werden. Diese Prüfquote orientiert sich am Anteil der im vorvergangenen Quartal geprüften und abschließend durch den Medizinischen Dienst als korrekt bewertete Fälle eines Krankenhauses. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen von ≥ 60 Prozent gilt eine Prüfquote von 5 Prozent, bei einem Anteil zwischen 40 Prozent bis < 60 Prozent beträgt die Prüfquote 10 Prozent. Beträgt der Anteil korrekter Abrechnungen weniger als 40 Prozent ist eine Prüfquote von 15 Prozent maßgebend. Es können über diese Prüfquote hinaus Fälle zur Prüfung an den MD gegeben werden, wenn der Anteil korrekter Abrechnungen kleiner 20 Prozent beträgt bzw. wenn sich ein systematisch überhöhtes Abrechnen eines Krankenhauses herausstellt. Eine diesbezügliche Anzeige der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde muss gemeinsam erfolgen.

B) Stellungnahme

Der Ermittlung der Verluste (20 Mio. Euro bei der KNAPPSCHAFT) aus der 10-Prozent-Quotenregelung liegt zum einen die bloße Abschmelzung der Interventionsquote auf 10 Prozent zugrunde und zum anderen zwei Effekte, die sich u. a. auf die KNAPPSCHAFT negativ auswirken würden.

Bei der krankenhausbazogenen Prüfquote stellen sich im Jahr 2020 für kleinere/mittlere Krankenkassen bzw. für Krankenkassen in Regionen mit einer sehr geringen Versicherten-dichte zwei Probleme. Das erste Problem ergibt sich daraus, dass es erst bei einer Fallzahl von 10 möglich ist, gerade einmal einen Fall zu prüfen. Daraus resultiert im Umkehrschluss ein Überprüfungsverbot bei Krankenhäusern, in denen eine Krankenkasse weniger als 10 Fälle im Quartal abrechnet. Krankenhäuser verfügen über Kostenträgerstatistiken und können somit ganz leicht erlösoptimierend abrechnen, ohne Konsequenzen fürchten zu müssen. Mehrausgaben sind so vorprogrammiert.

Das zweite Problem stellt die Prüfquote an sich dar; sofern die Anzahl der Abrechnungen in einem Quartal nicht durch 10 teilbar ist, ergibt sich faktisch immer eine geringere Prüfquote, da Abrechnungsfälle nur "ganz" geprüft werden können und keine Nachkommastellen existieren. Ohne die Regelung einer kaufmännischen Rundung käme es wie bei der Problematik der geringen Fallzahl auch hier zu wettbewerbsverzerrenden Situationen.

Weiterer Kritikpunkt zu dem Gesetzentwurf ist, dass keine konkrete Definition der Abrechnungen vorgenommen wird, die für die Ermittlung der Prüfquote heranzuziehen ist (zum Beispiel Teilrechnungen, Widersprüche). Ohne eine Klarstellung ist hier ein sehr großes Streitpotential zu erwarten, da die Prüfquote auch Auswirkungen auf die von den Krankenhäusern zu leistenden "Strafzahlungen" hat. Darüber hinaus ist nicht eindeutig formuliert, ob sich die Prüfquoten nur auf medizinische Prüfungen nach § 275c SGB V beziehen oder auch rechtliche Prüfansätze inkludiert sind.

Zudem erscheint die Verteilung auf die drei Prüfkorridore eher willkürlich. Insbesondere die Tatsache, dass eine Prüfquote von 5 Prozent dann Anwendung findet, wenn ein Krankenhaus eine Fehlerquote von bis zu 40 Prozent vorweist, kann nicht nachvollzogen werden.

Somit wird konstatiert, dass bei einer Fehlerquote von bis zu 40 Prozent eine gute Abrechnungsgüte vorliegt und auch nicht mit Aufschlägen geahndet wird, wenn annähernd fast jede zweite geprüfte Rechnung falsch ist. Eine gute Abrechnungsgüte kann jedoch nur dann vorliegen, wenn der Anteil der Falschabrechnungen im unteren einstelligen Bereich liegt.

Daher wird der Vorschlag durch die KNAPPSCHAFT abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Hilfsweise müssen Anpassungen der Quotierung und Konkretisierungen vorgenommen werden.

Zu Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser müssen neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem Ursprungsbetrag und dem geminderten Betrag Aufschläge in Höhe von 25 Prozent der Differenz bei einem Anteil falscher Abrechnungen zwischen 40 und 60 Prozent leisten.

Beträgt der Anteil der korrekten Abrechnungen weniger als 40 Prozent, beträgt der Aufschlag 50 Prozent der Differenz.

Ist jedoch der Anteil korrekter Abrechnungen höher als 60 Prozent, wird kein Aufschlag fällig.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt die KNAPPSCHAFT die vorgesehenen Aufschläge im Sinne einer "Strafzahlung" bei Falschabrechnung. Es kann vermutet werden, dass die Motivation der Krankenhäuser, eine Rechnung vor der Übermittlung an die Krankenkasse inhaltlich und auf Vollständigkeit zu prüfen, steigen wird.

Nicht nachvollziehbar ist jedoch die Ausnahmeregelung von der Zahlung eines Aufschlages. Der Gesetzesvorschlag sieht keine "Strafzahlung" für die Krankenhäuser vor, wenn für das Quartal eine Prüfquote von 5 Prozent angesetzt wird. Im Gegensatz dazu steht die Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro für die Krankenkassen (vgl. § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V), die für jede Abrechnungsprüfung zu leisten ist, die nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages führt.

Die Ausnahme-Regelung wird daher durch die KNAPPSCHAFT abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die Ausnahme von der Aufschlagszahlung bei einer Prüfquote von 5 Prozent wird gestrichen.

Zu Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 275c Abs. 6 Nr. 1 wird geregelt, dass eine Prüfung der Abrechnung nach diesem Paragraphen in Bezug auf die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) nicht zulässig ist. Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkung auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben.

B) Stellungnahme

Die KNAPPSCHAFT lehnt diese Regelung grundsätzlich ab. Auch wenn die tagesbezogenen Pflegeentgelte letztlich zur Finanzierung eines festen Budgets dienen, so sollte dies doch über eine in allen Teilen korrekte Abrechnung erfolgen, zumal das Pflegebudget über einen vollständigen Erlösausgleich geschützt ist. Es ist nachvollziehbar, dass eine Fehlbelegungsprüfung innerhalb des DRG-Verweildauerkorridores, welche allein die Streichung von tagesbezogenen Pflegeentgelten und keine Änderung des DRG-Relativgewichtes nach sich zöge, nicht sinnvoll ist. Das Verbot Ergebnisse aus anderen, also den bisherigen, Prüfanlässen auf die Pflegeentgelte zu übertragen wird jedoch in der Umsetzung zu absurden Konstellationen führen. So müsste zum Beispiel auch bei festgestellter primärer Fehlbelegung trotzdem eine Zahlung erfolgen. Auch die nach aktuellem Stand des Konzeptes für das DRG-Systems 2020 bestehende Bezug zwischen DRGs und Pflegeentgelten und die damit gegebene Korrelation zwischen Pflegeaufwand und Höhe des Entgeltes liefe bei festgestellten Kodierfehlern ins Leere; während die DRG korrigiert würde, verblieben für die Pflegeentgelte unzutreffende Relativgewichte. Die Finanzierung des Pflegebudgets würde damit letztlich nicht "verursachergerecht" d. h. analog des bei korrekter Abrechnung den Patienten der einzelnen Kassen zuordenbaren Pflegegeschehens erfolgen. Eine nach den Erfahrungswerten der Vergangenheit zu erwartende Retaxierungsquote könnte bereits bei der Vereinbarung des Budgets bzw. des Pflegebasisentgeltwertes vor Ort Berücksichtigung finden.

C) Änderungsvorschlag

§ 275c Abs. 6 Nr. 1 SGB V ist zu streichen. Sofern eine diesbezügliche Vereinbarung auf Ebene der Selbstverwaltung als nicht ausreichend angesehen wird, kann hier stattdessen eine Regelung getroffen werden, die eine Kürzung von tagesbezogenen Pflegeentgelten im Rahmen einer Reduktion der Verweildauer innerhalb der unteren und oberen Grenzwelldauer der DRG untersagt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)

Nr. 9

§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dem neu eingeführten § 275d SGB V wird geregelt, dass Krankenhäuser zukünftig vor Erbringung von Leistungen, für die das DIMDI strukturelle Mindestanforderungen an die Kodierung des entsprechenden OPS-Kodes definiert hat, eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachterdienst veranlassen müssen. Erst nach positivem Votum durch den Medizinischen Dienst bzw. den Gutachterdienst können die Leistungen vereinbart und abgerechnet werden. Eine einzelfallbezogene Prüfung nach § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V durch die Krankenkasse ist für diese Leistungen ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung wird grundsätzlich begrüßt. So wird die Initiative zur Überprüfung von Strukturvoraussetzungen komplett auf die Krankenhäuser verlagert, anstatt wie bisher auf die Krankenkassen, die entweder bei Forderung entsprechender Leistungen im Rahmen der Budgetverhandlungen oder bei Abrechnung solcher Leistungen den Nachweis vom Krankenhaus einfordern müssen. Durch die gesetzliche Klarstellung, dass bei Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen eine Abrechnung dieser Leistungen nicht erfolgen darf, wird Rechtsklarheit geschaffen, was ebenfalls zu begrüßen ist.

Kritisch wird die Möglichkeit gesehen, dass das Krankenhaus entweder den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung beauftragen kann oder einen anderen Gutachterdienst, den es selbst wählt und die Kosten hierfür trägt. Um Objektivität und Unbefangenheit zu gewährleisten, sollte die Begutachtung ausschließlich durch den Medizinischen Dienst möglich sein.

Eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung ist vom Krankenhaus den Vertragsparteien im Rahmen der Budgetverhandlungen zu übermitteln.

Um die Information über die Abrechenbarkeit/Nichtabrechenbarkeit der Leistung auch auf die Kostenträger zu erweitern, die aufgrund ihres Belegungsanteils nicht Vertragspartei nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind, gleichwohl aber auf Abrechnungsebene mit diesen Leistungen konfrontiert werden können, sollten die Informationen stattdessen an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen gegeben werden, die diese kassenintern den entsprechenden Stellen (Vertragsabteilung, Abrechnungseinheit) zur Verfügung stellen.

Das gleichzeitig eingeführte Verbot der Einzelfallprüfung in Bezug auf die Einhaltung der Strukturmerkmale in § 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V darf sich – wenn überhaupt – nur auf die Einhaltung der generellen Strukturmerkmale beziehen, die vom Krankenhaus bereits nachgewiesen wurden und nicht auf leistungsbezogene Mindestmerkmale des entsprechenden OPS-Kodes (zum Beispiel Therapiedichte).

C) Änderungsvorschlag

- (1) In § 275d Abs. 1 SGB V werden die Wörter "oder durch einen anderen Gutachterdienst" gestrichen.

In § 275d Abs. 2 SGB V werden die Wörter "oder von dem anderen Gutachterdienst" gestrichen.

In § 275d Abs. 5 SGB V wird der zweite Satz gestrichen.

- (2) § 275d Abs. 3 SGB V

Anstelle von "den anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung " ist einzufügen "den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen".

- (3) § 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V wird gestrichen oder alternativ konkreter formuliert.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe c)

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

Zu Absatz 2a Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher haben Krankenhäuser nach Rechnungsstellung ihre Rechnung zum Zweck der Erlösoptimierung teilweise mehrfach korrigiert. Diese Rechnungskorrekturen erschweren eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht. Zur Erleichterung und Beschleunigung dieser Verfahren sollen Korrekturen von Krankenhausrechnungen grundsätzlich ausgeschlossen werden. Darüber hinaus können die Vertragsparteien abweichende Regelungen zur Rechnungskorrektur treffen.

B) Stellungnahme

Die Gesetzesänderung zum Verbot der Rechnungskorrektur entspricht der Forderung der Krankenkassen und wird grundsätzlich begrüßt. Abweichende Regelungen zur Rechnungskorrektur wurden für medizinische Prüffälle bereits heute im Rahmen der PrüfvV vorgenommen.

Der Ausschluss einer Rechnungskorrektur des Krankenhauses nach Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen bei der Krankenkasse sollte für alle Fälle gelten und nicht nur für Fälle, die durch den Medizinischen Dienst nach § 275c SGB V in Verbindung mit der PrüfvV geprüft werden. Die vorgesehene Regelung ist dahin gehend nicht eindeutig formuliert. Es ist daher eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erforderlich. Darüber hinaus muss eine Rechnungskorrektur im Rahmen einer getroffenen Leistungsentscheidung der Krankenkasse weiterhin möglich sein. Ansonsten sind unter Umständen Auswirkungen auf den MRSA möglich. Des Weiteren müssen "zahlungsbegründende Unterlagen" zweifelsfrei und verbindlich definiert werden (wie bereits heute in der PrüfvV). Zudem muss die Formulierung um den Hinweis ergänzt werden, dass diese Unterlagen vollständig und korrekt eingegangen sein müssen.

Änderungsvorschlag

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

Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen (Entlassdatensatz) an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen sowie der daraus resultierenden Abschlussrechnung durch das Krankenhaus in allen Fällen, nicht nur in Fällen mit einer Prüfung nach § 275c SGB V, ausgeschlossen. Ausgenommen hiervon sind Rechnungskorrekturen, die aufgrund einer Leistungsentscheidung der Krankenkasse im Rahmen einer Prüfung nach § 275c SGB V vorgenommen werden müssen.

Zu Absatz 2a Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung werden nach Abschluss einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst weitere anschließende Prüfungen durch die Krankenkasse (d. h. verwaltungsseitig) oder den Medizinischen Dienst ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Die KNAPPSCHAFT lehnt die beabsichtigte Neuregelung in der vorgelegten Form ab. Hierdurch werden bei Abschluss einer Prüfung nach § 275c SGB V neue Fassung weitere anschließende Prüfungen durch die Krankenkassen oder den Medizinischen Dienst ausgeschlossen. Damit wären auch verwaltungsseitige Prüfungen, zum Beispiel aufgrund ergangener BSG-Urteile, für bereits geprüfte Fälle nicht mehr durchführbar und möglich, Erstattungsansprüche nicht mehr realisierbar. Fehlende Einsparungen können Auswirkungen auf den (Zusatz-)Beitragssatz haben.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 18b Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Kreis der Antragsberechtigten wird durch Aufnahme der einzelnen Krankenkassen und Krankenhäuser, der Medizinischen Dienste, der Fachgesellschaften, des BMG und des Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses selbst erheblich erweitert. Es wird eine Entscheidungsfrist von acht Wochen nach Anrufung eingeführt. Zudem wird festgelegt, dass die zurzeit (bis zum 31. Dezember 2019) zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) strittigen Kodierempfehlungen des MDK vom Schlichtungsausschuss zu entscheiden sind; gleiches gilt für zukünftig strittige Kodierempfehlungen.

B) Stellungnahme

Jedwede Regelung, die zu einer sachgerechten Beilegung grundsätzlicher Kodierstreitigkeiten beiträgt, ist zu begrüßen. Dies setzt jedoch auch eine entsprechende Qualität der Anträge voraus. Zudem ist zu beachten, dass die bisherige sehr zurückhaltende Inanspruchnahme des Schlichtungsausschusses auch darin begründet ist, dass dessen Entscheidungen durchaus enorme finanziellen Auswirkungen nach sich ziehen können die sowohl zu Mehrausgaben auf Seiten der Krankenkassen als auch zu Mindererlösen der Krankenhäuser führen können. Da das DRG-System nicht unterjährig auf Eingriffe in die Kodierung reagieren kann, sollten Entscheidungen von großer finanzieller Tragweite erst für das jeweils nächste DRG-Systemjahr unter Berücksichtigung der zur Systementwicklung einzuhaltenden Fristen, umgesetzt werden.

Dass die strittigen MDK-Kodierempfehlungen durch Entscheidungen des Schlichtungsausschusses in verbindliche Kodierregeln überführt werden, ist zu begrüßen; allerdings muss dies auch für die zwischen MDK und DGfM nicht dissidenten Empfehlungen gelten; diese blieben sonst paradoxerweise unverbindlich. Die Tatsache, dass zum Großteil der Kodier-

empfehlungen zwischen MDK und DGfM Konsens besteht, bedeutet nicht, dass diese auch von allen Krankenhäusern anerkannt werden.

C) Änderungsvorschlag

Es ist eine Regelung zu ergänzen die bei Entscheidungen von systemweiter erheblicher finanzieller Relevanz eine Folgenabschätzung nebst entsprechender Reaktion vorsieht.

Außerdem ist eine Regelung zu ergänzen, die nicht strittige Kodierempfehlungen der Medizinischen Dienste als allgemein verbindlich erklärt.



Bettina am Orde
Geschäftsführerin KNAPPSCHAFT

Bei Rückfragen:
verbandarbeit@knappschaft.de

www.knappschaft.de