

Stellungnahme

— **der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

— **für ein**

**Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen
– MDK-Reformgesetz –**

vom 9. August 2019

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Allgemeiner Teil.....	3
Besonderer Teil	8
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	8
Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 91 Abs. 7 Satz 6 SGB V) Gemeinsamer Bundesausschuss	8
Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 109 SGB V) Aufrechnungsverbot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser	9
Zu Artikel 1 Nr. 7 a) aa) (§ 115b Abs. 1 SGB V) und zu Artikel 1 Nr. 7 b) (§ 115b Abs. 1a SGB V) Ambulantes Operieren im Krankenhaus.....	10
Zu Artikel 1 Nr. 7 c) bb) (§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V) Ambulantes Operieren im Krankenhaus	14
Zu Artikel 1 Nr. 10 a) aa) (§ 137i Abs. 1 SGB V)	16
Zu Artikel 1 Nr. 10 b) cc) (§ 137i Abs. 3a SGB V)	17
Zu Artikel 1 Nr. 21 a) – c) sowie f) (§ 275 SGB V) Begutachtung und Beratung	17
Zu Artikel 1 Nr. 21g) (§ 275 SGB V) Begutachtung und Beratung	18
Zu Artikel 1 Nr. 23 (§§ 275c und 275d SGB V) Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst (§ 275c SGB V) sowie Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d SGB V)	18
Zu Artikel 1 Nr. 24 (§ 276 SGB V) Zusammenarbeit	33
Zu Artikel 1, Nr. 25 (§§ 278 bis 283 SGB V (neu) Medizinischer Dienst (§§ 278 bis 280 SGB V) und Medizinischer Dienst Bund (§§ 281 bis 283 SGB V).....	33
Zu Artikel 1 Nr. 29 a) (§ 301 Abs. 2 SGB V) Kompetenzerweiterung DIMDI	39
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	41
Zu Artikel 3 Nr. 1 b) (§ 17b KHG)	41
Zu Artikel 3 Nr. 2 b) bb) (§ 17c KHG) Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen.....	41
Zu Artikel 3 Nr. 2 c) (§ 17c KHG) Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen	43
Zu Artikel 3 Nr. 2 h) (§ 17c KHG) Übermittlung des Pflegegrades	46
Zu Artikel 3 Nr. 2 i) (§ 17c KHG) Erstellung einer Statistik durch den GKV-Spitzenverband	46
Zu Artikel 3, § 19 KHG (neu) Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen.....	47
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	55
Zu Artikel 4 Nr. 1 (§ 2 KHEntgG) Kosten für die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern	55
Zu Artikel 4 Nr. 2 a) (§ 4 KHEntgG) Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	55
Zu Artikel 4 Nr. 5 a) (§ 8 Abs. 3 KHEntgG).....	56
Zu Artikel 4 Nr. 5 b) (§ 8 Abs. 4 KHEntgG) Berechnung der Entgelte	56
Artikel 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung.....	57
Zu Artikel 6 Nr. 1 a) (§ 8 Abs. 3 BpflV) Berechnung der Entgelte	57
Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf.....	58

Allgemeiner Teil

MDK-Prüfverfahren

Der vorgelegte Gesetzesentwurf vom 17.07.2019 stellt einen beachtlichen Schritt in die richtige Richtung dar, da er elementare Probleme des MDK-Prüfverfahrens identifiziert und versucht, sie interessengerecht zu lösen.

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

In der Praxis führen MDK-Prüfungen bei den Krankenhäusern zu einem stetig steigenden und nicht mehr vertretbaren **Aufwand**, zu erheblichen **Liquiditätsverlusten** und generell zu langwierigen **Rechtsstreitigkeiten**. So beträgt die durchschnittliche Prüfquote mittlerweile zwischen 17 und 20 % aller Krankenhaushfälle². MDK-Prüfungen werden von den Krankenkassen nicht verdachts- sondern potentialbezogen veranlasst und sind, wie im Gesetzesentwurf zu Recht kritisch hervorgehoben wird, zu einem **Wettbewerbsfaktor für die Krankenkassen** geworden. Krankenhäuser müssen einen immer höheren Aufwand für eine „MDK-feste“ Abrechnung betreiben, da die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) den Krankenhäusern beständig neue oder erweiterte Mitwirkungsobliegenheiten auferlegt. Exemplarisch sei auf die erhebliche Ausweitung der Dokumentationsobliegenheiten im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung für die Kodierung des OPS-Codes 8-550 hingewiesen, die das BSG in seinem Urteil vom 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 19/17 R) festgelegt hat. Hierauf hatte der Gesetzgeber bereits im PpSG reagiert, um einen weiteren Entzug der Vergütung einzudämmen.

Die von Kassenseite beklagten Mehrausgaben von 1,4 Mrd. Euro infolge der Begrenzung der Prüfungen und des damit verbundenen Wegfalls von Rechnungskürzungsmöglichkeiten macht deutlich, in welchem Umfang die **Prüfungen als Geschäftsmodell** missbraucht werden. Hinter den Kürzungen stehen von den Krankenhäusern erbrachte Leistungen. Aus dem Gesamtkürzungsvolumen von 2,8 Mrd. Euro entfallen ca. 700 Mio. Euro auf Leistungen der Krankenpflege, die erbracht, letztlich aber nicht

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

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

refinanziert werden. Der Einwand der Krankenkassen gegen die Begrenzung der Kürzungen kann nicht akzeptiert werden.

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

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

Dennoch ist festzustellen, dass trotz der Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V sowie des Abschlusses der PrüfvV die **grundlegenden Probleme** im Rahmen von MDK-Prüfungen nach wie vor einer Lösung harren. Dies hat zum weiteren personellen Aufrüsten beider Seiten geführt. Hier werden der Patientenversorgung erhebliche Mittel entzogen. Auf diese Problematik haben die Krankenhäuser in der Vergangenheit mehrfach hingewiesen und Lösungsvorschläge in die politische Diskussion eingebracht. Die Bedeutung dieser Thematik ist von der Politik mittlerweile erkannt worden. So haben CDU/CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag zur aktuellen 19. Legislaturperiode vereinbart, dass die Systematik der MDK-Prüfungen grundlegend zu reformieren ist. Die Konkretisierung dieser Vereinbarung liegt nunmehr in Form des Entwurfs des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 17.07.2019 mit aus Krankenhaussicht zu begrüßenden, aber auch problematischen und abzulehnenden Änderungen vor.

³ medinfoweb.de, Ergebnisübersicht Krankenhausrechnungsprüfung 2007-2015

Positiv zu bewerten sind insbesondere folgende Neuregelungen:

- Einführung eines generellen **Aufrechnungsverbot**es der Krankenkassen in § 109 Abs. 6 SGB V.
- **Herauslösung des MDK** aus der organisatorischen Alleinzuständigkeit der Krankenkassen und Neustrukturierung der Medizinischen Dienste als Körperschaften des öffentlichen Rechts für jedes Bundesland (§ 278 ff. SGB V).
- Einführung einer **Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen** in § 275d SGB V, die das Vorliegen der jeweils erforderlichen Strukturmerkmale bestätigt und diesbezügliche Einzelfallprüfungen im Anschluss an eine Strukturprüfung ausschließt (§ 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V).
- Bindung der Krankenkassen an das **Ergebnis der Prüfung** des MD (§ 275c Abs. 1 S. 4 SGB V).
- **Befreiung** der frührehabilitativen Leistungen bei Schlaganfall oder Schwersthirnverletzungen **vom Fixkostendegressionsabschlag** (§ 4 KHEntgG).
- Ersatzweise **Abrechnung vorstationärer Entgelte** (§ 8 Abs. 3 KHEntgG).

Kritisch zu bewerten sind insbesondere folgende Regelungen:

- **Strafzahlungen** bei nicht korrekter Abrechnung, § 275c Abs. 3 SGB V. Selbst die gegenüber dem Referentenentwurf erfolgte Einführung einer Höchstgrenze von 1.500 € ändert daran nichts. Die Voraussetzung einer Strafzahlung ist der Verstoß gegen eine Verbotsnorm. Deren Fehlen ist vorliegend jedoch systemimmanent aufgrund der bestehenden Bewertungsspielräume bei der Kodierung. Außerdem kennt auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung im vertragsärztlichen Bereich **keine zusätzlichen Sanktionen**, gleich ob die Honorarabrechnung oder das Ordnungsverhalten eines Vertragsarztes geprüft werden. Ein sachlicher Grund, die Rechtsfolgen von MDK-Prüfungen im stationären Bereich in Relation zu den die gleichen Ziele verfolgenden Prüfverfahren im ambulanten Sektor zu verschärfen, existiert nicht. Daher werden Strafzahlungen generell abgelehnt.
- Die Ermittlung der Prüfquoten und der Strafzahlungen nach § 275c Abs. 3 SGB V erfolgt ausschließlich durch den GKV-SV **ohne Einbindung bzw. Einflussnahme der Krankenhäuser bzw. Krankenhausgesellschaften**, § 275c Abs. 4 SGB V.
- An den neu strukturierten MDen sind Vertreter der Krankenhäuser nach wie vor nicht beteiligt, obwohl die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder von 16 auf 23 erhöht wurde.

Somit ist festzustellen, dass die Kostenträger in den MDen mehr als **2/3 der Verwaltungsratsmitglieder** stellen. Dies konterkariert in eklatanter Weise das gesetzgeberische Ziel, die MDen von den Krankenkassen „zu lösen“ und stattdessen

neutral auszugestalten. Das entsprechende Ziel des Koalitionsvertrages wird mit einer solchen Gestaltung eindeutig verfehlt.

- Keine ausreichende **Mitwirkung von Krankenhausvertretern** auf die vom MD Bund zu erlassende Richtlinie für Strukturprüfungen.
- Neben den neu strukturierten MDen wird dem **Sozialmedizinischen Dienst (SMD)** der Deutschen Rentenversicherung / Knappschaft – Bahn – See mit der neuen Regelung des § 283a SGB V eine **Sonderstellung** zugestanden mit der Folge, dass dieser gerade nicht den übrigen Neuregelungen zur neutralen Ausgestaltung der MDen bzw. den neuen Anforderungen für die Durchführung von Prüfungen in den Krankenhäusern unterfällt. Vielmehr solle für den SMD alles beim Alten bleiben.

Auch dies ist vor dem Hintergrund der gesetzgeberischen Zielsetzung, die Prüfverfahren in den Krankenhäusern zu überarbeiten und insbesondere neutrale Strukturen in den Prüfdiensten zu schaffen, vehement abzulehnen. Vielmehr ist angezeigt, auch den SMD den Regelungen zur Ausgestaltung der MDen und zur Durchführung von Prüfungen zu unterwerfen. Nur dann wäre sichergestellt, dass die Prüfungen in Krankenhäusern bundeseinheitlich nach denselben Vorgaben erfolgen und gerade keine individuellen Freiräume für einzelne Prüfdienste existieren.

- Ausschluss der Möglichkeit **nachträglicher Rechnungskorrekturen** für Krankenhäuser nach § 17c Abs. 2a KHG.

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

Ambulantes Operieren – ambulante Leistungen

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

Liveübertragung von G-BA-Sitzungen

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

Genauere Erläuterungen sind dem Besonderen Teil zu entnehmen.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 91 Abs. 7 Satz 6 SGB V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 109 SGB V)

Aufrechnungsverbot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Aufnahme eines neuen Absatzes 6 in § 109 SGB V wird ein gesetzliches Aufrechnungsverbot geschaffen. Dieses soll eine Aufrechnung von Rückforderungsansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen von Krankenhäusern grundsätzlich ausschließen. Abweichend davon können der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrer Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG Ausnahmen von diesem Aufrechnungsverbot vorsehen. Das Aufrechnungsverbot soll erst bei Forderungen gelten, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind.

Stellungnahme

Die gesetzliche Regelung eines grundsätzlichen Aufrechnungsverbots von Rückerstattungsansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser wird begrüßt, da sie eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherung der Liquidität darstellt, auf die die Krankenhäuser wegen der zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung bereits erbrachten Krankenhausleistungen auch einen Anspruch haben. Damit dient diese Regelung langfristig auch der Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese wünschenswerten Zielsetzungen nur dann erreicht werden, wenn die gesetzlichen Krankenkassen ihrer Pflicht zur fristgerechten Zahlung der von Krankenhausseite in Rechnung gestellten Vergütungen nachkommen. Auch die Möglichkeit zur Vereinbarung von Ausnahmetatbeständen vom Aufrechnungsverbot in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG wird für sachgerecht erachtet, sind doch auch in der derzeit geltenden Fassung der Vereinbarung entsprechende Ausnahmen bei unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenforderungen geregelt. Gleiches gilt für die Aufnahme der Stichtagsregelung 01.01.2020, welche aus Sicht der Bundesregierung verhindern soll, dass die Kranken-

kassen durch eine überschießende Anwendung der Aufrechnung im Vorfeld des Inkrafttretens des MDK-Reformgesetzes die Liquidität der Krankenhäuser weiter schwächen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 7 a) aa) (§ 115b Abs. 1 SGB V) und zu Artikel 1 Nr. 7 b) (§ 115b Abs. 1a SGB V)

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 115b Absatz 1a SGB V haben GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 31.03.2020 ein Gutachten zu beauftragen, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen sowie stationersetzenden Eingriffen und Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren.

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

Bei der Vergütung ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. Die Kalkulation der Vergütung erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage und soll nichtärztliche Leistungen sowie Sachkosten berücksichtigen.

Stellungnahme

1) Katalog / Gutachten

Mit diesen Änderungen möchte der Gesetzgeber ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus erweitern, zu einer sachgerechteren Vergütung beitragen und Abrechnungsprüfungen eindämmen. Wengleich diesem Ansinnen grundsätzlich zuzustimmen ist, so ergeben sich im Detail der Neuregelungen dennoch grundlegende Probleme. Es existieren sowohl ein bisher jährlich aktualisierter Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe als auch Allgemeine Tatbestände, die von den

Selbstverwaltungspartnern einvernehmlich vereinbart wurden. Gegen eine (nochmalige) qualifizierte Erweiterung des Kataloges und der Allgemeinen Tatbestände mit externer Unterstützung ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Eine vollständige Neuvereinbarung stellt jedoch den bisherigen Konsens und damit alle Tatbestände und im Katalog aufgeführten Leistungen nochmals auf den Prüfstand. Hierdurch würden nicht nur enorme Personalressourcen auf Seiten der Selbstverwaltung unnötig gebunden, sondern gleichermaßen neue Konfliktlinien eröffnet. Insofern wird empfohlen, mit dem Gutachten lediglich die o.g. neuen Ansätze (insb. stationsersetzende Behandlungen und Schweregradifferenzierung) in den bestehenden Katalog bzw. die Vereinbarung zu integrieren.

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

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

Da nicht zu erwarten ist, dass sich innerhalb von zwei Jahren grundlegend neue medizinische Kenntnisse zum ambulanten Operieren ergeben, ist es nicht erforderlich, die Vereinbarung nach § 115b SGB V alle zwei Jahre an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Hier wäre ein längerer Zeitraum völlig ausreichend.

Eine regelmäßige jährliche Anpassung an den jeweils aktuellen OPS, in dessen Rahmen auch inhaltliche Änderungen vorgenommen werden könnten, würde ohnehin weiter bestehen.

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

Die allgemeinen Tatbestände sind bereits fester Bestandteil des AOP-Vertrages. Im Hinblick auf diese hat sich in der Vergangenheit leider gezeigt, dass sie seitens der Krankenkassen wenig Beachtung fanden. So hat die GKV die Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in solche, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und solche, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Erbringung unter Berücksichtigung der allgemeinen Tatbestände möglich ist, nahezu vollständig negiert. Dies hatte zur Konsequenz, dass jede Leistung, die im Katalog ambulanter Operationen im stationären Setting erbracht wurde, sofort eine umfassende Prüfung seitens der GKV ausgelöst hat. Der Hinweis auf die allgemeinen Tatbestände fand hier nur selten Gehör. Hier wäre es seitens des Gesetzgebers wünschenswert, die Verbindlichkeit der allgemeinen Tatbestände im Hinblick auf die stationäre Leistungserbringung besser zu gestalten. Soziale Faktoren, wie beispielsweise die sichergestellte Versorgung im häuslichen Umfeld, die Verfügbarkeit von Angehörigen und das Alter, sind dabei angemessen zu berücksichtigen.

2) Vergütung

Die vorgesehene Differenzierung der Vergütung nach Schweregrad greift die Forderung der Krankenhäuser nach einer aufwandsgerechten Vergütung auf, da somit auch die Patienten- und Leistungsstruktur bei der Vergütung berücksichtigt werden können. Unter diesem Aspekt ist auch die Vorgabe, dass die Vergütung auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab, weiter zu entwickeln ist, nachvollziehbar. Allerdings stellt das bisherige Standardbewertungssystem des EBM lediglich auf fachärztdifferenzierte Praxisbetriebsmodelle ab, so dass der EBM in der bestehenden Form keinesfalls als Vergütungsmaßstab geeignet ist. Daher fehlt zumindest in der Gesetzesbegründung die Klarstellung, dass bei der Kalkulation auch die Kostenstrukturen der Krankenhäuser zu berücksichtigen sind.

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Vergütung neben den über den EBM abbildbaren ärztlichen Leistungen auch die nichtärztlichen Leistungen und die Sachkosten umfasst. Dies muss nach Ansicht der Krankenhäuser zur Folge haben, dass alle für die Eingriffe notwendigen Personalleistungen und Sachkosten vollumfänglich refinanziert werden und bei der Sachmittelvergütung nicht wie bisher Selbstbehalte oder Beschränkungen auf bestimmte, erstattungsfähige Sachmittel beabsichtigt sind. Sofern die Verordnung von Arzneimitteln weiterhin nicht möglich ist, müsste an dieser Stelle neben den Sachmitteln zwingend die Vergütung der erforderlichen Arzneimittel aufgenommen werden.

Unklar ist, was im Gesetzentwurf mit der Berücksichtigung von spezifischen Investitionsbedingungen gemeint ist. Die Länder sind ausschließlich verpflichtet, Investitionen für die stationäre Versorgung zu fördern. Auch in Verbindung mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) wurde in der Gesetzesbegründung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz ausgeführt, dass ambulante Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser nicht förderfähig sind und von den Ländern nicht gefördert werden. Aus diesen Gründen sollte die unbegründete Einbeziehung von spezifischen Investitionsbedingungen gestrichen werden.

Auch im Interesse der Patienten ist absolut nicht nachvollziehbar, warum die Krankenhäuser bei ambulanten Operationen nach § 115b SGB V nicht wie bei der ASV weiterhin keine Verordnungsmöglichkeiten erhalten. So ist es den Patienten nicht zu vermitteln, dass diese nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus zusätzlich noch einen Vertragsarzt aufsuchen müssen, damit dieser die für diese Behandlung notwendigen Verordnungen, etwa für Arzneimittel oder Heil- und Hilfsmittel, ausstellt. Auch vor dem Hintergrund, dass der Fokus von § 115b SGB V auf einer einheitlichen Versorgung in beiden Sektoren liegt, ist die ungleiche Behandlung bei den Verordnungsmöglichkeiten nicht nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

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

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

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

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a **enthaltenen zusätzlichen** ~~benannten~~ ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die **sowohl ambulant, als auch stationär** und in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. **Bei der Bestimmung der allgemeinen Tatbestände sind sowohl soziale Faktoren (z. B. häusliches Umfeld, Verfügbarkeit von Begleitpersonen), als auch medizinische Begleitumstände (z. B. Begleiterkrankungen, Voroperationen, Alter, Geschlecht) angemessen zu berücksichtigen.** Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen **sowie** der Sachkosten ~~sowie der spezifischen Investiti-~~

onsbedingungen. Die Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 schließen die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 ein, soweit diese medizinisch erforderlich sind; die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend.

In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

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

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat **über die bereits im Katalog enthaltenen Leistungen hinaus zusätzliche** ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nach dem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

Zu Artikel 1 Nr. 7 c) bb) (§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V)

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

Die beabsichtigte Klarstellung, dass Leistungen des ambulanten Operierens, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Kataloges nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (AOP-Katalog) erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst unterliegen, ist zunächst als konsequent anzusehen. Das Bundessozialgericht hat schon mit Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R) entschieden, dass eine Prüfung durch

den Medizinischen Dienst für Leistungen gemäß § 115b SGB V nicht anwendbar ist. In der Folge haben auch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene in die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV 2017) gleichlautende Regelungen aufgenommen (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 PrüfvV). Gemäß § 115b Absatz 2 Satz 5 SGB V erfolgt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität im Bereich des ambulanten Operierens durch die Krankenkassen. Dementsprechend ist in der Praxis festzustellen, dass bloße Abrechnungsfragen in der Regel ohnehin im direkten Austausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geklärt werden.

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

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

Durch die in § 115b Absatz 1 SGB V vorgesehenen Änderungen zur Differenzierung nach dem jeweiligen Schweregrad ist jedoch denkbar, dass hieraus künftig durchaus vermehrt medizinische Fragestellungen Gegenstand von Streitigkeiten sein könnten. Es ist daher erforderlich, den Vertragsparteien gemäß § 115b Absatz 1 SGB V zu ermöglichen, Näheres zur Prüfung von medizinischen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Schweregraddifferenzierung stellen können, zu regeln. Eine Prüfung kann in diesem Bereich nur durch den Medizinischen Dienst erfolgen, da es sich um medizinische Sachverhalte handelt, die nicht in die Zuständigkeit der Krankenkassen fallen und insbesondere nicht Gegenstand einer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne

von § 115b Absatz 2 Satz 5 SGB V sein können. Im Bereich des ambulanten Operierens ist ebenso wenig eine Anlehnung an das vertragsärztliche Prüferegime möglich, da es sich bei Leistungen des ambulanten Operierens systematisch um Krankenhausbehandlungen im Sinne von § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V handelt, die unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet werden.

Änderungsvorschlag

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

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

Zu Artikel 1 Nr. 10 a) aa) (§ 137i Abs. 1 SGB V)

Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

In § 137i Absatz 1 SGB wird der Satz 10 dahingehend geändert, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene Sanktionen nicht nur für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (Sanktionen nach Absatz 5), sondern auch für den Fall der Verletzung der Mitteilungs- und Datenübermittlungspflichten (Sanktionen nach Absatz 4b) zu vereinbaren haben.

Stellungnahme

Die Sanktionsregelungen nach Absatz 4b betreffen wie bisher sowohl die Mitteilungspflichten zu den Personaluntergrenzen (Satz 1) als auch die für die Weiterentwicklung der Personaluntergrenzen von den ausgewählten Krankenhäusern an das InEK zu übermittelnden Daten (Satz 2). Mit den geplanten gesetzlichen Anpassungen wird lediglich die Zuständigkeit für die Festlegung der Vergütungsabschläge mit dem entsprechenden Streitpotential von der Ortsebene auf die Bundesebene verlagert.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 10 b) cc) (§ 137i Abs. 3a SGB V)

Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Durch Einfügung eines neuen Satzes 3 wird nunmehr das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) direkt gesetzlich mit der Bestimmung derjenigen Krankenhäuser, welche an der Herstellung der repräsentativen Datengrundlage teilnehmen, beauftragt und zugleich ermächtigt, diese entsprechend zur Übermittlung der für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten zu verpflichten.

Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der derzeitigen Diskussionen der Befugnisse des InEK, für die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in unterschiedlichen Themen rechtswirksam zu handeln, erscheint eine direkte Beleihung des InEK im Kontext mit der Erstellung einer repräsentativen Datengrundlage bei Pflegepersonaluntergrenzen als ein sachgerechtes Mittel, um etwaigen Zweifeln vorzubeugen.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 21 a) – c) sowie f) (§ 275 SGB V)

Begutachtung und Beratung

Beabsichtigte Neuregelung

Es werden lediglich redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Stellungnahme

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

Diese Regelungen sind konsequent und erforderlich.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 21g) (§ 275 SGB V)

Begutachtung und Beratung

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

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

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

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§§ 275c und 275d SGB V)

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

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

1. § 275c Absatz 1 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

§ 275c SGB V enthält künftig eine Frist von 3 Monaten ab Eingang der Krankenhausrechnung bei der Krankenkasse, um ein Verfahren zur Prüfung einer Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse einzuleiten sowie durch den MD beim betroffenen

Krankenhaus anzuzeigen. Unverändert findet sich dort die Verpflichtung der Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale für den Fall einer erfolglosen Abrechnungsprüfung, ebenso wie die Regelung, dass sämtliche Prüfungen, die ein Tätigwerden des MD und eine Datenübermittlung des Krankenhauses bedürfen, als Prüfung im Sinne des § 275c SGB V anzusehen sind. Neu eingeführt wird die Regelung, dass eine Prüfung durch den MD einzuleiten ist, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist, es sei denn, in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V wird etwas anderes bestimmt.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung in § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V ändert das Prüfverfahren in einem wesentlichen Punkt: Statt der bisherigen 6-Wochen-Frist, die durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 in § 275 Absatz 1c Satz 1 SGB V eingeführt wurde und die ausdrücklich der Verfahrensbeschleunigung dient⁴, soll den Krankenkassen künftig für die Einleitung und Anzeige der Prüfung eine Frist von drei Monaten zur Verfügung stehen. Begründet wird diese Fristverlängerung damit, dass die Krankenkassen vor dem Hintergrund der neuen, variablen quartalsabhängigen Prüfquote ausreichend Zeit bekommen sollen, um eine effektive Auswahl der Prüffälle vornehmen zu können.

Diese Fristverlängerung ist abzulehnen. Zum einen hat sich die bisherige 6-Wochen-Frist in der Praxis etabliert. Die Geschäftsabläufe sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Krankenkassen und beim MDK sind auf diese Frist eingestellt. Zum anderen sollten die Krankenkassen mittlerweile hinreichend versiert sein, innerhalb des 6-Wochen-Zeitraumes eine korrekte und sachgerechte Auswahl der Prüffälle vorzunehmen. Zudem wird durch die Verlängerung der Einleitungs- und Anzeigefrist der Charakter der Verfahrensbeschleunigung konterkariert. Die Einführung der variablen quartalsabhängigen Prüfquote bedeutet keine Abkehr von der Verpflichtung der Krankenkassen sowie des MD zur zeitnahen Einleitung und Durchführung eines Prüfverfahrens. Die Krankenkasse soll zeitnah prüfen, in welchen Fällen belastbare Anhaltspunkte für Bedenken, dass eine Abrechnung nicht regelkonform ist, bestehen und diese einer Prüfung durch den MD zuleiten. Es kann aber nicht Intention der Einleitungs- und Anzeigefrist sein, dass Krankenkassen die Abrechnungen auf jeden entfernten Hinweis einer nicht regelkonformen Abrechnung prüfen, nur um eine möglichst hohe Prüfquote zu erzielen. Insofern ist eine Aufrechterhaltung der bewährten 6-Wochen-Frist unumgänglich.

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

Dabei bedarf der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Krankenkasse der Präzisierung. In der Vergangenheit wurden technische Abweisungen und Rückfragen der Kassen vielfach genutzt, um die MDK-Fristenregelungen auf Basis von Prüfkriterien

⁴ BT-Drs. 16/3100, S. 171.

nach Fachverfahren auszuhebeln, die nicht explizit im Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V vereinbart sind (Prüfungen nach Stufe 4, Fachverfahren). Eine geeignete Anpassung der Vereinbarung hierzu im Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V kann nicht ohne eine entsprechende Rechtsgrundlage getroffen werden.

Um Rechtssicherheit für die Krankenhäuser herzustellen und strategieanfällige technische Abweisungen zu vermeiden, wird daher vorgeschlagen, den Eingangszeitpunkt mit der Datenübermittlung nach gemeinsam vereinbarten Kriterien zu präzisieren und auf den Eingang der technisch korrekten Abrechnung als Startpunkt für den Lauf der Einleitungs- und Anzeigefrist des § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V abzustellen. Um Unsicherheiten bezüglich der Akzeptanz der technischen Korrektheit der Abrechnung zu vermeiden, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus innerhalb der in § 301 Absatz 2a SGB V gesetzten Frist eine Rückmeldung zu geben. Daher wird hier auf die Regelungen des § 301 Absatz 2a SGB V verwiesen.

Die Regelung zur Primärzuständigkeit des MD, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist, entspricht einer seit Langem von den Krankenhäusern erhobenen Forderung und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Auch die Absicht der Bundesregierung, mit dieser Regelung sicherstellen zu wollen, dass der zuständige MD auf Grundlage einer validen Datenlage Prüfungen auch ablehnen kann, durch die die quartalsbezogene Prüfquote überschritten wurde, ist sachgerecht. Kritisch zu sehen ist jedoch, dass von diesem Grundsatz ohne weitere Einschränkung in den Richtlinien des MD Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V abgewichen werden kann und daher die Gefahr besteht, dass diese Regelung ausgehöhlt wird. Ein Abweichen von dieser Zuständigkeitsregelung in den Richtlinien des MD Bund sollte daher – wenn überhaupt – nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein.

Als sehr sinnvoll erachten die Krankenhäuser den in der Vergangenheit diskutierten, aber nicht im Regierungsentwurf enthaltenen Vorschlag, dass die Krankenkasse künftig an das Prüfergebnis des MD gebunden sein soll. Eine solche Bindung der Krankenkasse an das Prüfergebnis des MD ist positiv zu bewerten, da dadurch die unabhängige Stellung des MD gestärkt würde. Insbesondere könnte die Krankenkasse keine über die Feststellungen des MD hinausgehenden eigenen Feststellungen in ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung heranziehen und dadurch einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses ablehnen oder kürzen, so dass diese Bindung der Krankenkassen an das Prüfergebnis letztlich sachgerecht ist. Dies würde auch zu einer Erhöhung des Rechtsfriedens führen. Insbesondere um nachhalten zu können, ob die Krankenkasse den Wertungen des MD gefolgt ist, muss das Krankenhaus ebenfalls nach jeder Prüfung das vollständige Gutachten des MD erhalten. Dieses Vorgehen entspricht der bisher überwiegend gelebten Praxis und ist auch sachgerecht. Zum einen ist es selbstverständlich, dass jemand, der geprüft wird, ob er bestimmte Voraussetzungen erfüllt, das komplette Prüfgutachten erhält und nicht nur das bloße Ergebnis der Prüfung mitgeteilt bekommt. Zum anderen wird ihm durch Übersendung des Prüfgutachtens die Möglichkeit eingeräumt, dem Ergebnis der Prüfung Rechnung tragen zu können.

Änderungsvorschlag

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

Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens ~~drei Monate~~ **sechs Wochen** nach deren Eingang der **technisch korrekt übermittelten** Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen; **eine Rechnung gilt als technisch korrekt übermittelt, wenn sie den von den Vereinbarungspartnern gemäß § 301 Abs.1 SGB V gemeinsam festgelegten Kriterien an die elektronische Datenübermittlung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V entspricht.** § 301 Absatz 2a Sätze 3 bis 6 SGB V sind zu berücksichtigen.

§ 275c Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt neu formuliert:

Die Prüfungen nach Satz 1 sind, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 für **begründete Ausnahmefälle** nichts Abweichendes bestimmt ist, bei dem medizinischen Dienst einzuleiten, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.

§ 275c Absatz 1 SGB V wird um folgende Sätze 5 und 6 ergänzt:

Die Krankenkasse ist an das Ergebnis der Prüfung durch den medizinischen Dienst gebunden. Das Krankenhaus erhält zeitgleich zur Krankenkasse das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Kenntnis.

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

sam anzeigen. Weiterhin können Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten haben, mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung prüfen lassen. Prüfungen im Vorfeld einer Beauftragung des MD unterliegen nicht der quartalsbezogenen Prüfquote.

Stellungnahme

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

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

Dass die Ermittlung der Prüfquote lediglich auf Basis der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgt, ist kritisch zu sehen. In der Praxis werden nicht nur Schlussrechnungen, sondern – insbesondere bei Langliegern im psychiatrischen Bereich – auch Zwischenrechnungen durch den MDK geprüft. Diese Prüfungen würden bei der Berechnung der Prüfquote ausschließlich auf Basis der Schlussrechnungen völlig unbeachtet bleiben, obwohl sie sich bezüglich ihres Prüfaufwandes von dem der Prüfung einer Schlussrechnung nicht unterscheiden. Diese Regelung erweist sich als sehr strategiefähig, da Krankenkassen unbegrenzt die Krankenhäuser belastende Prüfungen von Zwischenrechnungen durchführen lassen könnten, ohne dass sich diese Prüfungen auf die Berechnung der Prüfquote auswirken würden. Um diese Stra-

tegieanfälligkeit zu verhindern, ist bei der Bestimmung der Prüfquote auf sämtliche Abrechnungen für stationäre Behandlungsfälle eines Krankenhauses, die bei der Krankenkasse je Quartal eingegangen sind, abzustellen.

Dass der Gesetzesentwurf zur Ermittlung der Prüfquoten auf die Anzahl der unbeanstandeten Rechnungen Bezug nimmt, ist grundsätzlich sachgerecht, da so eine Diskussion beispielsweise über den Begriff der „korrekten“ Anrechnung vermieden wird. Allerdings birgt auch der Begriff der unbeanstandeten Rechnung durchaus Diskussionspotential, so dass eine entsprechende Konkretisierung erforderlich ist. Maßstab für die Frage, ob eine unbeanstandete Rechnung vorliegt, ist das Ergebnis der Fallprüfung durch den MD. Als unbeanstandet im Sinne des Gesetzentwurfes gilt somit – vor allem vor dem Hintergrund der Auswirkungen einer Beanstandung – jede Abrechnung, die durch eine Prüfung des MD nicht betragsmäßig gemindert wurde. Ein Austausch beispielsweise durch betragsmäßig nicht relevante Nebendiagnosen kann nicht zur Qualifikation als beanstandete Rechnung führen. Dies ergibt sich zum einen aus der Systematik des SGB V, auch die Aufwandspauschale in § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V a. F. bzw. in § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V n. F. stellt darauf ab, dass die Pauschale nur dann zu zahlen ist, wenn sich der Abrechnungsbetrag durch die Prüfung des MD nicht mindert. Zum anderen geht auch die Bundesregierung davon aus, dass eine Abrechnung dann als unbeanstandet gilt, wenn die Prüfung des MD nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat⁵. Aus Gründen der Klarheit sollte dieser Aspekt in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Problematisch ist zudem, dass bereits ab dem Jahr 2021 die quartalsbezogene Prüfquote gelten soll. 2020 stellt nicht nur ein Umbruchjahr vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen G-DRG-Systems aufgrund der Pflegepersonalkostenausgliederung sondern auch wegen der Einführung des reformierten Systems der MD-Prüfung dar. Neben den weitreichenden Änderungen in der Systematik der MD-Prüfungen ist in 2020 die für eine Ausübung seiner Tätigkeit erforderliche Umgestaltung des Medizinischen Dienstes noch nicht beendet, so dass hinsichtlich der Feststellung der Prüfquoten eine Einflussnahme der Krankenkassen auf die Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes zu befürchten ist. Daher sollte der Zeitraum der Anwendung der quartalsbezogenen, 10%-igen Prüfquote nach § 275 Abs. 1c Abs. 2 S. 1 SGB V um ein Jahr verlängert und die Einführung der quartalsbezogenen Prüfquote nach § 275 Abs. 1c Abs. 2 S. 3 SGB V ab 2022 festgelegt werden. Durch diese einjährige Verschiebung kann eine umfangreichere Datenlage generiert und letztlich belastbarere Ergebnisse gewonnen werden, um die quartalsbezogenen Prüfquoten festzulegen.

Nicht ausreichend deutlich ist zudem die Regelung in § 275c Absatz 2 Satz 7, wonach die Parteien der Pflegesatzvereinbarung das Vorliegen der Gründe für eine Überschreitung der Prüfquote bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde lediglich gemeinsam anzuzeigen haben. Um zu verhindern, dass Krankenhäuser unbegründet in den Verdacht geraten, systematisch überhöhte Abrechnungen zu stellen, was auch zu einer Ausweitung der Prüfquote führen könnte, wenn die Kodierqualität besser als 60 % ist, ist zumindest erforderlich, dass die zuständige Landesbehörde die Argumente der Kostenträger prüft und die Überschreitung der Prüfquote genehmigt

⁵ Begründung zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen, S. 70.

oder aber ablehnt. In diesem Verfahren hätte das Krankenhaus garantierte Anhörungs- und Mitwirkungsrechte und könnte sich gegen den vorgetragenen Verdacht wehren.

Mit der Einführung einer „Bagatellregelung“ in § 275c Absatz 2 Satz 8 SGB V möchte die Bundesregierung eine Benachteiligung von Krankenkassen verhindern, die quartalsbezogen von einem Krankenhaus weniger als 20 Abrechnungen erhalten. Die quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 10 % je Krankenhaus würde dazu führen, dass eine Krankenkasse, die von einem Krankenhaus weniger als 10 Abrechnungen erhält, für keine dieser Abrechnungen eine Prüfung durch den MDK veranlassen dürfte. Die variable quartalsbezogene Prüfquote hätte zur Konsequenz, dass sogar bei der Mindestquote in Höhe von 5 % eine Krankenkasse mindestens 20 Abrechnungen für vollstationäre Behandlungen vom Krankenhaus erhalten müsste, um überhaupt eine Prüfung einleiten zu können. Diese Erwägungen sind akzeptabel.

Änderungsvorschlag

In § 275c Abs. 2 SGB V werden die Wörter „Schlussrechnungen“ jeweils durch die Wörter „Abrechnungen“ ersetzt.

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

In § 275c Abs. 2 S. 3 werden die Worte „Ab dem Jahr 2021“ sowie „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Worte „Ab dem Jahr 2022“ sowie „vom Medizinischen Dienst Bund“ ersetzt.

§ 275c Absatz 2 wird um einen neuen Satz 4 ergänzt:

Eine Abrechnung ist dann unbeanstandet, wenn die Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

In § 275c Absatz 2 werden die Sätze 4 bis 7 die Sätze 5 bis 9.

§ 275c Absatz 2 wird um einen Satz 10 ergänzt:

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

In § 275c Abs. 2 werden die Sätze 8 und 9 die Sätze 11 und 12.

3. § 275c Absatz 3 – Strafzahlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Abhängig vom Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen müssen Krankenhäuser künftig neben der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag zusätzlich einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkasse zahlen. Falls der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 und 60 % beträgt, ist ein Aufschlag in Höhe von 25 % des Differenzbetrages zu zahlen, im Fall des Anteils unbeanstandeter Abrechnungen in Höhe von weniger als 40 % beträgt der Aufschlag 50 % des Differenzbetrages. Der Aufschlag ist betragsmäßig auf höchstens 1.500 Euro begrenzt. Ein Aufschlag kann in Verfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Vorfeld der Beauftragung des MD nicht erhoben werden.

Stellungnahme

Bei den in § 275c Absatz 3 SGB V als „Aufschlag“ bezeichneten Zahlungen handelt es sich um nichts anderes als um Strafzahlungen zu Lasten der Krankenhäuser. Strafzahlungen oder auch eine zu Lasten der Krankenhäuser anfallende symmetrische Aufwandspauschale sind aus Sicht der Krankenhäuser abzulehnen. Strafzahlungen können nur ein bewusstes und gewolltes Überschreiten der Abrechnungsbestimmungen zu Lasten der Solidargemeinschaft – also eine Falschabrechnung im eigentlichen Sinne – sanktionieren. Da jedoch eine Definition der Falschabrechnung in diesem Sinne nicht existiert und lediglich auf den Anteil nicht beanstandeter Abrechnungen abgestellt wird, müssen Krankenhäuser auch für diejenigen Abrechnungen eventuell eine Strafzahlung leisten, die keine Falschabrechnung im oben dargestellten Sinne sind, sondern lediglich darauf beruhen, dass dem Krankenhaus zustehende Auslegungsmöglichkeiten in den OPS-Kodes vom MD anders interpretiert werden. Hier werden dem Krankenhaus zustehende, legitime und legale Auslegungsmöglichkeiten durch die Verhängung einer Strafzahlung in Abrede gestellt. Die vorgesehene Begrenzung des „Aufschlages“ auf maximal 1.500 Euro kann an dieser Bewertung nichts ändern.

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

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 3 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

Richtig ist, dass aktuell wenig Transparenz über das Prüfgeschehen der Medizinischen Dienste herrscht. Umfragen bzw. veröffentlichte Statistiken leiden in der Regel darunter, dass sie nur eine beschränkte Teilnehmerzahl haben bzw. nur von einzelnen Medizinischen Diensten erfolgen und somit nur einen Blick auf einzelne Bundesländer ermöglichen. Daher ist es grundsätzlich positiv zu sehen, dass der Gesetzgeber den Bedarf für eine öffentlich zugängliche Statistik erkannt und entsprechende Regelungen getroffen hat. Wie bereits zu Art. 1 Nr. 23 unter I. 2. ausgeführt ist, jedoch der GKV-Spitzenverband nicht der richtige Adressat für die Aufgabe, die quartalsbezogenen Auswertungen zu erstellen. Um die erforderliche Neutralität und Transparenz bei der Erstellung dieser Auswertungen und der Ermittlung der quartalsbezogenen Prüfquote sicherzustellen, sollte die Aufgabe der Erstellung der quartalsbezogenen Auswertungen auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

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

Deutschen Krankenhausgesellschaft bei der Erarbeitung der Vorgaben für die Erstellung dieser Statistiken. Erreicht werden kann dies dadurch, dass die Festlegungen im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft erfolgen.

Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

Beabsichtigte Neuregelung

Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach § 275c Absatz 4 SGB V sollen keine aufschiebende Wirkung haben. Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen sind bei der Ermittlung der Prüfquote nicht zu berücksichtigen. Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote unberührt.

Stellungnahme

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

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

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

Die Neuregelung in § 275c Absatz 5 Satz 2 SGB V hat zur Folge, dass sachlich-inhaltliche Einwendungen gegen einzelne, der Ermittlung der quartalsbezogenen Prüfquote zugrundeliegenden Prüfergebnisse in dem Verfahren der Ermittlung der Prüfquote nicht geltend gemacht werden können. Sozialgerichte haben bei Fragen zur Ermittlung der Prüfquote somit nicht einzelne Abrechnungen inhaltlich zu überprüfen, sondern lediglich die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes zur Ermittlung der Prüfquote.

Ferner bewirkt § 275c Absatz 5 Satz 3 SGB V, dass behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen oder Prüfergebnissen keinen Einfluss auf die jeweils ermittelte quartalsbezogene Prüfquote haben. Diese Regelungen sind nur dann grundsätzlich akzeptabel, wenn die Einwendungen nach § 275c Absatz 5 Satz 2 SGB V sowie die behördlichen oder gerichtlichen Feststellungen nach § 275c Absatz 5 Satz 3 SGB V nicht völlig unberücksichtigt bleiben. Es muss daher dafür Sorge getragen werden, dass in den Fällen, in denen sich eine Beanstandung der geprüften Abrechnung nachträglich als ungerechtfertigt erweist, diese in den nachfolgenden Quartalen bei der Bemessung der Prüfquote berücksichtigt wird. Dies kann durch die Einführung eines Ausgleichsmechanismus erfolgen, der sicherstellt, dass Feststellungen, die eigentlich eine Minderung der vergangenen quartalsbezogenen Prüfquote hätten nach sich ziehen müssen, Auswirkungen auf die nächst erreichbare Prüfquote haben. Denkbar wäre zum einen, dass sich aufgrund der korrigierten Zahl der beanstandeten Fälle in einem früheren Quartal wegen der tatsächlich geringeren Zahl der beanstandeten Fälle eine geringere Prüfquote ergeben hätte (z. B. 10% statt 12%). Die Differenz zwischen der ermittelten und der korrekten Prüfquote wird als Prozentsatz ermittelt (z. B. 2 %-Punkte). Die nächsterreichbare Prüfquote wird dann in gleicher Höhe gemindert (z. B. ermittelte Prüfquote für das folgende Quartal: 11%, diese Quote wird um 2 %-Punkte gekürzt, so dass sich eine Prüfquote für das folgende Quartal von 9 % ergibt). Zum anderen könnte die tatsächliche Anzahl der geprüften Fälle, in denen das Krankenhaus erfolgreiche Einwendungen gegen die Beanstandung vortragen konnte, ermittelt werden. Diese konkrete Fallzahl wird dann von der Zahl der beanstandeten Fälle, die Grundlage für die Ermittlung der nächsten Prüfquote ist, abgezogen, so dass sich eine entsprechend geringere künftige Prüfquote ergibt.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt formuliert:

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

§ 275c Absatz 5 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach Absatz 1 lassen die für das jeweilige Quartal ermittelte Prüfquote nach Absatz 2 unberührt, ***sie sind jedoch bei der Ermittlung der nächsten, auf die Feststellung folgenden quartalsbezogenen Prüfquote einzubeziehen.***

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Entfällt.

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

Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt wird, dass Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge für Abrechnungen als Gegenleistung für den Verzicht auf Prüfungen durch den MDK unzulässig sind. Nicht von diesem Ausschluss betroffen sind Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen als Ergebnis eines Falldialoges nach den Regelungen der PrüfV sowie zur Umsetzung der Erörterung nach der Neuregelung des § 17c Absatz 2b KHG.

Stellungnahme

Diese Regelung ist sachgerecht, da der Abschluss derart pauschaler Vereinbarungen dem Sinn und Zweck von Abrechnungsprüfungen, die Kodierqualität sicherzustellen und zu fördern, widerspricht. Die beabsichtigte Ausnahmeregelung ist konsequent, da es sonst zu einer Kollision zwischen dem Verbot des Abschlusses pauschaler Vereinbarungen sowie der vom Gesetzgeber gewollten Einigung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in bestimmten Konstellationen kommen würde.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

II. § 275d SGB V - Prüfung von Strukturmerkmalen

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 275d SGB V haben Krankenhäuser die Einhaltung von durch OPS-Kodes vorgegebenen Strukturmerkmalen durch den MD begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Zuständig für diese Begutachtungen ist, soweit in den Richtlinien des MD Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist, der MD, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist. Wenn Krankenhäuser die geforderten strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen sie die entsprechenden Leistungen ab dem Jahre 2021 nicht mehr vereinbaren und auch nicht mehr abrechnen. Das Krankenhaus erhält von dem beauftragten MD das Gutachten in schriftlicher oder elektronischer Form sowie bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, welche auch den Zeitraum einschließt, für den das Vorliegen der Strukturmerkmale bestätigt wird. Diese Bescheinigung haben Krankenhäuser den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG anlässlich des Abschlusses von Vereinbarungen nach § 11 KHEntgG / BPfIV auf elektronischem Wege zu übermitteln. Grundlage dieser Begutachtungen ist die vom MD Bund gem. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu erlassende Richtlinie. Haben Krankenhäuser eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale länger als einen Monat nicht eingehalten, müssen sie dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitteilen.

Stellungnahme

Eine Regelung zur gesetzlichen Kodifizierung der Strukturprüfung ist grundsätzlich zu begrüßen, da zum einen die bestehende Rechtsunsicherheit, ob solche Prüfungen überhaupt zulässig sind bzw. auf welcher Grundlage solche Prüfungen durchgeführt werden können, beseitigt wird und diese einzelfallunabhängige Prüfung in Verbindung mit der Regelung des § 275c Absatz 6 Nr. 2 SGB V die Anzahl von Einzelfallprüfungen reduzieren kann. Der durch diese Prüfungen implizierte Vertrauensvorschuss für die Krankenhäuser, dass die geforderten Strukturmerkmale für den angehenden Zeitraum ohne weitere Prüfung als erfüllt gelten, kann bei der Erfüllung und Abrechnung von Leistungen, die das Vorhandensein dieser Strukturen erfordern, hilfreich sein.

Allerdings erfordert eine Strukturprüfung klare Vorgaben und Regelungen. Die Strukturprüfung sollte grundsätzlich fakultativ durch Krankenhäuser beauftragt werden können, um Pflegesatzverhandlungen nicht mit der Frage zu belasten, ob das betreffende Krankenhaus die von den jeweiligen OPS-Kodes geforderten Voraussetzungen erfüllt oder nicht. Die Freiwilligkeit der Durchführung einer Strukturprüfung dient auch dazu, den notwendigen zeitlichen Vorlauf zur Implementierung dieser Prüfung durch den Medizi-

nischen Dienst sicherzustellen. Die bislang geplante Regelung führt zu dem Problem, dass der Medizinische Dienst rein praktisch aufgrund der zu erwartenden großen Anzahl von erforderlichen Strukturprüfungen nicht in der Lage sein dürfte, diese flächendeckend bis zum 31.12.2020 komplett absolviert zu haben. Konsequenz wäre nach der geplanten Regelung, dass eine Vielzahl von Krankenhäusern wegen des zu befürchtenden „Entscheidungsstaus“ nicht mehr berechtigt wären, bestimmte Leistungen zu erbringen. Daher sollte die in der Vergangenheit diskutierte Idee, dass auch andere Gutachterdienste mit der Durchführung dieser Strukturprüfungen beauftragt werden können, Eingang in § 275d Absatz 1 Satz 1 SGB V finden. Durch die Möglichkeit, auch andere Gutachterdienste beauftragen zu können, besteht die Möglichkeit, Belastungsspitzen des MD zu verhindern und fristgerechte Prüfungen zum Vorliegen der Strukturmerkmale sicherzustellen.

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

Eine Strukturprüfung kann folglich nur ohne diese Koppelung ihre grundsätzlich positiven Auswirkungen auf die Höhe der MD-Prüfungen im Krankenhaus entfalten. Nichtsdestotrotz muss vor einer Strukturprüfung klar geregelt sein, was geprüft wird. Durchführung und Ergebnis einer Strukturprüfung können nicht davon abhängen, wie nach Auffassung der jeweiligen Krankenkasse bzw. des jeweiligen MD die jeweiligen Strukturmerkmale von OPS-Kodes auszulegen und zu erfüllen sind. Diese Vorgaben sind verbindlich durch das DIMDI vorzugeben, beispielsweise durch Checklisten, die festlegen, welche Strukturmerkmale zu prüfen und in welcher Form diese zu erfüllen sind. Positiv zu bewerten ist, dass auch bei der Strukturprüfung grundsätzlich der örtlich für das Krankenhaus zuständige MD die Begutachtung durchzuführen hat. Allerdings ist auch hier kritisch zu sehen, dass von diesem Grundsatz ohne weitere Einschränkung in den Richtlinien des MD Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V abgewichen werden kann und daher die Gefahr besteht, dass diese Regelung ausgehöhlt wird. Ein Abweichen von dieser Zuständigkeitsregelung in den Richtlinien des MD Bund sollte daher nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein.

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

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

Änderungsvorschlag

§ 275d Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

§ 275d Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

§ 275d Absatz 4 wird ersatzlos gestrichen.

§ 275d Absatz 5 wird zu Absatz 4.

Angefügt wird folgender Absatz 5:

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

Zu Artikel 1 Nr. 24 (§ 276 SGB V)

Zusammenarbeit

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1, Nr. 25 (§§ 278 bis 283 SGB V (neu))

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

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

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll in jedem Bundesland ein Medizinischer Dienst in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts existieren. Entscheidende Organe sind jeweils der Vorstand und der Verwaltungsrat. Letzterer besteht künftig aus 23 Vertretern. Davon werden 16 von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Kranken- sowie der Ersatzkassen gewählt und sieben von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon fünf Vertreter auf Vorschlag der Patientenvertreter oder Verbraucherschutzorganisationen sowie zwei Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern bzw. Landesverbände der Pflegeberufe sowie der Landesärztekammern, wobei den Vertretern, die auf Vorschlag der Landespflegekammern bzw. Landesverbände der Pflegeberufe sowie der Landesärztekammern benannt werden, kein Stimmrecht zukommt. Nicht benannt werden kann eine Person, die Mitglied des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder eines ihrer Verbände ist oder innerhalb der letzten 12 Monate war oder der hauptamtlich bei einer Krankenkasse beschäftigt ist.

Stellungnahme

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

Allerdings ist festzustellen, dass das Ziel der Neuorganisation des MD, diesen von den Krankenkassen unabhängig auszugestalten, durch die Neuregelung klar verfehlt wird. So sollen statt 16 künftig 23 Personen im Verwaltungsrat der MD vertreten sein. Die vorgesehene Erhöhung der Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder sowie deren Verteilungsschlüssel konterkariert die Intention des Gesetzgebers, einen von den Krankenkassen unabhängigen MD zu schaffen. 16 der 23 Vertreter, also knapp 70 % der entsandten Vertreter, stammen künftig aus dem Lager der Krankenkassen. Erschwerend kommt hinzu, dass zwei Vertretern, die von der für die Sozialversicherung zuständigen Stelle benannt werden, kein Stimmrecht zukommt. Somit entfallen über 76 % der Stimmrechte auf die Vertreter der Krankenkassenseite. Die Abhängigkeit der MD sowie die Einflussnahme der Krankenkassen auf Entscheidungen der Verwaltungsräte der MD werden durch den Gesetzentwurf somit im Ergebnis noch verstärkt.

Darüber hinaus ist äußerst kritisch anzumerken, dass die Bundesregierung zwar die Anzahl der Verwaltungsräte von derzeit 16 auf 23 erhöhen möchte, dennoch Vertreter der Krankenhaussseite nach wie vor völlig unberücksichtigt bleiben. Diese Nichtberücksichtigung ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Aufgaben des Medizinischen Dienstes auch zukünftig weit überwiegend im Bereich der Überprüfung und Kontrolle von Krankenhausabrechnungen bzw. Qualitätskontrollen im Krankenhaus oder Strukturprüfungen im Krankenhaus bestehen wird, nicht nachzuvollziehen. Nur unter Einbeziehung von Vertretern auch der Krankenhaussseite können ausgewogene und transparente Regelungen zur Durchführung von Prüfungen des Medizinischen Dienstes erarbeitet bzw. deren Überwachung eingehalten werden, was letztlich für eine größere Akzeptanz der Prüfungen des Medizinischen Dienstes in der Praxis sorgt.

Zudem steht auch die Nichtberücksichtigung von Vertretern der Krankenhaussseite in Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers. In der Begründung zum Gesetzesentwurf⁶ wird die beabsichtigte Neustrukturierung des Verwaltungsrates der MD damit begründet, dass zur Stärkung der Unabhängigkeit der MD der Verwaltungsrat als jeweiliges Hauptentscheidungsorgan künftig nicht mehr ausschließlich von den Selbstverwaltungspartnern der Krankenkassen bestimmt werden soll, sondern stattdessen der Verwaltungsrat das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gleichmäßiger abbilden und den Hauptakteuren Mitsprecherechte ermöglichen soll. Damit sollen die Interessen aller wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können. Diese Intention ist grundsätzlich

⁶Begründung zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen, S. 80.

uneingeschränkt zu begrüßen, die geplante Umsetzung konterkariert diese Intention jedoch. Die Nichtberücksichtigung von Vertretern der Krankenhauseseite steht im Gegensatz zu der Aussage, dass alle wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, im Verwaltungsrat beteiligt sein sollen. Die unzweifelhaft größte Gruppe, die Begutachtungen des MD ausgesetzt ist und auch zukünftig ausgesetzt sein wird, sind die Krankenhäuser, die jedoch bisher und auch nach der Neuregelung nicht im Verwaltungsrat der MD vertreten sein werden. Besonders fragwürdig wird das Fehlen von Vertretern der Krankenhauseseite, wenn man bedenkt, dass Vertreter der Pflege sowie der Ärzte berücksichtigt werden, die von Begutachtungen des MD wesentlich weniger betroffen sind als Krankenhäuser. Wenn schon Vertreter dieser Berufsgruppen in den Verwaltungsräten der MD vertreten sind, um das System der GKV abzubilden, müssen erst Recht Vertreter der Krankenhauseseite berücksichtigt werden. Zudem ist eine Beteiligung von Vertretern der Krankenhauseseite in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste auch vor dem Hintergrund erforderlich, dass die Mitglieder im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste auf Landesebene anteilig gewählt werden.

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

Änderungsvorschlag

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

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

§ 279 Abs. 3 S wird wie folgt formuliert:

Der Verwaltungsrat besteht aus **16 Vertretern. Die Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon**

- 1. vier Vertreter auf Vorschlag der Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen, der BAHN-BKK und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,**
- 2. sechs 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 Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene,**
- 3. zwei Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern sowie**
- 4. vier Vertreter auf Vorschlag der Landeskrankenhausgesellschaften.**

Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder.

§ 279 Abs. 4 und Absatz 5 werden ersatzlos gestrichen.

§ 279 Absätze 6, 7 und 8 werden zu § 279 Absätze 4, 5 und 6.

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

Beabsichtigte Neuregelung

Dachorganisation der Medizinischen Dienste ist künftig nicht mehr der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, sondern der in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts organisierte Medizinische Dienst Bund, dessen Mitglieder die einzelnen Medizinischen Dienste der Länder sind. Ausführende Organe sind der Vorstand und der Verwaltungsrat. Letzterer wird durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste gewählt und besteht aus 23 Vertretern. Davon entfallen auf die Krankenkassenseite 16, auf die Seite der Patientenvertreter bzw. Verbraucherschutzorganisationen fünf sowie auf die Pflege- bzw. Ärzteseite zwei Vertreter, Letztere ohne Stimmrecht. Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehört die Koordination und die Förderung der Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste sowie der Erlass von Richtlinien, z. B. zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und zur Regelung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V. Bei Erlass der

Richtlinien hat der Medizinische Dienst Bund den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit diese von einer Richtlinie betroffen sind. Die abgegebene Stellungnahme ist in die Entscheidung einzu beziehen. Die erlassenen Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Stellungnahme

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

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass aufgrund der Nichtberücksichtigung von Vertretern der Krankenseite in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste diese auch keine Möglichkeit haben, Vertreter in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund zu wählen. Wie schon bei den Regelungen zur Besetzung der Verwaltungsräte in den MD auf Landesebene oben unter I. kritisch angemerkt, ist sowohl die Ausdehnung auf 23 Verwaltungsräte als auch die völlige Nichtberücksichtigung der Krankenseite zu kritisieren. Analog zur Verteilung der Verwaltungsratssitze bei den MD auf Landesebene soll der Verwaltungsrat des MD Bund aus 16 Verwaltungsräten bestehen, die sich entsprechend auf die Anzahl der jeweiligen Vertreter in den Verwaltungsräten der MD auf Landesebene verteilen.

Aufgrund der Kompetenz des Medizinischen Dienstes Bund, Richtlinien zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und MDK, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und zur Festlegung der Einzelheiten zur Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V sowie zu den Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht eingehalten werden, zu erlassen, sind durch dessen Tätigkeit Krankenhausinteressen elementar betroffen. Daher reicht es nicht aus, Krankenhäusern lediglich die Möglichkeit zur Stellungnahme zu erarbeiteten Richtlinienvorschlägen einzuräumen. Vielmehr müssen auch Vertreter der Krankenseite bereits im Stadium der Erarbeitung dieser Richtlinien beteiligt sein, um die Interessen der Krankenhäuser sachgerecht zu vertreten und um ein transparentes und faires Prüfverfahren zu entwickeln. Diese Richtlinien, die einen Bezug zum Krankenhausbereich haben, müssen zumindest im Benehmen mit der DKG abgeschlossen werden, um eine sachgerechte Berücksichtigung der Interessen der Krankenhäuser sicherzustellen.

Die stärkere Berücksichtigung von Vertretern der Krankenseite schon im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund ist auch vor dem Hintergrund erforderlich, dass der Medizinische Dienst Bund die Betroffenheit nach § 283 Abs. 2 S. 2 SGB V hinsichtlich der einzelnen Richtlinie, die Voraussetzung für die Möglichkeit zur Stellung-

nahme ist, im pflichtgemäßen Ermessen selbst festsetzt. Ohne hinreichende Vertretung der Krankenhausseite im Verwaltungsrat ist diese Regelung äußerst strategieanfällig.

Änderungsvorschlag

§ 282 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

Der Verwaltungsrat besteht aus **16** Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon

1. **vier** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1,
2. **sechs** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2,
3. **zwei** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 und
4. **vier** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4.

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

„Sind Belange der Krankenhäuser von den Richtlinien betroffen, sind diese im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft festzulegen.“

§ 283 Abs. 2 S. 3 bis 7 werden zu S. 4 bis 8.

III. Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 283a SGBV)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, wonach die Aufgaben des MDK für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See von dessen Sozialmedizinischem Dienst (SMD) erfüllt werden, wurde übernommen und erweitert. So soll eine eigene Geschäftsordnung die Unabhängigkeit des SMD gewährleisten und ein Beirat eingerichtet werden.

Stellungnahme

Durch diese Regelung wird der bestehende Sonderstatus des SMD verfestigt, was die gesetzgeberischen Bestrebungen, die Prüfinstanzen im Krankenhauswesen hinsichtlich ihrer Struktur und Finanzierung zukunftsorientiert neutral auszugestalten, konterkariert. Anstatt den SMD denselben Neutralitätsanforderungen wie sämtlichen anderen MD zu unterwerfen, vertraut die Bundesregierung darauf, dass die gewollte und erforderliche Neutralität in der Begutachtung und Beratung auch des SMD in einer eigenen Geschäftsordnung und durch Installation eines Beirates sichergestellt werden, ohne jedoch die grundlegende Struktur des SMD als einer Institution insbesondere der Knappschaft zu ändern. Die Besetzung der Entscheidungsgremien im SMD ist völlig intransparent. Zudem kommt dem beabsichtigten Beirat lediglich eine beratende Funktion zu. Dessen Stellungnahmen sind vom Vorstand des SMD in die Entscheidungsfindung lediglich einzubeziehen. Dies zeigt, dass der SMD kaum den Anforderungen der gewünschten

Neutralität der MD entspricht, daher ist der Sonderstatus des SMD aufzugeben, § 283a SGB V ersatzlos zu streichen und der SMD in die neuen, unabhängigen MD einzubeziehen.

Änderungsvorschlag

§ 283a SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 29 a) (§ 301 Abs. 2 SGB V)

Kompetenzerweiterung DIMDI

Beabsichtigt Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Aufgabe, Diagnosen und Prozeduren in der Medizin (z. B. Operationen, diagnostische Verfahren) zu klassifizieren, damit u. a. vergleichbare Krankenhaufälle über Diagnosen- und Prozedurenkodes einheitlich abgerechnet werden können. OPS-Kodes bilden eine zentrale Grundlage für die Abrechnung nach dem DRG- und PEPP-System, dienen aber nicht der Krankenhausplanung. Dennoch ist mit der Einführung der sogenannten Komplexbehandlungskodes seit dem Jahr 2007 festzustellen, dass das DIMDI vermehrt in den OPS-Kodes der Planung und Qualitätssicherung dienende Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung stellt. Kennzeichnend für die Komplexbehandlungskodes ist, dass sie von den Krankenhäusern zu Abrechnungszwecken nur dann kodiert werden dürfen, wenn sie die in diesen OPS-Kodes festgelegten erforderlichen Mindestmerkmale vollumfänglich erfüllen. Infolge ihrer hohen Erlösrelevanz ist die Auslegung der einzelnen Mindestmerkmale hoch umstritten und muss letztlich durch die Sozialgerichte entschieden werden. Beispielhaft ist hier das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.06.2018 – B 1 KR 38/17 R – (Höchstens halbstündige Transportentfernung bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls – OPS-Kodes 8-98b und 8-891) zu nennen. Das Bundessozialgericht hat bekanntermaßen mit diesem Urteil eine überraschende Neudefinition der Transportentfernung vorgenommen und damit im Ergebnis auch in erheblichem Maße

in die Landekrankenhausplanung und die Versorgungssicherheit eingegriffen. Es ist daher davon auszugehen, dass es durch die geplante Kompetenzerweiterung des DIMDI auch künftig verstärkt zu Konflikten mit der Krankenhausplanung kommen wird. Die Krankenhäuser fordern daher, klarzustellen, dass OPS-Kodes auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen sind und nicht für andere Ziele zweckentfremdet werden dürfen. Darüber hinaus hat das DIMDI in geeigneter Weise die mit den Vorgaben konkret verbundenen Prüfgegenstände abschließend und eindeutig festzulegen. Dies könnte beispielsweise im Rahmen dazugehöriger Checklisten erfolgen.

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

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

Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 Nr. 1 b) (§ 17b KHG)

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Durch Neufassung des Satzes 6 in Absatz 3 wird nunmehr das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gesetzlich ermächtigt, zu bestimmen, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen. Diese Krankenhäuser sind dann zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten an das InEK verpflichtet. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben außerdem keine aufschiebende Wirkung.

Stellungnahme

Da das InEK ohnehin die Maßnahmen des Konzepts für eine repräsentative Kalkulation umsetze, sei es aus Sicht der Bundesregierung zweckmäßig, dass es auch die hierfür erforderlichen Verpflichtungsbescheide gegenüber den Krankenhäusern erlasse. Vor dem Hintergrund der derzeitigen rechtlichen Diskussionen im Kontext der Verpflichtungen von Krankenhäusern zur Datenlieferung im Rahmen der Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems und die dabei von Seiten der nordrhein-westfälischen Verwaltungsgerichtsbarkeit vertretenen Zweifel an der Rechtsstellung des InEK und seiner Befugnis, nach außen im Auftrag der Selbstverwaltungspartner rechtswirksam zu handeln, erscheint die direkte Beleihung des InEK als sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 3 Nr. 2 b) bb) (§ 17c KHG)

Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

I. Vereinbarung zur elektronischen Datenübermittlung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Katalog des § 17c Absatz 2 Satz 2 KHG von Regelungsinhalten für die PrüfvV wird dahingehend erweitert, dass in der PrüfvV eine Regelung für eine ab dem 01.01.2021 ausschließlich elektronisch erfolgende Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung

durch die Medizinische Dienste erforderlichen Formate und Inhalte getroffen werden soll. Der MD Bund ist dabei zu beteiligen.

Stellungnahme

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

Allerdings ist anzumerken, dass die gewählte Formulierung, dass eine elektronische Übermittlung der gesamten, zwischen Krankenhäusern und MD im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge zumindest irreführend sein könnte, da Krankenkassen und MD daraus schließen könnten, dass das Krankenhaus künftig in jedem Fall sämtliche Behandlungsunterlagen zu übermitteln hätte. Dies stünde jedoch in Konflikt zu der unverändert gebliebenen Regelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V, wonach lediglich die für die Durchführung der Begutachtung erforderlichen Unterlagen vom Krankenhaus an den MD(K) übermittelt werden dürfen. Intendiert ist vom Gesetzgeber mit der Formulierung „gesamten“, dass alle Arten von Mitteilungen künftig elektronisch übermittelt werden sollen, jedoch nicht, dass stets sämtliche Behandlungsunterlagen unabhängig von ihrer Bedeutung für die durchzuführende Begutachtung vom Krankenhaus zu übermitteln sind. Daher sollte, um Streitigkeiten in dieser Fragestellung auszuschließen, im Gesetzestext klargestellt werden, dass zwar die gesamten Unterlagen dem Erfordernis der elektronischen Übermittlung unterfallen, zu übermitteln jedoch nur die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen sind.

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

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

Änderungsvorschlag

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

~~eine ab dem 1. Januar 2021 ab dem Zeitpunkt der Einführung der digitalen Patientenakte~~ erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge, *sofern diese für die Durchführung der beauftragten Begutachtung erforderlich sind*, sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte; **eine fakultative elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten ist ab dem 1. Januar 2021 zu gewährleisten,**

II. Erstellung gemeinsamer Umsetzungshinweise

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2 Satz 4 KHG – neu wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 3 Nr. 2 c) (§ 17c KHG)

Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

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

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus nicht mehr möglich sein, wobei von diesem Verbot in der PrüfvV Ausnahmen vorgesehen werden können.

Eine Ausnahme von diesem Korrekturverbot soll nur dann gelten, wenn die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des MD oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Weiterhin sollen Prüfungen der Abrechnung durch die Krankenkasse oder den MD nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V nicht zulässig sein.

Stellungnahme

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

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

Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus **ausgeschlossen, es sei denn, dass einmalig möglich; sie hat auch dann zu erfolgen, wenn** die Korrektur zur Um-

setzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. “

Satz 3 wird ersatzlos gestrichen.

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 3 Nr. 2 h) (§ 17c KHG)

Übermittlung des Pflegegrades

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht in § 17c Abs. 5 KHG datenschutzrechtliche Erleichterungen hinsichtlich der Datenübermittlungen von Pflegegraden durch private Krankenversicherungsunternehmen an Krankenhäuser vor, die im Zusammenhang mit der Direktabrechnung erfolgen. Während aufgrund der durch das PpSG bedingten Änderungen seit dem 01.01.2019 für die Übermittlung des Pflegegrades „jeweils schriftliche“ Einwilligungen der Patienten erforderlich sind, soll die Anforderung der Schriftform gestrichen werden. Danach greifen die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen, wonach ausdrückliche Einwilligungen der Patienten genügen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die seit dem 01.01.2019 eingeführte hohe datenschutzrechtliche Hürde wieder abgeschafft werden soll. Dies gilt insbesondere vor der parallel zu betrachtenden Entwicklung im Zusammenhang mit dem 2. DSAnpUG-EU, wonach für die Direktabrechnung zwischen Krankenhäusern und privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls das Erfordernis der Schriftform entfallen soll.

Zu Artikel 3 Nr. 2 i) (§ 17c KHG)

Erstellung einer Statistik durch den GKV-Spitzenverband

Beabsichtigte Neuregelung

Erstmalig zum 30.06.2020 und danach im Jahresturnus jeweils zum 30.06. erstellt der GKV-Spitzenverband eine Statistik. Dabei sollen Auskünfte insbesondere zu Anzahl und Ergebnissen der Vorverfahren sowie durchschnittlichen Rückzahlungsbeträgen, zu Prüfanlässen nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen, zu Ergebnissen der Prüfungen nach § 275c Abs. 1 SGB V, den durchschnittlich zurückgezahlten Differenzbeträgen sowie der durchschnittlichen Höhe der Aufschläge, zu Anzahl und Ergebnissen der Nachverfahren und der einzelfallbezogenen Erörterungen, zu Anzahl und Gründen der Anzeige der zulässigen, eine Prüfquote überschreitenden Prüfungen sowie Anzahl und Ergebnisse der Stichprobenprüfungen enthalten. Die näheren Einzelheiten bezüglich der Erarbeitung dieser Statistik werden vom GKV-Spitzenverband festgelegt. Dabei sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

Stellungnahme

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

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

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

Änderungsvorschlag

§ 17c Abs. 6 KHG wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 3, § 19 KHG (neu)

Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

I. § 19 Absatz 1 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses soll künftig vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geführt werden, das zu diesem Zweck eine Geschäftsordnung erlässt. Die Kosten der Geschäftsstelle sollen aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 KHG finanziert werden, der entsprechend zu erhöhen ist.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Führung der Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses durch das InEK und die entsprechende Finanzierung aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 KHG wird, insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden Verfahrenszahl und Kosten, ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

II. § 19 Absatz 3 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Neben der bisher gültigen Regelung, dass der Schlichtungsausschuss von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausgesellschaften angerufen werden kann, ist nunmehr auch eine Antragstellung durch den Verband der privaten Krankenversicherung, durch Krankenkassen und Krankenhäuser, die medizinischen Dienste, die mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, das BMG und den unparteiischen Vorsitzenden möglich.

Stellungnahme

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

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

Der bisher zurückhaltende Einsatz des Schlichtungsausschusses Bund ist nicht der mangelnden Phantasie der Selbstverwaltungspartner im Hinblick auf potentiell strittige Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung geschuldet, sondern vielmehr der Tatsache, dass in Deutschland ein derart komplexes Krankenhausvergütungssystem eingesetzt wird, welches bei kleinsten Veränderungen in einzelnen Regelungsbestandteilen, wie beispielsweise den Kodierrichtlinien oder dem OPS, mit extrem weitreichenden Vergütungsrisiken verbunden ist. So hat die Vergangenheit, beispielsweise in Verbindung mit der Geriatrie und den Stroke Units, eindrücklich gezeigt, wie die gering modifizierte Auslegung weniger Worte im OPS die Schlaganfall- und die geriatrische Versorgung in Deutschland von einem auf den anderen Tag nachhaltig gefährden können. Der hierdurch ausgelöste Aufwand bei Politik, Selbstverwaltung, Krankenkassen und Krankenhäusern, der einer sinnlosen Ressourcenverschwendung gleich

kommt, war ganz erheblich. Da Schlichtungssprüche unverändert gelten, können übereilte Fehlentscheidungen zu erheblichen Finanzrisiken für alle Seiten führen. Diese Risiken erschließen sich häufig erst nach sehr umfassenden Prüfungen, die nicht innerhalb einer kurzen Frist von 8 Wochen erfolgen können, da es der Einbeziehung zahlreicher Experten für die Klärung dieser Fragen bedarf.

Auch gilt es, die unterschiedlichen Interessen der Anrufungsberechtigten in den Blick zu nehmen. So ist zu der Benennung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling als eine „mit Kodierung von Krankenhausleistungen“ befassten Fachgesellschaft beispielsweise anzumerken, dass als Hauptsponsoren der DGfM auf der Homepage der Gesellschaft eine Reihe von Software-Anbietern, Beratungsunternehmen und weitere Unternehmen aus dem Bereich der Kodierung und Dokumentation aufgelistet sind, die von den Beschlüssen des Schlichtungsausschusses in unterschiedlicher Weise profitieren können. Finanzielle Gewinne aufgrund nachfolgender Beratungs-, Schulungs- und Programmierleistungen sind dabei nicht auszuschließen. Auch in der Zusammensetzung des Vorstandes der DGfM finden sich Vertreter von Beratungs- und globalen Gesundheitsunternehmen. Interessenkonflikte im Hinblick auf die Anrufung und die Umsetzung von Schlichtungssprüchen sind daher nicht auszuschließen.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 3 KHG wird wie folgt gefasst:

Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie** den Landeskrankenhausgesellschaften, ~~den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden~~ angerufen werden; **die Vertragsparteien nach Satz 1 können weitere Anrufungsrechte einräumen.**

III. § 19 Absatz 4 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von 8 Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen.

Stellungnahme

Die in Absatz 4 Satz 1 formulierte Festlegung, dass der Schlichtungsausschuss „innerhalb von 8 Wochen nach Anrufung eine Entscheidung“ zu treffen hat, ist unter Berücksichtigung des o.g. Aufwandes, der bisherigen Erfahrungen und der Komplexität völlig realitätsfern. In Anbetracht der Vielzahl möglicher Anrufungsberechtigter, der sehr unterschiedlichen Komplexität möglicher Fragestellungen sowie der bereits genannten Finanzrisiken wird die fixe Festlegung einer 8 wöchigen Bearbeitungsfrist auch ange-

sichts der Tragweite möglicher resultierender Entscheidungen nicht gerecht. Planungssicherheit für die Krankenhäuser geht vollständig verloren, stelle man sich beispielsweise gravierende Fehlentscheidungen zu allen stationären Beatmungsfällen vor.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 4 KHG wird wie folgt gefasst:

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

IV. § 19 Absatz 5 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31.12.2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.

Stellungnahme

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 5 KHG wird gestrichen.

V. § 19 Absatz 6 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

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

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 6 KHG wird wie folgt gefasst:

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

VI. § 19 Absatz 7 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Beibehaltung der bisher in § 17c Absatz 4b KHG enthaltenen Regelungen, dass gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene der Sozialrechtsweg gegeben ist, ein Vorverfahren nicht stattfindet und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Einrichtungen nach § 19 Absatz 3 KHG, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben, mit Ausnahme des Bundesministeriums für Gesundheit klagebefugt sind.

Stellungnahme

Bei den bisher in § 17c Absatz 4b KHG enthaltenen Regelungen war in der Vergangenheit unklar, wer die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gerichtlich überprüfen lassen kann. So stellte sich beispielsweise die Frage, ob sich aus der unmittelbaren Verbindlichkeit der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die Krankenhäuser ein unmittelbares Klagerecht gegen diese Entscheidungen ableiten lässt.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat diesbezüglich immer die Auffassung vertreten, dass letztlich neben dem jeweiligen Antragsteller nur die Verfasser der Kodierregeln und Abrechnungsbestimmungen (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, soweit die ICD- und OPS-Kodierung Verfahrensgegenstand ist) berechtigt sein dürften, die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gerichtlich anzugreifen, da nur diese Institutionen unmittelbar von den Entscheidungen des Schlichtungsausschusses betroffen sind. Die unmittelbare Betroffenheit einzelner Krankenhäuser oder Krankenkassen durch die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses ist demgegenüber fraglich, da es diesen Einrichtungen zumutbar wäre, einen Vollzugsakt abzuwarten und die Entscheidung des Schlichtungsausschusses im Rahmen einer konkreten Abrechnungsstreitigkeit inzident überprüfen zu lassen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind insofern für den jeweiligen Vergütungsanspruch nur mittelbar als Bestandteil von Rechtsnormen von Bedeutung. Daher ist ein unmittelbares Klagerecht einzelner Krankenhäuser oder Krankenkassen mangels unmittelbarer Betroffenheit abzulehnen. Diese Argumentation wird in der vorgesehenen Regelung zur Klagebefugnis aufgegriffen. Insofern wird die in § 19 Absatz 7 Satz 4 KHG enthaltene Klarstellung ausdrücklich begrüßt.

Fraglich ist jedoch, ob unter die Formulierung „*Einrichtungen, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben*“, zum Beispiel auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder der GKV-Spitzenverband subsumiert werden können, wenn sie in einem Verfahren eigene Anträge stellen. Durch das Abstellen auf die „*Anrufung*“ könnte jeder Institution, die sich nach der originären Anrufung des Schlichtungsausschusses an dem Verfahren mit eigenen Anträgen beteiligt, eine gerichtliche Überprüfung der Entscheidung des Schlichtungsausschusses verwehrt sein, obwohl angesichts des eigenen Antrags eine unmittelbare Betroffenheit von der Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu ver-

zeichnen ist. Um eine solche Auswirkung der Klarstellung zur Klagebefugnis zu verhindern, müsste auf die „Antragstellung“ abgestellt werden.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 7 KHG wird wie folgt gefasst:

Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Klagebefugt sind die Einrichtungen nach Absatz 3, ~~die den Schlichtungsausschuss angerufen haben,~~ **die im Rahmen eines Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuss einen Antrag gestellt haben**, mit Ausnahme des Bundesministeriums für Gesundheit.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 4 Nr. 1 (§ 2 KHEntgG)

Kosten für die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern

Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Neuregelung gliedert die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern in der stationären Versorgung explizit aus den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 KHEntgG aus. Diese sollen vielmehr unmittelbar zwischen den Gebärdensprachdolmetschern und den Krankenkassen / privaten Krankenversicherungsunternehmen abgerechnet werden.

Stellungnahme

Da die Frage der Kostentragung für die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern in der stationären Versorgung in der Vergangenheit ungeklärt und insofern vielfach zu erheblichen Problemen sowie Unsicherheiten geführt hat, haben die Krankenhäuser sich beständig um eine Klärung bemüht und begrüßen die interessengerechte Neuregelung ausdrücklich.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 4 Nr. 2 a) (§ 4 KHEntgG)

Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 4 Nr. 5 a) (§ 8 Abs. 3 KHEntgG)

Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Krankenhäuser bei einer vom MD festgestellten fehlenden vollstationären Behandlungsbedürftigkeit die von ihnen erbrachten Leistungen ersatzweise nach den Grundsätzen für vorstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V abrechnen können, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistungen (z. B. als ambulante Behandlung) besteht.

Stellungnahme

Diese Regelung klärt den seit langer Zeit in der Praxis bestehenden Streit um eine alternative Abrechnungsgrundlage bei fehlender Teilnahme des Krankenhauses an ambulanten Behandlungsformen und ist daher zu begrüßen. Zudem tritt diese Regelung dem sich teilweise ergebenden Sachverhalt entgegen, dass ein Krankenhaus trotz erbrachter Leistung keine Vergütung erhält, da die vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht festgestellt wurde, sondern zumindest die Vergütung für eine vorstationäre Behandlung erhält.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 4 Nr. 5 b) (§ 8 Abs. 4 KHEntgG)

Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

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

Artikel 6

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 6 Nr. 1 a) (§ 8 Abs. 3 BPfIV)

Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 6 Nr. 1 b) (§ 8 Abs. 6 BpflV)

Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Krankenhäuser bei einer vom MD festgestellten fehlenden vollstationären Behandlungsbedürftigkeit die von ihnen erbrachten Leistungen ersatzweise nach den Grundsätzen für vorstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V abrechnen können, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistungen (z. B. als ambulante Behandlung) besteht.

Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine Parallelregelung zur Regelung des § 8 Absatz 3 KHEntG. Die zu dieser Regelung gemachten Ausführungen gelten hier entsprechend.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf

I. Ergänzung der Aufgaben des Schlichtungsausschusses Bund (§ 19 KHG (neu))

Stellungnahme

Gemäß dem neu gefassten § 19 Absatz 2 soll die Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene in der verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung bestehen. Ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene ist jedoch nicht nur im Hinblick auf die Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen von großer Bedeutung, sondern auch im Hinblick auf die Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V. Auch hier kann sich bezüglich der Kontrollergebnisse Klärungsbedarf zu strittigen Fragen von grundsätzlicher Bedeutung ergeben. Um diese Fragen zu identifizieren und einheitlich klären zu können, sind die vom MD durchzuführenden Qualitätskontrollen und ihre Ergebnisse bei der neuen Ausgestaltung des Schlichtungsausschusses Bund zu berücksichtigen. Durch eine Bearbeitung dieser Fälle zentral auf der Bundesebene anstatt individuell auf der Ortsebene lassen sich schneller Handlungs- bzw. Klarstellungsbedarfe bezüglich der Vorgaben zu den Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V erkennen. Durch daraufhin beispielsweise folgende Anpassungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V würden sich weitere Streitfälle vermeiden lassen. Deshalb ist eine entsprechende Änderung des § 19 KHG erforderlich.

Änderungsvorschlag

Die Überschrift des § 19 KHG wird wie folgt ergänzt:

Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen **sowie strittiger Fragen der Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V**.

Die Absätze 2, 4, 5, 6 werden wie folgt ergänzt:

- (2) Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen **sowie strittiger Fragen der Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V** von grundsätzlicher Bedeutung.
- (4) Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung **über strittige Kodier- und Abrechnungsfragen** sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle Krankenhausabrechnungen, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gestellt werden, sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

- (5) **Bezüglich strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen entscheidet der** Der Schlichtungsausschuss ~~entscheidet~~ bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.
- (6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats unmittelbar verbindlich; die Entscheidungen **über strittige Kodier- und Abrechnungsfragen** des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln.

II. Entfall der Beauftragung des MD durch eine zuständige Stelle zur Durchführung von Qualitätskontrollen (§§ 137 Absatz 3 sowie 275a SGB V)

Stellungnahme

Wie unter der Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 25 (§§ 278 bis 283 SGB V (neu)) I. erörtert, ist es zwingend erforderlich, dass Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V getrennt von Abrechnungsprüfungen durchgeführt werden. Ansonsten kommt es unweigerlich zu einem systematischen Fehler, der die qualitätsverbessernde Wirkung reduziert oder verhindert. Daher ist zum einen die geforderte organisatorische und personelle Trennung der Durchführung von Qualitätskontrollen und Abrechnungsprüfungen unabdingbar. Zum anderen muss der unabhängige MD die Qualitätskontrollen eigenständig ohne externe Beauftragung durchführen können. Die Ausgestaltung der Qualitätskontrollen muss hinsichtlich Anlass und Zielsetzung die Qualitätsverbesserung im Fokus haben. Um dies zu gewährleisten und sicherzustellen, dass bei den Qualitätskontrollen keine Partialinteressen im Vordergrund stehen, hat eine unabhängige Institution (der MD) über die Durchführung der Qualitätskontrollen zu entscheiden. Die für das Ziel der Qualitätsverbesserung erforderliche Trennung zwischen Qualitätskontrolle und Abrechnungsprüfung ist nicht gegeben, wenn der MD verpflichtet ist, aufgrund der Beauftragung durch die Krankenkassen zu handeln. Vielmehr hat der MD anhand eingehender Meldungen möglicher Anhaltspunkte für eine Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen darüber zu entscheiden, ob aufgrund der gemeldeten Anhaltspunkte eine Qualitätskontrolle erforderlich ist. Deshalb ist eine entsprechende Änderung des § 275a SGB V und § 137 Absatz 3 SGB V erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 275 a SGB V ist wie folgt zu ändern:

- (1) Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 **eigenständig nach Maßgabe der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in der**

Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. ~~Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde.~~ Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.

- (2) Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach **den Anhaltspunkten für die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen** dem konkreten Auftrag, ~~den die in den Absätzen 3 und 4 genannten Stellen erteilen.~~ **Der Auftrag Die Qualitätskontrolle** muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. Gegenstand dieser **Kontrolle** Aufträge können sein
1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c,
 2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
 3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese ~~dem Auftraggeber nach Absatz 3 oder Absatz 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit~~ **und entscheidet anhand selbiger, ob der Einbezug dieser Anhaltspunkte in die Qualitätskontrolle erforderlich ist.** Satz 2 gilt nicht für Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten nach § 137 Absatz 3 Satz 1.

- (3) ~~Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen den Medizinischen Dienst nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 und 2. Soweit der Auftrag auch eine die Kontrolle der die Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat.~~
- (4) **Abweichend von Absatz 1 Satz 1 kann der** ~~Der~~ Medizinische Dienst ~~kann auch~~ von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.

§ 137 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

In Satz 2 werden die Wörter „welche Stellen die Kontrollen beauftragen“ ersatzlos gestrichen.

III. Herstellung von Transparenz der Ermittlung der bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung durch den GKV-Spitzenverband

Stellungnahme:

Die im Gesetzentwurf neu aufgenommenen Pflichten zur Datenübermittlung dienen überwiegend der Erhöhung der Datentransparenz von Krankenhausabrechnungen aus Krankenkassensicht. Hiervon sind primär Krankenhäuser betroffen.

Angaben der Krankenkassen, die für die korrekte Rechnungslegung der Krankenhäuser mittelbar oder unmittelbar erforderlich sind, müssen aber ebenfalls als verpflichtende Mitteilung festgelegt werden. Dies wurde am Beispiel der Pflegegrade offensichtlich, dessen Angabe den Krankenhäusern bei der Abrechnung entsprechender Zusatzentgelte von Krankenkassen oft verweigert wurde. Der Handlungsbedarf wurde vom Gesetzgeber erkannt und durch § 301 Abs. 2a SGB V geregelt.

Es besteht nun erneut Handlungsbedarf, Übermittlungspflichten der Krankenkassen verbindlich festzuschreiben:

1. § 275c Abs. 1 SGB V legt als maßgeblichen Zeitpunkt für die Frist zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung den „Eingang“ der Rechnung bei der Krankenkasse fest. Das hier einschlägige Verfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V unterscheidet unterschiedliche technische Annahmeprüfungen auf Seiten der Krankenkasse (technische und Prüfungen auf Ebene der Fachverfahren). In der Vergangenheit erwies sich die Möglichkeit für Krankenkassen, eine technisch korrekte Rechnung auch nach Monaten noch inhaltlich zurückzuweisen und bei Neuübermittlung durch das Krankenhaus eine MDK-Prüfung einzuleiten (und damit effektiv die 6-Wochen-Frist auszuhebeln), als strategieanfällig. Es ist daher notwendig, die technisch korrekt zugegangene Rechnung seitens der Krankenkasse zu bestätigen, möglichst innerhalb von 3 Werktagen. Bei Fristablauf und Nichtmeldung müsste das Krankenhaus davon ausgehen können, dass die Rechnung korrekt zugestellt ist. Es besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf, die Krankenkassen zu einer abschließenden Prüfung der technisch korrekt übermittelten Rechnung binnen drei Werktagen verbunden mit einer Quittierung zu verpflichten, um Rechtssicherheit für das Krankenhaus herzustellen.
2. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 275 Absatz 4 SGB V eine Reihe von Daten krankenhausesindividuell auszuweisen und zu veröffentlichen. Lediglich die Prüfquoten werden detailliert nach Krankenkassen veröffentlicht, die anderen veröffentlichten Daten gemäß § 275c Abs. 4 Satz 3 Nummer 1 bis 3 SGB V stehen nur aggregiert zur Verfügung.

Bilden die veröffentlichten Daten, z. B. aufgrund einer fehlerhaften Zuordnung bei der Übermittlung der Krankenkasse an den GKV-Spitzenverband gem. § 275c Abs. 4 Satz 2 SGB V, die Prüfrealität nicht korrekt ab, besteht für das Krankenhaus weder im Wege der Datenübertragung nach § 301 Abs. 3 SGB V noch in dem nach § 17c Abs. 2 KHG zu etablierenden Datenübermittlungsverfahren an den MD die Möglichkeit, etwaige Abweichungen transparent nachzuvollziehen.

Fehler oder abweichende Zählweisen beanstandeter Fälle können daher schon nicht auf einzelne Krankenkassen oder gar auf konkrete Abrechnungsfälle zurückgeführt werden.

Daher ist es erforderlich, dass die Krankenkassen die für die Zählung maßgeblichen Einleitungen von Abrechnungsprüfungen im Wege der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V den Krankenhäusern fallbezogen mitteilen. Hierzu können bereits bestehende Datenstrukturen verwendet werden. Insbesondere das für Frist- und Zählungszwecke wichtige Beauftragungsdatum des MD durch die Krankenkasse wäre hierbei für die Krankenhäuser notwendig, um die Nachvollziehbarkeit der veröffentlichten Daten zu gewährleisten. Ggf. auftretende Abweichungen könnten im Dialog mit der Krankenkasse frühzeitig geklärt werden. Nur wenn das durch den GKV-Spitzenverband veröffentlichte Gesamtergebnis nicht den übermittelten Angaben je Krankenkasse entspricht, ist eine Klärung mit dem GKV-Spitzenverband erforderlich.

Änderungsvorschlag:

§ 301 Abs. 2a SGB V wird wie folgt gefasst:

- (2a) Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat. Während des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin haben die Krankenkassen dem Krankenhaus Änderungen eines bestehenden Pflegegrades des Patienten oder der Patientin sowie beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad durch einen Patienten oder eine Patientin zu übermitteln. **Die Krankenkasse prüft eingehende Rechnungen innerhalb von 3 Werktagen auf technisch vollständige und korrekte Übermittlung. Entspricht die Rechnung den technischen Vorgaben der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, ist dies dem Krankenhaus gegenüber innerhalb von 3 Werktagen nach Eingang der Rechnung zu quittieren. Unterbleibt eine fristgemäße Quittierung oder Rückweisung der Rechnung auf Basis der vereinbarten technischen Prüfungen, gilt die Rechnung als technisch korrekt übermittelt. Die Quittierung ist Voraussetzung für das Verfahren nach der Vereinbarung gem. § 17c Abs. 2 KHG Satz 1. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus unter Angabe des Beauftragungszeitpunktes unverzüglich mit, wenn der MD zu einer vorliegenden Rechnung mit einer Abrechnungsprüfung im Sinne des § 275c Abs. 1 Satz 3 SGB V beauftragt wurde. Die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse nach Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst ist dem Krankenhaus unverzüglich und unter Angabe aller für die abschließende Rechnungsanpassung notwendigen Angaben in strukturierter Form mitzuteilen.** Die Übermittlung nach den Sätzen 1 und 2 bis 7 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen.

IV. Konkretisierung der „Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung“

Stellungnahme

Zentraler Streitpunkt zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Fällen der Sekundären Fehlbelegung ist oftmals die Frage nach der Notwendigkeit eines weiteren Verbleibs austerapiierter Patienten im Krankenhaus aufgrund zum Entlassungszeitpunkt nicht bestehender Nachsorgemöglichkeiten, z.B. wegen fehlender Plätze in Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen etc. Die Entlassung entsprechend nachsorgebedürftiger Patienten in ihr jeweiliges häusliches Umfeld – auch nur Übergangsweise – kommt oftmals auch nicht in Betracht, da die Patienten nicht über ein entsprechendes soziales Umfeld verfügen und z.B. Angehörige für die Betreuung der Patienten nicht zur Verfügung stehen. Um somit den Behandlungserfolg nicht zu gefährden und auch haftungsrechtliche Risiken zu vermeiden, entscheiden sich viele Krankenhäuser dazu, die Patienten auch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung weiterhin in der Krankenhausversorgung zu belassen, was von den Krankenkassen dann als sekundäre Fehlbelegung eingestuft wird und mit Rechnungskürzungen verbunden ist.

Dieses Vorgehen wurde durch den seinerzeit vielbeachteten Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25.09.2007 - GS 1/06 - bestätigt. In diesem Verfahren war der Große Senat aufgrund divergierender Rechtsauffassungen des 1. und 3. Senats dazu aufgefordert, über die Anforderungen der Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung zu entscheiden. Dabei kam der Große Senat zu folgendem Ergebnis:

*„Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach den **medizinischen** Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus **anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen** eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und **wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung** vorübergehend im Krankenhaus bleiben muss.“*

Aus Sicht des Großen Senats sei die gesetzliche Krankenversicherung eine Versicherung gegen Krankheit, welche die Aufgabe habe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder deren Gesundheitszustand zu bessern. Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre dagegen nicht, die für eine erfolgreiche Krankenbehandlung notwendigen gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen zu schaffen oder entsprechende Defizite durch eine Erweiterung des gesetzlichen Leistungsspektrums auszugleichen. Für derartige Risiken hätten die Krankenkassen nicht einzustehen.

Diese Rechtsprechung und die nachfolgenden, darauf basierenden Urteile des BSG haben dazu geführt, dass in ähnlich gelagerten Fällen einer sekundären Fehlbelegung von Seiten der Krankenkassen ausschließlich darauf abgestellt wurde, ob der Patient „theoretisch“ entlassen werden kann. Aspekte, die darauf hindeuten, dass der Patient

rein „tatsächlich“ aber nicht entlassen werden kann, da keine entsprechende Nachsorgemöglichkeit zum Zeitpunkt der Entlassung existiert, bleiben – getreu der Rechtsprechung des Großen Senats – stets unberücksichtigt. Das vom Gesetzgeber als eine Reaktion auf die Rechtsprechung des Großen Senats zunächst eingeführte Versorgungsmanagement, welches später als Entlassmanagement Bestandteil der Krankenhausbehandlung wurde, hat die grundsätzliche Problemlage nur unwesentlich entschärft. Vielmehr kann ein Entlassmanagement einen Patienten immer nur in tatsächlich auch bestehende Versorgungsmöglichkeiten überleiten. Eine Erweiterung dieser – im stationären Bereich z.T. sehr begrenzten – Möglichkeiten wird nicht erreicht. Die Risiken der bestehenden Defizite im Leistungsspektrum der Nachsorge werden damit auf die Krankenhäuser übertragen, was im Ergebnis nicht hinnehmbar ist.

Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Aufnahme einer klarstellenden Regelung, welche deutlich macht, dass sich die „Erforderlichkeit“ der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht nur nach medizinischen Aspekten bemisst, sondern in Fällen einer Entlassung auch zu berücksichtigen ist, ob nach der Entlassung eines nachsorgepflichtigen Patienten eine adäquate Nachsorge auch tatsächlich gewährleistet ist und das dabei auch soziale Faktoren, auf Grund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich ist, wie z. B. die fehlende Kommunikationsmöglichkeit oder mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten, berücksichtigt werden müssen.

Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1 wird um einen neuen Satz 2 ergänzt:

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. ***Hierbei ist die tatsächliche Versorgungssituation im Versorgungsbereich des Krankenhauses maßgeblich; soziale Faktoren sind zu berücksichtigen.***