

04.10.2019

**Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines
Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)**

A. Vorbemerkung

Wir begrüßen die Absicht des Gesetzgebers, mit dem MDK-Reformgesetz den Aufwand der stetig zunehmenden Abrechnungsprüfungen einzudämmen und dadurch den Mitarbeitern in den Krankenhäusern wieder mehr Zeit für die Patienten zu geben. Es ist dringend notwendig, der ausufernden Anzahl der Prüfungen durch Obergrenzen zu begegnen. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass der Entwurf vorsieht, Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation vom Fixkostendegressionsabschlag auszunehmen.

Auch die Absicht, zukünftig in einem gestuften System der Abrechnungsprüfung die zulässigen Prüfquoten und Sanktionen von der Qualität der Abrechnungen abhängig zu machen, ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings muss bei der Einführung eines gestuften Systems der Abrechnungsprüfung sorgfältig darauf geachtet werden, dass die Einordnung der Stufen nach objektiven Kriterien erfolgt, die nicht von den Krankenkassen beeinflussbar sind.

Im Vergleich zum Referentenentwurf macht der Regierungsentwurf die anzuwendenden Prüfquoten vom Anteil „unbeanstandeter“ und nicht mehr „korrekter“ Abrechnungen abhängig. Würde diese Regelung umgesetzt, könnten Krankenkassen bzw. die Medizinischen Dienste im Prinzip jede Abrechnung beanstanden, ohne dies näher zu begründen und dadurch Prüfquoten und auch Sanktionen erhöhen. Damit wäre die Tür für Beliebigkeit geöffnet. Auch berechnete Einwendungen der Krankenhäuser, welche erst nach Abschluss des Sozialgerichtsverfahrens geklärt sind, wären für die Berechnung der Prüfquoten irrelevant. Hier müssen zumindest Ausgleichs geschaffen werden, wenn sich eine beanstandete Abrechnung im Nachhinein als richtig bzw. korrekt erweist. Vorzuziehen ist der Begriff der „korrekten“ Abrechnung, unter der Voraussetzung, dass der Begriff im Gesetz klar definiert ist.

Die vorgesehene Prüfquote sollte sich zudem nicht auf das gesamte Krankenhaus, sondern auf die einzelne Fachabteilung beziehen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass kleinere Fachabteilungen, die relativ wenige, aber teure Komplexbehandlungen erbringen (z. B. Geriatrie, Neurologie), deutlich überproportional geprüft werden. Das muss unbedingt verhindert werden.

Dringenden Handlungsbedarf sehen wir hinsichtlich der bis zum 31.12.2020 vorzunehmenden Strukturprüfungen in allen davon betroffenen Krankenhäusern. Denn liegt

eine Bescheinigung bis zu diesem Zeitpunkt nicht vor, können die Kliniken die entsprechenden Leistungen ab 2021 nicht mehr erbringen. Eine Überprüfung aller bedarfsnotwendigen Krankenhäuser wird zeitlich nicht möglich sein. Deshalb sollte es Krankenhäusern ab 2021 möglich sein, ihre Leistungen solange zu erbringen und abzurechnen, bis der MD Beanstandungen in den Strukturen feststellt (Bestandsschutz).

B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Gesetzliches Aufrechnungsverbot

Art. 1 Nr. 6, § 109 Absatz 6 SGB V

Neuregelung

Mit der Einführung eines neuen Absatzes 6 soll die Möglichkeit der Krankenkassen, mit Rückforderungsansprüchen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser aufzurechnen, gesetzlich ausgeschlossen werden. Der Ausschluss der Aufrechnungsmöglichkeit gilt für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser, die nach dem Inkrafttreten der Regelung (01.01.2020) entstanden sind. Sofern eine Aufrechnung in einzelnen Fallgestaltungen ausnahmsweise sachgerecht ist, wie etwa bei unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Vergütungsforderungen der Krankenhäuser, können in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG Ausnahmen vom Verbot der Aufrechnung vorgesehen werden.

Bewertung

Eine gesetzliche Regelung des Aufrechnungsverbots ist sehr zu begrüßen, um damit verbundene negative Folgen für Krankenhäuser zu begrenzen. Die derzeitige Praxis führt in den Kliniken oft zu unmittelbaren Liquiditätsengpässen. Es ist sachgerecht, dass dieses Verbot nur für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gelten soll, die nach dem Inkrafttreten der Regelung entstanden sind, somit für Forderungen, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind. Andernfalls wäre nicht auszuschließen, dass Krankenkassen bis zum Inkrafttreten der Regelung verstärkt von der noch bestehenden Aufrechnungsmöglichkeit Gebrauch machen würden.

In diesem Zusammenhang sollte zugleich eine gesetzliche Zahlungsfrist aufgenommen werden, wie sie bereits in einigen Bundesländern (z. B. Bayern) existiert. In Anlehnung daran empfiehlt sich eine Frist von drei Wochen.

II. Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Art. 1 Nr. 23, § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V

Neuregelung

Bei einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ist eine Prüfung von Abrechnungen spätestens drei Monate nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

Bewertung

Die bisherige Frist von sechs Wochen soll auf drei Monate verlängert werden, um den Krankenkassen ausreichend Zeit für eine effektive Auswahl von Prüffällen zu geben. Aus unserer Sicht ist diese Fristverlängerung abzulehnen. Die etablierte sechs-Wochen-Frist sollte beibehalten werden, denn sowohl Krankenkassen als auch Krankenhäuser sind seit langem mit dieser Frist vertraut.

Es sollte auch klargestellt werden, dass es sich bei dieser Frist um eine Ausschlussfrist handelt. Das heißt, dass nach Ablauf der Frist feststeht, dass eine Krankenhausrechnung rechnerisch und sachlich richtig und nicht mehr angreifbar ist.

III. Einführung von Prüfquoten

Art. 1 Nr. 23, § 275c Absatz 2 SGB V

Neuregelung

Für die Quartale des Jahres 2020 ist eine zulässige krankenhausbegogene Prüfquote in Höhe von bis zu 10 % der im jeweiligen Quartal bei der Krankenkasse eingegangenen Schlussrechnungen eines Krankenhauses für vollstationäre Krankenhausbehandlung vorgesehen. Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus. Unbeanstandete Abrechnungen in Höhe von 60 % oder mehr führen zu einer Prüfquote von bis zu 5 %, unbeanstandete Abrechnungen in Höhe von 40-60 % führen zu einer Prüfquote von bis zu 10 % und unbeanstandete Abrechnungen in Höhe von unter 40 % führen zu einer Prüfquote von bis zu 15 %. Dabei wird die quartalsbezogene Prüfquote auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt.

Bewertung

Im Vergleich zum Referentenentwurf macht der Regierungsentwurf die anzuwendenden Prüfquoten vom Anteil „unbeanstandeter“ und nicht mehr „korrekter“ Abrechnungen abhängig. Würde diese Regelung umgesetzt, könnten Krankenkassen bzw. die Medizinischen Dienste im Prinzip jede Abrechnung streitig stellen, um Prüfquoten und damit auch Sanktionen zu erhöhen. Auch berechtigte Einwendungen der Krankenhäuser, welche erst nach Abschluss eines Sozialgerichtsverfahrens geklärt sind, wären für die Berechnung der Prüfquoten irrelevant. Hier müssen zumindest Ausgleichs geschaffen werden, wenn sich eine beanstandete Abrechnung im Nachhinein als richtig erweist. Um hier unnötige Auslegungstreitigkeiten zu verhindern, muss der Abrechnungsbegriff zur Ermittlung der Prüfquote im Gesetz und nicht nur in der Gesetzesbegründung definiert werden. Unseres Erachtens sollten bei der Berechnung der Prüfquote nur Abrechnungen berücksichtigt werden, bei denen die Prüfung durch den Medizinischen Dienst zu einer Rechnerkürzung und/oder zu veränderten Fallpauschalen geführt hat.

Der Gesetzgeber erkennt bereits, dass die gesetzliche Vorgabe von Prüfquoten dazu führen könnte, dass die Krankenkassen gezieltere Prüfungen veranlassen, durch die sie einen höheren durchschnittlichen Rückzahlungsbetrag je Fall erreichen (siehe S. 3 des Regierungsentwurfs, unter „D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“). Auf Seiten der Krankenkassen wird ein Anreiz geschaffen, alle Rechnungen nach

Kürzungspotenzialen zu bewerten und dann an den Medizinischen Dienst zu geben. Dieser Anreiz wird durch die Sanktionsregelung in § 275c Absatz 3 noch verstärkt. Dem kann entgegengewirkt werden, indem man die zu prüfenden Fälle einer Zufallsstichprobe unterzieht oder von einer unabhängigen Stelle auswählen lässt.

Prüfungen der unteren und oberen Grenzverweildauer sind für die Festlegung der Prüfquote nicht geeignet. Diese müssen von einer Prüfung durch den MD gänzlich ausgeschlossen werden. Denn anders als die Überprüfung von Kodierfragen erfolgt die Auslegung hier rein hypothetisch und ist extrem Streitbehaftet. Auch bleiben in der Verweildauerprüfung diejenigen Fälle unberücksichtigt, in denen die Anschlussversorgung bzw. Nachsorge der Patienten nicht sichergestellt werden konnte und die deshalb länger im Krankenhaus bleiben mussten. Dies bietet weitere Anreize für ein strategisches Prüfverhalten der Krankenkassen. Würde man auf Verweildauerprüfungen verzichten, könnte man die vorgesehenen Prüfquoten nach oben setzen.

Weiterhin sollten die Prüfquoten je Fachabteilung eines Krankenhauses gelten und nicht für das gesamte Krankenhaus, da ansonsten zu befürchten ist, dass überproportional kostenintensive Fälle in die Prüfung einbezogen werden.

Die Regelung, die Prüfquoten anhand des Prüfergebnisses des vorvergangenen Quartals zu ermitteln, ist in der Praxis nicht umsetzbar. Derzeit liegt die Verfahrensdauer von Einzelfallprüfungen bereits bei bis zu elf Monaten, sodass man für die Ermittlung der Quote auf die mindestens ein Jahr zurückliegenden Quartale zurückgreifen sollte.

Die Bestimmung der Prüfquoten ausschließlich anhand von Schlussrechnungen ist sinnvoll, bedarf aber einer gesetzlichen Regelung hinsichtlich der Prüfung von Zwischenrechnungen. Diese könnten ansonsten weiterhin neben Schlussrechnungen geprüft werden, wären für die Berechnung der Prüfquote jedoch irrelevant. Die vorgesehene Regelung ist daher strategiefähig, da Krankenkassen zusätzlich eine unbegrenzte Anzahl von Zwischenrechnungen prüfen könnten. Einen Unterschied im Prüfungsaufwand gibt es aber nicht. Die Überprüfung von Zwischenrechnungen muss gesetzlich ausgeschlossen werden.

Im Rahmen der Ausgestaltung der Abrechnungsprüfungen muss seitens des Gesetzgebers berücksichtigt werden, dass die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVV) durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-SV an das Gesetz anzupassen ist. Dafür besteht jedoch nur ein enges Zeitfenster, sodass gegebenenfalls Übergangsregelungen erforderlich sind.

IV. Sanktionsregelung

Art. 1 Nr. 23, § 275c Absatz 3 SGB V

Neuregelung

Neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag ist vorgesehen, dass Krankenhäuser einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen haben. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen in Höhe von 40-60 % ist ein Aufschlag in Höhe von 25 %, bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen in Höhe von unter 40 % ist ein Aufschlag in Höhe von 50 % vorgesehen. Dabei ist die Sanktionszahlung für die betroffenen Krankenhäuser auf 1.500 € begrenzt.

Bewertung

Sanktionsregelungen wären für die Krankenhäuser auch in maximaler Höhe von 1.500 € akzeptabel, wenn auf die Überprüfung der oberen und unteren Grenzverweildauer verzichtet werden würde. Denn diese Überprüfungen erfolgen rein hypothetisch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung und sollen verlässliche Aussagen darüber geben, ob der Patient gegebenenfalls hätte früher entlassen werden können. Sie berücksichtigen auch nicht diejenigen Fälle, in denen die Anschlussversorgung der Patienten nicht sichergestellt werden konnte und diese deshalb länger im Krankenhaus bleiben mussten. Derzeit haben diese jedoch Prüfungen den größten Anteil an den Abrechnungsprüfungen.

Weiterhin fehlt im Gesetzentwurf eine Klarstellung, dass die Sanktionen erst ab dem Jahr 2021 gelten, da die gestaffelten Prüfquoten erst ab diesem Jahr zur Anwendung kommen sollen. Auch muss geregelt werden, dass Rückzahlungen aus den MD-Prüfungen wieder dem Landesbasisfallwert zugeführt werden, da es sonst zu einem Mittelabfluss kommen würde.

V. Prüfung von Strukturmerkmalen

Art. 1 Nr. 23, § 275d SGB V

Neuregelung

Die Vorschrift regelt, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGBV durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen haben, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Die MD bescheinigen den Krankenhäusern, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für einen ausgewiesenen zukünftigen Zeitraum ohne weitere Prüfung erfüllen. Nach § 275d Absatz 3 SGB V müssen für die Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2021 die Bescheinigungen spätestens bis zum 31.12.2020 übermittelt werden. Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2021 nicht vereinbaren und nicht abrechnen, § 275d Absatz 4 SGB V. Halten Krankenhäuser, eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr ein, haben sie dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.

Bewertung

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass durch eine gesetzliche Regelung von Strukturprüfungen Rechtsklarheit hinsichtlich des Vorliegens von Strukturmerkmalen geschaffen wird und dass gesetzlich verankert werden soll, dass Krankenhäusern die Gutachten der Prüfungen zu übermitteln sind. Das neue Prüfverfahren setzt eine Übermittlung der Bescheinigungen bis zum 31.12.2020 voraus, um Leistungen ab dem 01.01.2021 erbringen zu können. Aus unserer Sicht ist dies im vorgesehenen Zeitplan jedoch nicht leistbar.

In Deutschland gibt es derzeit 1.942 Krankenhäuser¹. Geht man davon aus, dass je Krankenhaus in drei Fachabteilungen Strukturprüfungen zu erfolgen haben, so müssten vor dem 01.01.2021 5.826 Prüfungen an ca. 250 Arbeitstagen (ohne Wochenenden und Feiertage) durchgeführt werden. Voraussetzung für die Strukturprüfungen nach dem Entwurf ist das Vorliegen der Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (neu), die erstmals zum 30.04.2020 zu erlassen ist. Daher ist die rechtzeitige Prüfung aller Fachabteilungen

¹ Statistisches Bundesamt 2018

bis zum 31.12.2020 organisatorisch nicht realisierbar und gefährdet die bedarfsnotwendige Versorgung der Patienten!

Wir schlagen deshalb vor, dass die Kliniken ab 2021 zunächst die entsprechenden Leistungen erbringen und abrechnen dürfen, wenn sie dies bereits im Jahr 2020 getan haben (Bestandsschutz). Erst wenn ab dem Jahr 2021 gesetzliche Strukturprüfungen stattfinden und dabei das Fehlen von Strukturmerkmalen festgestellt wird, führt dieses Prüfungsergebnis dazu, dass eine Leistung nicht mehr erbracht und abgerechnet werden darf. Darüber hinaus erfordert die Strukturprüfung die gesetzliche Verankerung eines geordneten Widerspruchsverfahrens für den Fall, dass ein Krankenhaus dem Ergebnis einer Strukturprüfung nicht zustimmt. Ebenso muss die Möglichkeit zur Nachbesserung/Wiederholungsprüfung direkt im Gesetz verankert sein, wenn ein Krankenhaus im Nachgang einer negativen Strukturprüfung das Fehlen von Strukturmerkmalen beseitigt hat. Gesetzlich festgelegt werden sollte auch, dass die Ergebnisse von Strukturprüfungen nach spätestens zwei Monaten vorzuliegen haben. Auch sollte die Gültigkeit der Bescheinigung für alle Strukturprüfungen gleichermaßen im Gesetz verankert werden und dabei mindestens zwei Jahre betragen.

Verschärft wird das oben beschriebene Zeitproblem dadurch, dass der Regierungsentwurf nicht länger eine Prüfung durch einen „anderen Gutachterdienst“ vorsieht. Strukturprüfungen können somit ausschließlich durch die MD durchgeführt werden. Dies widerspricht dem gesetzlichen Neutralitäts- und Wettbewerbsgedanken. Im Rahmen von Strukturprüfungen würde der Einsatz externer Gutachter ein von den Krankenkassen unabhängiges Agieren der MD fördern können.

VI. Medizinischer Dienst – Gutachter

Art. 1 Nr. 25, § 278 Absatz 2 SGB V

Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen anderer Heilberufe auch Angehörige anderer geeigneter Berufe des Gesundheitswesens als MD-Gutachter einzusetzen sind. Laut Begründung können dies z. B. Kodierassistenten, Gesundheitsökonominnen oder auch Orthopädietechniker sein. Der Gesetzentwurf stellt aber auch klar, dass bei einer Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen, die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachtern und bei ausschließlich pflegfachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

Bewertung

Auch diese vorgesehene Neuregelung ist zu begrüßen, doch schlagen wir eine Klarstellung dahingehend vor, dass Fachbereiche nicht durch fachfremde Ärzte geprüft werden dürfen (Facharztstatus). Dadurch könnten der gebotene fachliche Standard gewährleistet und die Akzeptanz der MD-Gutachten gesteigert werden. Weiterhin sollte es gesetzlich ausgeschlossen werden, dass MD-interne Vorgabequoten für „Prüferfolge“ festgelegt werden sowie dass Mitarbeiter des MD nach „erwirtschafteten“ Rückzahlungen bewertet werden oder Bonuszahlungen erhalten. Für den Fall, dass die MD die Erstellung von Gutachten extern vergeben, müssen für diese externen Gutachter und Gutachterinnen Qualität und Datenschutz ausreichend durch gesetzliche Regelungen gewährleistet werden.

VII. Verwaltungsrat und Vorstand

Art. 1 Nr. 25, § 279 Absatz 3 bis 6 SGB V

Neuregelung

Durch § 279 Absätze 3 bis 6 SGB V soll die Besetzung des Verwaltungsrats der MD neu geregelt werden. Dieser soll sich künftig aus 23 Vertretern zusammensetzen. Dabei sind neben 16 Vertretern der Krankenkassen und ihrer Verbände zukünftig auch sieben Vertreter der Betroffenen- und Berufevertretungen vorgesehen.

Bewertung

Mit der Neubesetzung des Verwaltungsrats soll laut der Gesetzesbegründung sichergestellt werden, dass die Interessen aller wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können. Doch um eine wirklich ausgeglichene Besetzung zu schaffen, die Unabhängigkeit der MD zu gewährleisten und die Umwandlung des MDK in eine neutrale Prüfinstanz zu erreichen, ist es dringend erforderlich, dass auch Vertreter von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in den Verwaltungsrat aufgenommen werden. Aus unserer Sicht besteht mit der vorgesehenen Besetzung die Gefahr, dass sich die Vertreter der Krankenkassen gegen die weniger erfahrenen Patientenvertreter, Vertreter der Pflegebedürftigen und Verbraucher sowie Vertreter der Ärzte/Pflegeberufe verbünden könnten, da sie mehr als 2/3 der Verwaltungsratsmitglieder stellen.

VIII. Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Art. 1 Nr. 25 § 283 Absatz 2 Nr. 2 SGB V

Neuregelung

§ 283 Abs. 2 bestimmt die Kompetenz des Medizinische Dienstes Bund zum Erlass von Richtlinien. Danach soll der MD Bund u. a. die Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste erlassen, um eine einheitlichen Begutachtung sicherzustellen, § 283 Abs. 2 Nr. 2. Beim Erlass der Richtlinien hat der MD Bund die Pflicht, verschiedenen Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit diese von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind sowie diese Stellungnahmen in die Entscheidung mit einzubeziehen. Dies sind u.a. der GKV-SV, die Bundesärztekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene sowie maßgebliche Verbände und Fachkreise auf Bundesebene.

Bewertung

Zu begrüßen ist, dass den von den Richtlinien des MD Bund betroffenen Stellen das Recht zur Stellungnahme eingeräumt wird, soweit diese konkret von einer Richtlinie betroffen sind. Um allen Krankenhäusern im Bundesgebiet die gleiche Planungssicherheit geben zu können, sollte in § 283 Abs. 2 Nr. 2 klargestellt werden, dass der MD Bund Richtlinien zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Begutachtung erstellt.

IX. Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn See

Art. 1 Nr. 25 § 283 a SGB V

Neuregelung

Im Vergleich zum Referentenentwurf soll nun die bisher in § 283 geregelte Sonderstellung des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beibehalten werden. Dabei soll die Unabhängigkeit in der Begutachtung und Beratung durch eine eigene Geschäftsordnung gewährleistet werden.

Bewertung

Die Beibehaltung der Sonderstellung der SMD steht den Bestrebungen des Gesetzgebers, den MDK in eine neutrale Prüfinstanz umzuwandeln und eine von den Krankenkassen unabhängige Begutachtung zu gewährleisten, entgegen und ist daher abzulehnen. Bereits jetzt finden sich Unterschiede in der Begutachtung durch den MDK und den SMD. Wie diese durch eine eigene Geschäftsordnung beseitigt werden sollen, ist äußerst fraglich. Die Regelung konterkariert die Zielsetzungen des MDK-Reformgesetzes offensichtlich, sodass § 283 a ersatzlos gestrichen werden sollte. Sollte er jedoch beibehalten werden, so dürfen die Prüfungen durch den SMD keine Beachtung bei der Berechnung der Prüfquoten und Sanktionen finden.

X. Elektronische Übermittlung von Unterlagen

Art. 3 Nr. 2 Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb), § 17 c Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 KHG

Neuregelung

Mit der Neufassung von § 17 c Satz 2 erfolgt die Ergänzung eines Vereinbarungsauftrages an die DKG und den GKV-Spitzenverband zur ausschließlich elektronischen Übermittlung sowie zur Form und zum Inhalt der zwischen den Krankenhäusern und den MD auszutauschenden Unterlagen im Rahmen der Abrechnungsprüfung, wie z. B. Prüfanzeigen, Anforderungsnachrichten, Behandlungsunterlagen und Quittungsvorgänge. Ab dem 01.01.2021 sollen diese Unterlagen dann ausschließlich auf elektronischem Wege ausgetauscht werden.

Bewertung

Die vorgesehene ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten ist sehr zu begrüßen. Dabei muss aber sichergestellt werden, dass dies bundesweit einheitlich erfolgt, um bundesland- oder MD-spezifische technische Lösungen zu vermeiden. Auch ist eine ausreichende Umsetzungszeit erforderlich, damit die Hersteller ihre Software an die neuen Anforderungen anpassen können.

XI. Einzelfallbezogene Erörterung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse als Klagevoraussetzung

Art. 3 Nr. 2 Buchstabe c, § 17 c Absatz 2a und 2b KHG

Neuregelung

§ 17 c Abs. 2a KHG regelt, dass nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen ist. Davon ausgenommen ist der Fall, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Absatz 2b legt fest, dass eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nur stattfinden kann, wenn vor Klageerhebung eine einzelfallbezogene Erörterung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung erfolgt ist.

Bewertung

Mit dem Ziel die Sozialgerichte zu entlasten, ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass vor der gerichtlichen Überprüfung einer Abrechnung eine verpflichtende einzelfallbezogene Erörterung durchgeführt wird. Hier sollte gesetzlich klargestellt werden, dass es sich bei dieser verpflichtenden einzelfallbezogenen Erörterung nicht um den freiwilligen Falldialog nach § 5 der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) handelt. Die bei diesem geltende Zweiwochenfrist als Klagevoraussetzung wäre für Krankenhäuser in der Praxis nicht leistbar.

XII. Fixkostendegressionsabschlag

Art. 4 Nr. 2 Buchstabe a, § 4 Absatz 2a KHEntgG

a) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Neuregelung

Im KHEntgG soll neu aufgenommen werden, dass der Fixkostendegressionsabschlag bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung keine Anwendung findet.

Bewertung

Die vorgesehene Ergänzung in § 4 KHEntgG ist sehr zu begrüßen, da sie zu einer einheitlichen Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags hinsichtlich der erbrachten Leistungen im Zusammenhang mit der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation bei Schlaganfällen oder Schwerstschädelhirnverletzungen führt. Zu berücksichtigen ist, dass sehr viele der betroffenen Patienten beatmungspflichtig sind. Ohne gesetzliche Konkretisierung ist zu befürchten, dass es bei diesen Fällen zu Streitigkeiten mit Krankenkassen kommt, weshalb bereits im Gesetz klargestellt werden sollte, dass der Ausnahmetatbestand Patienten der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation mit und ohne Beatmung erfasst.

b) Qualitätsverträge

Zusätzlich sollten auch Qualitätsverträge nach § 110 a SGB V vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen werden. Nur so kann das vom Gesetzgeber gewünschte Ziel einer Qualitätsverbesserung auch wirklich erreicht werden, denn die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags hält die Krankenhäuser davon ab, solche Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen.

Wenn nicht alle Leistungen/Leistungsbereiche des § 110 a SGB V ausgenommen werden, wäre zumindest eine Ausnahme für den Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (Weaning) wünschenswert.

c) Kein Fixkostendegressionsabschlag bei wechselnder Leistungsmenge durch Strukturprüfungen

Können Leistungen wegen einer fehlenden Strukturprüfung zunächst nicht mehr erbracht werden und werden diese nach erfolgter Strukturprüfung wieder erbracht, muss

sichergestellt sein, dass diese Leistungen nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen. Es handelt sich nicht um zusätzliche Leistungen.

XIII. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf: Einbindung externer Abrechnungsstellen

Sachstand

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte mit Urteil vom 10.12.2008 (B 6 KA 37/07 R) für den KV- und GKV-Bereich die Übernahme von Abrechnungsdienstleistungen durch externe Abrechnungsstellen, d. h. von Abrechnungsabteilungen außerhalb des eigenen Krankenhauses / Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), für unzulässig erklärt.

Bewertung

Krankenkassen können über die Generalklausel des § 197 b SGB V Aufgaben an Dritte übertragen. Es ist kein Grund ersichtlich, warum Krankenhäuser und MVZ gegenüber Krankenkassen schlechter gestellt werden und gerade in Zeiten des Fachkräftemangels nicht auch auf externe Expertise zurückgreifen dürfen. Bereits heute sind Krankenhäuser und MVZ berechtigt, bei der Abrechnung privatärztlicher Leistungen externe Abrechnungsstellen einzubinden und zu beauftragen. Es gibt keine Gründe dafür, warum eine solche Berechtigung für GKV-/KV-Leistungen bei Wahrung des Datenschutzes nicht auch ebenso zulässig sein soll. Die Einbindung externer Abrechnungsstellen würde auch dazu beitragen, die Abrechnungsqualität zu verbessern, wie es das Ziel des MDK-Reformgesetzes ist. Zudem würde dies zu einer Kostenreduzierung führen und dadurch zu frei verfügbaren wirtschaftlichen Ressourcen, mit denen Krankenhäuser andere Investitionen tätigen könnten.

Änderungsvorschlag

a) § 295 Absatz 5 SGB V (neu)

„Leistungserbringer dürfen zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung der nach diesem Gesetz genannten Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen. Die andere Stelle darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen.“

b) Streichung von § 295a Absatz 2 und 3 SGB V

c) § 301 Absatz 6 (neu)

„§ 295 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend.“