

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

**Entwurf
eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

BT-Drucksache: 21/6130

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt der Stellungnahme

I	Vorbemerkungen.....	3
II	Stellungnahme zum Gesetzentwurf.....	4
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 66, § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V, Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst</i>	<i>4</i>
	<i>Zu Artikel 4 Nr. 3a, § 17c Absatz 1 Satz 2 KHG, Prüfung von Unterlagen unabhängig vom Prüfgegenstand</i>	<i>5</i>
III	Ergänzender Änderungsbedarf.....	6
	<i>Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte der Pflegebegutachtung mit dem Pflegeordnungssetzung</i>	<i>6</i>
	<i>Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV, §17c KHG) - Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner</i>	<i>7</i>
	<i>Hybrid-DRG (§115f SGB V) – Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner</i>	<i>9</i>

I Vorbemerkungen

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt, dass die Bundesregierung mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Paket von Maßnahmen vorgelegt, um die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zukunftssicher aufzustellen.

Es ist nach Auffassung des Medizinischen Dienstes Bund sachgerecht, hierzu auf die am 30. März 2026 im Rahmen eines ersten Berichtes vorgestellten Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit zurückzugreifen. Die Empfehlungen setzen mit mehr Evidenzbasierung und einer stärkeren Prüfung der Mittelverwendung ein wichtiges Signal für Qualität und Nachhaltigkeit in der Versorgung. Der Medizinische Dienst ist bereit, mit seiner Expertise und Kompetenz als Begutachtungs- und Prüfdienst in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Beitrag zur Erreichung der Ziele zu leisten.

Der Gesetzesentwurf sieht unter anderem verschiedene gesetzliche Anpassungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Hierzu werden die Prüfquoten und Schwellenwerte angepasst. Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, Anreize für regelkonforme Abrechnungen zu stärken.

Es ist in diesem Zusammenhang auch sachgerecht, dass im Gesetzesentwurf klargestellt wird, dass der Medizinische Dienst abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, unabhängig vom beauftragten Prüfgegenstand bei seiner Prüfung zu berücksichtigen hat. Hierdurch kann der Medizinische Dienst ihm bereits vorliegende Unterlagen im Sinne der Interessen der Versicherungsgemeinschaft auch auf weitere Auffälligkeiten zu prüfen.

Der Medizinische Dienst Bund regt darüber hinaus an, weitere Reformmaßnahmen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu ergreifen:

- Übergangsregelung zur Aussetzung der Frist zur Pflegebegutachtung (§ 18c Absatz SGB XI)
- Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV, §17c KHG) - Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner;
- Hybrid-DRG (§115f SGB V) – Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 1 Nr. 66, § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V, Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Um die Anreize für regelkonforme Rechnungen zu stärken, werden die Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquote und zugleich die Prüfquoten selbst angehoben. In der Folge kann ein Krankenhaus erst bei einem höheren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eine niedrigere Prüfquote erreichen. Die bisher niedrigste Prüfquote von bis zu fünf Prozent wird beibehalten. Voraussetzung für die Erreichung dieser Prüfquote ist zukünftig jedoch ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 Prozent oder mehr und nicht wie bisher von 60 Prozent oder mehr. Die mittlere Prüfquote von bis zu 10 Prozent wird durch eine Prüfquote von bis zu 15 Prozent ersetzt. Krankenhäuser erreichen diese mittlere Prüfquote, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt (anstatt bislang zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent). Die höchste Prüfquote liegt zukünftig bei bis zu 25 Prozent anstatt bislang bei bis zu 15 Prozent. Diese wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 40 Prozent.

Zudem darf die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote zukünftig überschritten werden, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 20 Prozent. Auch weiterhin sind die Prüfquoten die Obergrenze der prüfbaren Abrechnungen.

Bewertung:

Die Zahl der durchgeführten Krankenhausrechnungsprüfungen wurde durch die mit dem MDK-Reformgesetz eingeführte Deckelung der Prüfquoten reduziert. Entsprechend haben sich auch die Rückzahlungen, die die Krankenhäuser aufgrund einer durch eine MD-Prüfung festgestellte fehlerhafte Abrechnung an die Krankenkassen zu leisten hatten, vermindert. Die Beanstandungsquote des Medizinischen Dienstes bei in der Regel überhöhten Krankenhausrechnungen hat sich seit dem MDK-Reformgesetz jedoch im Mittel so gut wie nicht verändert und liegt weiterhin bei rd. 50 Prozent der geprüften Fälle. Die erhoffte nachhaltige Verbesserung der Abrechnungsqualität ist somit bisher ausgeblieben.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt, dass der Gesetzesentwurf mit der geplanten Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte Anreize für regelkonforme Abrechnungen stärkt. Der Fokus der Prüfungen wird zudem vermehrt auf Krankenhäuser mit einer schlechteren Abrechnungsqualität gelegt.

Das quartalsbezogene Prüfquotensystem ist jedoch mit einem erhöhten bürokratischen Ressourcenaufwand verbunden. Die jetzt vorgesehenen Änderungen führen insoweit nicht zu einer Entbürokratisierung. Dies sollte noch einmal überprüft werden.

Die Finanzkommission Gesundheit hat empfohlen, das quartalsbezogene Prüfquotensystem abzuschaffen und Krankenhausabrechnungsprüfungen ohne quotenmäßige Begrenzungen wieder zu ermöglichen.

Zu Artikel 4 Nr. 3a, § 17c Absatz 1 Satz 2 KHG, Prüfung von Unterlagen unabhängig vom Prüfgegenstand

Mit der Regelung soll klargestellt werden, dass der Medizinische Dienst abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, unabhängig vom beauftragten Prüfgegenstand bei seiner Prüfung zu berücksichtigen hat.

Bewertung:

Die vorliegende Regelung ist sachgerecht. Hierdurch kann der Medizinische Dienst ihm bereits vorliegende Unterlagen im Sinne der Interessen der Versicherungsgemeinschaft auch auf weitere Auffälligkeiten prüfen. Zusätzliche Aufwände auf Seiten der Leistungserbringer entstehen dadurch nicht, da ohnehin nur bereits an den Medizinischen Dienst weitergeleitete Unterlagen auf weitere Auffälligkeiten geprüft werden können.

III Ergänzender Änderungsbedarf

Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte der Pflegebegutachtung mit dem Pflegeneuordnungsgesetz

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG) sollen auch die Schwellenwerte der Pflegebegutachtung und die zugehörige Bewertungssystematik gemäß den Empfehlungen des Expertenbeirates aus dem Jahr 2013 angepasst werden.

Durch eine Anpassung der Bewertungssystematik ist mit Vorzieheffekten noch vor der Umstellung auf das neue Berechnungsverfahren zu rechnen. Dies wird zu einem Anstieg der Begutachtungsaufträge führen. Daher ist absehbar, dass die Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste in einer Übergangszeit vor dem Inkrafttreten des PNOG vielfach nicht komplett in den nach § 18c Absatz 5 SGB XI vorgesehenen Fristen erledigt werden können.

Es wird daher angeregt, die Fristenregelung in § 18c Absatz 5 SGB XI für eine Übergangszeit, analog zur Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, aufzuheben. Seinerzeit wurden die Fristen ebenfalls für eine Übergangsfrist ausgesetzt. Gleichzeitig sollten verbindliche Kriterien durch den Medizinischen Dienst Bund gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt werden, in welchen Fällen ein dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, bei denen die Entscheidung der Pflegekasse über den Antrag in den vorgesehenen Fristen zu treffen ist.

Entsprechende Regelungen sollen möglichst frühzeitig vor dem Inkrafttreten des PNOG greifen können.

Änderungsvorschlag:

§ 18c Absatz 5 SGB XI ist um folgenden Absatz 5a zu ergänzen:

„(5a) Die Frist nach Absatz 5 ist bis zum 30. Juni 2027 unbeachtlich. Abweichend von Absatz 5 ist einem Antragsteller, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Medizinische Dienst Bund entwickelt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.“

Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV, §17c KHG) - Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner

Die derzeitige Zweiparteienstruktur des § 17c Absatz 2 KHG bildet die Verfahrenswirklichkeit der Krankenhausabrechnungsprüfung nur unvollständig ab: Der gesetzliche Katalog der Vereinbarungsgegenstände erfasst in mehreren Punkten nicht nur das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, sondern die eigentliche Arbeits- und Entscheidungslogik der Medizinischen Dienste. Das gilt insbesondere für die Regelungen zur elektronischen Unterlagen- und Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst (MD), zum Zeitpunkt der MD-Beauftragung, zur Dauer der Prüfung sowie zum Prüfungsort. Damit wird normativ festgelegt, wann, wie, mit welchen Unterlagen und in welchem Setting der MD prüft. Die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund würde damit sicherstellen, dass zwei Vertragspartner nicht verbindliche Regelungen über Kernbereiche eines dritten, unmittelbar gebundenen und operativ tragenden Akteurs setzen, ohne dass dieser auf Augenhöhe an der Normsetzung beteiligt ist.

Die aktuelle Regelung steht zudem nicht im Einklang mit der mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) vorgesehenen Ergänzung der Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund um die Befugnis, bundesweit einheitliche Vorgaben zu den digitalen Datenaustauschverfahren zwischen Medizinischen Diensten und insbesondere Krankenkassen sowie Leistungserbringern festzulegen.

Im Gegenzug zur Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als drittem Vertragspartner können die bislang vorgesehenen besonderen, nur punktuellen Beteiligungsformen des Medizinischen Dienstes Bund entfallen.

Änderungsvorschlag:

§ 17c Absatz 2 KHG wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Medizinische Dienst Bund regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

- 1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen,*
- 2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,*
- 3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,*
- 4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,*
- 5. die Prüfungsdauer,*
- 6. den Prüfungsort,*
- 7. die Abwicklung von Rückforderungen und*

8. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1 zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 5 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien nach Satz 1 geben das Datum des Inkrafttretens der Vereinbarung nach Satz 5 oder der Festsetzung nach Satz 6 in Verbindung mit Satz 5 unverzüglich nach dem Abschluss der Vereinbarung oder nach der Festsetzung im Bundesanzeiger bekannt.“

Hybrid-DRG (§115f SGB V) – Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner

Nach § 115f Absatz 3 SGB V können Krankenkassen zur Prüfung der Abrechnung, Wirtschaftlichkeit und Qualität den Medizinischen Dienst beauftragen. Damit die hierfür erforderlichen Prüf-, Datenübermittlungs- und Verfahrensbedingungen bereits bei der Vereinbarung von Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sachgerecht berücksichtigt werden, ist eine Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner geboten. Dies dient der Entwicklung eines einheitlichen, praxistauglichen und rechtssicheren Verfahrens für Hybrid-DRG-Abrechnungen und vermeidet Unsicherheiten darüber, welche Prüf- und Mitwirkungsanforderungen im Verhältnis zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und den Medizinischen Diensten gelten. Zudem ist auch hier eine Kollision mit der neuen Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund aus dem GeDIG zu vermeiden.

Änderungsvorschlag:

§ 115f Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(3) Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen beauftragen. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke ist von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst Bund zu vereinbaren. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der nach § 87a Absatz 5 Satz 7 beschlossenen Vorgaben des Bewertungsausschusses in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 2 sind.“