

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)102(10.1)**  
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -  
**MDK-Reform**  
**10.10.2019**



**BKK Dachverband e.V.**

Mauerstraße 85  
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

---

## Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 10. Oktober 2019

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes für bessere und  
unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz  
BT-Drs. 19/13397

---

## **Inhalt**

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Kommentierung im Detail.....</b>	<b>6</b>
<b>Krankenhausabrechnungsprüfung.....</b>	<b>6</b>
1. Aufrechnungsverbot.....	6
2. Einführung quartalsbezogener Prüfquoten.....	8
2.1 Erhöhung der Prüfquoten und Einführung einer Konvergenzregelung .....	9
2.2 Verbindliche Frist zur Rechnungslegung durch die Krankenhäuser .....	11
2.3 Prüffrist für Krankenkassen anpassen .....	12
2.4 Stichtagsregelung aufnehmen - Prüfquote nur für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.01.2020 .....	13
2.5 Prüfverbände als Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a SGB X ermöglichen .....	13
2.6 Sanktionsmechanismen optimieren.....	14
3. Stärkung der Prüfverfahrensvereinbarung .....	16
<b>Neuordnung der Medizinischen Dienste .....</b>	<b>17</b>
1. Neugestaltung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste .....	17
2. Errichtung des Medizinischen Dienstes Bund .....	18
<b>Übertragung der Richtlinienkompetenzen vom Spitzenverband Bund der Kranken- bzw. Pflege- kassen auf den Medizinischen Dienst Bund .....</b>	<b>20</b>
<b>Fixkostendegressionsabschlag.....</b>	<b>23</b>

## I. Vorbemerkung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) sieht sowohl eine Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung als auch weitreichende Änderungen in den Strukturen der Medizinischen Dienste vor. Die vor allem in letzter Zeit stark in die politische Öffentlichkeit geratenen strittigen Kodier- und Abrechnungsfragen sollen künftig vermieden, die Medizinischen Dienste vor allem unabhängiger, transparenter und patientenorientierter agieren. Auch wenn die Betriebskrankenkassen die Zielsetzungen des Gesetzentwurfes teilen, sehen sie bei den zur Zielerreichung gewählten Instrumenten (teilweise sogar erheblichen) Nachbesserungsbedarf. Grundsätzlich abzulehnen sind sowohl die Vorgabe einer Prüfquote bei der Krankenhausabrechnungsprüfung als auch Regelungen, die die Gestaltungsautonomie der sozialen Selbstverwaltung weiter einschränken.

### **Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung**

Eindeutig abzulehnen ist die vorgesehene erhebliche Reduktion der bisherigen Prüfmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen: So soll die zulässige Prüfquote pro Quartal im Jahr 2020 nur noch maximal zehn Prozent betragen. Ab dem Jahr 2021 soll die Obergrenze der pro Quartal zulässigen Prüfquote dann abhängig sein vom Anteil der korrekten Abrechnungen eines Krankenhauses im vorvergangenen Quartal. Dies ist ein richtiger Weg, um Anreize für eine korrekte Abrechnung zu setzen. Allerdings ist die vorgesehene, maximale Prüfquote von 15 Prozent zu niedrig angesetzt – sollte die Politik an einer Prüfquote festhalten wollen. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes bedeutet allein eine Prüfquote von zehn Prozent eine Mehrbelastung der GKV, konkret der Versicherten, von mindestens 1,2 Mrd. Euro.

Auch wenn in der Debatte um die Krankenhausabrechnungsprüfungen der Eindruck erweckt wird, die gesetzlichen Krankenkassen würden diese willkürlich durchführen, setzten sie damit in Wahrheit die gesetzlich verankerte Verpflichtung um. Hintergrund ist das Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 12 SGB V. Danach dürfen Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht erbracht werden und die Krankenkassen dürfen diese Leistungen nicht bezahlen.

Durch die Abrechnungsprüfung soll die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten, die entsprechend hierfür aufkommen muss, vor Schäden durch falsche Abrechnungen geschützt werden. Zahlen der MDK-Gemeinschaft zeigen, dass aktuell etwa jede fünfte Krankenhausrechnung geprüft wird. In den letzten Jahren habe sich dabei regelmäßig gezeigt, dass jede zweite geprüfte Rechnung fehlerhaft sei. Damit ist noch kein Gesamtüberblick über den Anteil tatsächlich falsch abgerechneter Behandlungen gegeben, was in der derzeitigen Diskussion berücksichtigt werden sollte.

Aktuell beträgt das Rückzahlungsvolumen, das die Krankenkassen im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfungen von den Krankenhäusern zurückfordern, ca. 3 Mrd. Euro jährlich. In diesem Umfang

werden demnach jährlich Ausgaben für stationäre Behandlungen durch die Korrektur der Rechnung zu Gunsten der Solidargemeinschaft zurückgefordert. Dies entspricht 0,23 Beitragssatzpunkten für die Versicherten. Zwar mögen Krankenhäuser z.B. auf Grund der unzureichenden Investitionskostenfinanzierungen der Länder finanziell getrieben sein, über Methoden wie eine Abrechnungsoptimierung die notwendigen Finanzmittel zu generieren. Dies sollte jedoch in ehrlichen Strukturdebatten adressiert und nicht auf dem Rücken der GKV-Versicherten ausgetragen werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen fordern seit Jahren, die Qualität der Abrechnungen der Krankenhäuser durch geeignete Anreize zu verbessern. Denn bislang fehlt der ökonomische Anreiz für Krankenhäuser korrekt abzurechnen. Eine Sanktionierung der Falschabrechnung, die Verbindlichkeit der Rechnungsstellung, eine Begrenzung der Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus und eine Abgrenzung der Prüfregime in Bezug auf Strukturprüfungen sowie fristbesetzte verbindliche Regelungen zum Datenaustausch sind dabei zentrale Elemente. Darüber hinaus sollte als Reaktion auf den Bericht des Bundesrechnungshofes aus dem letzten Jahr ein gesetzliches Verbot der pauschalen Abrechnungsvereinbarungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus umgesetzt werden. Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der vorliegende Gesetzentwurf diese Punkte aufgreift.

**Im Zusammenhang mit der Neufassungen der Krankenhausabrechnungsprüfung, sollte der Gesetzgeber an diesen festhalten, möchten die Betriebskrankenkassen mit der vorliegenden Stellungnahme insbesondere auf die folgenden Punkte hinweisen bzw. die folgenden Änderungen anregen:**

- Die Krankenkassen werden praktisch nicht die Möglichkeit haben, die maximal zur Verfügung stehenden Prüfquoten auch praktisch umzusetzen. Prüfbar sind nur „ganze“ Abrechnungen.
- Es ist zwar nachvollziehbar, dass über verschiedene Maßnahmen Prüfanlässen entgegen gewirkt werden soll. Diese Maßnahmen greifen jedoch nur zeitlich verzögert bzw. gestaffelt. Für die ersten Jahre in einem neuen Prüfregime schlagen die Betriebskrankenkassen daher einige Anpassungen bzw. eine [Konvergenzregelung in Bezug auf die Höhe der Prüfquoten](#) vor.
- Innerhalb des neuen Prüfregimes mit vorgegebenen quartalsbezogenen Prüfquoten ist nach Auffassung der Betriebskrankenkassen auch eine [verbindliche Frist zur Rechnungslegung durch die Krankenhäuser](#) erforderlich. Ansonsten besteht die Gefahr strategischen Verhaltens zur Reduzierung der Prüfmöglichkeiten.
- In diesem Sinne sollte auch die [Prüffrist der Krankenkassen weiter verlängert](#) werden, von nunmehr drei auf vier Monate.
- Ebenfalls muss klargestellt werden, dass eine [Prüfquote nur für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.01.2020](#) gilt.
- Letztlich ist nach Auffassung der Betriebskrankenkassen auch der Nachteil kleinerer Krankenkassen weiter zu reduzieren: Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass Krankenkassen

als [Prüfgemeinschaften](#) ihre ihnen einzeln zustehenden Prüfkontingente freiwillig bündeln und gemeinsam nutzen.

- Die vorgesehene und grundsätzlich zu begrüßende Sanktionierung festgestellter falscher Abrechnungen sollte so ausgestaltet werden, dass sie einen [sinnvollen Höchst-, aber auch Mindestbetrag](#) vorsieht. Auch für das Jahr 2020 sollte als Anreiz zur korrekten Abrechnung bereits ein (fixer) Sanktionsbetrag vorgesehen werden.
- Die Betriebskrankenkassen lehnen ab, dass die Krankenkassen mit dem Gesetzentwurf die Möglichkeit der [Aufrechnung](#) von Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen verlieren. Damit entfällt ein bewährtes Instrument, um Klagen zu vermeiden und zu einer schnellen Beilegung von strittigen Abrechnungsfragen zu gelangen. Ein grundsätzliches Verbot der Möglichkeit der Aufrechnung lehnen die Betriebskrankenkassen daher strikt ab. Das Instrument der Aufrechnung sollte vielmehr für bestimmte Fallkonstellationen auch weiterhin gezielt genutzt werden können.

### **Änderungen in den Strukturen der Medizinischen Dienste**

Die Schwächung des Prinzips der sozialen Selbstverwaltung, die die Betriebskrankenkassen entschieden ablehnen, spiegelt sich insbesondere in der künftigen Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste wider. Zwar hat der Gesetzgeber im Vergleich zum Referentenentwurf Anpassungen vorgenommen, jedoch sprechen sich die Betriebskrankenkassen weiterhin dagegen aus, dass Beschäftigte der Krankenkassen oder ihrer Verbände überhaupt nicht und Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände nur unter Wahrung einer 12monatigen Karenzzeit in die Verwaltungsräte gewählt werden können. Damit fehlen zum einen Personen mit operativer Erfahrung und Expertise im Hinblick auf die Bedarfe der Versicherten. Zum anderen bringen gerade die ehrenamtlichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter sowohl die Erfahrungen aus der berufspraktischen Perspektive als auch aus ihrer Arbeit in den Verwaltungsräten der Krankenkassen mit. Der Anspruch des Gesetzgebers nach einer Professionalisierung der Arbeit der Medizinischen Dienste wird somit konterkariert. Auch halten die Betriebskrankenkassen eine anderweitige Öffnung hin zu Organisationen von Betroffenen und Pflegebedürftigen für sinnvoll.

## II. Kommentierung im Detail

### Krankenhausabrechnungsprüfung

#### 1. Aufrechnungsverbot

(§ 109 Absatz 6 SGBV)

Die Betriebskrankenkassen lehnen das geplante Verbot der Aufrechnung von Rückforderungsansprüche der Krankenkassen gegen Krankenhäuser wegen überzahlter Vergütungen mit Rückforderungsansprüchen gegen Forderungen des Krankenhauses ab.

Die angeführten Argumente, Aufrechnungen führten zu Liquiditätsprobleme in Krankenhäusern, treffen aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht zu. Teilweise entsteht in der öffentlichen Debatte der Eindruck, dass Rechnungen, die sich im Nachhinein als fehlerhaft herausstellen, von der Krankenkasse nie bezahlt worden wären und Krankenhäuser auf ihre Vergütung warten müssten. Dies ist nicht der Fall.

Rechnungen werden nach Rechnungsstellung von der Krankenkasse zunächst vollständig bezahlt. Wenn sich allerdings im Nachhinein – etwa unterstützt durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) – herausstellt, dass eine vom Krankenhaus abgerechnete Leistung nicht oder nicht vollständig der Höhe nach begründet war, ist es nur folgerichtig, dass das Krankenhaus den zu viel erhaltenen Betrag an die Krankenkasse zurückbezahlt. Dies kann aktuell z.B. über die Kürzung des Auszahlungsbetrages einer neuen unstrittigen Rechnung auf einfachem Wege erfolgen. Aufrechnungen sind daher lediglich eine Form der Rückzahlung von Vergütungen, für dessen in Rechnungstellung es nach Prüfung keine Grundlage gab.

Das Instrument der Aufrechnung wird insbesondere dann genutzt, wenn Krankenhäuser nach einer bestimmten Frist nicht auf die Rechnungskorrektur reagieren und eine aktive Rückzahlung durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen unterbleibt. Für ausstehende Zahlungen werden durch die Krankenkasse keine Zinszahlungen geltend gemacht. Allerdings bedarf es vielmehr einer festgelegten Reaktionszeit, damit Krankenkassen Planungssicherheit haben. Ein solches Verfahren, welches sich auch derzeit in der Prüfverfahrenvereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes widerspiegelt, erhöht die Disziplin im Sinne der Durchführung einer stringenten Abrechnungsprüfung auf beiden Seiten. Zudem setzt es sowohl einen Anreiz für eine schnelle und effiziente Beilegung von Prüffällen, als auch für eine wirtschaftliche Abarbeitung dieser Fälle.

Ein Aufrechnungsverbot hätte somit zur Folge, dass Anreize für ein aktives Mitwirken der Krankenhäuser an Rechnungskorrekturen und Rückzahlungen zu viel erhaltener Vergütung fehlen. Eine rein „freiwillige“ Vereinbarung zur Aufrechnung, so wie im Gesetzentwurf nunmehr vorgeschlagen, wird nicht

zum Tragen kommen. Dies gilt auch für die Vereinbarung zur Nutzung des Instrumentes der Aufrechnung etwa für Kleinstbeträge, offensichtliche Formfehler in der Rechnung etc. Die Krankenkassen müssten damit auch in diesen Fällen den Klageweg bestreiten.

Ein effizientes Abrechnungsverfahren setzt Anreize und Maßnahmen voraus, die mit dem Aufrechnungsverbot nunmehr wegfallen sollen. Die vorgesehene Regelung ist daher zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch am grundsätzlichen Aufrechnungsverbot festhalten wollen, sollte das Instrument Aufrechnung aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch eingeschränkt für bestimmte Konstellationen auch weiterhin genutzt werden können.

So bietet es sich an, die Möglichkeit der Aufrechnungen etwa in Verbindung mit der geplanten Einführung eines Falldialogs vor Klageerhebung (§17c Absatz 2b und § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 KHG) vorzusehen: So soll eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nach dem Willen des Gesetzgebers künftig nur möglich sein, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Auch diese Fälle sollten der Aufrechnung zugänglich sein. Zudem sollten die Fälle, die im Vorverfahren (Prüfverfahrensvereinbarung; siehe auch Kommentierung zu § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 KHG) erledigt werden, mittels Aufrechnung abgeschlossen werden können.

#### Änderungsvorschlag:

Streichung des neuen § 109 Absatz 6 SGB V

#### Hilfsweise Änderung:

§ 109 Absatz 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, die nach dem 1. Januar 2020 entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden. **Satz 1 gilt nicht für Ansprüche auf Rückforderungen, die nach § 17c Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erörtert wurden.**“*

## 2. Einführung quartalsbezogener Prüfquoten

(§ 275c Absatz 2 SGBV)

Eine Begrenzung der Krankenhausabrechnungsprüfung mittels Prüfquoten bedeutet eine deutliche Einschränkung der Prüfmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zum Umfang der aktuell notwendigen Abrechnungsprüfung. Die begrenzten Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung führen zu einem Verbleib von zu Unrecht geleisteten Beitragsmitteln bei den Krankenhäusern, die zu beitragsatzrelevanten Mehrbelastungen bei den Krankenkassen führen.

Die vom Gesetzgeber vorgesehene maximale Prüfquote von 10 % pro Krankenhaus im Jahr 2020 unterschreitet deutlich die bisherige durchschnittliche Prüfquote über alle gesetzlichen Krankenkassen von mehr als 17 % (Datenzusammenführung für das Jahr 2017). Die fehlende Möglichkeit, in adäquatem Umfang Falschabrechnungen zu retaxieren, führt im Jahr 2020 zu Mehrausgaben der GKV von mindestens 1,2 Mrd. Euro.

Die Einschränkungen der Krankenhausabrechnungsprüfung der Krankenkassen durch Prüfquoten setzen gegenüber den Krankenhäusern zudem falsche ökonomischen Anreize. So mindert dies einerseits die Motivation der Krankenhäuser zu einer qualitativ hochwertigen und fehlerfreien Krankenhausabrechnung aufgrund der Tatsache, dass Falschabrechnungen in einem deutlich geringeren Anteil durch die Krankenkassen auffällig gestellt werden können. Gleichzeitig ermutigt es Krankenhäuser, erlösoptimierende Abrechnungsstrategien zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwenden.

Es besteht aus Sicht der Betriebskrankenkassen keinerlei Anlass anzunehmen, dass durch die Einführung von Sanktionszahlungen ab dem Jahr 2021 sich diese falsche Anreizsystematik grundlegend ändert. So lange die Summe der zusätzlich möglichen Erlöse durch nicht beanstandeter Falschabrechnung die Summe der zu leistenden Sanktionszahlungen überschreitet, besteht für die Krankenhäuser kein Grund zur Unterlassung von Falschabrechnung.

Die Betriebskrankenkassen lehnen aus den dargelegten Gründen jegliche Regelung zur Kontingentierung der Abrechnungsprüfung grundsätzlich ab.

### Änderungsvorschlag:

Streichung des § 275c Absatz 2 SGB V



**Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung eines Prüfkontingents festhält, sprechen sich die Betriebskrankenkassen für nachstehende hilfsweise Änderungen und Ergänzungen aus:**

## **2.1 Erhöhung der Prüfquoten und Einführung einer Konvergenzregelung**

(§ 275c Absatz 2 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen sehen die im Gesetzentwurf vorgesehene Höhe der Prüfquoten grundsätzlich, aber insbesondere für das Jahr 2020, als unzureichend an. So werden

- a. die im Gesetzentwurf geplanten Prüfquoten nur theoretisch erreicht werden können und
- b. die vom Gesetzgeber vorgesehenen ergänzenden Regelungen zur Entlastung der Einzelfallprüfung mit erheblicher zeitlicher Verzögerung wirken.

### **a. Reale Prüfquote ist zu berücksichtigen**

Die Regelung, dass im Jahr 2020 nicht mehr als zehn Prozent der Abrechnungen eines Quartals geprüft werden dürfen, suggeriert gleichzeitig, dass die Krankenkassen auch praktisch die Möglichkeit besitzen, zehn Prozent der Abrechnungen eines Quartals zu prüfen.

Diese Möglichkeit ist allerdings immer nur dann gegeben, wenn die Anzahl der Abrechnungen innerhalb eines Quartals durch zehn teilbar ist. In allen anderen Fällen kann die den Krankenkassen zugestandene Prüfquote von zehn Prozent praktisch überhaupt nicht realisiert werden.

Ursächlich für diesen Tatbestand ist, dass nur „ganze“ Abrechnungen geprüft werden können. Rechnet ein Krankenhaus mit einer Krankenkasse in einem Quartal z.B. 39 Fälle ab, ist die Krankenkasse nach dem vorliegenden Gesetzentwurf faktisch berechtigt, drei Fälle zu überprüfen. Dies entspricht einer realen Prüfquote von 7,7 %.

Die zusätzliche Prüfung einer weiteren Abrechnung in der Größenordnung von 0,9 Abrechnungen, wie sie sich aus der Quote von zehn Prozent ergibt, ist praktisch nicht umsetzbar. Dies bedeutet, dass die zehnpromzentige Prüfquote fast durchgehend in der Prüfpraxis unterschritten wird.

Um den Krankenkassen also eine reale Prüfquote von 10 % in 2020 bzw. 5 %, 10 % oder 15 % ab 2021 überhaupt zu ermöglichen, sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Prüfquoten entsprechend zu erhöhen (z.B. im Jahr 2020 auf 15 %).

## **b. Konvergenzregelung zur Umsetzung von Prüfquoten**

Gemeinsam mit Einführung der Prüfquoten sieht der Gesetzgeber im Rahmen des MDK-Reformgesetzes verschiedene Regelungen vor, die darauf abzielen sollen, dem Entstehen von Prüfanlässen entgegenzuwirken bzw. diese auszuschließen. Dazu zählt insbesondere die Neuorganisation der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V, die Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern nach § 115b SGB V sowie die Stärkung der Rolle des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Diese gesetzlichen Maßnahmen werden jedoch mit Blick auf die Reduktion von Einzelfallprüfungen erst schrittweise im Verlauf der Jahre 2020 bis 2022 wirken:

- Der Schlichtungsausschuss entscheidet erst bis zum 31.12.2020 über die bis Ende 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.
- Die Umsetzung der Neuregelungen zur Strukturprüfung ist erst ab dem Jahr 2021 vorgesehen.
- Die Vereinbarung eines Kataloges ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärer Eingriffe und Behandlungen sowie eine Vereinbarung über eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte sind erst bis zum 30.06.2021 zu schließen.

Der vom Gesetzgeber durch diese Maßnahmen vorgesehene Rückgang von Prüfanlässen wird somit weit überwiegend erst im oder nach dem Jahr 2021 umgesetzt werden können. Im Jahr 2020 besteht also noch nachhaltiger Prüfbedarf für die damit verbundenen Fragestellungen.

Gleichzeitig sollten die potenziellen Minderungen von Prüffällen durch diese Maßnahmen nicht überbewertet werden. So beträgt der Anteil der Prüfungen zwecks primärer Fehlbelegung (adressiert durch die Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern nach § 115b SGB V) und Strukturprüfung als Einzelfallprüfung (adressiert durch die Neuorganisation der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V) jeweils nur ca. ein Zehntel der von den Krankenkassen durch den MDK geprüften Fälle.

Um die realen Prüfquoten sowie Auswirkungen und das Zusammenwirken der tatsächlichen sowie jeweiligen auch zeitlich gestaffelt wirkenden gesetzlichen Maßnahmen zur Neugestaltung der Abrechnungsprüfung bei der Etablierung von Prüfquoten zu berücksichtigen, sollten

- die vorgesehenen Prüfquoten, insbesondere für das Jahr 2020 deutlich, aber mindestens auf 15 % erhöht werden und
- die Prüfquoten ausgehend vom derzeitigen Niveau im Rahmen einer **dreijährigen Konvergenz** in den Jahren 2020 bis 2022 schrittweise angepasst werden

## 2.2 Verbindliche Frist zur Rechnungslegung durch die Krankenhäuser

(§ 8 KHEntgG)

Derzeit besteht keine rechtlich verbindliche Frist, in der Krankenhäuser den Krankenkassen die Schlussrechnung zu einem Behandlungsfall vorlegen müssen. Im derzeitigen Rechtsrahmen zur Prüfung von Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst ist dies im Hinblick auf das Prüfrecht der Krankenkassen nicht erheblich.

Mit der geplanten Einführung von quartalsbezogenen Prüfquoten ändert sich das jedoch maßgeblich. Krankenhäuser erhalten durch die zeitlich unbegrenzte Flexibilität der Rechnungsstellung (Übermittlung der Schlussrechnung) die Möglichkeit, aktiv auf die Prüfquoten und damit die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen Einfluss zu nehmen und dies im Rahmen von erlösoptimierenden Abrechnungsstrategien zu nutzen.

So führt beispielhaft die Übermittlung von Schlussrechnungen weniger unkritischer Fälle im I. und II. Quartal 2021 zu einem hohen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen, verbunden mit einem geringen Retaxierungsvolumen sowie zu einer niedrigen Prüfquote für die Quartale III und IV 2021.

Kritische Fälle der Quartale I und II können aufgrund der fehlenden Frist zur Abrechnung durch das Krankenhaus per Schlussrechnung in die Quartale III und IV 2021 verschoben werden. Der Abrechnung einer Vielzahl kritischer ggf. auch hochpreisiger Fälle in den Quartalen III und IV kann die Krankenkasse jedoch aufgrund der nun für diese Quartale maßgeblichen niedrigen Prüfquoten nicht begegnen, da nur noch eine nicht ausreichende Teilmenge zur Prüfung an den MDK gegeben werden kann. Eine Vielzahl der vom Krankenhaus gebündelt übermittelten Fälle muss die Krankenkasse -wie vom Krankenhaus beabsichtigt- ungeprüft akzeptieren.

Die Wirkung eines ggf. hohen Anteils beanstandeter Rechnungen in den Quartalen III und IV 2021 durch hohe Prüfquoten in den Quartalen I und II 2022 kann das Krankenhaus durch die erneute Abrechnung leichter, weniger kostenintensiver und vor allem unkritischer Fälle in den Quartalen I und II 2022 deutlich abmildern. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung erhöhter Prüfquoten bei einem geringen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen wird damit strategisch durch „Quartals-Hopping“ leicht umgangen und setzt damit Fehlanreize zu Lasten eines korrekten Abrechnungsverhaltens sowie zu Lasten der Solidargemeinschaft gesetzlich Krankenversicherter.

Die Betriebskrankenkassen sehen daher zwingend die Notwendigkeit, eine verbindliche Frist für die Übermittlung der Schlussrechnung durch die Krankenhäuser einzuführen. Diese würde die dargestellten Fehlanreize minimieren und zu einem zeitlich gleichmäßigen Eingang an Schlussrechnungen beitragen.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte eine Frist den Krankenhäusern natürlich ausreichend Zeit gewähren, um krankenhauserintern die Zusammenstellung aller notwendigen Unterlagen als Grundlage

einer korrekten Abrechnung zu ermöglichen. Hierzu wird eine Frist von sechs Wochen nach Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus als angemessen angesehen.

#### Änderungsvorschlag:

In § 8 KHEntgG wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

*„Das Krankenhaus hat die Schlussrechnung spätestens sechs Wochen nach Entlassung des Patienten an die Krankenkasse zu übermitteln. Maßgeblich bei der Bestimmung der Frist ist der Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse.“*

### **2.3 Prüffrist für Krankenkassen anpassen**

(§275c Absatz 1 SGB V)

Für die Auswahl der für die Prüfquote maßgeblichen Abrechnungen/Fälle sieht der aktuelle Gesetzentwurf eine Frist zur Anzeige der Prüfung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) von spätestens drei Monate nach Rechnungseingang vor.

Ziel muss es sein, eine Gesamtbetrachtung aller Fälle erst nach Ablauf des zu betrachtenden Quartals für das jeweilige Krankenhaus durch die Krankenkasse zu ermöglichen und damit eine passgenaue Fallauswahl sicherzustellen. Die Gesamtschau z.B. der Fälle mit Rechnungseingang am 01.04.2020 sowie der Fälle mit Rechnungseingang am 30.06.2020 (jeweils Zuordnung zum Rechnungsquartal II/2020) ist im operativen Prüfgeschäft der Krankenkassen durch den beinahe identischen Zeitpunkt von Fristende (der Fälle vom 01.04.2020) und Rechnungslegung (der Fälle vom 30.06.2020) in der aktuell vorgesehenen Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung jedoch faktisch unmöglich.

Fehlanreize zu Anwendung von Umgehungsstrategien durch Krankenhäuser, z.B. Rechnungsstellung generell nur am ersten und letzten Tag des Quartals, werden so geschaffen.

Die Betriebskrankenkassen sehen daher die Notwendigkeit, die Frist zur Auswahl der Prüfungen durch die Krankenkassen auf vier Monate zu erweitern.

#### Änderungsvorschlag:

§ 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V ist wie folgt zu fassen:

*„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens ~~drei~~ vier Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.“*

## **2.4 Stichtagsregelung aufnehmen - Prüfquote nur für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.01.2020**

(§ 275c Absatz 2 SGB V)

§ 275c Absatz 2 SGB V des Gesetzentwurfes sieht vor, dass das Datum der Schlussrechnung für die Zuordnung der Rechnungen zu einem Quartal ausschlaggebend ist. Damit werden Krankenhausfälle mit Aufnahme im Jahr 2019, für die jedoch unabhängig von der tatsächlichen Entlassung eine Schlussrechnung erst mit Datum des Jahres 2020 gestellt wird, bei der quartalsbezogenen Prüfquote berücksichtigt und somit kontingentiert.

Dies setzt erhebliche Fehlanreize dahingehend, dass Krankenhäuser Schlussrechnungen des Jahres 2019 bewusst zurückhalten und erst im Jahr 2020 zur Abrechnung bringen. Aber auch ohne bewusstes Zurückhalten von Rechnungen durch Krankenhäuser hat dies starken Einfluss auf die Krankenhausausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2019. Schlussrechnungen für Fälle aus dem Dezember 2019 werden mit hoher Wahrscheinlichkeit fast vollständig erst Anfang des Jahres 2020 bei den Krankenkassen eingehen. Dadurch vermindert sich bereits für Krankenhausfälle des Jahres 2019 die Prüfquote deutlich, wodurch die Einsparungen der Krankenkassen aus der Krankenhausabrechnungsprüfung bereits für das Jahr 2019 sinken. Dies hat erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen. Hochrechnungen anhand von Daten großer Betriebskrankenkassen lassen darauf schließen, dass die gesamte GKV für das Jahr 2019 dadurch mit mehr als 100 Mio. Euro belastet würde.

Für die Betriebskrankenkassen ist es daher zwingend notwendig zu regeln, dass nur Schlussrechnungen von Fällen mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2020 der quartalsbezogenen Prüfquote unterliegen.

### Änderungsvorschlag:

§ 275c Absatz 2 SGB V ist wie folgt zu ergänzen:

„[...] Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung. Satz 1 gilt nicht für Schlussrechnungen vollstationärer Krankenhausbehandlungen mit Aufnahmedatum vor dem 01.01.2020. [...]“

## **2.5 Prüfverbände als Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a SGB X ermöglichen**

Auch wenn durch den Gesetzentwurf nun die Möglichkeit mindestens einer Fallprüfung für Krankenkassen mit weniger als 20 Schlussrechnungen in einem Krankenhaus im Quartal vorgesehen ist, besteht auch weiterhin für Krankenkassen mit geringen Fallzahlen ein grundsätzlicher Nachteil. Aufgrund

der geringen absoluten Anzahl erlaubter Prüfungen, z.B. nur eine je Quartal bei weniger als 20 Schlussrechnungen, haben diese Krankenkassen keine Möglichkeit, auf strategisches Abrechnungsverhalten von Krankenhäusern adäquat zu reagieren.

Eine stärkere Flexibilität ohne Erhöhung der absolut möglichen Prüffälle wäre jedoch denkbar, wenn Krankenkassen ihre ihnen einzeln zustehenden Prüfkontingente freiwillig bündeln und gemeinsam nutzen dürften. Die praktische Umsetzung wäre grundsätzlich aufwandsarm möglich, z.B. lediglich durch Anzeige einer Prüfungsgemeinschaft der beteiligten Krankenkassen beim jeweiligen MDK. Da das Gesamtprüfkontingent der Prüfungsgemeinschaft aus der Summe der einzelnen Prüfkontingente der in der Prüfungsgemeinschaft zusammengeschlossenen Krankenkassen errechnet wird, sind weder gesonderte Aufwände bei der Berechnung der Prüfquoten notwendig, noch können dadurch in Summe mehr Fälle zur Prüfung an den MDK gegeben werden.

Prüfungsgemeinschaften ermöglichen lediglich insbesondere Krankenkassen mit niedrigen bis mittleren Fallzahlen die krankenkassenübergreifende flexible Nutzung eines gemeinsamen Prüfkontingents, um auf strategisches Abrechnungsverhalten von Krankenhäusern reagieren zu können.

Eine Organisation von Prüfungsgemeinschaften ist z.B. als Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Absatz 1a SGB X umsetzbar.

#### Änderungsvorschlag:

In § 275c wird folgender Absatz 2a eingefügt:

*„Die Krankenkassen können sich zu Prüfungsverbänden im Sinne einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Absatz 1a SGB X zusammenschließen. Dazu werden die nach Absatz 2 für die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen quartalsbezogenen Prüfquote einzeln ermittelten Prüfkontingente zu einem gemeinsamen Prüfkontingent addiert. Das so ermittelte gemeinschaftliche Prüfkontingent gilt als Obergrenze der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen, die der Prüfverbund durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen darf. Prüfverbände sind dem Medizinischen Dienst durch die jeweilige Arbeitsgemeinschaft jeweils vor Beginn eines Quartals anzuzeigen.“*

## **2.6 Sanktionsmechanismen optimieren**

(§ 275c Absatz 3 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen es, durch einen finanziellen Sanktionsmechanismus erhöhte Anreize bei den Krankenhäusern zu schaffen, korrekter abzurechnen. Dabei ist es auch angemessen, diese Sanktionen in Abhängigkeit des krankenhausesindividuellen Anteils korrekter Abrechnungen auszugestalten. Dennoch sehen die Betriebskrankenkassen folgende Anpassungsnotwendigkeiten, um eine optimale Anreizwirkung der Sanktionen zu erzielen:

- Einführung eines Mindestaufschlagbetrages,
- Aufschlagmechanismus mit Wirkung im Jahr 2020 sowie eine
- Anpassung des Höchstaufschlagbetrages.

Die Einführung eines Mindestaufschlagbetrages trägt dem Gedanken Rechnung, dass die Überprüfungen von Abrechnungen bei Krankenkassen und Medizinischen Diensten Aufwand verursachen. Kommt der Medizinische Dienst bei der Überprüfung einer durch die Krankenkassen auffällig gestellten Abrechnung zu dem Ergebnis, dass die Abrechnung durch das Krankenhaus fehlerhaft war, sollte das Krankenhaus in jedem Fall zumindest einen Teil des verursachten Aufwandes mittragen.

In Verbindung mit der Aufwandspauschale von 300 Euro, die auch Krankenkassen an Krankenhäuser zu leisten haben, sollte die Überprüfung eine fehlerfreie Abrechnung zum Ergebnis haben, kann damit eine sachgerechte Verteilung des Prüfaufwandes aller Beteiligten erreicht werden. Das Prüfsystem erfährt hierdurch eine weitere Harmonisierung.

Die Betriebskrankenkassen sehen entsprechend einen Mindestaufschlag von 300 EUR als notwendig an.

Der Aufschlagsbetrag von 300 Euro sollte dabei einerseits für alle fehlerhaften Krankenhausabrechnungen im Jahr 2020 als Sanktionsmechanismus wirken und gleichzeitig als Mindestbetrag der zu leistenden Aufschläge ab dem Jahr 2021 gelten.

Neben dem Mindestbetrag können die Betriebskrankenkassen einen vom Gesetzgeber vorgesehen Höchstbetrag eines Abschlags nachvollziehen. Damit können u.U. besondere Härtefälle im Einzelfall für Krankenhäuser vermieden werden.

Die Begrenzung des Abschlags auf 1.500 Euro wird jedoch als nicht sachgerecht und zu niedrig bewertet. Ein zu niedriger Höchstbetrag hebt die Wirkung eines stringenten Abrechnungsverfahrens aus und minimiert das finanzielle Risiko einer Falschabrechnung. Gerade Abrechnungen von Hochkostenfällen sollten mit größter Sorgfalt erstellt werden, weil die Falschabrechnung solcher Fälle die Solidargemeinschaft in besonderem Maße belasten. Ein Maximalbetrag von mindestens 5.000 Euro wird daher als wichtiger Anreiz zur Vermeidung falscher Abrechnungen kostenintensiver Fälle als zwingend notwendig angesehen.

#### Änderungsvorschlag:

§ 275c Absatz 3 SGBV ist wie folgt zu fassen:

*„(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt*

a) 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2,

b) 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6,

**mindestens jedoch 300 Euro und höchstens ~~1-500~~ 5 000 Euro. Im Jahr 2020 beträgt der Aufschlag 300 Euro.** In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben.“

### 3. Stärkung der Prüfverfahrensvereinbarung

(Einfügung von Nummer 8 in § 17c Absatz 2 Satz 2 KHG)

Das Instrument des Falldialogs hat sich in der Krankenhausabrechnungsprüfung bewährt. Es kann bereits vor Einleitung einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst zur Lösung von Fällen in beiderseitigem Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse beitragen und damit die Anzahl der Prüfungen durch die Medizinischen Dienste verringern.

Um ein konsensorientiertes und niedrighschwelliges Verfahren zu etablieren, sollten die Vereinbarungspartner daher Regelungen zum Falldialog treffen. Damit würde eine Stärkung des Falldialoges und eine Stärkung der Prüfverfahrensvereinbarung unter Berücksichtigung des Willens des Gesetzgebers sowie eine Entlastung von Krankenhäusern und Sozialgerichten erreicht werden.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, den Falldialog als ein weiteres zu regelndes Element in der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG aufzuführen. Ein hiernach erfolgter Falldialog sollte stets der Aufrechnung zugänglich sein (siehe auch Begründung zu § 109 SGB V).

#### Änderungsvorschlag:

§ 17c Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz KHG wird um eine neue Nummer 8 ergänzt:

*„8. den Falldialog“*



## **Neuordnung der Medizinischen Dienste**

Mit dem MDK-Reformgesetz plant der Gesetzgeber die Medizinischen Dienste aus der Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen und in eine eigenständige Struktur zu überführen. Die bisher noch als eingetragene Vereine existierenden Medizinischen Dienste werden in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt. Zentral in dieser Umgestaltung ist der Bruch mit dem bisher geltenden Prinzip der Selbstverwaltung. Daher lehnen die Betriebskrankenkassen diesen Schritt des Gesetzgebers ab. Wenngleich eine Vereinheitlichung der Strukturen der Medizinischen Dienste in Körperschaften des öffentlichen Rechts sinnvoll erscheint, so wird der Bruch mit dem Prinzip der Selbstverwaltung, die sich in der Besetzung der Verwaltungsräte widerspiegelt, abgelehnt. Zudem bleibt die neue Konstruktion von Körperschaften ohne Mitglieder rechtlich fragwürdig. Die Überführung der Medizinischen Dienste in eine vermeintliche Unabhängigkeit geht klar zulasten einer notwendigen Professionalität der Strukturen.

### **1. Neugestaltung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste**

(§ 279 SGB V)

Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste werden nach dem Willen des Gesetzgebers neu ausgerichtet. Im Vergleich zum Referentenentwurf wurde die vom Gesetzgeber angestrebte Besetzung allerdings angepasst: So sollen den Verwaltungsräten künftig 23 Vertreter angehören, wovon 16 wiederum aus dem Kreis der Krankenkassen zu wählen sind. Daneben sollen sieben Vertreter durch die zuständige Landesaufsicht benannt werden, davon fünf auf Vorschlag der Verbände bzw. der Organisationen der Selbsthilfe und des Verbraucherschutzes sowie zwei auf Vorschlag der Ärztekammer und der Verbände der Pflegeberufe. Im Gegensatz zu den übrigen Vertretern sollen Letztere über kein Stimmrecht verfügen. Die Besetzung soll jeweils paritätisch nach Frauen und Männern erfolgen.

Diese Änderung im Vergleich zum Referentenentwurf wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Es bleibt allerdings darauf hinzuweisen, dass der Verwaltungsrat nicht über Fragen der Begutachtung entscheidet, sondern Entscheidungen über Finanz-, Personal- und Organisationsfragen trifft. Insofern scheint die vorgesehene Ausweitung des Verwaltungsrates nicht sachgerecht. Die Betriebskrankenkassen regen daher an, eine anderweitige Öffnung hin zu Organisationen von Betroffenen und Pflegebedürftigen zu prüfen.

Die Betriebskrankenkassen lehnen hingegen entschieden ab, dass weiterhin keine Beschäftigten der Krankenkassen benannt werden können. Dies gilt auch für die Vorgabe, dass Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände nur unter Wahrung einer 12monatigen Karenzzeit in die Verwaltungsräte gewählt werden können. Damit fehlen zum einen die wichtige Expertise zu den Bedarfen der Versicherten sowie zum anderen Personen mit operativer Erfahrung völlig. Gerade die ehrenamtlichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter bringen

sowohl die Erfahrung der berufspraktischen Perspektive als auch die Erfahrung aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen mit. Der Verwaltungsrat wird somit zum „Laiengremium“, was dem Anspruch und den Anforderungen an den Medizinischen Dienst als Institution nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nicht gerecht wird. Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel einer Professionalisierung der Medizinischen Dienste wird konterkariert. Ohnehin ist die Besetzung mit Hauptamtlichen aus den Krankenkassen kein Widerspruch, sondern folgt der Finanzierungslogik.

## 2. Errichtung des Medizinischen Dienstes Bund

(§ 281 ff. SGB V)

Durch Umgestaltung des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund (MDS) in den Medizinischen Bund erhalten die Medizinischen Dienste eine Dachorganisation. Damit wird der MD Bund nicht mehr Bestandteil des GKV-Spitzenverbandes sein und eigenständig durch die Medizinischen Dienste über eine Umlage finanziert. Der neue MD Bund regelt durch Richtlinien grundsätzlich die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste. Der Aufbau des MD Bund erfolgt analog dem der Medizinischen Dienste. Der Verwaltungsrat wird durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste gewählt.

Der Vorschlag des Gesetzgebers, den MDS aus dem GKV-Spitzenverband herauszulösen, lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Die Abkehr vom Prinzip der Selbstverwaltung konterkariert, wie bereits dargestellt, die professionellen Strukturen. Gleichwohl begrüßen die Betriebskrankenkassen den Schritt des Gesetzgebers eine Angleichung der Aufgabenwahrnehmung über den MD Bund herbeizuführen. Allerdings bedarf es dazu nicht der Ausgestaltung des MD Bund, sondern das geeignete Gremium hierfür ist der bereits bestehende Kooperationsrat. Dieser sollte als Alternative im Gesetz verankert und mit verbindlichen Entscheidungen für alle Medizinischen Dienste ausgestattet werden.

### Änderungsvorschlag:

Streichung von § 281 ff. SGB V

(Neu) § 282a SGB V „Kooperationsrat der Medizinischen Dienste“

- (0) *Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund bildet mit den Medizinischen Diensten einen Kooperationsrat. Der Kooperationsrat trifft maßgebliche Entscheidungen, die für alle Medizinischen Dienste innerhalb von sechs Monaten Gültigkeit erlangen.*
- (1) *Der Kooperationsrat wird durch je einen Arbeitnehmer- und einen Arbeitgebervertreter aus den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund, den Geschäftsführern der Medizinischen Dienste und dem geschäftsführenden Vorstand des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund gebildet.*

- (2) Stimmberechtigt sind die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter. Die Zahl der Stimmen der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter richtet sich nach dem Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen.*
- (3) Aus den Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern ist je ein Vorsitzender und stellvertretender Vorsitzender des Kooperationsrats zu wählen.*
- (4) Je ein Vertreter der Beiräte aus den Medizinischen Diensten und ein Vertreter der Verbände der Krankenkassen sind berechtigt, an den Sitzungen des Kooperationsrats teilzunehmen.*
- (5) Der Kooperationsrat gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Sitzungen werden durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund vorbereitet. Der Kooperationsrat tritt mindestens viermal im Jahr zusammen.*
- (6) Der Kooperationsrat trifft insbesondere Festlegungen  
zur Transparenz der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und deren Veröffentlichung,  
zu einheitlichen informationstechnischen Systemen der Medizinischen Dienste,  
zur einheitlichen Aufgabenerledigung sowie  
zu einer einheitlichen Kommunikation der Medizinischen Dienste.*

## **Übertragung der Richtlinienkompetenzen vom Spitzenverband Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen auf den Medizinischen Dienst Bund**

(§§ 275b, 283 SGB V – n.F., § 53d SGB XI – n.F.)

Mit dem Gesetzentwurf werden insbesondere im Kontext der sozialen Pflegeversicherung und im Zusammenhang mit den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen auch bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege heute bestehende Richtlinienkompetenzen des Spitzenverbandes Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen regelhaft auf den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) übertragen. Was grundsätzlich hinsichtlich des Anspruchs des Gesetzentwurfs, die Medizinischen Dienste zu stärken nachvollziehbar erscheint, wirkt in der Einzelbetrachtung allerdings Widersprüche und fachliche Verwerfungen auf. Diese sollten nach Ansicht der Betriebskrankenkassen im weiteren Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden.

Ausweislich der Begründung zu § 53d Abs.3 SGB XI (n.F.) wird bspw. darauf verwiesen, dass die hier genannten Richtlinien zukünftig federführend der MD Bund im Benehmen (im Referentenentwurf noch „unter Beteiligung“) mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu erlassen hat. Hierzu wird betont, dass diese Benehmensregelung die bisherige – durch fachliche Zusammenarbeit geprägte – Verfahrensweise zu allen genannten Richtlinien widerspiegeln würde. Insbesondere mit Blick auf die Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität n. § 114a Abs. 7 SGB XI und der Richtlinie zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen n. § 114c Abs.1 SGB XI muss allerdings konstatiert werden, dass die vorgenommene Kompetenzumkehrung allein aufgrund der hierdurch veränderten Rolle der Kranken- und Pflegekassen eben grundsätzlich nicht das bisherige sachgerechte Procedere spiegelt.

Die hier zu regelnden Sachverhalte beziehen sich direkt auf die neu zu entwickelnden Instrumente der Qualitätssicherung, -prüfung und -darstellung, welche der Qualitätsausschuss n. § 113b SGB XI zu beschließen hat. Die dort zu regelnden Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und –Darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements begründen in erster Linie das der Qualitätssicherung in der Pflege zugrundeliegende Verhältnis der Kostenträger zu den Leistungserbringern. Gemäß § 113b Abs. 2 S.9 SGB XI wirkt der MDS im Qualitätsausschuss Pflege in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen daher lediglich beratend und damit ohne Stimmrecht mit, während die Pflegekassen als maßgebliche Kostenträger – vertreten durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen – auch maßgeblicher stimmberechtigter Entscheidungsträger sind. Kennzeichen hierfür ist auch, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene als Vertreter der Pflegekassen und der Landesverbände der Pflegekassen im Qualitätsausschuss Pflege mit eigenem Stimmrecht beteiligt. Insofern mutet es widersprüchlich an, dass die Pflegekassen zu den im Sach- und Fachzusammenhang stehenden oben genannten Richtlinien nunmehr der federführenden Kompetenz des MD Bund unterliegen sollen. Außerdem werden die Qualitätsprüfungen n. § 114 SGB XI von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragt und ihnen

obliegt zudem das Verwaltungsverfahren n. § 114 Abs. 2 SGB XI, wenn bei den beauftragten Prüfungen Qualitätsmängel festgestellt werden. Auch in diesem Zusammenhang wird nach Ansicht der Betriebskrankenkassen die tragende Rolle der Pflegekassen hinsichtlich der Erstellung der betroffenen Richtlinien verkannt.

Zudem besteht ein weiterer Sachzusammenhang mit den Richtlinien n. § 275b Abs. 1 SGB V – bei welcher die zugrundeliegenden sogenannten „Anlassprüfungen“ zudem auch von den Krankenkassen direkt beauftragt werden können. Hier gelten nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ebenfalls die bereits dargestellten Argumente, wobei ergänzend das Folgende berücksichtigt werden muss: Gerade hier sind die implementierten Abrechnungsprüfungen (wie auch im Bereich der SPV) maßgeblich für die resultierenden Maßnahmen der Krankenkassen bei Abrechnungsbetrug und der speziellen Arbeit der Fehlverhaltensstellen n. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI. Allein deshalb sollte dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Ansicht der Betriebskrankenkassen ein umfassendes Mitsprache- und auch Vetorecht bei der Erstellung und Weiterentwicklung der zugrundeliegenden Richtlinien zugestanden werden.

Entsprechend sollte aus der Sicht der Betriebskrankenkassen die in § 53d Abs. 3 SGB XI (n.F.) und in § 275b SGB V (n.F.) getroffene Novellierung der Richtlinienkompetenz entweder gestrichen oder aber die hier verortete Benehmensregelung in eine Einvernehmensregelung überführt werden. Ferner sei darauf verwiesen, dass beim oben genannten Beratungsrecht des MDS n. § 113b Abs. 2 S.9 SGB XI die Folgeänderung bzw. Umbenennung in „Medizinischer Dienst Bund“ offenbar vergessen wurde.

Im Übrigen kann für die weiteren in § 53d Abs. 3 SGB XI (n.F.) genannten Richtlinien aus Sicht des BKK Dachverbandes ähnlich argumentiert werden kann. Beispielsweise betrifft die sogenannte Kostenabgrenzungs-Richtlinie n. § 17 Abs. 1b SGB XI die Kostenaufteilung zwischen Kranken- und Pflegekassen bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V beziehen und damit unmittelbar das Verwaltungshandeln der Kassen. Auch hier wäre deshalb zumindest die Überführung der „Benehmensregelung“ in eine „Einvernehmensregelung“ sachgerecht.

#### Änderungsvorschlag:

Sofern an der grundsätzlichen Umkehr der Richtlinienkompetenz in § 53d Abs. 3 SGB XI (n.F.) festgehalten wird, sollte § 53d Abs. 3 SGB XI (n.F.) in Artikel 10 Nr. 15 des Gesetzentwurfs wie folgt gefasst und hierzu in den die jeweiligen Einzelregelungen der hier adressierten Richtlinien entsprechend nachvollzogen werden:

*„(3) Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien*

*zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,*

*zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,*

*zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,*

*zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,*

*zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c Absatz 1,*

*zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten und*

*zu den von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichten und Statistiken.*

*Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.“*

Sofern an der grundsätzlichen Umkehr der Richtlinienkompetenz in Artikel 1 Nr. 25 zu § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 festgehalten wird, sollte Artikel 1 Nr. 22a) und aa) zu § 275b wie folgt geändert werden:

*a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

*aa) In Satz 3 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „abweichend von § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.“*

## Fixkostendegressionsabschlag

(§ 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 1 KHEntgG)

Seit dem Jahr 2017 und damit erstmals seit über einem Jahrzehnt entwickeln sich die Fallzahlen rückläufig. Dazu hat der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) als Instrument der Mengensteuerung einen wesentlichen Beitrag geleistet und bestehende Fehlanreize zur ökonomisch motivierten Mengenausweitung wirksam reduziert. Grundsätzlich wirken Ausnahmen dem Ziel einer effektiven Mengensteuerung entgegen.

Fixkostendegressionseffekte entstehen betriebswirtschaftlich gesehen bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen immer im Krankenhaus, unabhängig davon, aus welchen Gründen und in welchen Bereichen eine Leistungssteigerung eintritt. Bei einem richtig gefundenen Fixkostendegressionsabschlag ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen daher nicht notwendig, versorgungspolitisch auf Einzelleistungsebene durch Ausnahmetatbestände zu steuern. Ein grundsätzlicher Verzicht auf alle Ausnahmen zum FDA wäre daher folgerichtig. Dies würde das Streitpotenzial im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen deutlich minimieren und zu einer zwingend notwendigen Beschleunigung des Verhandlungsverlaufs beitragen.

Eine Erweiterung der Ausnahmetatbestände um Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung der Patientin oder des Patienten wird daher durch die Betriebskrankenkassen abgelehnt.

Dagegen sehen es die Betriebskrankenkassen als zielführend an, die Möglichkeit von Ausnahmetatbeständen zielgerichtet zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung auszurichten. Dazu sollten Leistungen, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 SGB V festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen im Rahmen von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V vereinbart werden, gesonderter Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, sofern dies von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG gemeinsam so vorgesehen wird. Damit können bei Bedarf die notwendigen Anreize zur Konzentration und Erbringung dieser Leistung im Rahmen von Qualitätsverträgen gesetzt werden, was zu einer höheren Spezialisierung und Qualität der Leistungserbringung führt. Solange Leistungen, die im Rahmen von Qualitätsverträgen erbracht werden, zwingend einem (vollen) Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, hemmt dies unter Umständen Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen Qualitätsverträge abzuschließen. Davon betroffen sind derzeit zum Beispiel Qualitätsverträge von Betriebskrankenkassen zur „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes vom 10.10.2019 zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG

§ 4 Absatz 2a Satz 2 KHEntgG wird wie folgt [neu] gefasst:

*„Im Übrigen können die Vertragsparteien abweichende Regelungen zur Höhe des zu erhebenden Vergütungsabschlags nach Satz 1 für Leistungen oder Leistungsbereiche nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V vereinbaren, für die im Rahmen von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V besondere Qualitätsanforderungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden.“*