



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Kabinettsentwurf eines Gesetzes für bessere und  
unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Stand: 09.10.2019

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>	<b>6</b>
• Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	6
Zu Artikel 1 Nr. 6 § 109 (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern).....	6
Zu Artikel 1 Nr. 7 § 115b (Ambulantes Operieren im Krankenhaus).....	7
Zu Artikel 1 Nr. 23 § 275c neu (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) .....	8
Zu Artikel 1 Nr. 23 § 275d neu (Prüfung von Strukturmerkmalen) .....	11
Zu Artikel 1 Nr. 25 § 279 Absatz 3 und 4 – neu (Verwaltungsrat und Vorstand) .....	13
Zu Artikel 1 Nr. 25 § 279 Absatz 6 – neu (Verwaltungsrat und Vorstand) .....	15
• Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes .....	16
Zu Artikel 3 Nr. 1 § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung).....	16
Zu Artikel 3 Nr. 3 § 19 neu (Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen).....	17
• Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes .....	18
Zu Artikel 4 Nr. 3 § 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte).....	18
Zu Artikel 4 Nr. 5 § 8 (Berechnung der Entgelte).....	19

## 1. Allgemeiner Teil

Der vom Bundeskabinett am 17. Juli 2019 beschlossene Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) beinhaltet zwei wesentliche Regelungsschwerpunkte. Zum einen soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) unabhängiger von den Kranken- und Pflegekassen werden. Zum anderen wird die Krankenhausabrechnungsprüfung reformiert.

### MDK-Reform

Der Gesetzentwurf sieht vor, aus den bisher bestehenden unabhängigen 15 MDK Medizinische Dienste (MD) in der vereinheitlichten Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR) zu machen. Dadurch soll die Unabhängigkeit der MD hergestellt werden. Aus Sicht der Ersatzkassen waren auch die bisherigen MDK aufgrund ihrer Strukturen und Finanzierung unabhängig. Zudem sieht der Entwurf vor, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) in einen MD Bund zu überführen. Die Kompetenz zum Erlass von Begutachtungsrichtlinien soll vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) auf den MD Bund übergehen. Aus Sicht der Ersatzkassen sind die Gründung des MD Bund und der Übergang der Richtlinienkompetenz nachvollziehbar und umsetzbar.

Der vdek sieht die – gegenüber dem Referentenentwurf – im Gesetzentwurf erfolgten Nachbesserungen in Bezug auf die Besetzung der Gremien der MD mit Vertretern der Krankenkassen als folgerichtig an. So sollen Kassenvertreter mit 16 von 23 Verwaltungsratsmitgliedern nun die Stimmenmehrheit in den Verwaltungsräten erhalten und von den Verwaltungsräten der Landesverbände der Kassenarten bzw. der Ersatzkassen gewählt werden. Das entspricht der Tatsache, dass die Krankenkassen auch zukünftig die volle Finanzierung der MD tragen. Die Hauptaufgabe der Verwaltungsräte der MD liegt in der Steuerung und Verwaltung dieser Finanzmittel. Hierfür ist die Erfahrung und Sachkunde aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen zwingend erforderlich. Die Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in der Sozialwahl legitimierten Mitglieder der Sozialen Selbstverwaltung hat sich genau in diesem Punkt bewährt. Deshalb fordern die Ersatzkassen, dass auch in Zukunft gewählte Mitglieder eines Verwaltungsrates einer Krankenkasse in den Verwaltungsrat eines MD gewählt werden dürfen. Die vorgesehene Unvereinbarkeitsregelung zwischen einem Ehrenamt im Verwaltungsrat des MD und der Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände und darüber hinaus die Karenzzeit von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates, sind nicht sachgerecht. Die Arbeit in den Verwaltungsräten der MD erfordert eine ausgesprochen gute Kenntnis aktueller Erfordernisse, Bedarfe und Problemlagen in den Bereichen, die die Geschäftsfelder der MD betreffen. Innerhalb der vorgesehenen Zeit für die Neukonstituierungen der Verwaltungsräte wird es nicht möglich sein, ausreichend Kandidatinnen und Kandidaten ausfindig zu machen, damit schließlich 720 Personen (240 Mitglieder und je zwei Stellvertreter) in die Verwaltungsräte gewählt werden können. Vor diesem Hintergrund und unter dem Anspruch einer hohen und notwendigen Professionalität, ist die Aufrechterhaltung der Entsendung von Verwaltungsratsmitgliedern aus den Krankenkassen ohne Karenzzeit in die neu zu konstituierenden Verwaltungsräte der MD zwingend geboten. Nur so können die von der Politik geforderte Professionalität und der notwendige Sachverstand in den Verwaltungsräten erhalten bleiben.

Die Neuorganisation der MD stellt neben den geplanten Regelungen des Faire-Kassenwettbewerb Gesetzes (GKV-FKG) zur Besetzung des Verwaltungsrats des GKV-SV jedoch weiterhin einen Eingriff in die Rechte der durch Sozialwahlen demokratisch legitimierten Sozialen Selbstverwaltung dar. Dies steht der im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarten Stärkung der Sozialen Selbstverwaltung unvereinbar entgegen.

#### Krankenhausabrechnungsprüfung

Es ist beabsichtigt, die Effizienz und die Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung zu verbessern. Hierfür sollen nunmehr erstmals auch Anreize für eine korrekte Abrechnung für die Krankenhäuser gesetzt werden. Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses soll zukünftig (ab 2021) den Umfang der maximal zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Zuvor ist allerdings vorgesehen, im Jahre 2020 eine zulässige quartalsbezogene Prüfquote von maximal zehn Prozent je Krankenhaus festzuschreiben. Der Umfang der von den Krankenkassen beauftragten MD-Prüfungen hängt dann gerade nicht von der Abrechnungsqualität ab, sondern bedeutet eine ungerechtfertigte pauschale Begrenzung der Prüfungen. Gegenwärtig werden durchschnittlich ca. 17 Prozent der Krankenhausabrechnungen überprüft, wobei krankenhausesindividuell starke Unterschiede zu verzeichnen sind. Der vdek bewertet die Begrenzung der Prüfquoten als zu drastisch. Der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entstehen so voraussichtlich Mehrkosten von über einer Milliarde Euro im Jahr 2020. Zu niedrige Prüfquoten setzen zudem erst einen Anreiz zur falschen Rechnungslegung, da diese dann aufgrund der Prüfobergrenzen von den Krankenkassen nicht identifiziert und korrigiert werden kann. Dies birgt ein weiteres hohes Kostenrisiko für die Krankenkassen. Aus Sicht des vdek sollte die gesetzlich festgelegte Prüfquote für 2020 gestrichen werden. Denn die darüber hinaus eingeleiteten Maßnahmen des Gesetzgebers, wie die Stärkung der Ambulantisierung und die Beseitigung von strittigen Kodier- und Abrechnungsfragen führen frühestens ab 2021 zu einer natürlichen Reduzierung der Prüfanlässe.

Für die Ermittlung der zulässigen Prüfquoten sind grundsätzlich die Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals maßgebend. Ausgenommen ist das 1. Halbjahr 2020. Sachgerecht ist, dass die Krankenkassen die Einhaltung der Prüfquote im gesamten 1. Halbjahr 2020 eigenverantwortlich beachten und anschließend die grundsätzliche Regelung greift, dass der MD auf Basis der Daten im vorvergangenen Quartal prüft.

Die an die ab 2021 geltenden Prüfquoten gekoppelten Aufschläge für falsche Abrechnungen der Krankenhäuser werden außerdem auf maximal 1.500 Euro gedeckelt. Diese Regelung kann nicht nachvollzogen werden, mindert sie doch erheblich den Anreiz zur korrekten Rechnungsstellung. Falsche Abrechnungen in 2020 bleiben weiterhin für Krankenhäuser sanktionsfrei.

Die zur Reduzierung von Rechnungsprüfungen eingeführten Aufwandspauschalen sind mit Implementierung einer Prüfquote obsolet und daher zu streichen.

Die MDK-Prüfung muss nun spätestens drei Monate (vorher sechs Wochen) nach Eingang der Abrechnung bei der Kasse eingeleitet werden. Das ist positiv zu bewerten. Die Kassen sind nicht mehr zwingend an die MD-Gutachten gebunden, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, sondern treffen wie bisher eigenständig

ihre leistungsrechtliche Entscheidung. Auch diese Änderung ist sachgerecht und wird vom vdek begrüßt.

Weiterhin abgelehnt wird das grundsätzliche Aufrechnungsverbot für die Krankenkassen. Dies dürfte zu einer erheblichen Steigerung der Klagefälle vor den Sozialgerichten führen. Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind, dürfen Krankenkassen laut Gesetzentwurf grundsätzlich nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen; Ausnahmen können in der Prüfverfahrensverordnung (PrüfvV) geregelt werden.

Kassen und Krankenhäuser müssen vor Klageerhebung verpflichtend eine Erörterung des strittigen Sachverhaltes durchführen. So können bestehende Ungewissheiten über die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigt werden. Zur vermehrten Klärung von strittigen Abrechnungsfragen wird der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-SV und der privaten Krankenversicherung (PKV) gebildete Schlichtungsausschuss gestärkt. Dies wird vom vdek begrüßt.

Die vereinheitlichten Strukturprüfungen von OPS-Komplexkodes in Krankenhäusern sollen nun regelhaft durch die MD erfolgen. Der Wegfall der ursprünglich vorgesehenen Möglichkeit zur externen Prüfung wird begrüßt.

## 2. Kommentierung des Gesetzes

### Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 6

§ 109 (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Aufrechnungen von Krankenkassen mit Erstattungsforderungen nach überzahlten Krankenhausvergütungen gegen Vergütungsforderungen der Krankenhäuser werden grundsätzlich unzulässig.

#### **Bewertung**

Das Aufrechnungsverbot wird vom vdek grundsätzlich abgelehnt. Sollte es beim Verbot bleiben, ist die Verschiebung auf 2020 zu begrüßen. Krankenkassen zahlen heute Krankenhausrechnungen zunächst ungeprüft, um die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern. In diesem Kontext stellen Aufrechnungen sicher, dass überzahlte Vergütungen – diese machen lediglich einen Bruchteil des ungeprüft im Voraus gezahlten aus – ausglich werden. Aufrechnungen sind somit ein bürokratiearmer Weg, Ansprüche der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern geltend zu machen. Damit werden Klageverfahren vermieden.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Katalog für ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe wird um stationsersetzende Behandlungen erweitert. Der gesamte Katalog soll auf der Grundlage eines zu vergebenden Gutachtens zwischen den dreiseitigen Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene neu vereinbart werden. Laut Gesetzentwurf sollen die Definition der Leistungen des neuen Katalogs auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und die Bewertung auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage erfolgen.

### **Bewertung**

Die Regelung ist zu begrüßen. Die Leistungen aus dem Überschneidungsbereich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sollen in einem einheitlichen Katalog definiert werden. Weiterhin ist eine einheitliche Vergütung für die Sektoren vorgesehen. Damit wird das Potenzial primärer Fehlbelegungsprüfungen in der Krankenhausabrechnung reduziert.

Der neue Katalog soll Schweregrade abbilden. Dies ist wichtig, da die Leistungen sowohl im niedergelassenen Bereich als auch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können. Der Schweregrad wird allerdings auch vom Ort der Leistungserbringung abhängen. Dies bildet der EBM nicht ab. Die Voraussetzungen für eine Bewertung bzw. Kalkulation auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage unterscheiden sich zwischen den beiden Sektoren erheblich. Eine Kostenarten-, Kostenstellen oder Kostenträgerrechnung ist in niedergelassenen Praxen grundsätzlich derzeit nicht vorhanden.

### **Änderungsvorschlag**

Die Sätze 1 und 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

- 1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,*
- 2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.*

*Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.“*

Zu Artikel 1 Nr. 23

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

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 275c ersetzt die alte Regelung des § 275 Absatz 1c. Die Aufwandspauschale, die die Krankenkassen den Krankenhäusern in Höhe von 300 Euro für den Fall zu zahlen haben, dass der Rechnungsbetrag nicht vermindert wird, bleibt bestehen. Ab 2020 dürfen Krankenkassen nur noch zehn Prozent der Krankenhausrechnung eines Quartals durch den MD prüfen lassen. Ab 2021 wird die Prüfquote nach der Qualität der Rechnungslegung der Krankenhäuser in drei Gruppen differenziert. Der GKV-SV hat hierzu notwendige Auswertungen zu erstellen. Ferner müssen die Krankenhäuser der mittleren und schlechten Gruppe der Rechnungslegung Sanktionszahlungen leisten. Die Vereinbarung pauschaler Abschläge auf Krankenhausrechnungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wird untersagt. Mit dem Kabinettsentwurf verlängert sich die Prüffrist der Kassen von sechs Wochen auf drei Monate.

### **Bewertung**

Die Beibehaltung der Aufwandspauschale wird abgelehnt. Mittlerweile sehen Krankenhäuser die von den Krankenkassen zu zahlende Aufwandspauschale als feste Einnahmequelle und richten ihre Rechnungsstellung dahingehend aus. Die Aufwandspauschale ist inzwischen zu einem Instrument degeneriert, mit dem Krankenhäuser Zusatzeinnahmen erzielen. Auf Krankenseite setzt sie keine Anreize zur korrekten Abrechnung, sondern eher für das Gegenteil. Daher ist die Aufwandspauschale zu streichen.

Die in 2020 vorgesehene Prüfquote von zehn Prozent unterschreitet den derzeitigen Status quo von durchschnittlich 17 Prozent um mehr als 40 Prozent. Diese drastische Reduzierung der Prüfquote wird den Fehlanreiz unkorrekter Rechnungslegung verstärken und zu beitragsrelevanten Ausgabensteigerungen führen. Auf eine gesetzlich festgelegte Prüfquote sollte daher verzichtet werden.

Die Etablierung eines Scoringverfahrens, das die Krankenhäuser in drei Gruppen nach der Qualität der Rechnungslegung differenziert, wird ausdrücklich begrüßt. Hier wird ein Anreiz zu der ersehnten besseren Rechnungslegung durch die Krankenhäuser erreicht. Begrüßenswert ist, dass die Ergebnisse des Scoringverfahrens veröffentlicht werden sollen. Dies schafft Transparenz über das Geschäft der Krankenhausabrechnung und trägt zur Versachlichung bei.

Nicht nachzuvollziehen ist, dass nicht alle Krankenhäuser im Falle einer Falschabrechnung einen gestaffelten Sanktionsbetrag zahlen müssen. Diese Regelung ist auch deshalb unverständlich, weil die Aufwandspauschale für die Krankenkassen erhalten bleibt. Daher sollten auch Krankenhäuser, die einer 5%igen Prüfquote unterliegen gestaffelt eine Aufschlagszahlung leisten.

Der Gesetzgeber greift mit der Regelung in Absatz 7 die Empfehlungen des Bundesrechnungshofes und des Bundesversicherungsamtes (BVA) auf.

Die Verlängerung der Beanstandungsfrist auf drei Monate ist zu begrüßen, da diese eine quartalsweise und effektive Fallauswahl ermöglicht.

Die Präzisierung des undefinierten Begriffes „Abrechnung“ durch „Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung“ ist eine notwendige Klarstellung. Gleiches trifft auf die Festlegung zu, dass sich die Prüfquote nur aus den beauftragten Prüfungen des MD ermittelt.

Die Konkretisierung, dass die Quartalszuordnung auf Basis des Datums der Schlussrechnung erfolgt, ist noch immer nicht hinreichend, da dieses Datum willkürlich und manipulierbar ist.

Die Ersetzung der bestreitbaren Sachaussage „korrekt“ durch den prozessorientierten Begriff „unbeanstandet“ ist eine anwendungsorientierte Verbesserung zur Vermeidung rechtlicher Unklarheiten.

Die Prüfungen der Krankenkassen im Vorverfahren vor einer Gutachtenbeauftragung des MD werden klarstellend von einer Prüfquote ausgenommen.

Der Aufschlag für falsche Abrechnungen wird auf 1.500 Euro gedeckelt. Hierdurch wird der Anreiz zur korrekten Rechnungslegung erheblich reduziert und die gewünschte Sanktionswirkung verfehlt. Wenn ein hoher Betrag fehlerhaft in Rechnung gestellt wurde, ist die Strafzahlung gedeckelt, so dass bereits bei Beträgen über 3.000 Euro bei einem Aufschlag von 50 Prozent bzw. 6.000 Euro bei einem Aufschlag von 25 Prozent Euro die Deckelung eintritt. Dadurch wird die Einführung der Sanktionierung in ihrer Wirkweise stark begrenzt.

Unabhängig von Einwänden gegen die der Prüfquote zugrundeliegenden Einzelfallentscheidungen bleibt die festgelegte Prüfquote unverändert. Durch diese Ergänzung wird die Verfahrenssicherheit erhöht und werden Rechtsstreitigkeiten über die Ermittlung der Prüfquoten minimiert.

### **Änderungsvorschlag**

1)

§ 275c Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

2)

In Absatz 2 werden die Sätze 1 und 2 gestrichen.

3)

Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

*„Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote zu weiteren Prüfungen nach Absatz 1 befugt.“*

Alternativ sind nach dem Wort „Prüfquote“ die Worte „für dieses Quartal“ einzufügen.

4)

In Absatz 3 wird folgender Buchstabe a) eingefügt:

„a) 10 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 1.“

Die Buchstaben a) und b) werden die Buchstaben b) und c). Das Komma im neuen Buchstaben c) wird durch einen Punkt ersetzt.

5)

In Absatz 3 Satz 2 werden die Worte „*höchstens jedoch 1.500 Euro*“ gestrichen.

6)

Folgender Absatz 8 wird eingefügt:

*„Der Spitzenverband Bund vergibt ein Gutachten zur Feststellung der Wirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen, wie dem Scoringverfahren und der Sanktionsregelungen der Krankenhäuser, den erweiterten Katalog ambulant erbringbarer Leistungen sowie des Schlichtungsausschusses Bund auf die Prüfnotwendigkeit der Krankenkassen bis zum 31.12.2022. Die Ergebnisse sind bis zum 31.12.2023 zu veröffentlichen.“*

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung sieht vor, dass Strukturmerkmale, die sich aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ergeben, verbindlich im Rahmen von Strukturprüfungen überprüft werden können. Liegen die Strukturvoraussetzungen nicht vor, dürfen entsprechende Leistungen weder vereinbart noch abgerechnet werden. Die Strukturprüfungen erfolgen durch den MD.

Die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung, dass ein Krankenhaus für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst beauftragen kann, ist entfallen.

Mit dem Kabinettsentwurf wurde die Regelung aufgenommen, dass Krankenhäuser anzeigen müssen, wenn sie nachgewiesene Strukturmerkmale länger als einen Monat nicht mehr erfüllen.

### **Bewertung**

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Hier werden Einzelfallprüfungen durch kollektive Strukturprüfungen ersetzt. Die überfällige fehlende verbindliche Rechtsgrundlage hierfür wird mit der Regelung geschaffen. Es fehlt allerdings eine Regelung, dass der Nachweis des Krankenhauses auf Standortebene zu erfolgen hat. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Standortdefinition und des Standortverzeichnisses bereits die richtigen Weichen hierfür gestellt, also muss in der hier angedachten Regelung auch auf den Standort Bezug genommen werden.

Positiv ist, dass nach dem Kabinettsentwurf nur noch der MD als Gutachter fungieren darf. Dies reduziert Streitpotenzial von Gutachten und Gegengutachten und schließt zudem Gutachter aus, an deren Unabhängigkeit Zweifel bestehen könnten.

Die Regelung, dass Krankenhäuser eine Änderung nachgewiesener Strukturmerkmale anzeigen müssen, ist positiv zu werten. § 275d Absatz 3 lässt jedoch offen, welche Folgen die Anzeige der Nichterfüllung von Strukturmerkmalen haben soll. In der Gesetzesbegründung ist beschrieben, dass in der Richtlinie des MD nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V geregelt werden soll welche Folgen die Nichterfüllung hat. Aus Sicht des vdek wäre eine gesetzliche Normierung besser geeignet. Unabhängig davon, ob sich die Nichterfüllung aufgrund eines Gutachtens nach Absatz 1 oder aufgrund der Anzeige der Nichterfüllung nach Absatz 3 ergibt. Ebenfalls ist unklar, für welchen Zeitraum die Anzeige gilt. Eine gesetzliche Klarstellung wäre wünschenswert. Nicht geregelt ist, wie verfahren werden soll, wenn zwischen einem Krankenhaus und dem MD Streit darüber entsteht, ob Strukturmerkmale tatsächlich vorliegen oder wie diese rechtlich auszulegen sind. Offen bleibt auch ein Konfliktlösungsmechanismus zwischen Krankenhaus und MD. Zudem Ungeklärt ist, inwieweit Krankenkassen Einwirkungsmöglichkeiten haben, der Gefahr unzutreffender Gutachten zu begegnen.

### **Änderungsvorschlag**

In Absatz 1 werden nach den Worten: „§ 301 Absatz 2“ folgende Worte eingefügt:  
„für ihre Standorte“

In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

*„Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt.“*

Die folgende Satznummerierung ändert sich entsprechend.

In Absatz 2 werden nach den Wörtern „für welchen Zeitraum“ die Wörter „und für welchen Standort“ eingefügt.

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

*„Krankenhäuser, deren Standorte die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen Leistungen für diese Standorte ab dem Jahr 2021 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Gleiches gilt für die Anzeige der Nichterfüllung gemäß Absatz 3 bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Krankenhaus die erneute Einhaltung der Strukturmerkmale nachweist.“*

### **Beabsichtigte Neureglung**

Die Verwaltungsräte der neuen MD sollen zukünftig aus 23 Vertretern bestehen. Davon entfallen 16 stimmberechtigte Vertreter auf die Krankenkassen, fünf stimmberechtigte Vertreter auf die Verbände und Organisationen der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie Verbraucherschutzorganisationen sowie zwei Vertreter ohne Stimmrecht auf die Landespflegekammern oder die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und die Landesärztekammern (Ärzte/Pflegeberufe).

Die 16 Vertreter der Kassen sollen von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt werden. Die Krankenkassen sollen sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, einigen. Die Vertreter müssen je zur Hälfte von Frauen und Männern besetzt werden. Ist eine geschlechtsparitätische Besetzung auch nach dem dritten Wahlgang nicht erfolgt, reduziert sich die Gesamtzahl der Vertreter auf die doppelte Anzahl des Minderheitengeschlechts.

Die Vertreter der Patienten, pflegenden Angehörigen, Verbraucherschutzorganisationen, Landespflegekammern bzw. der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und Landesärztekammern sollen von den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder benannt werden.

### **Bewertung**

Der vdek bewertet die – gegenüber dem Referentenentwurf – im Kabinettsentwurf erfolgten Nachbesserungen in Bezug auf die Besetzung der Gremien der MD mit Vertretern der Krankenkassen als Verbesserung. So sollen Kassenvertreter mit 16 von 23 Verwaltungsratsmitgliedern die Stimmenmehrheit in den Verwaltungsräten erhalten. Das entspricht der Tatsache, dass die Krankenkassen auch zukünftig die volle Finanzierung der MD tragen und nahezu die einzigen Auftraggeber sind.

Die Vertretung von Frauen und Männern zu gleichen Teilen ist zeitgemäß. Es ist darüber hinaus zu beachten, dass neben Arbeitnehmern auch andere Gruppen, z. B. Rentner, Studenten, Familienangehörige, Versicherte in der GKV/sozialen Pflegeversicherung (SPV) darstellen. Nach Auffassung des vdek sollte deshalb darauf geachtet werden, dass neben einer angemessenen Anzahl von Arbeitgebervertretern nicht nur Vertreter der Arbeitnehmer sondern der Versicherten insgesamt Berücksichtigung finden.

Die Regelungen zum Wahlverfahren für die 16 Vertreter der Krankenkassen sind inkonsistent. Die Formulierungen sind unpräzise und bieten somit einen breiten Interpretationsspielraum. Unklar ist zum Beispiel, ob eine gemeinsame Bewerberliste aller Kassenarten oder je Kassenart gemäß ihrem Stimmenanteil einzelne Bewerberlisten erstellt werden sollen. Näheres zur Durchführung der Wahl soll in der Satzung geklärt werden. Auch hier ist unklar, ob die Satzung der jeweiligen MD oder die der Landesverbände der Kassen gemeint ist. Es wird vorgeschlagen, das ursprüngliche

Wahlverfahren durch die demokratisch legitimierte Selbstverwaltung der Krankenkassen beizubehalten. Es ist leistungsfähig und garantiert die demokratische Legitimation der Vertreter in den Verwaltungsräten der MD auf der Grundlage der gesetzlich vorgeschriebenen Sozialwahlen. Die Mitglieder der genannten Organe der Selbstverwaltung schlagen innerhalb ihrer Kassenart die ihnen zugewiesene Anzahl von Vertretern vor, die dann von dem zuständigen Selbstverwaltungsorgan innerhalb der Kassenart in den Verwaltungsrat des MD gewählt werden. Dabei ist auf die Wahl von Männern und Frauen zu gleichen Teilen zu achten.

### **Änderungsvorschlag**

In § 279 Absatz 4 neu werden die Sätze 5 bis 9 gestrichen.

§ 279 Absatz 6 a. F. bleibt erhalten.

Zu Artikel 1 Nr. 25

§ 279 Absatz 6 - neu (Verwaltungsrat und Vorstand)

### **Beabsichtigte Neureglung**

Die Regelung enthält Vorschriften für die Benennung und die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der MD. Aktive, durch die Sozialwahl gewählte Selbstverwalter in den Verwaltungsräten der Krankenkassen oder ihrer Verbände dürfen nicht in den Verwaltungsrat der MD gewählt werden. Sie müssen mindestens zwölf Monate Karenzzeit einhalten.

### **Bewertung**

Aus Sicht der Ersatzkassen hat sich die Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in der Sozialwahl legitimierten Mitglieder der Sozialen Selbstverwaltung bewährt. Die geplante Neuregelung in Bezug auf die Wählbarkeit von Mitgliedern der Verwaltungsräte der Krankenkassen und die vorgeschriebene Karenzzeit werden deshalb abgelehnt. Um die vom Gesetzgeber geforderte Professionalität und den notwendigen Sachverstand in den Verwaltungsräten der MD zu gewährleisten, sollten auch in Zukunft gewählte Mitglieder eines Verwaltungsrates einer Krankenkasse oder deren Verbände in den Verwaltungsrat eines MD gewählt werden dürfen.

### **Änderungsvorschlag**

Absatz 6 Satz 2 wird gestrichen.

## Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 Nr. 1

§ 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung)

### **Beabsichtigte Neuregelung:**

Durch die Neufassung soll die Befugnis des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) konkretisiert werden, Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation auszuwählen und diese zur Datenübermittlung zu verpflichten.

### **Bewertung:**

Die Neuregelung ist zu begrüßen. Es wird festgelegt, dass das InEK Krankenhäuser zur Übermittlung von Daten verpflichten kann und insofern als Beliehener tätig wird. Dadurch wird die Rechtssicherheit für die Handlungen des InEK in diesem Bereich gestärkt.

Damit die Stellung des InEK als Beliehener, auch für mögliche weitere Aufgaben, sicher ausgestaltet ist, erscheint es sinnvoll, die Beleihung generell, unabhängig von der konkreten Aufgabe, festzuschreiben. Die Norm sollte daher um eine generalistische Aussage zur Beleihung des InEK erweitert werden.

### **Änderungsvorschlag:**

In § 17 b Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

*„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus handelt im Rahmen der übertragenen Aufgaben als Beliehener.“*

Absatz 3 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

*„Insbesondere bestimmt es auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 4, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen und verpflichtet sie zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation sowie gegen die Verpflichtung zur Datenübermittlung haben keine aufschiebende Wirkung.“*

Zu Artikel 3 Nr. 3

§ 19 neu (Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Schlichtungsausschuss Bund soll zur Klärung strittiger Kodierfragen aufgewertet und verbindlicher eingebunden werden. Einmalig sollen die von der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ sowie von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling strittig festgestellten Kodierempfehlungen entschieden werden. Mit dem Kabinettsentwurf soll die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses Bund beim InEK angesiedelt werden.

### **Bewertung**

Die Regelungen sind zu begrüßen. Der Schlichtungsausschuss sollte jedoch regelhaft von der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ sowie von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling über die strittig festgestellten Kodierempfehlungen entscheiden.

Zudem sollte der Schlichtungsausschuss im Sinne einer reibungslosen und konfliktfreien Umsetzung des Gesetzes Konkretisierungen für unbestimmte Regelungen vornehmen müssen.

Die Ansiedlung der Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses Bund beim InEK ist nicht optimal, da es das InEK in Interessenskonflikte seiner Gesellschafter treibt. Allerdings fehlen Alternativen zu einer besseren Ansiedlung der Geschäftsstelle.

### **Änderungsvorschlag**

In Absatz 5 Satz 1 wird nach dem Wort „entscheidet“ das Wort „jährlich“ eingefügt und die Zahl „2020“ durch die Worte „eines Jahres“ ersetzt. Die Worte „bis zum 31. Dezember 2019“ werden gestrichen.

Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

*„Der Schlichtungsausschuss Bund definiert den Begriff der „korrekten Abrechnungen“ zur Ermittlung der Prüfquote im Sinne des § 275c SGB V. Ferner legt er bundesweite Kriterien für die Prüfung der Anzeige einer erhöhten Prüfquote gemäß § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V und Anforderungskriterien für die fallbezogene Erörterung gemäß § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG fest.“*

## Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 4 Nr. 3

§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Regelung wird das InEK als direkter Ansprechpartner für die Krankenkassen im Verfahren zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) definiert. Dies entspricht seit jeher der gängigen Verfahrenspraxis. Bislang sieht das geltende Recht jedoch vor, dass vor der Vereinbarung eines gesonderten NUB-Entgeltes eine Information von den Vertragsparteien nach § 9 darüber einzuholen ist, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Insoweit ist hier eine Klarstellung angezeigt. Die anschließende Information der Krankenkassen über ein vereinbartes Entgelt hat ebenfalls direkt an das InEK zu erfolgen.

Leistungen, die von den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten ausgenommen werden sollen, sollen nicht von den Vertragsparteien auf Bundesebene, sondern vom InEK bestimmt werden.

### **Bewertung**

Diese Regelung beschneidet die gemeinsame Selbstverwaltung in ihren Kompetenzen und bringt das InEK in einen Interessenkonflikt seiner Gesellschafter.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung soll gewährleisten, dass wenn eine Fehlbelegungsprüfung dazu führt, dass anstelle einer durchgeführten vollstationären Behandlung eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre, das behandelnde Krankenhaus für die von ihm erbrachten Leistungen zumindest eine Vergütung erhält, die bei einer vorstationären Behandlung abrechenbar gewesen wäre. So soll vermieden werden, dass ein Krankenhaus trotz erbrachter Leistungen gar keine Vergütung erhält. Bestehende anderweitige Abrechnungsmöglichkeiten für die erbrachten Krankenhausleistungen bleiben unberührt.

### **Bewertung**

Die Neuregelung führt in den Fällen, in denen auch eine ambulante Leistungserbringung überflüssig gewesen wäre, zu Problemen. Aus Sicht der Ersatzkassen besteht diese Gefahr insbesondere bei operativen Eingriffen und diagnostischen Maßnahmen.

### **Änderungsvorschlag**

In Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

*„Keine Vergütung erfolgt, wenn auch eine ambulante Versorgung nicht indiziert war.“*