

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

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

Inhalt der Stellungnahme

<i>I</i>	<i>Vorbemerkungen</i>	<i>3</i>
<i>II</i>	<i>Stellungnahme zum Gesetzentwurf</i>	<i>4</i>
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 66, § 275 c 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>6</i>
<i>III</i>	<i>Ergänzender Änderungsbedarf</i>	<i>7</i>
	<i>Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als dritter Vertragspartner der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV)</i>	<i>7</i>

I Vorbemerkungen

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt, dass das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Referentenentwurf 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 der Leistungen 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 Referentenentwurf sieht unter anderem verschiedene Gesetzesänderungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Hierzu werden die Prüfquoten und Schwellenwerte angepasst. Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die Maßnahmen zur Stärkung der Anreize für regelkonforme Abrechnungen.

Es ist sachgerecht, dass im Referentenentwurf 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 Versichertengemeinschaft auch auf weitere Auffälligkeiten zu prüfen.

.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

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

Um die Anreizstruktur 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 aber 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. Auch in der Regelung in Satz 6 wird eine Änderung vorgenommen: Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn sein 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, das bedeutet Krankenkassen können auch weniger Rechnungen in einem Quartal prüfen lassen.

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 Referentenentwurf mit der geplanten Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte vorsieht, Anreize für regelkonforme Abrechnungen zu stärken. Der Fokus der Prüfungen wird zudem stärker 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 Versichertengemeinschaft auch auf weitere Auffälligkeiten zu 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

Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als dritter Vertragspartner der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV)

Die derzeitige Zweiparteienstruktur des § 17c Abs. 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.

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.“