



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

zum Entwurf der Bundesregierung für
ein Gesetz für bessere und unabhängige
Prüfungen – MDK-Reformge-
setz

Oktober 2019

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2019

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)

Jens Busmann

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Tel. +49 (0)30 3940517-0

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	5
III. Weiterer Änderungsbedarf	13

I. Vorbemerkung

Der VUD befürwortet, die Prüfung der Krankenhausabrechnungen effektiver und effizienter als bisher zu gestalten und dabei die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zu gewährleisten. Ziel des Gesetzes muss sein, den bisherigen Aufwand aus dem Prüfungsgeschehen deutlich zu reduzieren und gleichzeitig ein faires Verfahren zur Leistungsabrechnung und -prüfung zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern zu gewährleisten. Dem bisherigen Zustand mit stetig steigenden Prüfquoten und gerichtlichen Auseinandersetzungen und der daraus resultierenden Ressourcenbindung zu Lasten der Patientenversorgung muss dringend begegnet werden.

Allerdings darf im Kontext dieser gesetzgeberischen Initiative nicht außer Acht gelassen werden, dass diese negative Entwicklung im Abrechnungsgeschehen primär ordnungspolitische Ursachen hat, an denen diese Gesetzesinitiative nichts ändern wird. Der 100%-Ansatz des DRG-Systems und seine Ausgestaltung als Preissystem haben zwangsläufig die Komplexität der Regelwerke für die Kodierung und Leistungsabrechnung enorm erhöht. Das Ergebnis sind zahlreiche Streitigkeiten über die richtige Regelanwendung bzw. -auslegung. Hier ist es dem Gesetzgeber, den Selbstverwaltungspartnern und sonstigen Beteiligten (z. B. DIMDI) bei vielen Fragestellungen bislang nicht gelungen, die Regelungen zur Anwendung des Entgeltsystems möglichst frei von Interpretationsspielräumen zu verfassen.

Auch haben die wettbewerblichen und strukturellen Rahmenbedingungen auf Krankenhaus- und Krankenkassenseite ihren Beitrag zur aktuellen Situation beigetragen. Das Krankenhaus will und muss unter den derzeit schwierigen ökonomischen Rahmenbedingungen für gegebene Leistungen im Rahmen des rechtlich Zulässigen ein möglichst hohes Entgelt erzielen. Gleichzeitig haben die Krankenkassen unter den Bedingungen des Morbi-RSA und des kassenindividuellen Zusatzbeitrags erhebliche Anreize, ein möglichst hohes Rechnungskürzungsvolumen zu realisieren. Auch hier werden Auslegungsspielräume maximal und einseitig genutzt. Begünstigt wird dies durch einen in seiner Beurteilung nicht ausreichend unabhängigen Medizinischen Dienst.

Derzeit ist kein politischer Wille erkennbar, an der ordnungspolitischen Ausrichtung des DRG-Systems als Preissystem oder des Kassenwettbewerbs grundsätzlich etwas zu ändern. Folglich beschränkt sich der Entwurf im Wesentlichen auf Modifikationen an den Verfahren und Zuständigkeiten bei der Abrechnungsprüfung. Nicht gelöst wird das Grundproblem, dass weiterhin sowohl Krankenkassen als auch Krankenhäuser in einem enorm komplexen Regelwerk gezwungen sind, Interpretationsspielräume zum eigenen Vorteil zu nutzen.

Vor diesem Hintergrund bewertet der VUD den Regierungsentwurf in vielen Punkten als zielführend, um den Aufwand bei der Abrechnung und Prüfung von Krankenhausleistungen zu reduzieren. Allerdings enthält der Entwurf auch erkennbare Umsetzungsrisiken, die ohne Nachbesserungen bzw. weitere Konkretisierungen das Regelungsziel erheblich gefährden. Denn mit vielen Regelungen wie der erstmaligen Einführung von Prüfquoten betritt der Gesetzgeber Neuland. Insofern sind Nachbesserungen im Entwurf, eine behutsame Umsetzung

und ein engmaschiges Monitoring der praktischen Umsetzung unbedingt erforderlich. Zusätzlich zum vorliegenden Gesetzesvorhaben bedarf es weiterhin einer gesetzgeberischen Initiative, die grundsätzlichen ordnungspolitischen Ursachen zu korrigieren. Andernfalls ist auch in Zukunft von einer unnötig hohen Bindung von Ressourcen bei der Abrechnung und Prüfung von Krankenhausleistungen auszugehen.

Der Gesetzentwurf umfasst auch eine Ausweitung des Katalogs für ambulant vom Krankenhaus erbringbare Leistungen. Dies ist aus Sicht der Universitätsklinik grundsätzlich richtig. In Deutschland werden derzeit im internationalen Vergleich stationäre Kapazitäten überdurchschnittlich stark gebunden, weil auf Grund der derzeitigen Rahmenbedingungen für den stationären Bereich das unstrittig bestehende Potential für ambulante Leistungserbringung nicht abgerufen werden kann. Es ist daher eine Weiterentwicklung notwendig, die für die Krankenhäuser ambulante Behandlungsoptionen eröffnet und dabei wirtschaftlich tragfähig ist.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Gesetzentwurfs kommentiert. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) verwiesen.

1. Aufrechnungsverbot (Art. 1 Nr. 6)

Mit dem Gesetzentwurf wird erstmals auf Bundesebene ein Aufrechnungsverbot für Krankenkassen normiert. Danach können Krankenkassen gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. Die bisherige Anwendungspraxis war einseitig zu Lasten der Krankenhäuser. Sie hat unnötig personelle Ressourcen in den Krankenhäusern gebunden, oftmals weitere rechtliche Schritte notwendig gemacht und auf Grund der damit einhergehenden Liquiditätseinbußen die Krankenhäuser letztendlich zu Zugeständnissen gezwungen, die sachlich oft nicht gerechtfertigt waren. Daher ist das Aufrechnungsverbot dringend erforderlich und aus Sicht der Universitätsklinik zu begrüßen. Damit das Aufrechnungsverbot seine Wirkung richtig entfalten kann, sind flankierende Vorgaben notwendig. Es muss gesetzlich sichergestellt werden, dass die Krankenkassen nicht über primäre Rechnungsabweisungen oder mittels anteiliger Erstattung eines unstrittigen Teilbetrags der Krankenhausrechnung das Aufrechnungsverbot umgehen.

Auch sollte gesetzlich klargestellt werden, dass das Aufrechnungsverbot sich nicht nur auf die Leistungsvergütung bezieht, sondern alle Zahlungen, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern gesetzlich vorgesehen sind, umfasst.

2. Ausschluss der nachträglichen Korrektur zahlungsbegründender Unterlagen (Art. 3 Nr. 2 Buchstabe c)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass nach Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen eine Korrektur der Unterlagen und damit der Leistungsabrechnung nicht mehr möglich sein

soll. Ausnahmen gelten nur bei Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils und bei abweichenden Regelungen in der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV), die von den Selbstverwaltungspartnern zu treffen wären.

Der gesetzlich normierte Ausschluss der nachträglichen Rechnungs Korrektur ist für Universitätsklinika mit ihrem besonders komplexen Behandlungsspektrum unverhältnismäßig. Gerade hochaufwendige und komplexe Behandlungsverläufe können dazu führen, dass abrechnungsrelevante Informationen erst nach der Entlassung des Patienten bekannt werden (z. B. Befunde aus spezieller Labordiagnostik). Für Universitätsklinika ergeben sich hierdurch besondere finanzielle Risiken. Die Häuser können dem auch nicht mit einem Hinauszögern der Rechnungslegung begegnen, weil eine zeitnahe Fallabrechnung zur Wahrung der Liquidität unerlässlich ist. Zudem können auch regulatorische Vorgaben wie die Abrechnungsbestimmungen der Fallpauschalenvereinbarung eine nachträgliche Korrektur erfordern, z. B. im Falle einer Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme.

Es besteht keine Gewissheit, ob und wie die Selbstverwaltungspartner von ihrem Gestaltungsrecht im Rahmen der PrüfvV Gebrauch machen würden. Daher müssen die vorgesehenen Regelungen nach Art. 3 Nr. 2 Buchstabe c mindestens so angepasst werden, dass die Krankenhäuser ein einmaliges Nachlieferungsrecht bis zum Abschluss des auf die Behandlung folgenden Geschäftsjahres erhalten. Auch muss der Medizinische Dienst gesetzlich verpflichtet werden, ergänzende Unterlagen für die Fallprüfung bei Bedarf von den Krankenhäusern nachzufordern. Mit beiden Maßnahmen würde auch dem politischen Ziel, eine sachgerechte und inhaltlich korrekte Leistungsabrechnung zu erreichen, Rechnung getragen werden.

3. Prüfquoten und Sanktionierung von „Falschabrechnung“ (Art. 1 Nr. 23)

Mit der Einführung des neuen § 275c SGB V gibt der Gesetzgeber vor, dass es zukünftig Höchstquoten für die Einzelfallprüfung geben soll. Im Jahr 2020 gilt eine allgemeine Quote von 10%, ab dem Jahr 2021 gilt grundsätzlich eine krankenhausesindividuelle Prüfquote zwischen 5 und 15% in Abhängigkeit des Anteils „unbeanstandeter Abrechnungen“ im Jahr 2020. Das Anliegen des Gesetzgebers, damit den bisherigen negativen Entwicklungen im Abrechnungsgeschehen zu begegnen und so ein effektives und effizientes Prüfungsverfahren bei der Einzelfallabrechnung zu erreichen, ist zu begrüßen. Damit diese Intention erreicht werden kann, sind jedoch Anpassungen im Gesetzentwurf nötig:

- a) Der Gesetzentwurf enthält keine Definition, wann eine „Falschabrechnung“ vorliegt. Es wird im Zusammenhang mit der Ermittlung der Prüfquote auf den Anteil „unbeanstandeter Abrechnungen“ verwiesen, die entsprechend der Gesetzesbegründung vorliegen, wenn die Krankenhausabrechnung nicht gemindert wurde und insofern unbeanstandet blieb. Um mögliche Missverständnisse in diesem Zusammenhang zu vermeiden, sollte diese Definition nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern auch im Gesetzestext selbst aufgenommen werden. Gleichzeitig muss zumindest in der Begründung betont werden, dass eine Rechnungsminderung nicht mit einer „Falschabrechnung“ gleichzusetzen ist. Es gibt in der aktuellen Abrechnungspraxis eine Vielzahl

von Tatbeständen, die eine Rechnungsprüfung durch Krankenkassen und MDK auslösen. Diese sind aber nicht automatisch als fehlerhafte Rechnungsstellung des Krankenhauses zu klassifizieren. Oft stehen dahinter Unklarheiten in den Regelwerken, die von Krankenkassen und Krankenhäusern unterschiedlich interpretiert werden. Universitätskliniken und Maximalversorger stehen auf Grund ihres Versorgungsauftrags und des daraus resultierenden Leistungsspektrums mit hoch aufwändigen und komplexen Behandlungsfällen im besonderen Fokus der Abrechnungsprüfung. Die Versorgung von Patienten mit komplexen und innovativen Verfahren, zum Teil mit Off-Label-Use oder patientenindividuell zubereitenden Lösungen, zieht regelhaft eine Rechnungsprüfung nach sich. Die Entwicklung der Rechtsprechung der letzten Jahre hat dabei die Krankenkassen oftmals bestärkt, gerade innovative und aufwendige Behandlungsformen zu prüfen.

Eine Vielzahl von Abrechnungsprüfungen resultiert gerade bei komplexen Fällen aus rechtlich nicht abschließend geklärten Fragen zur Kodierung (Beispiel: Komplexkodes) oder einer unterschiedlichen Auffassung zur Leistungserbringung. Letzteres betrifft insbesondere die nachträgliche Beanstandung der Krankenkassen bzgl. der Verweildauer oder die Frage der Indikationsstellung bei innovativen Methoden. Dass diese Unklarheiten oftmals zu einer Minderung der Krankenhausrechnung führen, ist auch den derzeit nachteiligen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser geschuldet.

Daher dürfen diese Fallkonstellationen bei der Ermittlung der Prüfquote und einer möglichen Sanktionierung nach § 275c Abs. 3 SGB V (neu) nicht berücksichtigt werden. Gleiches gilt auch für die Fälle, bei denen sich Krankenhaus und Krankenkasse auf eine einzelfallbezogene Vergleichsvereinbarung nach § 17c Abs. 2b KHG (neu) verständigt haben oder eine gerichtliche Klärung noch anhängig ist. Grundsätzlich muss gesetzlich normiert werden, dass die Prüfquote und die in diesem Zusammenhang zu ermittelnden Kennzahlen nach § 275c Abs. 4 SGB V (neu) nicht als Ausdruck eines erhöhten Anteils von „Falschabrechnungen“ eines Krankenhauses verstanden werden können. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der öffentlichen Darstellung und Wahrnehmung dieser Kennzahlen.

- b) Im Jahr 2020 gilt nach dem Regierungsentwurf für alle Krankenhäuser eine maximale Prüfquote von 10% der abgerechneten Fälle eines Quartals. Ab dem Jahr 2021 sollen nach § 275c Abs. 2 SGB V (neu) unterschiedliche Prüfquoten für das einzelne Krankenhaus gelten. Diese sollen in Abhängigkeit von dem Anteil „unbeanstandeter Abrechnungen“ im Jahr 2020 ermittelt werden. Wie unter a) ausgeführt, steht eine Vielzahl der Abrechnungsprüfungen und potentieller Rechnungsminderungen im Zusammenhang von rechtlich ungeklärten Fragen zur Kodierung oder einer unterschiedlichen Auffassung zur Leistungserbringung. Dabei handelt es sich insbesondere auch um Fragestellungen, wie die Kodierung der Beatmung oder die Abrechnung von Thrombozytenkonzentraten, von denen Universitätsklinika und Maximalversorger auf Grund ihres Leistungsspektrums überproportional betroffen sind. Ohne weitere Änderungen des Gesetzentwurfs basiert die Ermittlung der Prüfquote auf einer verzerrten

Datengrundlage, da der Anteil vermeintlicher „Falschabrechnungen“ auf Grund einer Vielzahl ungeklärter Kodierungs- und Abrechnungsfragen gerade bei Kliniken mit vielen komplexen Fällen unangemessen hoch ausfallen würde. Dies gilt umso mehr, weil davon auszugehen ist, dass die Krankenkassen ihre Prüfaktivitäten auf diese Fälle konzentrieren werden, um möglichst hohe „Falschabrechnungsquoten“ zu erreichen. Die Prüfquote würde daher solange auf einer unsachgerechten Datengrundlage ermittelt werden, wie die strittigen Auslegungsfragen im Bereich der Kodierung und Abrechnung nicht geklärt sind. Gleichzeitig droht den Krankenhäusern bei einer Rechnungsminderung auch die Gefahr einer ungerechtfertigten Sanktionierung durch den Aufschlag auf den Differenzbetrag nach § 275c Abs. 3 SGB V (neu). Die Krankenhäuser müssten sich deshalb gegen jede Rechnungsbeanstandung wehren, die auf strittigen Rechtsgrundlagen beruht, um nicht ungerechtfertigt in den Verdacht der „Falschabrechnung“ zu geraten. Dies birgt erhebliches Konfliktpotenzial und würde dem Regelungsziel des Gesetzgebers diametral entgegenstehen.

Für eine verlässliche Ermittlung der krankenhausesbezogenen Prüfquote ist daher zunächst eine Datengrundlage zu schaffen, bei der alle bislang offenen Kodierungs- und Abrechnungsfragen zuvor geklärt worden sind. Mit dieser zwingend erforderlichen Klärung ist der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zu beauftragen. Ob dies im Laufe des Jahres 2020 vollumfänglich gelingen kann, ist angesichts der vielen offenen Fragen schwer einzuschätzen. Nur wenn der Schlichtungsausschuss im Laufe des Jahres 2020 die erforderliche Rechtssicherheit diesbezüglich schaffen würde, könnten krankenhausesbezogene Prüfquoten ab dem Jahr 2022 angewendet werden. Denn erst die Abrechnungs- und Prüfpraxis des Jahres 2021 würde die erforderliche verlässliche Datenbasis für die Ermittlung der Prüfquoten schaffen. Solange diese Voraussetzung nicht gegeben ist (mindestens bis zum Ende des Jahres 2021), muss die maximale Prüfquote von 10% nach § 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V (neu) gelten und eine mögliche Sanktionierung im Falle der Rechnungsminderung ausgesetzt werden.

Die Verlängerung der Übergangsfrist mit einer maximalen Prüfquote von 10% ist auch daher gerechtfertigt, weil die organisatorische Neuausrichtung des Medizinischen Dienstes erst im Laufe des Jahres 2020 umgesetzt wird. Es ist daher mehr als fraglich, ob die mit der Neuausrichtung verbundene Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes bereits die erhoffte positive Auswirkung auf das Prüfungsgeschehen im Jahr 2020 haben kann.

- c) Mit § 275c Abs. 3 SGB V (neu) sieht der Gesetzentwurf vor, dass Krankenhäuser mit einem Anteil „unbeanstandeter Abrechnungen“ von unter 60% im Falle einer anerkannten Rechnerkorrektur neben dem Differenzbetrag auch einen Aufschlag auf diesen von 25% bzw. 50% den Krankenkassen zu erstatten haben. Die vorgesehene Ausgestaltung der Quotierung mit gleichzeitiger Ausgleichszahlung birgt gerade für die Universitätsklinika und Maximalversorger aus folgenden Gründen die Gefahr einer ungerechtfertigten Benachteiligung:

- Das besondere Leistungsspektrum (hohe Komplexität und hohe Kosten) und die Vielzahl der bislang ungeklärten Kodierungs- und Abrechnungsfragen bergen per se die Gefahr einer überhöhten Prüfquote, siehe Ausführungen unter a) und b).
- Die Prüfquote selbst mit der einhergehenden Begrenzung der Abrechnungsprüfungen je Quartal setzt in der vorgesehenen Ausgestaltung für Krankenkassen den Anreiz, das Prüfungsgeschehen auf die komplexen und damit kostenaufwendigen Fälle zu verlagern, weil diese insbesondere wegen der zahlreichen unklaren Rechts- bzw. Auslegungsfragen das höchste Minderungspotential in sich bergen.
- Der zusätzliche Aufschlag in Kombination mit der Quotierung verstärkt den Anreiz für Krankenkassen, sich primär auf Leistungen der Maximalversorgung zu konzentrieren. Dies gilt selbst für den Fall, dass das Klinikum zunächst noch nicht von § 275c Abs. 3 SGB V (neu) betroffen ist, aber perspektivisch betroffen sein könnte.

Wenn der Sanktionsmechanismus die Krankenhäuser treffen soll, denen der Gesetzgeber eine „systematische Falschabrechnung“ unterstellt, sind die vorgesehenen Regelungen im Gesetzentwurf nicht zielführend. Wahrscheinlicher ist, dass der Sanktionsmechanismus insbesondere die Krankenhäuser mit komplexen und teuren Fällen, bei deren Abrechnung in hohem Maße Rechtsunsicherheit besteht, trifft. Der Grund dafür ist, dass die Krankenkassen gezielt und vorwiegend diese Fälle mit größtmöglichem Minderungspotential prüfen werden.

Um diesem „Prüfbias“ zu begegnen, muss die Einführung von Prüfquoten mit einer Einzelfallprüfung auf Basis einer Zufallsstichprobe verknüpft werden. Die Krankenkassen könnten dann die zu prüfenden Fälle nicht strategisch auswählen. Durch die Zufallsstichprobe würde eine Verzerrung bei der Auswahl der zu prüfenden Abrechnungsfälle vermieden werden. Auch würde so die öffentliche Diskussion um „gezielte Falschabrechnungen“ objektiviert werden.

Die Sinnhaftigkeit der vorgesehenen Abschlagszahlung als Sanktionsmechanismus ist grundsätzlich in Frage zu stellen. Sie wird das Konfliktpotential in der Frage, was als richtige Abrechnung zu verstehen ist, nochmals verschärfen. Es ist zu befürchten, dass eine Sanktionsregelung noch mehr gerichtliche Auseinandersetzungen zur Folge haben wird. Um dies zu vermeiden, sollte anstelle der Aufschlagsregelung für Krankenhäuser – insbesondere bei Umstellung auf eine Zufallsstichprobe – die bestehende Sanktionsregelung für Krankenkassen in Form der Aufwandspauschale entfallen.

- d) Die Prüfung der unteren Grenzverweildauer ist einer der Hauptanlässe für die Einleitung einer Einzelfallprüfung (vgl. Krankenhaus Barometer 2018 des Deutschen Krankenhausinstituts). Der Gesetzgeber sah bei Einführung des G-DRG-Systems seinerzeit die Gefahr, dass die fallpauschalierte Vergütung einen ökonomischen Anreiz für vorzeitige Krankenhausentlassungen bieten könnte. Die untere Grenzverweildauer

sollte dies verhindern, indem bei Nichterreichen einer bestimmten Verweildauer die Fallpauschale durch einen Abschlag gemindert wird. Die Begleitforschung zum G-DRG-System hat die Befürchtung, dass es zu vorzeitigen Krankenhausentlassungen zu Lasten des Patienten kommt, nicht bestätigt. Stattdessen hat sich die Abschlagsregelung zu einem Instrument zur Rechnerkürzung durch Krankenkassen entwickelt. Die Krankenkassen unterstellen nachträglich oftmals, dass Patienten früher aus dem Krankenhaus hätten entlassen werden können – mit der Folge, dass die Abschlagsregelung auf Grund der Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer greift und die Krankenhausrechnungen zu mindern ist. Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers wird damit umgedreht. Krankenhäuser werden durch diese Prüfpraxis der Krankenkassen genötigt, Patienten frühzeitig vor Erreichen der unteren Grenzverweildauer zu entlassen. Die Verweildauerprüfung im Zusammenhang mit der unteren Grenzverweildauer ist das beste Beispiel für Ressourcenverschwendung durch die Abrechnungsprüfung. Für die beabsichtigte Steigerung von Effizienz und Effektivität des Prüfgeschehens ist daher ein gesetzlicher Ausschluss der Verweildauerprüfung bei Abrechnung einer pauschalierten Vergütung, insbesondere im Kontext der unteren Grenzverweildauer, dringend geboten. Dies gilt umso mehr, als dass der Regierungsentwurf auch die Ausweitung des Katalogs für ambulant vom Krankenhaus erbringbare Leistungen vorsieht.

4. Strukturprüfungen (Art. 1 Nr. 23)

Mit § 275d SGB V (neu) werden erstmals Regelungen zur Prüfung von Strukturmerkmalen vorgesehen. Danach müssen Krankenhäuser zunächst die Einhaltung von Strukturmerkmalen, die in den jeweiligen OPS-Kodes enthalten sind, durch den Medizinischen Dienst bescheinigen lassen. Erst mit dieser Bescheinigung sind sie berechtigt, die entsprechende Leistung abzurechnen. Gerade aus Sicht der Universitätsklinik ist diese Neuregelung von besonderer Bedeutung, da sie mit ihrem umfassenden Versorgungsauftrag ein breites Spektrum der Komplexkodes anwenden (teilweise mehr als 50 Komplexkodes pro Klinikum). Daher ist der Ansatz grundsätzlich zu befürworten, da mit der einmaligen Bescheinigung das bisherige Konfliktpotential aus der Einzelfallprüfung herausgehalten werden könnte.

Hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Regelung sind aber Fragen offen, die unbedingt im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch zu klären sind. Dies gilt in erster Linie für die Frage, ob der gesetzlich vorgesehene Vereinbarungs- und Abrechnungsausschluss bei fehlendem Nachweis über die Einhaltung der Strukturmerkmale einen Widerspruch zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses und der damit einhergehenden Versorgungspflicht erzeugt. Zudem ist zu befürchten, dass die Medizinischen Dienste der Vielzahl der Begutachtungsanfragen der Krankenhäuser, insbesondere im Jahr 2020, aus Kapazitätsgründen nicht nachkommen können.

Die Neuregelung lässt zudem offen, wie eine einheitliche und für das Krankenhaus nachvollziehbare Prüfung der Strukturmerkmale zu erfolgen hat. Auch sieht der Regierungsentwurf kein Widerspruchsverfahren bzw. keinen Konfliktlösungsmechanismus vor. Bereits heute

ist festzustellen, dass der MDK die Anforderungen der Strukturcodes unterschiedlich auslegt. Vor diesem Hintergrund muss die Regelung zur Prüfung von Strukturmerkmalen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Regelungen zu Strukturprüfungen dürfen nicht den Versorgungsauftrag und die damit verbundene Versorgungspflicht aushebeln.
- Das DIMDI muss eindeutig festlegen, welche OPS-Kodes als Struktur-/Komplexcodes gelten und damit einer Strukturprüfung unterliegen.
- Bestehende Auslegungsfragen und unbestimmte Rechtsbegriffe bei den Komplexcodes müssen vor Anwendung der Regelung durch das DIMDI oder den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene geklärt werden.
- Es muss eine nachvollziehbare Prüf- und Auslegungspraxis bei den Medizinischen Diensten bestehen. Hierfür müssen die Medizinischen Dienste bundesweit einheitliche Richtlinien anwenden. In diesen muss auch festgehalten werden, welche konkreten Anforderungen eines Komplexcodes zu prüfen sind und wie bei inhaltlichen Anpassungen von Komplexcodes durch das DIMDI vorzugehen ist. Bei Entwicklung dieser Richtlinien ist zu gewährleisten, dass die mit der Neuausrichtung verbundene Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes gegeben ist.
- Ist die Prüfung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus bereits beim Medizinischen Dienst beauftragt worden, die Bescheinigung auf Grund der Überlastung des Dienstes aber noch nicht erfolgt, darf dies nicht zu Lasten des Krankenhauses in Form von Abrechnungs- und Vereinbarungsausschluss gehen. Daher muss auch eine rückwirkende Anerkennung der Bescheinigung möglich sein.
- Es sind gesetzliche Vorgaben für einen Konfliktlösungsmechanismus zu etablieren, wenn zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst unterschiedliche Auffassungen über die Erfüllung von Strukturvorgaben bestehen. Dabei ist auch festzulegen, dass das Krankenhaus für die Dauer des Konfliktlösungsverfahrens zur Wahrung seiner Liquidität vorerst uneingeschränkt abrechnen kann.

Um der absehbaren Überlastung der Medizinischen Dienste zu begegnen, sollten folgende Anpassungen in § 275s SGB V (neu) vorgenommen werden:

- Die Bescheinigungen zur Erfüllung der Strukturanforderungen gelten grundsätzlich für drei Jahre, sofern es zwischenzeitlich keine maßgeblichen Anpassungen in den Komplexcodes gibt.
- Bescheinigungen der Medizinischen Dienste für Komplexcodes sind nur dann vom Krankenhaus vorzulegen, wenn der damit einhergehende Umsatz eines Krankenhauses ein bestimmtes Umsatzvolumen im Jahr voraussichtlich übersteigen wird (z. B. als festzulegender Anteil des zuletzt vereinbarten Erlösbudgets). Andernfalls ist eine Konformitätsbescheinigung des Krankenhauses ausreichend.

Im Zusammenhang mit der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V (neu) steht auch der Ausschluss der Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V (neu). Diese Regelung ist folgerichtig, um den Aufwand der Prüfung von Behandlungsfällen mit Komplexcodes auf Einzelfallebene zu reduzieren. Mit der Bescheinigung nach § 275d Abs. 2 SGB V (neu) liegt bereits der Nachweis vor, dass das Krankenhaus

die erforderlichen Strukturmerkmale generell erfüllt. Allerdings ist im Zusammenhang mit dem Prüfungsausschluss nach § 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V (neu) klarzustellen, dass die Krankenkassen nicht über einen anderweitigen Prüfanlass (z. B. Prüfung einer Nebendiagnose) Erkenntnisse über die Einhaltung von Strukturmerkmalen im Einzelfall erhalten. Andernfalls würde der Prüfungsausschluss ins Leere laufen. Die Krankenkassen könnten so zudem die Bescheinigung nach § 275d Abs. 2 SGB V (neu) in Abrede stellen und die Vereinbarung von Leistungen mit Komplexkodes bei der Budgetverhandlung ablehnen.

5. Erweiterung des Katalogs für ambulantes Operieren im Krankenhaus (Art 1. Nr. 7)

Auf Basis eines Gutachtens sollen bis zum 30.06.2021 DKG, GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen sowie sonstiger stationersetzender Eingriffe und Behandlungen und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbaren. Darin sind die ambulanten Operationen sowie die stationersetzenden Eingriffe und Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden, sowie allgemeine Tatbestände zu formulieren, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vereinbarung ist regelmäßig im Abstand von zwei Jahren anzupassen. Die Leistungen dieses Katalogs unterliegen nicht der Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Die mit dieser Neuregelung intendierte Beschleunigung der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen ist nachvollziehbar. Der internationale Vergleich macht deutlich, dass das ambulante Potential in Deutschland nicht ausgeschöpft wird. Gerade für aufwendige, dem Grunde nach ambulant erbringbare Leistungen, die nicht regelhaft im vertragsärztlichen Bereich angeboten werden, fehlen Möglichkeiten für eine leistungsgerechte Vergütung im stationersetzenden Kontext. Der Ausschluss der Abrechnungsprüfung für diese Leistungen ist richtig und wichtig, um das Konfliktpotential von vornherein zu vermeiden.

Damit die Neuregelung zu einer positiven Weiterentwicklung der Patientenversorgung führen kann, dürfen aus Sicht der Universitätsklinik folgende Anforderungen nicht außer Acht gelassen werden:

- Die vorgesehene Vergütung inkl. einer Schweregraddifferenzierung muss gewährleisten, dass eine ökonomisch motivierte Patientenselektion vermieden wird. Eine wirtschaftliche Leistungserbringung muss auch infrastrukturelle Unterschiede zwischen den Leistungserbringern berücksichtigen. Es ist daher zweifelhaft, ob der Einheitliche Bewertungsmaßstab mit seinem Bezugspunkt Vertragsarztpraxis hierfür die richtige Ausgangsbasis ist. Es besteht analog zur Extremkosten-Problematik im DRG-System abermals die Gefahr, dass Universitätsklinik und Maximalversorger einseitig das Risiko bei Patientengruppen tragen, die zwar formal den Anforderungen des ambulanten Leistungskatalogs entsprechen, aber für andere Leistungserbringer wirtschaftlich unattraktiv sind.
- Ergänzend dazu müssen die Vertragspartner DKG, GKV-SV und KBV im Zuge der vorgesehenen Weiterentwicklung des Leistungskatalogs klare, nachvollziehbare Kriterien (z.B. Berücksichtigung der Aufnahmezeit, Aufnahmegrund Notfall) festlegen, unter welchen Voraussetzungen eine ambulante oder stationäre Versorgung zu

erfolgen hat. Dies gilt auch für die Abgrenzung zu anderen Rechtsgrundlagen zur Leistungsabrechnung. Schon heute gibt es bei einigen Leistungen des AOP-Katalogs immer wieder Auseinandersetzungen, weil die Krankenkassen diese als vor- oder nachstationäre Leistungen bewerten und damit als Teil der DRG-Fallpauschale als abgegolten einstufen.

Diese Anforderungen sind bei der gesetzlichen Neuregelung unabdingbar. Auch sollte das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen seines Genehmigungsvorbehalts dafür Sorge tragen, dass die Vereinbarung von DKG, GKV-SV und KBV diese Anforderungen erfüllt.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Die Neuentwicklungen im Bereich der Arzneimitteltherapie, insbesondere in der Gen- und Zelltherapie, eröffnen gerade schwerkranken Patienten neue Behandlungsoptionen, die in der Form bislang nicht bestanden. Die Kosten für diese Verfahren liegen oftmals im sechsstelligen (z. B. bei der CAR-T-Zelltherapie mehr als 300.000 Euro) oder künftig sogar siebenstelligen Bereich (z. B. die Präparate Zolgensma oder Zynteglo). In den kommenden Jahren ist mit vielen weiteren Marktzulassungen für neue hochpreisige Arzneimittel zu rechnen. Die Universitätsklinika mit ihrer besonderen Rolle bei der Einführung von innovativen Therapien stehen angesichts dieser neuen Dimension bei den Arzneimittelkosten vor großen Herausforderungen, die nur zu bewältigen sind, wenn die finanziellen Rahmenbedingungen stabil sind und finanzielle Risiken rechtzeitig ausgeräumt werden.

1. Beseitigung der „NUB-Lücke“

Ein großes Problem bei der Einführung von Innovationen in die stationäre Krankenversorgung ist die sog. „NUB-Lücke“. Innovative Therapieangebote stehen ab der Marktzulassung des Arzneimittels für die Patientenversorgung zur Verfügung. Patienten können unmittelbar von Ihnen profitieren. Allerdings ist eine verlässliche Erstattung der Kosten für Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Marktzulassung noch nicht gegeben. Zwischen Marktzulassung und der Vereinbarung eines Entgelts für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG vergehen bis zu zwei Jahre.

Dies hängt mit den Fristen des NUB-Verfahrens, der einmal pro Jahr bestehenden Antragsoption, der zeitverzögerten Festlegung des Erstattungsbetrags nach AMNOG und der fehlenden gesetzlichen Möglichkeit zu einer rückwirkenden Abrechnung von NUB-Entgelten zusammen. Derzeit begegnen Krankenhäuser der „NUB-Lücke“ in der Regel mit Anträgen auf Kostenübernahme im Einzelfall, über die dann die Krankenkassen entscheiden müssen. Dieses Verfahren ist sehr bürokratisch und zeitaufwendig. Es sichert den Krankenhäusern oftmals keine sachgerechte Kostenerstattung, so dass während der „NUB-Lücke“ Innovationen in der Patientenversorgung oftmals nur

in sehr begrenztem Umfang eingesetzt werden können. Insbesondere ein hoher Mehraufwand gegenüber der Standardbehandlung wird von den Krankenkassen in der Regel nicht anerkannt.

Um eine zeitnahe, teils lebenswichtige Patientenversorgung nicht zu gefährden, müssen Krankenhäuser oftmals eine Kostenunterdeckung in Kauf nehmen und gegebenenfalls in Vorleistung gehen. Angesichts der enormen Kosten der neuen Zell- und Gentherapien ist dies für diese Behandlungen jedoch nicht möglich, da hierdurch Kostenunterdeckungen in Größenordnungen entstehen, die selbst ein Universitätsklinikum nicht mehr tragen kann.

Daher gilt es, mit folgenden Reformmaßnahmen die „NUB-Lücke“ möglichst zu schließen:

- Die Krankenhäuser erhalten beim NUB-Verfahren ein ganzjähriges Antragsrecht.
- Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entscheidet quartalsweise über die Anträge.
- Die Kostenträger sind verpflichtet, bei Anerkennung eines Verfahrens als NUB binnen einer gesetzlich vorgegebenen Frist (z. B. zwei Monate) mit dem Krankenhaus ein NUB-Entgelt zu vereinbaren.
- Eine noch nicht vorliegende Bewertung der Evidenz durch den Medizinischen Dienst darf die Vereinbarung des NUB-Entgelts nicht behindern.
- Das NUB-Entgelt gilt rückwirkend ab dem Zeitpunkt, zu dem das InEK das Verfahren als NUB anerkannt hat.

2. Kein Mehrerlösausgleich bei hochpreisigen Arzneimitteln

Ein besonders finanzielles Risiko besteht für die Krankenhäuser, wenn die auf hochpreisigen Arzneimitteln basierenden Therapieangebote in das DRG-System überführt werden. In der Regel erfolgt dies in Form eines Zusatzentgelts. Eine valide Abschätzung der zugehörigen Fallzahlen für die Budgetvereinbarung ist gerade bei innovativen Therapieangeboten sehr schwierig. Bei Überschreitung der im Budget vereinbarten Fallzahlen kann es auf Grund des Kostenvolumens zu deutlichen Mehrerlösen und damit Rückerstattungsansprüchen der Kostenträger kommen. Bei Zusatzentgelten für Arzneimittel gilt gemäß § 4 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG ein geminderter Ausgleichssatz von 25 %. Jedoch sind Zusatzentgelte für Arzneimittel in der Regel so kalkuliert, dass mit ihnen nur die Kosten für das Arzneimittel gedeckt sind. Ein Ausgleichssatz von 25% führt automatisch zu einer erheblichen Kostenunterdeckung bei den Krankenhäusern.

Dem können die Krankenhäuser nicht durch verbesserte Einkaufskonditionen begegnen, da diese hochpreisigen Arzneimittel in der Regel nur von einem oder zwei Herstellern vertrieben werden und damit nicht mit Preisreduzierungen zu rechnen ist. Insbesondere Universitätsklinika, die oftmals mehrere von den o.g. hochpreisigen innovativen Therapien anbieten, werden selbst durch den geminderten Mehrerlösausgleichssatz von 25% finanziell unverhältnismäßig belastet. Das finanzielle Risiko ist dauerhaft nicht tragbar und behindert so die Anwendung innovativer Verfahren in der Krankenversorgung. Dies gilt es zu vermeiden.

Es sollten die geltenden Regelungen zu den Erlösausgleichen an die sich abzeichnenden Entwicklungen bei innovativen Arzneimitteln angepasst werden. Ein Ansatz ist, dass bei Zusatzentgelten für hochpreisige Arzneimittel (z. B. ab einer Entgelthöhe von 25.000 Euro) ähnlich wie bei Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern verfahren wird. Diese werden nicht beim Erlösbudget bzw. bei der Erlössumme berücksichtigt und damit auch nicht bei Erlösausgleichen einbezogen (vgl. § 6 Abs. 3 KHEntgG). Mögliche Fallzahlschwankungen bei innovativen hochpreisigen Arzneimitteln würden so nicht zu Lasten der betroffenen Krankenhäuser gehen.