

RAUE

Das MDK-Reformgesetz und die Auswirkungen auf die Krankenhäuser

Prof. Dr. Wolfgang Kuhla

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Dr. Maren Bedau

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht

Einführung

„Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“

Ziele:

- Stärkung der Unabhängigkeit der bisherigen Medizinischen Dienste
- Reduzierung der Prüfverfahren und Weiterentwicklung des Systems der Abrechnungsprüfungen

Lobbyistische Kampagne der Kassen, aufgegriffen von den Medien:

„Jede zweite Krankenhausrechnung ist falsch.“

Einführung

Erwartungen der Krankenhausträger:

- Rechtssichere, verlässliche Abrechenbarkeit erbrachter Leistungen
- Sicherung der Liquidität durch zügiges Abrechnungsverfahren
- Reduzierung der Konfliktfelder im Abrechnungsprozess

Einführung: Viele Risiken, wenige Chancen?

- **Rechtssichere, verlässliche Abrechenbarkeit erbrachter Leistungen ?**
„Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen“
Ausschluss gesetzlich begründeter Ansprüche?
- **Sicherung der Liquidität durch zügiges Abrechnungsverfahren ?**
Zwar Aufrechnungsverbot, aber Retardierung der Abrechnung durch Korrekturverbot für Krankenhäuser und viermonatige Prüfzeit der KK.
- **Reduzierung der Konfliktfelder im Abrechnungsprozess ?**
„Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags“ im Falle einer nach Prüfung zu reduzierenden Abrechnung haben keine aufschiebende Wirkung.

Systembruch: Im Leistungsbereich stehen KK und Krankenhäuser im Gleichordnungsverhältnis.

Einführung

Zügiges Gesetzgebungsverfahren

Referentenentwurf:	3. Mai 2019
Inkrafttreten:	1. Januar 2020

Wesentliche Änderungen erfolgten im Gesundheitsausschuss, einen Tag vor entscheidender Abstimmung im Bundestag.

Hektische Arbeit am Gesetzesentwurf (§ 199a SGB V ist zunächst durch Art. 1 Nr.13 und dann durch Art. 2 des MDK-Reformgesetzes geändert worden)

Übersicht

- I. Neuer Rechtsrahmen für Einzelfallprüfungen durch den MD
 - 0. Inkrafttreten der Regelungen
 - 1. Prüfquoten
 - 2. Aufschlagszahlung
 - 3. Rechtsschutz gegen Prüfquoten und Aufschlagszahlungen
- II. Strukturprüfungen
- III. Aufrechnungsverbot
- IV. Weitere Änderungen
 - 1. Rechnungskorrekturen
 - 2. Änderungen bei der Vergütung
 - 3. Erörterungsverfahren
 - 4. Schlichtungsausschuss
- V. Fazit

I. Neuer Rechtsrahmen für Einzelfallprüfungen durch den MD

I.0. Inkrafttreten der Regelungen

Übergangsvereinbarung zur Prüfverfahrensvereinbarung vom 10. Dezember 2019

- Sie regelt, dass die bisherige PrüfvV für die Überprüfung von Abrechnungen von Patienten gilt, die bis zum 31. Dezember 2019 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden.



Korrekturen von Datensätzen und Rechnungen, Aufrechnungen bleiben möglich.

- Für die Überprüfung von Abrechnungen bei Patienten, die seit dem 1. Januar 2020 aufgenommen worden sind, gilt die Übergangsvereinbarung, solange, bis eine komplett überarbeitete PrüfvV in Kraft tritt.

I.1. Prüfquote

- **2020:** einheitliche Quote bis zu 12,5 % der bei der Krankenkasse je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses
 - Für Zuordnung zu Quartal ist Datum der Schlussrechnung maßgeblich
- **Ab 2021:** krankenhausindividuelle, quartalsbezogene Prüfquote in Abhängigkeit vom Anteil unbeanstandeter Abrechnungen § 275c Abs. 2 S. 3 SGB V
- **Unbeanstandete Abrechnungen** = Abrechnung, die nach Prüfung durch den MD keine Minderung erfahren hat (Definition in § 275c Abs. 4 Nr. 4 SGB V)

I.1. Prüfquote

Berechnung der hausindividuellen Quote erfolgt ab sofort durch SpiBu

„auf der Grundlage der von den Krankenkassen übermittelten Daten bis jeweils zum zweiten Monat, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt“,

(§ 275c Abs. 4 Satz 3 SGB V)

I. 1. Prüfquote

Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund folgende Daten:

- Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen
- Anzahl der beim MD eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen nach Abs. 1
- Anzahl der nach Absatz 1 durch den MD abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen
- Anzahl der unbeanstandeten Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen, die also nach Prüfung gemäß Abs. 1 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben

I.1. Prüfquote

Bei der Ermittlung der Prüfquote werden **nicht berücksichtigt**:

- Einwendungen gegen Ergebnisse einzelner Prüfungen (§ 275c Abs. 5 Satz 2 SGB V)
- Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote unberührt (§ 275c Abs. 5 Satz 3 SGB V)

I.1. Prüfquote

Jahr	Unbeanstandete Abrechnungen (Quartal)	Prüfquote
2020	Nicht relevant	12,5 %
ab 2021	> 60 %	bis zu 5%
	40-60 %	bis zu 10%
	< 40 %	bis zu 15%
	< 20 % oder bei begründetem Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung	Keine Beschränkung → bis zu 100 % (§ 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V)

I.1. Prüfquote

- bei **Überschreitung der zulässigen Prüfquote** durch die Krankenkasse: MD muss Prüfung ablehnen
- Verdacht auf **systematisch überhöhte Abrechnung?**
 - Definition weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung
 - Auslegung durch die Rechtsprechung abzuwarten, wohl Indizien erforderlich, die planmäßiges Muster erkennen lassen

I.1. Prüfquote

Zuständigkeit für die Bestimmung der von der Prüfquote erfassten Fälle pro Krankenkasse

- **Ab 2. Quartal 2020**

SpiBu veröffentlicht erstmals im II. Quartal 2020 auf Basis der Daten des ersten Quartals die Anzahl der von der Prüfquote erfassten Fälle pro Krankenkasse

- **1. Quartal 2020**

„Für das erste Quartal 2020 ist damit die einzelne Krankenkasse eigenverantwortlich in der Pflicht, die zulässige Prüfquote je Krankenhaus nicht zu überschreiten.“

(BT-Drs. 19/13397, S. 63)

I.1. Prüfquote

Positiver Aspekt der Neuregelung

- Auf den ersten Blick ein Fortschritt, weil die aktuelle Prüfquote bei den meisten Häusern wohl oberhalb der 12,5 % (2020) bzw. der künftigen Quoren (5 bis 15 Prozent) liegt.

Problematische Aspekte

- Krankenkassen werden ihre Prüfanfragen künftig gezielt steuern können
- Nicht gerechtfertigte Beanstandungen bleiben quotenrelevant
- Prüfungen von Rechnungen im Vorfeld einer Beauftragung des MD nach § 17 c Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHG („bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit im Vorfeld der Beauftragung des Medizinischen Dienstes“) durch KK unterliegen nicht der quartalsbezogenen Prüfquote
- Fehleranfälligkeit / Häufung der Rechtsbehelfe (pro Quartal!)

I.1 Prüfquote

Weitere problematische Aspekte im Hinblick auf die Einzelfallprüfung

- Krankenkasse muss MD-Prüfung erst vier Monate nach Rechnungseingang einleiten (bisher: sechs Wochen, Änderung wird mit Quartalsbezug der Prüfquote begründet).
- Vereinbarungen von „pauschalen Abschläge“ auf Krankenhausrechnungen sind unzulässig, § 275c Abs. 7 SGB V

2. Aufschlagszahlung

I.2. Aufschlagszahlung

2020 pauschal:

„Im Jahr 2020 haben die Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag in Höhe von 10 Prozent dieses Differenzbetrages, mindestens jedoch in Höhe von 300 Euro an die Krankenkassen zu zahlen.“ (§ 275c Abs. 3 SGB V)

I.2. Aufschlagszahlung

Ab 2021

abhängig von dem Prozentsatz unbeanstandeter Rechnungen:

- Mehr als 60 Prozent: Kein Aufschlag
- 40 bis 60 Prozent : 25 % des Differenzbetrages, mindestens 300 Euro, höchstens 10 % der korrigierten Rechnung
- Unter 40 Prozent : 50 % des Differenzbetrages, mindestens 300 Euro, höchstens 10 % der korrigierten Rechnung

I.2 Aufschlagszahlung

Jahr	Unbeanstandete Abrechnungen (Quartal)	Prüfquote	Aufschlagszahlung (mind. 300)
2020	Nicht relevant	12,5 %	10% des Differenzbetrages
ab 2021	> 60 %	bis zu 5%	keine
	40-60 %	bis zu 10%	25 % (höchstens 10% der korr. Rechnung)
	< 40 %	bis zu 15%	50 % (höchstens 10% des korr. Rechnung)
	< 20 % oder bei begründetem Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung	Keine Beschränkung → bis zu 100 % (§ 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V)	50 % (höchstens 10% des korr. Rechnung)

I.2. Aufschlagszahlung

Geringe Differenzen bzw. geringe Rechnungsbeträge führen immer zur Anwendung des Mindestbetrages von 300 €

	2020
Ursprünglicher Abrechnungsbetrag	10.000 €
geminderter Abrechnungsbetrag	4.000 €
Differenz	6.000 €
Aufschlag 10% auf Differenzbetrag	600 €
Mindestbetrag	300 €
Zu zahlender Aufschlag	600 €

	2020
Ursprünglicher Abrechnungsbetrag	5.000 €
geminderter Abrechnungsbetrag	4.300 €
Differenz	700 €
10% Aufschlag auf Differenzbetrag	70 €
Mindestbetrag	300 €
Zu zahlender Aufschlag	300 €

I.2. Aufschlagszahlung

	2021	Zu zahlender Aufschlag
Ursprünglicher Rechnungsbetrag	10.000 €	
geminderter Abrechnungsbetrag	4.000 €	
Differenz	6.000 €	
Mindestbetrag	300 €	
Höchstbetrag: 10% des geminderten Abrechnungsbetrages	400 €	
Kein Aufschlag (Prüfquote 5 %)	0 €	0 €
25 % Aufschlag (Prüfquote 10 %)	1.500 €	400 €
50% Aufschlag (Prüfquote 15 %)	3.000 €	400 €

I.2. Aufschlagszahlung

Für welche Fälle gilt Aufschlagsregelung in zeitlicher Hinsicht?

Präambel der Übergangs-PrüfvV:

- Aufschlagsregelung ist „Anreiz für korrekte Abrechnungen in 2020“
- Aufschlagsregelung gilt daher für Abrechnungen, die ab dem 1. Januar 2020 bei der Krankenkasse eingehen.

I.2. Aufschlagszahlung

- „Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags... haben keine aufschiebende Wirkung“ (§ 275c Abs. 5 Satz 1 SGB V)
- Krankenkassen bestimmen „Aufschlag“ durch Verwaltungsakt.
- Systembruch: Krankenhäuser und Krankenkassen stehen grundsätzlich im Gleichordnungsverhältnis
- Krankenkasse tritt gegenüber dem Krankenhaus als Hoheitsträger auf
- Ökonomisch: weitere finanziellen Nachteile in einem unterfinanzierten System
- Rechtsunsicherheit: Aufschlag vom Aufrechnungsverbot in § 109 Abs. 5 SGB V nicht erfasst, weil keine Rückforderung „geleisteter Vergütung“ ?

3. Rechtsschutz gegen Prüfquoten und Aufschlagszahlungen

I.3. Rechtsschutz allgemein

- „Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlages nach Abs. 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Abs. 4 haben keine aufschiebende Wirkung.“

(§ 275c Abs. 5 Satz 1)



Festsetzung des Aufschlags ist Verwaltungsakt in einem Rechtsverhältnis, für das im Übrigen Gleichordnung der Partner gilt.



Ausweisung der nach den KK-Meldungen berechneten Prüfquote ist eine Verwaltungsakt.

- „Damit wird dem Interesse einer flächendeckenden Anwendung des gestuften Prüfsystems Rechnung getragen, das nicht durch die Erhebung von Klagen im Einzelfall ausgehebelt werden soll.“

(Bt-Drs. 19/13397, S. 66)

I.3. Rechtsschutz allgemein

- Nicht im SGB V geregelt: Wer ist zuständig für die Entscheidung über den Widerspruch?
 - Im Falle des Aufschlags: Wohl die von der Vertreterversammlung der KK bestimmte Stelle, § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG
 - Im Falle der Prüfquote: Wohl der SpiBu selbst, § 85 Abs. 2 Nr. 1 SGG
- Einstweiliger Rechtsschutz gem. § 86b SGG zwar möglich:
Aufschiebende Wirkung wird aber nur bei offenkundiger Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes wiederhergestellt.

I.3. Rechtsschutz Prüfquoten

- Hauptsache-Klagen gegen die Ermittlung der Prüfquote bieten keinen effektiven Rechtsschutz:
 - Entscheidungen kommen viel zu spät.
 - Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelnen Prüfungen nicht zu berücksichtigen, so dass praktisch nur Rechenfehler bedeutsam sind, § 275c Abs. 5 Satz 2 SGB V

I.3 Rechtsschutz - Prüfquoten

Drohende Abwärtsspirale:

- Festlegung für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals
- Rechtswidrigkeit der Ausweisung hat eine rechtswidrig zu umfangreich angelegte Prüfung zur Folge. Verwertungsverbot für die so entstandenen Prüfungsergebnisse?
- Bestandskraft der nachfolgend festzusetzenden Prüfquote, die auf Ergebnissen beruht, die in einem rechtswidrig bestimmten Prüfungsrahmen ermittelt worden sind, muss verhindert werden, da sonst Abwärtsspirale droht.



Krankenhaus, das Prüfungsquote angreift, muss grundsätzlich die Prüfquoten aller Folgequartale angreifen.

I.3 Rechtsschutz - Aufschlagszahlungen

Zersplitterung der Verfahren

- Krankenkasse darf zwar künftig nicht mehr aufrechnen, aber ggf. verweigert diese schlicht die Zahlung
- Leistungsklage gerichtet auf Zahlung der Vergütung
- Daneben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Aufschlag
- Frage der Richtigkeit der ursprünglichen Abrechnung ist Gegenstand von zwei Verfahren

Entlastung der Sozialgerichte?

I.3. Rechtsschutz - Wechselwirkungen

Wechselwirkungen zwischen Prüfquoten und Aufschlagszahlungen

- Kann das Krankenhaus Aufschläge in Fällen erstattet verlangen, in denen die Abrechnung zu Recht beanstandet worden ist, die Prüfung aber nur erfolgte, weil die Prüfquote vom GKV-Spitzenverband von Anfang an zu hoch festgelegt worden ist („Verwertungsverbot“)?
- Wird die Klage gegen die Prüfquote abgewiesen (Prüfquote rechtmäßig), so steht das der gerichtlichen Überprüfung der einzelnen Aufschläge in gesonderten Verfahren nicht entgegen. Diese sind zu erstatten, wenn die Abrechnung zu Unrecht beanstandet worden ist.

II. Strukturprüfungen

II.1. Bisher: Strukturprüfungen im Einzelfall

Grundsätze der herkömmlichen Strukturprüfung im Einzelfall

- Wenn ein in einem OPS-Code beschriebenes Strukturmerkmal im Einzelfall nicht gegeben ist, darf die Leistung für die Zwecke der Abrechnung nicht mit diesem Code erfasst werden.
- Geschieht dies trotzdem, so ist der Entgeltanspruch nach Maßgabe der so angesteuerten DRG nicht gegeben. Eine bewirkte Vergütung ist zu erstatten.
- Besteht Streit darüber, ob ein Strukturmerkmal bei der Leistungserbringung erfüllt war, ist im Entgeltprozess Beweis zu erheben.
- Die Darlegungs- und Beweislast trägt das Krankenhaus. Je länger ein Sachverhalt zurückliegt, desto schwieriger ist der Beweis zu führen.
- In Massenverfahren ist die Verfolgung der Entgeltansprüche ggf. zu aufwändig.

II.1. Bisher: Strukturprüfungen im Einzelfall

Drohende strafrechtliche Konsequenzen

„Die Staatsanwaltschaft Hof hat wegen Betrugs in 206 Fällen Anklage gegen zwei Mitarbeiter des Klinikums AA erhoben. Ihnen werde vorgeworfen, intensivmedizinische Komplexbehandlungen über einen bestimmten OPS-Kode abgerechnet zu haben, obwohl die Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen nach dessen Tatbestand nicht vorgelegen haben sollen. Die Strukturanforderung „Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt“, sei nicht gewährleistet gewesen.

Knapp 2,18 Millionen Euro hätten Krankenkassen dadurch zu viel gezahlt.

(zitiert nach bibliomed vom 16. Januar 2020)

II.2. Strukturprüfung nach § 275d SGB V

- Rechtsgrundlage für eine Prüfung durch den MD (und nicht durch die Krankenkassen)
- Das Krankenhaus muss vor Erbringung entsprechender Leistungen die Einhaltung von in OPS-Kodes definierten Strukturmerkmalen durch den MD begutachten lassen.
- Ohne entsprechenden Nachweis besteht ab 2021 ein Vereinbarungs- und Abrechnungsverbot für die Leistungen.
- Wenn MD-Bescheinigung aus Gründen, die das KH nicht zu vertreten hat, erst nach dem 31. Dezember 2020 vorliegt, können Leistungen bis zum Abschluss der Strukturprüfung weiterhin vereinbart und abgerechnet werden

II.2. Strukturprüfung nach § 275d SGB V

- MD hält in seiner Bescheinigung fest, für welchen Zeitraum die Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird:

„Insoweit erhalten die Krankenhäuser einen Vertrauensvorschuss derart, dass davon ausgegangen wird, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für den in der Bescheinigung ausgewiesenen zukünftigen Zeitraum ohne weitere Prüfung erfüllen.“
(BT-Drs. 19/13397, S. 68)
- MD Bund erlässt Richtlinie gemäß § 283 Abs. 2 Nr. 3 SGB V, die bis zum 30. April 2020 regelt:
 - regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen,
 - Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und die
 - Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden;

II.3. Rechtsschutz nach Strukturprüfungen

Gesetzeslage gemäß § 275d SGB V

- Gesetz regelt nur die „Positivbescheinigung“
- „Bescheinigung“ begründet Vereinbarungs- und Abrechnungsbefugnis, ist also ein Verwaltungsakt.
- Ein negatives Gutachten schließt die Vereinbarkeit und die Abrechenbarkeit der Leistungen aus, § 275d Abs. 4 SGB V, § 8 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG.
- Gesetz regelt aber keine „Negativbescheinigung“:
 „Sofern ein Krankenhaus die Strukturmerkmale nicht erfüllt und daher keine Bescheinigung erhält, kann das Krankenhaus aus dem vom MD übermittelten Gutachten die Gründe hierfür entnehmen.“
 (BT-Drs. 19/13397)

II.3. Rechtsschutz nach Strukturprüfungen

Rechtsschutz im Falle eines negativen Gutachtens

- Ist das Gutachten ein (versagender) Verwaltungsakt ?
- Sicherster Weg: kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gerichtet auf
 - die Aufhebung des erstellten Gutachtens und
 - die Verpflichtung zur Ausstellung der positiven Bescheinigung
- Wirkung wohl ex nunc, also mit Rechtskraft des Urteils.
- Amtshaftungsrisiko für den MD

II.3. Rechtsschutz nach Strukturprüfungen

Dürfen Leistungen während des laufenden Rechtsschutzverfahrens weiter erbracht werden?

- Sieht man das negative Gutachten als versagenden Verwaltungsakt an, so haben Widerspruch und Klage grundsätzlich aufschiebende Wirkung
 → Leistung dürfte zunächst weiter vereinbart, erbracht und abgerechnet werden, wenn das Krankenhaus sie Leistungen bisher schon erbracht hat (Rechtsgedanke des § 275d Abs. 4 Satz 2 SGB V)
- Die Gesetzesbegründung stützt diese Sicht:
 „Sofern ein Krankenhaus gegen das Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes klagt, kann es auf Grund der aufschiebenden Wirkung der Klage die entsprechenden Leistungen weiter vereinbaren und abrechnen.“
 (BT-Drs. 19/14871, S. 118)

II.3. Rechtsschutz nach Strukturprüfungen

Dürfen Leistungen während des laufenden Rechtsschutzverfahrens weiter erbracht werden und das Krankenhaus die Leistungen bisher noch nicht erbracht hat?

- Widerspruch und Klage gegen das Gutachten hätten zwar aufschiebende Wirkung. Das Krankenhaus stünde aber damit nur so, als ob es das negative Gutachten nicht gäbe.
 → Die Vereinbarung, Leistung und Abrechnung setzen nach § 275d Abs. 3 und 4 SGB V grundsätzlich eine positive „Bescheinigung“ voraus. Ohne positive Bescheinigung werden die Krankenkassen die Leistungen nicht vereinbaren und vergüten.
- Zu klären bliebe dann nur, ob die Erteilung der Bescheinigung durch eine Einstweilige Anordnung gemäß § 86a SGG durchgesetzt werden kann (zweifelhaft wegen unzulässiger Vorwegnahme der Hauptsache).

III. Aufrechnungsverbot

III. Aufrechnungsverbot

§ 69 SGB V [Verweis auf das BGB]

Für die Rechtsbeziehungen nach [der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern] gelten im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend,

§ 387 BGB [Aufrechnung]

Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils **aufrechnen**, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann.

Krankenkassen haben diese Möglichkeit millionenfach genutzt und manchen Liquiditätsengpass bei Krankenhäusern verursacht.

III. Aufrechnungsverbot

§ 109 Abs. 6 Satz 1 und 2 SGB V

Gegen Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen.

Die Aufrechnung ist abweichend von Satz 1 möglich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde.

III. Aufrechnungsverbot

§ 109 Abs. 6 Satz 3 SGB V

In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können abweichende Regelungen vorgesehen werden.

Art. 1 Abs. 3 Satz 2 Übergangsvereinbarung zur Prüfungsvereinbarung gemäß § 17c Abs. 2 KHG vom 10. Dezember 2019

Außerhalb eines Prüfverfahrens vorgenommene, nach Maßgabe der geltenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zulässige Aufrechnungen von Erstattungsansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser sind ... weiterhin möglich.



Aufrechnungsverbot gilt einstweilen noch nicht.

IV. Weitere Änderungen

IV.1 Rechnungskorrektur

§ 17 c Abs. 2a KHG

Rechnungskorrekturen sind nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkassen „ausgeschlossen“; es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des MD oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist.

In der Prüfvereinbarung können abweichende Regelungen vorgesehen werden.

Art. 1 Abs. 3 Satz 2 Übergangsvereinbarung zur Prüfungsvereinbarung gemäß § 17c Abs. 2 KHG vom 10. Dezember 2019

Außerhalb eines Prüfverfahrens vorgenommene, nach Maßgabe der geltenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zulässige Rechnungskorrekturen sind weiterhin zulässig.



Korrekturverbot gilt einstweilen noch nicht.

IV.2 neue Vergütungsregelungen

Zuckerbrot ...

Alternative Abrechnung als vorstationäre Behandlung

(§ 8 Abs. 3 KHEntgG)

Im Falle einer primären Fehlbelegung: Krankenhäuser können Leistungen ersatzweise nach den Grundsätzen für vorstationäre Leistungen gemäß § 115 a SGB V abrechnen, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung erbrachter Leistungen besteht.

Weiterentwicklung des Katalogs der Ambulanten Operationen

(§ 115 b SGB V)

Zunächst Gutachten zum Stand der medizinischen Erkenntnisse, Vorschlag für Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach Schweregrad, Änderungen AOP-Katalog zur stationärsersetzenden Behandlungen;

IV.2 neue Vergütungsregelungen

und Peitsche (§ 6a Abs. 2 Satz 8 KHEntgG)

- Die Refinanzierung von Leiharbeit im Krankenhaus wird begrenzt auf die tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelte für das Pflegepersonal. Zusätzliche Ausgaben, wie die Dienstleistungskosten des Unternehmens und Vermittlungsgebühren, müssen die Krankenhäuser selbst tragen.
- Ziel des Gesetzgebers ist es, damit Leiharbeit in der Pflege zu stark zu begrenzen.
- Offen bleibt aber, wie Krankenhäuser den Spagat zwischen Versorgungsauftrag / Versorgungspflicht und dem aktuellen Arbeitsmarkt leisten sollen...

IV.3. Erörterungsverfahren

§ 17c Abs. 2b Satz 1 KHG

- Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist.

§ 17c Abs. 2b Satz 3 KHG

- Vor Klageerhebung müssen Krankenkasse und Krankenhaus eine einzelfallbezogene Erörterung durchführen, Einwendungen und Tatsachen, die dort nicht vorgetragen wurden, sind im nachfolgenden Gerichtsverfahren ausgeschlossen.

Ziel: Verfahrenskonzentration und -beschleunigung, Entlastung der Sozialgerichte ...

IV.3 Erörterungsverfahren

Bundesweite Klagewelle zur Vermeidung des Erörterungsverfahrens

- MDK-Reformgesetz ist am 1. Januar 2020 in Kraft getreten.
- Im Dezember 2019 haben viele Kranhausträger vorsorglich noch Vergütungsklagen erhoben, weil diese noch ohne vorheriges Erörterungsverfahren zulässig waren.
- Aus einer Presseerklärung des SG Bremen vom 12. Januar 2020:
„Allein im Dezember 2019 sind am Sozialgericht 597 Klagen von Krankenhäusern erhoben worden und damit mehr als doppelt so viele wie in allen Vormonaten des Jahres 2019.“

IV.3 Erörterungsverfahren

Art. 1 Nr.7 Übergangsvereinbarung zur Prüfungsvereinbarung gemäß § 17c Abs. 2 KHG vom 10. Dezember 2019

Das verpflichtende Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2 KHG findet erst dann Anwendung, wenn die entsprechenden Verfahrensregelungen zu dessen Konkretisierung in der bis zum 30.06.2020 diesbezüglich zu überarbeiteten PrüfvV vorliegen.



Vergütungsklage ist einstweilen ohne vorherige Erörterung zulässig.

IV.3 Erörterungsverfahren

- erst mit Wirksamwerden der neuen PrüfvV könne § 17c Abs. 2b S. 3 KHG Wirkung entfalten, PrüfvV soll insbesondere angemessene Fristen regeln
- vor Wirksamwerden der PrüfvV existieren keine Fristen für die Geltendmachung von Einwendungen, sodass auch kein Fristversäumnis eintreten kann
- Lauf der vereinbarten Frist beginnt frühestens mit Inkrafttreten der Vereinbarung

Ausreichende Klarstellung?

- (-), Hinweise des BMG sind für Gerichte nicht bindend; außerdem weiterhin unklar, welches Datum für den Stichtag maßgeblich sein soll (Krankenhausaufnahme?, Zugang Abrechnung? Einleitung Erörterungsverfahren?)

IV.3 Erörterungsverfahren

Weitere Klarstellung soll im Rahmen eines weiteren Gesetzgebungsvorhabens erfolgen (Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz):

- Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen im laufenden Gesetzgebungsverfahren
- Maßgeblich sind die Regelungen zum Erörterungsverfahren (PrüfvV) für Krankenhausabrechnungen, die auf Grund der Versorgung von ab dem Tag des Inkrafttretens der PrüfvV aufgenommenen Patienten beruhen.

IV.3 Erörterungsverfahren

- Konkrete **Ausgestaltung** des Erörterungsverfahrens soll bis zum 30. Juni 2020 (§ 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 8, § 17c Abs. 2 Satz 5 KHG) in der PrüfvV geregelt werden
- Es soll geregelt werden (§ 17c Abs. 2 Satz 4 KHG):
 - innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen 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,
 - in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind
- Kommt keine Vereinbarung zu Stande trifft die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG die ausstehenden Entscheidungen

IV.3 Erörterungsverfahren

- Erörterungsverfahren ist abzugrenzen vom **freiwilligen Vorverfahren** (§5 Übergangs-PrüfvV)
- Freiwilligkeit des „freiwilligen Vorverfahrens“ bleibt trotz Einführung des Erörterungsverfahrens bestehen
- Gemäß § 17c Abs. 2b S. 2 KHG ist Abschluss eines einzelfallbezogenen **Vergleichsvertrages** zur Beseitigung bestehender Ungewissheiten über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung zulässig



einzelfallbezogene Vergleiche bleiben weiterhin zulässig



unzulässig dagegen Vereinbarung über pauschale Abschläge (§ 275c Abs. 7 SGB V)

IV.4. Schlichtungsausschuss

Schattendasein des Schlichtungsausschusses

Schlichtungsausschuss existiert bereits seit 2013, hat aber bisher kaum Bedeutung. In der bisherigen Amtszeit hat der Schlichtungsausschuss lediglich einen Beschluss gefasst. Der Gesetzgeber hat den Grund erkannt:

„Obwohl Einigkeit unter den Beteiligten besteht, dass es dringend einer Klärung einer Vielzahl von bekannten und bereits fachlich diskutierten Fragen durch den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene bedarf, haben die anrufungsberechtigten Verbände keine Anträge gestellt.“

(BT-Drs. 19/13397, S. 90)

Ziel der Neuregelungen

- Herbeiführen von Entscheidungen zu Vielzahl von Streitfragen bei Kodier- und Abrechnungsthemen von grundsätzlicher Bedeutung
- Entlastung der Abrechnungs- und Prüfpraxis

IV.4 Schlichtungsausschuss

Neu:

- Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sollen nur in die Zukunft wirken (§ 19 Abs. 4 Satz 3 KHG)
- Kostenträgern ist es künftig verwehrt, bereits bezahlte KH-Abrechnungen aufgrund eines neuen Schlichtungsergebnisses nachträglich streitig zu stellen („Sorge vor Verwerfungen“ grundlos)

Aber:

- Die im Gesetz vorgesehene Vorgabe (Entscheidung innerhalb von 8 Wochen) ist unrealistisch, Stellungnahmen des InEK und des DIMDI sind zu berücksichtigen
- Keine Regelung, welche Folgen es hat, wenn sich der Schlichtungsausschuss mehr Zeit lässt.

IV.4 Schlichtungsausschuss

Mitglieder:

- Spitzenverband Bund der Krankenkassen
- Verband der Privaten Krankenversicherung
- Deutschen Krankenhausgesellschaft

(Bei Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser sollen medizinischer Sachverstand und besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus berücksichtigt werden)

Mitglieder ohne Stimmrecht:

- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (IneK)
- Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

IV.4 Schlichtungsausschuss

Bindungswirkung der Entscheidungen, § 19 Abs. 4 Satz 3 KHG

- **personell**
 - zugelassenen Krankenhäuser
 - Krankenkassen
 - Medizinischen Dienste
- **zeitlich**
 - für Abrechnungen, die Patienten betreffen, die nach dem ersten Tag des übernächsten auf die Veröffentlichung der Entscheidung folgenden Monats in das Krankenhaus aufgenommen werden, und
(Beispiel: Veröffentlichung 5. Februar = Verbindlichkeit für Krankenhausaufnahmen ab 1. April)
 - für die Abrechnungen, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Entscheidung bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst sind.

IV.4 Schlichtungsausschuss

Arbeitsprogramm Schlichtungsausschusses

- Der Gesetzgeber hat dem Ausschuss aufgegeben bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen zu entscheiden (§ 19 Abs. 5 KHG).
- Das sind etwa 90 strittige Kodierempfehlungen.

IV.4 Schlichtungsausschuss - Rechtsschutz

- Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung (§19 Abs. 7 KHG)
- Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind Verwaltungsakte, daher ist eine Anfechtungsklage zu erheben.
- Klagebefugt sind die jeweiligen Einrichtungen, die den Schlichtungsausschuss im konkreten Fall angerufen haben.

IV.4 Schlichtungsausschuss - Rechtsschutz

- Keine Rechtsschutzmöglichkeiten nicht beteiligter anrufungsberechtigter Einrichtungen
- Überprüfung im Rahmen einer konkreten Abrechnungsstreitigkeit inzident möglich
- besteht diese Möglichkeit nicht, kommt eine gerichtliche Normenkontrolle im Rahmen einer Feststellungsklage nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG in Betracht
(so Gesetzesbegründung BT-Drs. 19/13397, S. 93)

V. Fazit

Viele Risiken – wenige Chancen?

1. Chancen

- a) Begrenzung der Prüfquoten
- b) Verbot der Aufrechnung
- c) Rechtssichere Grundlage für Strukturprüfung
- d) Klarstellung, keine „weitere“ Prüfung durch KK oder MD, wenn eine MD-Prüfung stattgefunden hat (§ 17 c Abs. 2a Satz 2 KHG)

2. Risiken

- a) Ausschluss nachträglicher Rechnungskorrekturen
- b) Sanktionen
- c) Drohende Ausweitung der Prüfung durch KK „im Vorfeld einer Beauftragung des MD“ („sachlich-rechnerische Richtigstellung“?)