

06.09.19**Empfehlungen**
der Ausschüsse

G - R

zu **Punkt ...** der 980. Sitzung des Bundesrates am 20. September 2019

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Der **federführende Gesundheitsausschuss (G)** und
der **Rechtsausschuss (R)**

empfehlen dem Bundesrat,

zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

G 1. Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu – (§ 105 Absatz 4a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

,5a. In § 105 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Absätze 1a bis 4 finden auf die kassenzahnärztlichen Vereinigungen entsprechende Anwendung.“ ‘

Begründung:

Die Förderungsverpflichtung nach § 105 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung) verpflichtet allein die kassenärztlichen Vereinigungen.

Die damalige Forderung der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, die Sicherungsinstrumente in § 105 SGB V, insbesondere § 105 Absätze 1a bis 4 SGB V, auch den kassenzahnärztlichen Vereinigungen einzuräumen, wurde im Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetz nicht aufgegriffen.

Der wirtschaftliche Strukturwandel und der demographische Wandel treffen die vertragszahnärztliche Versorgung in gleichem Maße wie die vertragsärztliche Versorgung.

Aus diesen Gründen ist es erforderlich und notwendig, den kassenzahnärztlichen Vereinigungen die gleichen Sicherungsinstrumente an die Hand zu geben, wie sie bereits die kassenärztlichen Vereinigungen haben.

G 2. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 ist § 275c Absatz 2 Satz 7 zu streichen.

Begründung:

In § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V ist vorgesehen, dass die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen haben.

Ohne fachlich-inhaltliche Prüfung ist die Anzeigepflicht nicht zielführend. Es besteht die Gefahr des Missbrauchs dieser Ausnahmeregelung, wenn das Vorliegen der Voraussetzungen seitens der Kassenverbände angezeigt wird, die Landesbehörde diese zwingende Prüfvoraussetzung jedoch selbst nicht überprüfen kann.

Es bleibt zudem offen, welche Handlungsmöglichkeiten für die Landesbehörden aus der Anzeigepflicht resultieren und welche Folgen dies für die anzeigenden Vertragsparteien hat. Hier stellt sich die Frage, ob nach der Anzeige eine Entscheidung der Landesbehörde vor Einleitung der Prüfung abgewartet werden muss und wenn ja, innerhalb welcher Frist.

Mangels inhaltlicher Überprüfbarkeit der angezeigten Voraussetzungen durch die Landesbehörden sowie der nicht geregelten Folgen beziehungsweise Handlungsmöglichkeiten, die aus der Anzeigepflicht resultieren sollen, ist die Anzeigepflicht ersatzlos zu streichen. Ob die Voraussetzungen für diese Ausnahmeprüfung vorliegen, kann ebenso wie bei den sonstigen Prüfquoten im regulären Rechtsschutz überprüft werden.

G 3. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 3 Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 ist dem § 275c Absatz 3 folgender Satz anzufügen:

„Der Teil der Rechnungskürzungen, der sich auf die Prüfungen der oberen Grenzverweildauer bezieht, wird nicht in die Quotierung eingerechnet und es wird auch kein Aufschlag für diesen Prüfgrund fällig.“

Begründung:

Eine Strafzahlung würde die Krankenhäuser bei einer Verweildauerkürzung doppelt treffen. Denn eine zu lange Liegedauer kann auch von externen Faktoren beeinflusst sein, so kann zum Beispiel die Übernahme in den ambulanten Sektor oder gerade den Pflegesektor – in dem häufig kurzfristig keine Plätze zur Verfügung stehen – problematisch sein.

G 4. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren folgende Aspekte zu prüfen:

- a) Der Rechtscharakter der Festlegung und Veröffentlichung der zulässigen Prüfquoten und der Höhe des Aufschlags durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V ist nicht eindeutig. § 275c Absatz 5 SGB V legt nahe, dass es sich um einen Verwaltungsakt handelt.
- b) Für den Fall, dass die Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V als Verwaltungsakt ergehen, wird darum gebeten, ein sachlich und örtlich zuständiges Gericht für diese Streitigkeiten zu bestimmen.

Begründung:

Bisher sieht das SGB V keine Rechtsgrundlage für Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Wege von Verwaltungsakten gegenüber Krankenhäusern vor. § 275c Absatz 5 SGB V legt jedoch nahe, dass sich die Regelung nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V auf den Erlass von Verwaltungsakten bezieht.

Angesichts der rechtlichen und finanziellen Tragweite der Entscheidung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erscheint es naheliegend, dass Krankenhäuser sich gegen diese Entscheidungen auf gerichtlichem Wege wehren werden.

Von der Sozialgerichtsbarkeit wird befürchtet, dass hier eine Vielzahl von Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz zu erwarten ist. Für diese Rechtsstreitigkeiten wird um Bestimmung des zulässigen Rechtswegs gebeten.

G 5. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 5 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 sind in § 275c Absatz 5 Satz 1 die Wörter „die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen“ zu streichen.

Begründung:

Nach der vorgesehenen Regelung sollen Widerspruch und Klage unter anderem gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach § 275c Absatz 3 SGB V keine aufschiebende Wirkung haben. Ein Ausschluss der aufschiebenden Wirkung hat zur Folge, dass der Aufschlag, den die Krankenhäuser im Fall von – unter Zugrundelegung der Einschätzung des MD – überhöhten Abrechnungen zu zahlen haben, unmittelbar zur Zahlung fällig wird. Dieser Effekt geht einseitig zu Lasten der Krankenhäuser und beeinträchtigt sie unverhältnismäßig in ihrer Liquidität.

Noch eine weitere Erwägung spricht gegen die Regelung: Der Aufschlag ist von dem Sachzusammenhang her bei dem Abrechnungsverhältnis angesiedelt. Nach bisheriger gefestigter Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. zuletzt Bundessozialgericht Urteil vom 9. April 2019 – B 1 KR 2/18 R –, ECLI:DE:BSG:2019:090419UB1 KR218R0 Rdnr. 7) stehen Krankenhausträger und Krankenkasse bei einem Abrechnungsstreit im Gleichordnungsverhältnis, und findet hier ein Vorverfahren nicht statt.

Wenn jetzt, wie das die Regelung nahe legt, unter anderem bezüglich des Aufschlags die Durchführung von Widerspruchsverfahren vorgesehen wird, liegt darin nicht nur ein – in seinem Anwendungsbereich beschränktes – Abrücken von einer bewährten Rechtspraxis; vielmehr steht auch zu besorgen, dass das Erfordernis der Durchführung eines Vorverfahrens auf andere Fallgestaltungen von Abrechnungsstreitigkeiten erstreckt werden könnte. Ein Vorverfahren mit den Rechtsbehelfsfristen aber würde die Beteiligten – hinsichtlich des Aufschlags und auch sonst – einem unnötigen Zeitdruck aussetzen.

G 6. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist § 279 Absatz 5 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Es ist nicht nachvollziehbar, warum lediglich die Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene ein Stimmrecht im neuen Verwaltungsrat des MD erhalten sollen.

Für die Landespflegekammer beziehungsweise Landesärztekammer ist derzeit kein Stimmrecht vorgesehen. Da auch im bisherigen Beirat der MDK alle Beteiligten gleichberechtigt sind, erschließt es sich nicht, dass bei der Neustrukturierung des MD-Verwaltungsrates einer Partei kein Stimmrecht zugesprochen wird.

Auch das fachliche Know-how der Landespflegekammer und der Landesärztekammer sollte bei Entscheidungen mit einem Stimmrecht berücksichtigt werden.

G 7. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 Satz 3 und Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 279 Absatz 5 Satz 3 und 4 durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten festzulegen für

1. das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 sowie
2. die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 1 Nummer 1 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung.“

Begründung:

Eine Verwaltungsvorschrift der Länder beziehungsweise der Landesbehörden zur Bestimmung des Verfahrens und zur Festlegung der Voraussetzungen für die Anerkennung der Organisationen und Verbände, zur Bestimmung der Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, zur Unabhängigkeit, zur Organisationsform und zur Offenlegung der Finanzierung wird als „zu dünne“ Rechtsgrundlage bewertet.

Besser, weil rechtssicherer und einheitlicher, wäre eine bundeseinheitliche Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Eine Verordnung des BMG wäre besser geeignet, die entsprechenden Voraussetzungen bundesweit einheitlich festzulegen, was zudem eine einheitliche Anerkennung der Organisationen und eine bessere Akzeptanz bedeuten würde.

Es wird daher vorgeschlagen, eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für eine Rechtsverordnung des BMG gesetzlich zu normieren.

G 8. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 6 Satz 1 und Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist § 279 Absatz 6 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind die Wörter „, der Krankenkassen oder ihrer Verbände“ zu streichen.
- b) In Satz 3 sind die Wörter „Absatz 6 Nummer 2 bis 6“ durch die Wörter „Absatz 6 Nummer 2 bis 4, Nummer 5 Buchstaben b und c und Nummer 6“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Regelung, dass im Verwaltungsrat keine derzeitigen oder, bis zu zwölf Monaten rückwirkend, ehemaligen Beschäftigten der Krankenkassen oder ihrer Verbände sowie Verwaltungsratsmitglieder von Kassen oder ihrer Verbände mehr vertreten sein dürfen, wird als deutlich zu weitgehend erachtet.

Es handelt sich bei den in der Zuständigkeit des Verwaltungsrates liegenden Themen nach § 279 Absatz 2 SGB V um komplexe Sachverhalte von Satzungsrecht, Betriebs- und Rechnungsführung oder Haushalts- und Bilanzrecht. Es kann und sollte daher nicht auf den Sachverstand und die Expertise von (Ex)Krankenkassenmitarbeitenden verzichtet werden.

Im Sinne der Zielrichtung des vorgeschlagenen Gesetzes für ein Mehr an Unabhängigkeit der MD von den Kassen und ihren Verbänden wird eine Begrenzung des Anteils von hauptamtlichen oder ehemaligen Beschäftigten der Kassen und ihrer Verbände zusammen mit Verwaltungsratsmitgliedern der Kassen oder ihrer Verbände auf höchstens acht Vertreter als ausreichend für das Erreichen des Gesetzesziels erachtet. Diese Zahl entspricht der Hälfte der von den Verwaltungsräten/Vertreterversammlungen der Kassen nach § 279 Absatz 4 SGB V zu wählenden Vertretern.

G 9. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 6 Satz 2 und Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist § 279 Absatz 6 wie folgt zu ändern:

- a) Satz 2 ist zu streichen.
- b) In Satz 3 sind die Wörter „§ 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4“ durch die Wörter „§ 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4“ zu ersetzen.

bei An-
nahme
entfällt
Ziffer 10

Begründung:

Die Möglichkeit der Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertretern in den Verwaltungsräten soll beibehalten werden. Das Mitbestimmen beider Gruppen bedeutet gelebte Demokratie und sichert den sozialen Frieden in unserem Land. Das historisch gewachsene Zusammenwirken garantiert sachgerechte und praxisnahe Entscheidungen zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Im Konsens entstehen angemessene und bezahlbare Wege. Die über die Sozialwahlen demokratisch legitimierten Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen deshalb weiterhin über die Ausgestaltung der Versorgung entscheiden können, die sie zu je 50 Prozent finanzieren. Ohne die vorgeschlagene Änderung würde die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen aus den Verwaltungsräten der MD ausgeschlossen und deren soziale Selbstverwaltung folglich erheblich geschwächt werden.

G 10. Hilfsempfehlung zu Ziffer 9

entfällt bei
Annahme
von
Ziffer 9

Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist § 279 Absatz 6 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Die bestehende Regelung zur Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in den Sozialwahlen legitimierten ehrenamtlichen Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung hat sich bewährt und bedarf keiner Änderung.

Die in § 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V vorgesehene Unvereinbarkeitsregelung zwischen einem Ehrenamt im Verwaltungsrat des MD und der Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates setzt bewährte Verfahrensweisen im Rahmen der Selbstverwaltung außer Kraft.

Die demokratische Legitimation der Vertreter aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen sinkt mit der vorgesehenen Regelung, da diese nicht mehr unmittelbar durch Sozialwahlen in ihr Amt gelangen.

Gerade besonders kompetente und im Bereich der Krankenkassen erfahrene Personen werden von der Arbeit im Verwaltungsrat ausgeschlossen. Die Regelung trägt nicht zur Professionalität des Verwaltungsrates bei.

Wegen der Eingriffe in die soziale Selbstverwaltung ist die Unvereinbarkeitsregelung in § 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V als unverhältnismäßig abzulehnen.

G 11. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 280 Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 280 Absatz 3 Satz 1 die Wörter „mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf“ zu streichen.

Begründung:

Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten für die Körperschaften des öffentlichen Rechts grundsätzlich die §§ 67 bis 69 SGB IV und für die Vorlage des Haushaltsplanes insbesondere § 70 Absatz 5 SGB IV.

Eine wie jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene explizite Genehmigung des Haushaltsplans für den MD widerspricht der bisherigen Rechtssystematik in Bezug auf die Haushaltspläne der der Länderaufsicht unterstehenden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Bisher ist für sie nur eine Vorlage des Haushaltsplans auf Verlangen der Aufsichtsbehörde gemäß § 70 Absatz 5 Satz 1 SGB IV normiert.

Es ist kein konkreter Anlass oder ein sachlicher Grund erkennbar, warum für den MD dies nur mit der Maßgabe gelten soll, dass der Haushaltsplan explizit der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Eine Vorlagepflicht, analog der Träger der Krankenversicherung, wird als ausreichend erachtet.

Es ist davon auszugehen, dass mit den Veränderungen in der Besetzung des Verwaltungsrates des MD kein Entzug von haushalterischem Sachverstand verbunden ist, der eine solche Genehmigungspflicht rechtfertigen würde. Eine solche „Verschärfung“ ist daher nicht erforderlich und wird durch die vorgeschlagene Streichung des entsprechenden Wortlautes in § 280 Absatz 3 Satz 1 SGB V aufgehoben.

G 12. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 nach dem Wort „Bundesärztekammer,“ die Wörter „der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer,“ einzufügen.

Begründung:

Durch das neue Beteiligungsverfahren wird die Unabhängigkeit der MD gestärkt. Bei der Erarbeitung von Richtlinien sollte aber auch das Know-how der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer als Interessenvertretung berücksichtigt werden.

G 13. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a (§ 301 Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

,a) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„In dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden. Die OPS-Codes sind auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen.“ ‘

Begründung:

Zu Satz 3:

Entspricht der Vorlage.

Zu Satz 3a:

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit regelt bei der Codierung von OPS-Codes zunehmend Qualitätsanforderungen für medizinische Leistungen und legt so abrechnungsrelevante Strukturvoraussetzungen für die Krankenhäuser fest. Dies hat Auswirkungen auf die Versorgungsinhalte der Krankenhäuser und tangiert somit die Versorgungsaufträge, die Bestandteil der Krankenhausplanung der Länder sind. Angesichts der klaren gesetzlichen Aufgabenverteilung zwischen den Institutionen erscheint dies rechtsstaatlich sehr bedenklich. OPS-Codes sind auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen und dürfen nicht für andere Ziele zweckentfremdet werden.

G 14. Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 328 Absatz 1 Satz 1,

Satz 2 und

Satz 3,

Absatz 5 Satz 2 und

Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 30 ist § 328 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist die Angabe „30. Juni 2020“ jeweils durch die Angabe „31. Dezember 2020“ zu ersetzen.

- bb) In Satz 2 ist die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ zu ersetzen.
- cc) In Satz 3 ist die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ zu ersetzen.
- b) Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:
 - aa) In Satz 2 ist die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ zu ersetzen.
 - bb) In Satz 5 ist die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. September 2021“ und die Angabe „30. Juni 2021“ ist durch die Angabe „31. Dezember 2021“ zu ersetzen.

Begründung:

Die für die Benennung der Verwaltungsratsmitglieder zuständige oberste Landesbehörde muss ab Januar 2020 zunächst vorab eine Verwaltungsvorschrift erlassen.

Sodann sind die in Betracht kommenden Organisationen und Verbände dahingehend zu prüfen, ob diese die Voraussetzungen für die Anerkennung, die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Vorgaben zur Organisationsform und zur Offenlegung der Finanzierung erfüllen. Als weiteren Schritt sind die Organisationen/Verbände als vorschlagsberechtigt anzuerkennen, deren Vorschläge einzufordern, auszuwerten und die Vertreter nach den festgelegten Kriterien von den obersten Landesbehörden auszuwählen.

Die im Gesetzentwurf dafür vorgesehene Frist von nur sechs Monaten nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes ist deutlich zu kurz bemessen und in der Praxis nicht realisierbar.

Schon aus den Verfahren zum bisherigen Beirat der MDK ist den obersten Landesbehörden bekannt, dass diese Verfahren – zusätzlich jetzt noch mit der vorab erforderlichen Erstellung einer Rechtsgrundlage – auf keinen Fall innerhalb von sechs Monaten zu realisieren sind.

Es ist deshalb eine Verlängerung der Frist zur Benennung der Verwaltungsratsmitglieder auf ein Jahr, damit auf den 31. Dezember 2020, erforderlich. Mit der Änderung verschieben sich auch alle weiteren, darauf aufbauenden Fristen und Termine.

G 15. Zu Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a – neu – (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG)

Artikel 3 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

,1. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; zur finanzierungsneutralen Umsetzung sind die Korrekturen ausschließlich innerhalb der verbleibenden Fallpauschalenvergütung vorzunehmen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

< ... weiter wie Vorlage ... > ‘

Begründung:

Durch die gesetzliche Klarstellung, dass Korrekturen ausschließlich innerhalb der verbleibenden Fallpauschalenvergütung vorzunehmen sind, wird gewährleistet, dass Sachkostenanteile nicht in die Pflegepersonalkostenanteile übertragen werden und nicht dem Fallpauschalensystem entzogen werden.

- R
bei
Annahme
entfällt
Ziffer 17
16. Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (Einleitungssatz),
Doppelbuchstabe cc (§ 17c Absatz 2
Satz 5 KHG),
Buchstabe c (§ 17c Absatz 2a und 2b KHG),
Buchstabe e (§ 17c Absatz 4 KHG),
Buchstabe f (§ 17c Absatz 3 – neu – Satz 1 KHG),
Buchstabe g (§ 17c Absatz 4 und 4b KHG),
Buchstabe i (§ 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 KHG),
Nummer 2a – neu – (§ 17e – neu –,
§ 17f – neu – und
§ 17g – neu – KHG),
Artikel 3a – neu – (§ 29 Absatz 2 Nummer 5 – neu –,
§ 118 Absatz 1 Satz 1a – neu – SGG)
- a) Artikel 3 ist wie folgt zu ändern:
- aa) Nummer 2 ist wie folgt zu ändern:
- aaa) Buchstabe b ist wie folgt zu ändern:
- aaaa) In Doppelbuchstabe bb sind im Einleitungssatz die Wörter „Satz 2 wird“ durch die Wörter „Die Sätze 2 bis 4 werden“ zu ersetzen.
- bbbb) Doppelbuchstabe cc ist zu streichen.
- bbb) In Buchstabe c sind § 17c Absatz 2a und 2b wie folgt zu fassen:
„(2a) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 ganz oder teilweise nicht 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. Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Satz 1 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

(2b) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit einer Krankenhausabrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten im hierzu erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“

ccc) Buchstabe e ist wie folgt zu fassen:

„e) Absatz 4 wird Absatz 3.“

ddd) Buchstabe f ist wie folgt zu fassen:

„f) Im neuen Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.“

eee) Buchstabe g ist wie folgt zu fassen:

„g) Absatz 4b wird durch die folgenden Absätze 4 und 4a ersetzt:

„(4) Bei Klagen, bei denen die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ganz oder teilweise streitig sind, ist vor der Klageerhebung ein Schlichtungsverfahren nach § 17e durchzuführen, sofern nicht eine Entscheidung einer Schlichtungsperson im Sinne von Absatz 3 Satz 3 vorliegt. Satz 1 gilt auch für entsprechende Widerklagen oder im Falle von Klagehäufungen. Der Kläger hat eine Bescheinigung über einen erfolglosen Schlichtungsversuch nach § 17e Ab-

satz 9 mit der Klage einzureichen. Eine Anrechnung der Kosten des Schlichtungsverfahrens nach § 17e findet im gerichtlichen Verfahren nicht statt.

(4a) Die Länder sind verpflichtet, zur Koordination der Durchführung von Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 eine Schlichtungsstelle mit fester Geschäftsstelle einzurichten. Die Schlichtungsstelle ist eine staatlich anerkannte Streitbelegungsstelle im Sinne des § 204 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a des Bürgerlichen Gesetzbuches.“ ‘

fff) In Buchstabe i sind in § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Wörter „und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b“ zu streichen.

bb) Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

,2a. Nach § 17d werden die folgenden §§ 17e, 17f und 17g eingefügt:

„§ 17e

Schlichtungsverfahren

(1) Bei Streitigkeiten nach § 17c Absatz 4 ist auf Antrag einer der Parteien jeweils eine Schlichtungskommission zu bilden. Ihre Aufgabe ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten.

(2) Die Schlichtungskommission besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, einem vom Landesverband der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellten Vertreter sowie einem von der Landeskrankenhausesellschaft bestellten Vertreter; bei der Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden. Die Schlichtungsstellen nach § 17c Absatz 4a sollen eine Liste über Personen führen, die als Vorsitzende einer Schlichtungskommission besonders geeignet sind, und den Parteien bei Bedarf entsprechende Vorschläge unterbreiten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und die Landeskrankenhausesellschaft sollen sich auf den Vorsitzenden einigen; kommt eine Einigung nicht binnen eines Monats ab Stellung des Antrags auf Bildung der Schlich-

tungskommission zustande, wird der Vorsitzende auf Antrag einer der Parteien von der zuständigen Landesbehörde bestellt.

(3) Die Schlichtungskommission entscheidet über die Notwendigkeit der Durchführung einer mündlichen Verhandlung. Wird eine mündliche Verhandlung durchgeführt, kann die Schlichtungskommission das persönliche Erscheinen der Parteien anordnen. Mit einstimmigem Beschluss oder mit dem Einverständnis der Parteien kann die Schlichtungskommission Zeugen vernehmen und Sachverständige bestellen.

(4) Jedes Mitglied der Schlichtungskommission hat eine Stimme; Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Stimmen getroffen.

(5) Die Mitglieder der Schlichtungskommission sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Diese Pflicht bezieht sich auf alles, was ihnen im Zuge des Schlichtungsverfahrens bekannt geworden ist, mit Ausnahme von Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen.

(6) Die Parteien sind während des Schlichtungsverfahrens zur Mitwirkung verpflichtet; insbesondere haben sie auf Verlangen der Schlichtungskommission Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. § 17c Absatz 2b Satz 5 gilt entsprechend.

(7) Unterbreitet die Schlichtungskommission den Parteien einen Vergleichsvorschlag in Textform, haben die Parteien sich hierzu binnen einer Frist von einem Monat ab Zugang des Vergleichsvorschlags zu erklären. Lehnt eine Partei den Vergleichsvorschlag nicht binnen eines Monats ab, so gilt ihre Zustimmung als erteilt, wenn die Partei zuvor auf diese Folge hingewiesen worden ist. Ein vor der Schlichtungskommission geschlossener Vergleich gilt als Vergleich im Sinne des § 794 Absatz 1 Nummer 1 der Zivilprozessordnung.

(8) Scheitert die Schlichtung oder treffen die Parteien keine Einigung über die Kosten des Schlichtungsverfahrens, tragen die Parteien die Kosten des Schlichtungsverfahrens, einschließlich der Kosten für die Einholung eines Sachverständigengutachtens und für die Zeugenvernehmung, zu gleichen Teilen. Abweichend davon kann die Schlichtungskommission einer Partei die vollen

Kosten des Schlichtungsverfahrens auferlegen, wenn sie ihrer Mitwirkungspflicht nach Absatz 6 nicht nachkommt. Eine Erstattung von Rechtsanwaltskosten findet nicht statt; jede Partei trägt ihre Kosten selbst.

(9) Über einen erfolglosen Schlichtungsversuch hat die Schlichtungsstelle den Parteien eine Bescheinigung auszustellen. Diese Bescheinigung ist auf Antrag auch dann auszustellen, wenn

1. eine Partei einen Antrag nach Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz gestellt und die zuständige Landesbehörde binnen einer Frist von sechs Monaten nach Antragstellung keinen Vorsitzenden der Schlichtungskommission bestellt hat oder
2. die Schlichtungskommission das Schlichtungsverfahren nicht oder nicht mit der angemessenen Schnelligkeit betreibt; § 198 Absatz 1 des Gerichtsverfassungsgesetzes gilt entsprechend.

§ 17f

Verordnungsermächtigung

Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsstelle und der Schiedskommissionen, die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust sowie die erforderliche Qualifikation des Kommissionsvorsitzenden,
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle und
3. das Schlichtungsverfahren, einschließlich der Verfahrensgebühren, der Auferlegung von Verfahrenskosten durch die Schlichtungskommission und der Ausstellung der Bescheinigung nach § 17e Absatz 9,

zu bestimmen. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

§ 17g

Übergangsregelung

Die Einrichtung der Schlichtungsstellen durch die Länder nach § 17e Absatz 1 hat spätestens bis zum 31. Dezember 2022 zu erfolgen. Bis zur Einrichtung einer zuständigen Schlichtungsstelle können Klagen im Sinne von § 17c Absatz 4 auch ohne vorherige Durchführung eines Schlichtungsverfahrens erhoben werden.“ ‘

b) Nach Artikel 3 ist folgender Artikel 3a einzufügen:

Artikel 3a

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 29 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

„5. Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen oder dem Medizinischen Dienst über die Höhe der Prüfquote nach § 275c Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Aufschlags nach § 275c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

2. In § 118 Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„§ 411a der Zivilprozessordnung gilt mit der Maßgabe, dass die schriftliche Begutachtung auch durch die Verwertung eines im Rahmen des Schlichtungsverfahrens nach § 17e Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...), eingeholten Sachverständigengutachtens ersetzt werden kann, sofern die Parteien sich einvernehmlich auf die Begutachtung durch den Sachverständigen geeinigt hatten.“ ‘

Begründung:

Die Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich führt zwischen den Beteiligten in der Praxis zu einer Vielzahl von Streitigkeiten. Neben Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, die in die Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG fallen, sind dies auch zahlreiche weniger bedeutende Einzelfälle, mit denen häufig die Sozialgerichte und eine Vielzahl von Gutachtern befasst werden, was unnötig Ressourcen bindet und einer kosten- und zeitökonomischen Beilegung des Streits im Wege steht.

Die zur Entlastung der Sozialgerichte derzeit bestehende Regelung des § 17c Absatz 4 KHG, wonach die streitenden Parteien fakultativ eine unabhängige Schlichtungsperson anrufen können, hat bislang noch zu keiner spürbaren Entlastung der Sozialgerichtsbarkeit geführt. Damit ist zu befürchten, dass auch die in Absatz 2b KHG vorgesehene Erörterung zwischen den beteiligten Parteien keine hinreichende entlastende Wirkung haben wird, zumal sich die Vorschrift mangels Regelungen zu Inhalt und Ausmaß der Erörterung durch die Parteien mit wenig Aufwand umgehen lässt. Durch die Streichung der in früheren Entwurfsfassungen noch vorgesehenen Präklusionsregelung, nach der die Parteien Einwendungen und Tatsachenvortrag, die sie im Rahmen der Erörterung bereits hätten vorbringen können, vor Gericht nicht mehr geltend machen konnten, droht die Erörterung zu einer rein formalen Anforderung zu werden, ohne dass die Parteien tatsächlich gehalten sind, sich um eine Einigung zu bemühen.

Die denkbare Einführung eines Vereinfachten Verfahrens bei geringeren Streitwerten, ähnlich § 495a ZPO, erscheint demgegenüber ebenfalls nicht zielführend, da sich häufig auch in diesen Fällen hochspezialisierte Fach- und Rechtsfragen stellen. Zudem sind zumeist medizinische Fragestellungen zu erörtern, wofür es der Bestellung eines Sachverständigen bedarf, der Diagnose und Codierung zu prüfen hat.

Um den beabsichtigten Entlastungseffekt herbeizuführen, sieht der vorliegende Antrag somit als einzig zielführenden Lösungsansatz die Einrichtung eines obligatorischen vorgerichtlichen Streitbeilegungsverfahrens vor. Dies erfordert die hier vorgeschlagenen Änderungen im KHG und im SGG. Die auf Bundesebene zu treffenden Regelungen beschränken sich dabei auf das zur Sicherung eines bundeseinheitlichen Rechtsschutzes Erforderliche; Näheres bleibt der Ausgestaltung durch die Länder überlassen.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe aaa Vierfachbuchstabe aaaa:

Es handelt sich lediglich um eine redaktionelle Änderung. Die Sätze 3 und 4 des Absatzes 2 werden aufgrund des geänderten Regelungszusammenhangs in Absatz 2a – neu – KHG verschoben.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe aaa Vierfachbuchstabe bbbb:

Es handelt sich lediglich um eine redaktionelle Änderung. Die erforderliche Anpassung ist in Absatz 2a bereits berücksichtigt.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb:

Zu § 17c Absatz 2a – neu – KHG:

Es handelt sich lediglich um eine redaktionelle Änderung. Die in § 17c Absatz 2 KHG entfallenen Sätze 3 und 4 werden mit dem bisherigen § 17c Absatz 4b KHG zu Absatz 2a – neu – zusammengeführt. Die in § 17c Absatz 2a KHG vorgesehenen Regelungen werden Absatz 2b – neu – KHG.

Zu § 17c Absatz 2b – neu – KHG:

§ 17c Absatz 2b Sätze 1 bis 3 – neu – KHG entsprechen § 17c Absatz 2a KHG. Die in § 17c Absatz 2b KHG vorgesehene Erörterung ist durch das Schlichtungsverfahren nach § 17c Absatz 4 – neu – in Verbindung mit § 17e – neu – KHG ersetzt worden. Die klarstellenden Hinweise auf die Möglichkeit einer vergleichweisen Streitbeilegung und die Ermächtigung zur Datenverarbeitung durch die Krankenhäuser wurden als Sätze 4 und 5 beibehalten.

Nach den Erfahrungen in der Praxis fehlt den streitenden Parteien aufgrund hoher Identifizierung mit den Einzelfällen häufig die zur Herstellung einer einvernehmlichen Lösung erforderliche Distanz, ohne dass die Streitigkeit sich nach ihrem Stand nur noch durch die Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens klären ließe. Demnach scheint es geboten, die Parteien vor einer Befassung des Sozialgerichts nicht auf eine Erörterung untereinander zu verweisen, sondern ihnen ein Verfahren an die Hand zu geben, in dem, gegebenenfalls auch im Wege der Nutzung mediativer Elemente, unter externer Leitung eine einvernehmliche Lösung gefunden kann. Dies erreicht das in § 17c Absatz 4 – neu – in Verbindung mit § 17e – neu – KHG vorgesehene Schlichtungsverfahren.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc:

Es handelt sich lediglich um eine redaktionelle Änderung. Der bisherige Absatz 4b wird zu Absatz 2a Satz 3 und 4.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ddd:

Die geänderte Verweisung entspricht der in § 17c Absatz 2a Satz 2 KHG vorgesehenen Verweisung und vermeidet angesichts des in der Praxis geführten Streits um die Reichweite des § 275 Absatz 1c SGB V (§ 275c Absatz 1 KHG) Unklarheiten über die Anwendbarkeit bei Prüfungen von Abrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe eee:

Mit der Vorschrift wird das obligatorische vorgeschaltete Schlichtungsverfahren eingeführt, dessen Durchführung Zulässigkeitsvoraussetzung für die Erhebung einer Klage vor der Sozialgerichtsbarkeit ist.

Die Durchführung des in § 17e – neu – KHG näher geregelten Schlichtungsverfahrens bietet neben der damit eintretenden Entlastung der Gerichte den Parteien die Möglichkeit, Meinungsverschiedenheiten zeitnah und kosteneffizient beizulegen.

An der in § 17c Absatz 3 KHG aufrechterhaltenen Regelung des § 17c Absatz 4 KHG, wonach die Parteien fakultativ eine Schlichtungsperson einschalten können, sollte kumulativ weiterhin festgehalten werden, um den Parteien von Fall zu Fall flexible Instrumentarien zur Streitbeilegung an die Hand zu geben. Da die fakultative Einschaltung der Schlichtungsperson in der Praxis bislang nicht zur beabsichtigten Entlastung der Sozialgerichtsbarkeit geführt hat, kann auf das Erfordernis der Durchführung eines Schlichtungsverfahrens nach § 17e – neu – KHG indes nur in den Fällen verzichtet werden, in denen bereits die Entscheidung einer Schlichtungsperson vorliegt.

Die in Absatz 4a – neu – KHG vorgesehene Einrichtung fester Schlichtungsstellen dient der Koordination laufender und beantragter Schlichtungsverfahren. Neben der Erledigung der hierbei anfallenden administrativen Tätigkeiten soll die Schlichtungsstelle den Parteien den Zugang zum Schlichtungsverfahren erleichtern. Durch die staatliche Anerkennung als Streitbeilegungsstelle im Sinne des § 204 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a BGB ist gewährleistet, dass die Verjährung für die Dauer des Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. Hierdurch bleiben laufende Schlichtungsverfahren von einem bevorstehenden Verjährungseintritt unbelastet.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe fff:

Durch den Fortfall der einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17c Absatz 2b KHG ist diese Regelung ebenfalls zu streichen.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb:

Zu § 17e Absatz 2 – neu – KHG:

§ 17e Absatz 2 – neu – KHG regelt Verfahrensgrundzüge für die Einrichtung der Schlichtungskommission. Bei der Auswahl der von den Krankenkassen und Krankenhäusern zu bestellenden Vertreter ist zu gewährleisten, dass sie sowohl über medizinischen Sachverstand als auch über besondere Kenntnisse in Fragen der DRG-Abrechnung verfügen. Die erforderliche Qualifikation des Kommissionsvorsitzenden ist durch § 17f Nummer 1 – neu – KHG den Ländern überlassen. Das Schlichtungsverfahren bietet die Chance, sowohl medizinischen als auch mediativen Sachverstand in der Schlichtungskommission zu vereinigen und die Zweiteilung zwischen richterlicher und sachverständiger Expertise zu überwinden.

Die Schlichtungsstelle soll eine Liste mit als Vorsitzende besonders geeigneten Personen führen, um die Einrichtung der Schlichtungskommission zu erleichtern und die Parteien bei der Einigung über ihre Besetzung zu unterstützen. Um zu vermeiden, dass Uneinigheiten über die Person des Vorsitzenden zu einer ungebührlichen Verzögerung des Schlichtungsverfahrens führen, ist vorgesehen, dass der Vorsitzende nach erfolglosem Ablauf eines Monats ab Antragstellung auf Antrag der Parteien von der zuständigen Landesbehörde zu bestimmen ist.

Zu § 17e Absatz 3 bis 5 – neu – KHG:

Die Regelungen des Absatzes 3 ermöglichen es der Schlichtungskommission, die Verfahrensmodalitäten an den Erfordernissen des Einzelfalls auszurichten und geben ihr die zur Aufklärung des Sachverhalts erforderlichen Mittel in die Hand. Absatz 4 statuiert für Entscheidungen der Schlichtungskommission das

Mehrheitsprinzip. Aufgrund der Sensibilität der Daten, die regelmäßig in das Schlichtungsverfahren einfließen werden, haben die Mitglieder der Schlichtungskommission hierüber Verschwiegenheit zu wahren.

Zu § 17e Absatz 6 – neu – KHG:

Die Verpflichtung der Parteien zur Mitwirkung am Schlichtungsverfahren dient seiner effizienten Durchführung und wird durch die Möglichkeit untermauert, bei Verweigerung der Mitwirkung die verweigernde Partei nach § 17e Absatz 8 Satz 2 – neu – KHG mit den vollen Kosten des Schlichtungsverfahrens zu belasten. Die Verweisung auf § 17c Absatz 2b Satz 5 – neu – KHG ermächtigt die Krankenhäuser klarstellend, personen- und einrichtungsbezogene Daten im für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

Zu § 17e Absatz 7 – neu – KHG:

Die Schlichtungskommission kann den Parteien Vergleichsvorschläge in Textform unterbreiten. Durch das Formerfordernis, das bei Durchführung einer mündlichen Verhandlung auch durch einen entsprechenden Protokollvermerk erfüllt werden kann, ist gewährleistet, dass alle Beteiligten eine gleichlautende Fassung des Vergleichsvorschlags erhalten. Um eine Verschleppung des Schlichtungsverfahrens durch eine der Parteien zu verhindern, sieht Absatz 7 Satz 2 eine Fiktionswirkung vor; die Parteien werden durch das Erfordernis eines entsprechenden Hinweises hinreichend geschützt. Satz 3 regelt klarstellend, dass vor der Schlichtungskommission geschlossene Vergleiche vollstreckbare Titel sind.

Zu § 17e Absatz 8 – neu – KHG:

Das Schlichtungsverfahren soll neben dem Ziel der Entlastung der Sozialgerichte den Parteien eine zeit- und kosteneffiziente Möglichkeit der Streitbeilegung bieten. Die als Regelfall angeordnete hälftige Kostenteilung führt auch in Fällen, in denen eine vergleichsweise Einigung über die Kostentragung nicht erzielt werden kann, zu billigen Ergebnissen und belastet keine der Parteien über Gebühr. Satz 2 hat sanktionierenden Charakter und schafft für die Parteien einen wirtschaftlichen Anreiz, im erforderlichen Umfang am Schlichtungsverfahren mitzuwirken. Durch die vorgelagerte Ermessensentscheidung der Schlichtungskommission ist sichergestellt, dass den Umständen des Einzelfalls und den Geboten der Billigkeit hierbei hinreichend Rechnung getragen werden kann. Die Ausnahme der Rechtsanwaltskosten aus den erstattbaren Verfahrenskosten macht die Gesamtkosten des Verfahrens für die Parteien transparenter und befreit die Vergleichsverhandlungen von einem häufig besonders konfliktträchtigen Element.

Zu § 17e Absatz 9 – neu – KHG:

Die Bescheinigung der Schlichtungsstelle dient den Parteien im Falle eines gescheiterten Schlichtungsversuchs als Nachweis über die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens und ist im Falle einer späteren Klage nach § 17c Absatz 4 Satz 2 – neu – KHG bei Gericht vorzulegen. Satz 2 stellt sicher, dass den Parteien auch bei einer übermäßigen Verzögerung bei der Bestellung des Vorsitzenden durch die zuständige Landesbehörde oder beim Betreiben des Verfahrens durch die Schlichtungskommission die Möglichkeit einer zeitnahen ge-

richtlichen Klärung der Streitigkeit offensteht. Die entsprechende Anwendbarkeit des § 198 Absatz 1 des Gerichtsverfassungsgesetzes schafft Grundlagen für die Ermittlung der Angemessenheit der Verfahrensführung in zeitlicher Hinsicht.

Zu § 17f – neu – KHG:

Da durch die Regelungen des § 17e – neu – KHG bereits eine hinreichende bundesweite Harmonisierung gewährleistet ist, ist die nähere Ausgestaltung des Schlichtungsverfahrens und der Einrichtung und Arbeitsweise der Schiedsstelle den Ländern zu überlassen.

Zu § 17g – neu – KHG:

Aufgrund der anhaltenden Überlastung der Sozialgerichte durch Abrechnungstreitigkeiten ist eine zeitnahe Umsetzung der Neuregelung geboten. Satz 2 stellt im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 8. Oktober 2014 – B 3 KR 7/14 R) klar, dass den Parteien bis zur Einrichtung einer zuständigen Schlichtungsstelle der Rechtsweg uneingeschränkt offensteht, um einen uneingeschränkten Rechtsschutz zu gewährleisten.

Zu Buchstabe b:

Zu Nummer 1 (§ 29 Absatz 2 Nummer 5 – neu – SGG):

Streitigkeiten über die Höhe der Prüfquote nach § 275c Absatz 2 oder des Aufschlags nach § 275c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind aufgrund ihrer hohen wirtschaftlichen Bedeutung schon in der ersten Instanz bei einem Senat als Spruchkörper zu verorten. Da Entscheidungen des Sozialgerichts bei Streitigkeiten von derartiger Tragweite in der Praxis ohnehin nur selten in Rechtskraft erwachsen, dient diese Regelung zudem der Verfahrensökonomie.

Zu Nummer 2 (§ 118 Absatz 1 Satz 2 – neu – SGG):

Der Zusatz in § 188 Absatz 1 SGG dient der Kostenreduzierung und der Beschleunigung des sozialgerichtlichen Verfahrens. Da in Abrechnungstreitigkeiten häufig die Einholung von Sachverständigengutachten erforderlich ist, wirkt sich die Verwertbarkeit im Rahmen des Schlichtungsverfahrens erstellter Sachverständigengutachten im Regelfall sowohl zugunsten der Sozialgerichte als auch der Parteien entlastend aus.

G 17. Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe c (§ 17c Absatz 2a Satz 1 KHG)

entfällt bei
Annahme
von
Ziffer 16

In Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe c ist § 17c Absatz 2a Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Nach Einleitung einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder eines Gerichtsverfahrens sind Korrekturen der an die Krankenkassen übermittelten Abrechnung nur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils möglich.“

Begründung:

In § 17c Absatz 2a Satz 1 KHG ist bisher vorgesehen, dass nachträgliche Rechnungsänderungen nur zur Umsetzung des Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder nach Vorliegen einer etwaigen Rechtsprechung erfolgen können. Grundsätzlich wird diese Regelung begrüßt.

Um eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht sicherzustellen, wird eine Beschränkung der nachträglichen Rechnungskorrektur auf den Zeitpunkt der Einleitung der Prüfung oder des Gerichtsverfahrens als sinnvoll und ausreichend erachtet.

- G 18. Zu Artikel 4 Nummer 4 Buchstabe b – neu – und
Buchstabe c – neu – (§ 6a Absatz 2 Satz 6,
Satz 7 und
Satz 8 KHEntgG)

Artikel 4 Nummer 4 ist wie folgt zu fassen:

„4. § 6a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden < ... weiter wie Vorlage ... >
- b) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst:

„Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, sind diese Kosten bis zu einer Höhe von 5 Prozent bei der Vereinbarung des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Kosten der pflegeentlastenden Maßnahmen sowie die zweckentsprechende Mittelverwendung sind durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen.“

- c) Satz 8 wird gestrichen.“

Begründung:

§ 6a Absatz 2 Satz 6 bis 8 KHEntgG regelt die Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen innerhalb des Pflegebudgets. Durch die gesetzliche Klarstellung, dass der Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers erfolgen soll, wird eine einheitliche Regelung für alle Krankenhäuser geschaffen.

§ 6a Absatz 2 Satz 8 KHEntgG unterstellt, dass pflegeentlastende Personalmaßnahmen ausschließlich aus monetären Gründen ergriffen werden. Der tatsächliche Personalmangel in der Pflege findet somit keine Berücksichtigung. Um diesen Notstand so weit wie möglich auszugleichen, haben die Krankenhäuser Aufgaben soweit wie möglich an Pflegehilfskräfte und andere unterstützende Berufsgruppen delegiert. In die DRGs wurden diese Kosten mit einkalkuliert. Damit die pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget ausreichend Berücksichtigung finden, sieht die Klarstellung vor, dass diese bei der Vereinbarung des Pflegebudgets bis zu einer Höhe von 5 Prozent erhöhend berücksichtigt werden.

Erfolgt hier keine Erhöhung, ist zu erwarten, dass die Krankenhäuser Stellen von Pflegehilfskräften zu Lasten der Versorgungsqualität abbauen werden.

G 19. Zu Artikel 4 Nummer 7 – neu – (§ 10 Absatz 13 – neu – KHEntgG)

Dem Artikel 4 ist folgende Nummer 7 anzufügen:

,7. Dem § 10 wird folgender Absatz 13 angefügt:

„(13) Zur Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen im Bereich der Pflege in den Jahren 2018 und 2019, die bisher bei der Vereinbarung der Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 nicht erfasst werden konnten, sowie zur Erleichterung des Übergangs der Krankenhäuser in das neue System der Krankenhausfinanzierung, ist für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes 2020 als einmaliger Ausgleich eine Erhöhung von 0,9 Prozent auf den vereinbarten und gegebenenfalls berichtigten Landesbasisfallwert 2019 ohne Ausgleich einzurechnen.“ ‘

Begründung:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde als ein Beitrag zur Lösung der Probleme in der Pflege in Krankenhäusern eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten in § 10 Absatz 5 KHEntgG eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Damit sollte eine Weiterbeschäftigung des Pflegepersonals und der Erhalt und Ausbau des Pflegepersonalkörpers der Krankenhäuser auch bei dynamischen Tarifsteigerungen sichergestellt werden. Grundlage für die vollständige Tarifrefinanzierung soll der maßgebliche Tarifvertrag sein. Für das Pflegepersonal ist dies der bereits im Jahr 2018 in Kraft getretene Tarifvertrag für den Bund und die Kommunen (TVöD). Krankenhäusern im Geltungsbereich des Tarifvertrages der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL-Vertrag) werden, obwohl der TdL-Vertrag ausdrücklich Verbesserungen für die Pflegekräfte vorsieht, dadurch nicht sämtliche Tarifsteigerungen ausgeglichen, da der für sie geltende TdL-Vertrag höhere Steigerungsraten als der TVöD enthält.

Darüber hinaus soll der vollständige Ausgleich der Pflegepersonalkosten rückwirkend für das Jahr 2018 gelten, sofern die Steigerungsraten der Pflegepersonalkosten den Veränderungswert überschreiten. Berücksichtigt werden dabei im Bereich des Pflegepersonals die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungstarifverträge sowie Einmalzahlungen. Laut PpSG werden diese tariflichen Mehrkosten mit den Steigerungen der Vergütungstarifverträge und Einmalzahlungen aller weiteren Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, zusammengerechnet. Der daraus resultierende tarifliche Gesamtwachstum übersteigt – trotz Tarifierhöhungen im Pflegebereich – nicht den Veränderungswert, sodass eine volle Refinanzierung ausbleibt. Zudem fallen für die Krankenhäuser ab dem Jahr 2020 per Saldo bisherige Mittel aus dem Pflegezuschlag in Höhe von 250 Millionen Euro weg, die Förderungsliste zum Erhalt von Krankenhäusern in Randregionen bereits gegengerechnet. Mit der einmaligen Erhöhung der Landesbasisfallwerte 2020 um 0,9 Prozent der jeweiligen Landesbasisfallwerte 2019 sollen zum einen die Ausfälle, zum anderen bisher den Krankenhäusern für allgemeine Krankenhauszwecke (Pflegezuschlag) zur Verfügung stehenden Mittel pauschal kompensiert werden und im Ergebnis eine finanzielle Hilfe beim Übergang in das neue Finanzierungssystem zur Verfügung gestellt werden. Das Entlastungsvolumen für die Krankenhäuser gegenüber den bisherigen wird auf etwa 600 Millionen Euro geschätzt. Angesichts des einmaligen Charakters des Zuschlages, der Liquidität beim Gesundheitsfonds, den bisher immer noch nicht ausgeglichen einseitigen Belastungen der Krankenhäuser in der Vergangenheit – Stichwort Rechnungsabschluss – und den Herausforderungen an die Krankenhäuser im Rahmen der Finanzierungsumstellung und weiterer Herausforderungen, wie beispielsweise Ausdehnung der Pflegepersonaluntergrenzen oder aktuell aufgetretenen Anpassungen im Rahmen der IT-Vernetzung und -Sicherheit, erscheint die vorgesehene Entlastung auch als angemessen.

G 20. Zu Artikel 4 Nummer 7 – neu – (§ 15 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG)

Dem Artikel 4 ist folgende Nummer 7 anzufügen:

,7. In § 15 Absatz 2a Satz 1 wird die Angabe „130“ durch die Angabe „160“ und die Angabe „65“ wird durch die Angabe „80“ ersetzt.’

Begründung:

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz führt in § 15 Absatz 2a KHEntgG eine Regelung für ein vorübergehendes, pauschales vollstationäres Pflegeentgelt in Höhe von 130 Euro pro Tag und ein pauschales teilstationäres Pflegeentgelt in Höhe von 65 Euro pro Tag ein. Dieses Entgelt ist als vorläufiger Abschlag unabhängig vom konkreten Pflegebedarf zu vergüten, wenn im Jahr 2020 die Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung abgesenkt worden sind, die Vertragspar-

teilen des konkreten Krankenhauses vor Ort jedoch noch kein Pflegebudget vereinbart haben.

Krankenhäuser, Krankenhausträger und die DKG befürchten, dass der im Gesetz vorgesehene Pauschalbetrag von 130 Euro für die vollstationäre Pflege sowie korrespondierend 65 Euro für die teilstationäre Pflege – insbesondere in pflegeintensiven Bereichen – die Kosten nicht deckt. Aufgrund der sich abzeichnenden Verzögerungen der Budgetverhandlungen 2020 infolge der Komplexität der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und ihrer Abgrenzung ist davon auszugehen, dass diese Regelung zunächst flächendeckend Anwendung finden wird. Für Krankenhäuser mit hohen Pflegeanteilen, wie beispielsweise Kinderkliniken beziehungsweise pädiatrische Abteilungen oder geriatrische Krankenhäuser beziehungsweise geriatrische Abteilungen, steht zu befürchten, dass die Regelung zu ernsthaften Liquiditätsproblemen führen kann. Nach Einschätzung von Vertretern von Krankenhäusern und Krankenhausträgern kann das Liquiditätsproblem der Kliniken durch eine Anhebung des Abschlags pro Belegungstag auf 160 Euro vollstationär und 80 Euro teilstationär gelöst oder doch deutlich abgemildert werden. Es handelt sich dabei lediglich um eine leicht erhöhte Liquiditätshilfe für die Krankenhäuser für einen auf ein Jahr begrenzten Übergangszeitraum, um den Übergang zum neuen Pflegebudget besser bewältigen zu können. Höhere Kosten entstehen nicht, da die tatsächlichen Finanzierungsansprüche aus dem Pflegebudget unberührt bleiben.

G 21. Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 53d Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 10 Nummer 15 sind in § 53d Absatz 3 Satz 1 nach den Wörtern „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ die Wörter „und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste“ einzufügen.

Begründung:

Gerade die in § 53d Absatz 3 SGB XI genannten Richtlinien befassen sich mit Fragen der täglichen Prüfpraxis der Medizinischen Dienste (MD) (sowohl im Bereich der Einzelbegutachtung als auch die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen und Diensten betreffend). Zu deren Regelung und einheitlichen Erledigung sollte das praktische Erfahrungswissen der MD in jedem Fall einbezogen werden. Denn hier ist dieses Fachwissen ebenso wichtig wie bei den Richtlinien nach § 53d Absatz 2 SGB XI, die überwiegend interne organisatorische Fragen betreffen und bei denen eine fachliche Beteiligung der MD vorgesehen ist. Auch in der parallelen Vorschrift für die Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 Nummer 25 – § 283 Absatz 2 Satz 1 SGB V), wurde für alle Richtlinien des MD Bund die fachliche Beteiligung der MD vorgesehen. Eine unterschiedliche Behandlung erscheint auch insofern nicht gerechtfertigt.

G 22. Zu Artikel 10 Nummer 23 Buchstabe d – neu – (§ 115 Absatz 7 – neu – SGB XI)

In Artikel 10 ist der Nummer 23 folgender Buchstabe d anzufügen:

,d) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Abweichend von Absatz 1a Satz 1 und Satz 9 sowie Absatz 1c Satz 1 erfolgen ab dem 1. Januar 2020 eine Veröffentlichung, ein Aushang und eine Zurverfügungstellung der Prüfergebnisse nur noch auf der Grundlage der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für den stationären Bereich im Sinne von Absatz 1a Satz 10. Qualitätsdarstellungen nach den bisherigen Pflege-Transparenzvereinbarungen sind nicht mehr zu veröffentlichen, auszuhängen oder Dritten zur Verfügung zu stellen.“ ‘

Begründung:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde die Erhebung und Übermittlung indikatorenbezogener Daten durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 verbindlich eingeführt. Neben der Datenerhebung zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität und einer damit verbundenen Umstrukturierung des Prüfgeschehens wird die bisherige Qualitätsberichterstattung, die wesentlich durch „Pflegenoten“ geprägt war, ersetzt.

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben eine Vereinbarung zu Verfahren und Form der Qualitätsdarstellung gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI geschlossen, mit dem die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität im Sinne des § 115 Absatz 1a SGB XI dargestellt werden (Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) vom 19. März 2019).

Ziel der Qualitätsdarstellung ist es, pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen relevante Informationen zur Verfügung zu stellen, die bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung als eine Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können.

Den Qualitätsdarstellungen im vollstationären Bereich werden zugrunde gelegt die Qualitätsinformationen aus Qualitätsindikatoren für die Bewertung der Versorgungsqualität (Ergebnisqualität) und die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI, ergänzt durch weitere Angaben, die die Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stellen. Für jede vollstationäre Pflegeeinrichtung werden entsprechende Qualitätsdaten veröffentlicht.

Die Etablierung eines Routineverfahrens erfordert – neben der erstmaligen Prüfung einer Einrichtung (gemäß § 114 Absatz 2 Satz 2 SGB XI zwischen dem 1. November 2019 und 31. Dezember 2020) – mindestens eine zweite Datenerhebung (die erste Erfassung ist noch als „Testlauf“ zu verstehen, erst die zweite Erfassung wird verwertbare Ergebnisse liefern, mit der darauffolgenden Erfassung wird die Abbildung eines Verlaufs erkennbar). Mit den Ergebnissen der

ersten Qualitätsprüfung und Ergebniserfassung nach dem neuen Verfahren werden aber bereits Informationen vorliegen, die mit den bisherigen Informationen nicht mehr „vergleichbar“ sind (im Sinne des § 115 Absatz 1a SGB XI). Vor diesem Hintergrund ist eine Veröffentlichung, die sowohl das alte Qualitätssicherungsverständnis abbildet als auch teilweise das neue Verfahren, keine „geeignete Form“ im Sinne des Gesetzes.

Es ist aber wichtig, den Neuanfang bei der Qualitätsbeurteilung in der Pflege positiv zu gestalten. Da sich die Pflegenoten nicht bewährt haben, ist es von entscheidender Bedeutung, sich von dem bisherigen Verfahren zu lösen. Die Einführungsphase des neuen Systems der Qualitätsbeurteilung bietet insoweit eine geeignete zeitliche Zäsur zur Vorbereitung eines neuen Verständnisses von Pflegequalität in der Öffentlichkeit. Pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ist das neue Verfahren verständlich zu erläutern und näher zu bringen, das wesentlich differenziertere Aussagen zu einzelnen Qualitätsbereichen ermöglicht. Das vermeintlich einfach zu erfassende, aber fehlleitende Notensystem muss hierfür so früh wie möglich abgeschafft werden, um den Nutzen des Neuen nicht zu gefährden. Pflegenoten tragen zu Missverständnissen und Unverständnis bei. Vor diesem Hintergrund ist auch eine Übergangszeit zu vermeiden, in der die Pflegenoten und die neue Qualitätsdarstellung nebeneinander bestehen. Nur so kann eine verständliche, übersichtliche und vergleichbare Veröffentlichung sichergestellt werden. Das Aussetzen der Qualitätsdarstellung nach dem alten Verfahren hat darüber hinaus den Vorteil, dass sich Einrichtungen und MDK vollständig auf das neue Verfahren konzentrieren können und aus der Dualität der Darstellung resultierender Arbeitsaufwand vermieden wird, zum Beispiel bei streitigen Beurteilungen nach dem überholten und ohnehin nicht aussagekräftigen System.

Um dies gesetzlich klar zu stellen, bedarf es einer entsprechenden Regelung. Neben der Veröffentlichung ist dabei auch die Verpflichtung der Einrichtungen zum Aushang der Prüfergebnisse in den Pflegeeinrichtungen sowie die Weitergabe an Dritte bis zur Vorlage der Ergebnisse aus den neuen Prüfverfahren entsprechend auszusetzen.