

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

STELLUNGNAHME DES BERUFSVERBANDES DER DEUTSCHEN
CHIRURGEN E.V. ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 02.05.2019

(04.05.2019)

INHALT

.....		
.....		
VORBEMERKUNG		2
.....		
.....		
Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch		2
§ 109 Absatz 6 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern		
2		
§ 115 b	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	2
§ 275c	Durchführung und Umfang von Prüfungen bei der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	3
§ 278	Medizinischer Dienst	3
§ 279	Verwaltungsrat und Vorstand	4
§ 282	Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand	
4		
Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes		4
§ 17c Absatz 2a		4
§ 18b	Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen	5

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030-28004-150
mail@bdc.de

VORBEMERKUNG

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC) begrüßt den „Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz“. Durch den Einbezug von Vertretern u. a. der Patienten, Verbraucher, Pflegeberufe und Ärzteschaft soll die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes gefördert werden. Positiv bewertet der BDC zudem die beabsichtigte Effizienzsteigerung durch die Einführung maximaler Quoten für Abrechnungsprüfungen je Krankenhaus, abhängig von der Qualität der jeweiligen Abrechnungen im Vorjahr.

Gleichwohl weist der BDC darauf hin, dass die Einflussmöglichkeiten in den Verwaltungsräten – insbesondere durch Pflege und Ärzteschaft – nach jetzigem Planungsstand limitiert bleiben. Dies resultiert aus der, gegenüber den weiteren Beteiligten, eher geringen Anzahl zulässiger Vertreter. Hier sieht der BDC Nachbesserungsbedarf.

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 109 Absatz 6 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Der BDC begrüßt die geplante Neuregelung, die das Aufrechnen von Rückforderungen der Krankenkassen mit der Vergütung für andere, durch das Krankenhaus erbrachte Leistungen, in der Regel ausschließt. Dadurch geht das Prozessrisiko, Vergütungsansprüche ggf. durch Klage durchzusetzen, wieder an die Krankenkassen zurück. Dies erachtet der BDC in diesem Fall grundsätzlich als sachgerecht.

§ 115 b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen auf Basis eines in Auftrag zu gebenden Gutachtens den Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen („AOP-Katalog“) weiterentwickeln. Hintergrund ist, dass in Deutschland im internationalen Vergleich operative Eingriffe überdurchschnittlich häufig stationär erbracht werden. Zudem soll eine Differenzierung der Fälle nach Schweregrad eingeführt werden sowie weitere „stationsersetzende Behandlungen“ identifiziert werden, welche in der Regel ambulant erbracht werden können. Die Leistungen, die Krankenhäuser nach dem neuen AOP-Katalog erbringen, sollen zukünftig von den Kontrollen des MDK ausgenommen werden.

Der BDC unterstützt die geplante Überarbeitung des AOP-Kataloges, einschließlich der Aufwertung und Differenzierung der korrespondierenden Leistungen. Zum einen wurde dieser seit 2005 nur noch marginal weiterentwickelt und eine Modernisierung erscheint somit sachgerecht. Zum anderen kann mit

den o. g. Regelungen einem der häufigsten Prüfanlässe des MDK entgegengewirkt werden. Ergänzt werden muss aus Sicht des BDC, dass in die Weiterentwicklung des AOP-Kataloges medizinischer Sachverstand – sowohl seitens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, als auch vonseiten der Berufsverbände – einzubeziehen und zu berücksichtigen ist. Die Verbände und ihre Mitglieder stellen die tägliche Versorgung von Patientinnen und Patienten sicher und verfügen daher über elementare Kenntnisse bezüglich der Fragestellung, in welchem Setting und unter welchen Modalitäten die entsprechenden Leistungen erbracht werden können.

Gleichzeitig fordert der BDC im Sinne einer echten sektorenübergreifenden Behandlung, neben der Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung weiterer ambulanter Leistungen, auch die (kurzzeitige) stationersetzende Versorgung von Patienten in Praxiskliniken nach §§ 115 und 122 SGB V im Sinne einer „erweiterten ambulanten Versorgung“ zu fördern. Denn erst die Option, Patienten bei Bedarf auch über einen Zeitraum von bspw. bis zu drei Tagen zu versorgen, ermöglicht niedergelassenen Kollegen einen ähnlichen Zugang zu dem neuen Katalog „ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen“ (einschließlich der Differenzierung nach Schweregrad) wie ihren stationär tätigen Kollegen.

Konkret empfiehlt der BDC daher dringend, § 115 Absatz 2 SGB V um folgenden Passus zu ergänzen:

§ 115 Absatz 2 SGB V

(...)

Die Praxiskliniken nach Satz 1 Nr. 1 sind zur Durchführung der im Katalog nach § 122 Satz 1 Nr. 1 genannten ambulant oder stationär durchführbaren stationersetzenden Behandlungen zugelassen.

Schließlich sollte die Umsetzung der Aufgaben gemäß § 122 SGB V (Erstellung Leistungskatalog und Definition von Maßnahmen zur Qualitätssicherung) mit einer Frist belegt und eine Schiedsregelung eingeführt werden.

§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

In diesem neu formulierten Absatz wird zum einen eine Aufwandspauschale von 300 Euro eingeführt, die durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus zu entrichten ist, sofern eine Prüfung nicht zur Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Zudem sollen zukünftig quartalsbezogene Prüfquoten je Krankenhaus gelten. Ab 2021 sollen sich diese nach den Auffälligkeiten in den Vorjahresabrechnungen des jeweiligen Krankenhauses richten. Schließlich sollen Krankenhäuser bei einem Anteil auffälliger Abrechnungen von über 40 Prozent Aufschläge auf die ermittelten Abrechnungsbeträge an die Krankenkassen zahlen.

Der BDC unterstützt die Einführung von Obergrenzen für den Umfang der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst, da damit der Aufwand für alle Beteiligten nach oben hin begrenzt wird. Diesem Ziel dient ebenfalls die genannte Aufwandspauschale, die zudem ein effizienteres Prüfwesen fördern kann.

Hingegen sieht der BDC die Einführung von Aufschlägen, abhängig lediglich von einer definierten „Fehlerquote“, kritisch, insbesondere wenn die Fehlerquote unverschuldet entstanden ist. Diesbezüglich empfiehlt der BDC dringend eine entsprechende Konkretisierung des Gesetzentwurfs.

Ebenfalls Konkretisierungsbedarf sieht der BDC in Bezug auf die Kriterien zur Definition von „Auffälligkeiten“ bzw. von Abrechnungsfehlern, um mögliches Konfliktpotenzial bereits von vorneherein einzugrenzen.

Schließlich macht der BDC darauf aufmerksam, dass die vorgesehenen Rückzahlungen gemäß § 275c Absatz 3 in spezifischen Konstellationen zu ungewollt hohen Rückzahlungen vonseiten der Krankenhäuser (insbesondere bei Maximalversorgern, bzw. bei hochspezialisierten Leistungen) führen könnte. Vor diesem Hintergrund sollte der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnen, definierte DRGs von der Strafe auszunehmen, bzw. eine Deckelung einzuführen.

§ 278 Medizinischer Dienst

Hier wird die spezifische ärztliche bzw. pflegerische Expertise und Gesamtverantwortung als conditio sine qua non für die Begutachtung der entsprechenden Sachverhalte implementiert. Diese ist aus Sicht des BDC unbedingt erforderlich. Aus Sicht des BDC sollte darüber hinaus eine fachspezifische Expertise vorgegeben werden, um eine sachgerechte Prüfung zu fördern.

§ 279 Verwaltungsrat und Vorstand

§ 282 Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

Das Einbeziehen ärztlichen bzw. pflegerischen Sachverständs durch eine Repräsentanz im Verwaltungsrat wird begrüßt. Jedoch wird eine Anzahl von insgesamt vier Vertretern auf Vorschlag der Verbände sowohl der Pflegeberufe als auch der Landesärztekammern gegenüber je 6 Vertretern auf Vorschlag a) der Landesverbände von Kranken-/Ersatzkassen/Rentenversicherung und b) vonseiten der Selbsthilfeorganisationen/Verbraucherschutz für zu gering erachtet. Bei der Beurteilung der medizinisch geprägten Sachverhalte sollten die entsprechenden Berufsgruppen unbedingt als gleichwertige Partner einbezogen werden.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17c Absatz 2a

Folgender Absatz 2a soll gemäß Referentenentwurf eingefügt werden:

„Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden.“

Dieser Passus scheint in sich einen gewissen Widerspruch zu bergen. Der BDC bittet – um das Abrechnungsgeschehen nicht unnötig zu verkomplizieren – um folgende Anpassung:

„Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen ausschließlich ~~durch das Krankenhaus ausgeschlossen. In~~ aufgrund von Regelungen gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 ~~können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden~~ zulässig.“

§ 18b Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

In Absatz 3 wird geregelt, welche Institutionen den Schlichtungsausschuss anrufen können.

Der BDC weist darauf hin, dass die mit Kodierfragen befassten Berufsverbände unbedingt ergänzt werden müssen. Sie verfügen über eine hohe Expertise, u. a. im Bereich der Systematisierung der Berufsausübung sowie der Dokumentation:

„Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften und Berufsverbände, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.“

Absatz 5 beinhaltet die Regelung, dass der Schlichtungsausschuss zunächst 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 entscheidet.

Der BDC möchte anregen, weiteren Fachgesellschaften Zugang zu gewähren, um dem Umstand gerecht zu werden, dass weitere strittige Fragestellungen existieren.