

*1. Fr. Kling mussen kausf. Hinweis
an BDH zur SKn-Praxis erl. CD 1716*

● BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. · Lievelingsweg 125 · 53119 Bonn

Herrn Minister Jens Spahn
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Antw.	Str.	AE für Min.Nr.
Ministerbüro im BMG		
Eingang: 11. Juni 2019		006640
PST	ST	L-Reg zda
Verfügung Abt. 2		
Termin:	Kopie für:	

215

MK 13/EL

06.06.2019

Bundesgeschäftsführerin

Lievelingsweg 125
53119 Bonn
tel 0228-96984-0
Durchwahl 96984-11
fax 0228-96984-99
info@bdh-reha.de
www.bdh-reha.de

Stellungnahme zum Referentenentwurf zum MDK-Reformgesetz

Sehr geehrter Herr Minister Spahn,

der BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. ist neben dem VdK und SoVD einer der großen Sozialverbände in Deutschland. Zugleich ist der BDH aber auch überregionaler Träger von neurologischen gemeinnützigen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Daher können wir die Gesetzgebung von beiden Seiten aus – dem der Patientinnen- und Patientenvertretung UND des Krankenhausträgers - bewerten und begleiten. Wir bitten Sie herzlich, unsere anliegende Stellungnahme zum Referentenentwurf des MDK-Reformgesetzes in Ihre weiteren Überlegungen einzubeziehen. Auch für zukünftige Gesetzesvorhaben bitten wir Sie, uns die Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen.

Für Rückfragen steht Ihnen die Unterzeichnerin gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dipl.-Betw. Lemmer, MBA
Bundesgeschäftsführerin

1 Anlage

● Eingetragener Verein
Sitz Bonn.
Als gemeinnützige
und mildtätige
Organisation anerkannt.

● Zusammenschluss von
Menschen mit Behinderung.
Fachorganisation für
neurologisch erkrankte
Menschen und ihre
Angehörigen.

● Träger von Neurologischen
Kliniken und Neurologischen
Rehabilitationseinrichtungen.

● Bank für Sozialwirtschaft
IBAN
DE44370205000001180800
BIC
BFSWDE33XXX

● Sparkasse KölnBonn
IBAN
DE15370501980014850069
BIC
COLSDE33

● Bank für Sozialwirtschaft
Spendenkonto-Nr. 250 250
IBAN
DE51370205000000250250
BIC
BFSWDE33XXX

Stellungnahme der BDH Bundesverband Rehabilitation e.V.

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

Allgemeines

Grundsätzlich begrüßt der BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. als Verband von behinderten und kranken Menschen und als überregionaler Klinikträger die Absicht des Bundesgesundheitsministers (BMG), die in der Vergangenheit überbordenden Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu begrenzen und faire Spielregeln für beide Seiten einzuführen. In der streitbehafteten Vergangenheit und Gegenwart wurden und werden wertvolle Versichertengelder, die in die Versorgung der kranken und behinderten Menschen gehören, für Schreibtischtätigkeiten und Rechtsstreitigkeiten ausgegeben.

Das Ziel der effizienten Arbeit bzgl. Abrechnung und Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), der Krankenkassen und Krankenhäuser begrüßt der BDH ausdrücklich. Dies gilt vor allem für den Aspekt der Unabhängigkeit des MDK von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Allerdings weist der Referentenentwurf auch erhebliche Schwächen bei der Zielerreichung auf, die nachfolgend dargestellt werden. Vorschläge zur besseren Zielerreichung werden dargestellt.

Zu: A. Problem und Ziel

„Der MDK [...] wirken mit über 9000 Beschäftigten daran mit, dass die Leistungen der Kranken- und Pflegekassen nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen. [...] die MDK leisten hierdurch einen wichtigen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung.“

Dies ist leider nur theoretisch der Fall. In der Praxis erleben wir, dass die 2.299 Ärzte und 3.220 pflegfachlichen Gutachter sowie 371 Kodierkräfte des MDK (Quelle: MDK-Die Arbeit der medizinischen Dienste, Zahlen, Daten, Fakten 2017) oft leider nicht die erforderliche fachliche Qualifikation besitzen, um komplexe medizinische Fälle, z.B. in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, valide zu beurteilen. So wird im Bereich der Abrechnungsprüfung von Krankenhäusern das Gutachten eines MDK-Arzt ohne Fachgebietsbezeichnung über die medizinische Expertise eines erfahrenen Klinik-Facharztes gestellt. Hinzu kommt, dass insbesondere in der Akutmedizin der klinische Eindruck eines Patienten entscheidend ist, und dies aus einer ex ante-Sicht. Dieser, auf ärztlicher Kunst und Erfahrung beruhende klinische Blick lässt sich nur schwer „MDK-sicher“ dokumentieren. MDK-Ärzte beurteilen Fälle aber ex post, ohne in der Verantwortung für Patienten zu stehen und ohne diese persönlich untersucht zu haben. Dennoch zweifeln sie in ihren Begutachtungen regelhaft diese klinische Einschätzung von Krankenhausärzten an. Es zeigen sich die Schwerpunkte der Abrechnungsstreitigkeiten in den Bereichen sekundäre und primäre Fehlbelegung. Hier kommt es immer auch auf die Berücksichtigung der tatsächlichen sozialen und medizinischen Versorgungssituation an. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zu Details des Operationen- und Prozedurenschlüssel-Katalogs (z.B. OPS 8-981 und 8-550) lässt diese konkrete Realität vor Ort vollkommen unberücksichtigt. Neben überbordenden Dokumentationsanforderungen besteht die Gefahr, dass Ärzte und Krankenhäuser in die strafrechtlich bewehrte unterlassene Hilfeleistung getrieben werden.

Zu: D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

[...] Verlagerung von stationären Leistungen in den Bereich der ambulant erbrachten Krankenhausleistungen zu erwarten. Für je ein Prozent der stationären Fälle, die in den ambulanten Bereich verschoben werden können, ist für die Krankenkassen mit Einsparungen in Höhe von rund 120 Millionen Euro zu rechnen. Werden mehr Fälle ambulant statt stationär behandelt, sinkt dadurch auch die Notwendigkeit einer Überprüfung der primären Fehlbelegung, sodass sich in Folge die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen vermindern.“

Der BDH unterstützt die u.a. im § 39 SGB V normierte Regel der vorrangigen ambulanten vor der stationären Behandlung. Auch ein Katalog der grundsätzlich ambulant zu erbringenden Operationen und Behandlungen ist begrüßenswert. Allerdings muss dabei auch stets die konkrete tatsächliche Versorgungsstruktur, in der der Patient lebt, einbezogen werden. Dies kann durch einen formalen Katalog nicht immer abgebildet werden. Ein Beispiel sei hier erlaubt: Ein gebrechlicher, alter, aber noch allein lebender Patient hat einen diabetischen Fuß, der für die Zeit nach der Operation nicht belastet werden darf und täglichen Verbandwechsel erfordert. Der Patient lebt im dünn besiedelten Vogelsbergkreis. Theoretisch kann eine solche Operation mit anschließender Nachversorgung ambulant erfolgen. Jedoch ist dies im konkreten Fall nicht möglich, da trotz Orthese eine Belastung des diabetischen Fußes bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erfolgen muss und kein Hausarzt bzw. Pflegedienst den täglichen Verbandwechsel mit Kontrolle der Wundheilung durchführen kann, da im Vogelsbergkreis Hausarztsitze wegen Bewerbermangels nicht nachbesetzt werden können. Diese Situation wird sich in Zukunft noch zuspitzen, da z.B. mehr als ein Viertel aller Hausärzte in Hessen älter als 60 Jahre sind.

Demzufolge kann zwar ein Katalog die theoretisch ambulant durchführbaren Operationen und Behandlungen aufzeigen, die konkrete Versorgungssituation vor Ort muss aber im Einzelfall berücksichtigt werden. Damit kann die o.g. Prognose einer Verringerung der strittigen Fälle nicht eintreten und die Ersparnis wird geringer ausfallen. Nur dann, wenn ein solcher Katalog formalistisch von den Krankenkassen angewendet wird, ergibt sich Einsparpotenzial für die GKV, da das Kostenausfallrisiko einseitig auf die Krankenhäuser und deren Ärzte verlagert wird, die aus strafrechtlichen Gründen diese Patienten stationär behandeln MÜSSEN, um ihrer Verantwortung gerecht werden zu können.

Der Gesundheitsminister muss sich dann allerdings auch fragen lassen, wozu die GKV die schon jetzt angesparten 21 Mrd. Euro Versicherungsgelder verwenden will. Beim Versicherten kommen sie nach unserer Erfahrung jedenfalls nicht an.

Zu: Ziff. 2 zu Artikel 1 § 109 neuer Abs. 6

Das Verbot der Aufrechnung von Forderungen mit Ansprüchen aus Rückforderungen begrüßt der BDH.

Zu: Ziff. 3 a) zu Artikel 1 § 115b Abs. 1 Satz 2

Der zu erstellende Katalog der ambulant durchzuführenden Operationen, stationärsersetzenden Eingriffe und stationärsersetzenden Behandlungen müssen die konkreten Versorgungsmöglichkeiten des Einzelfalls den Ausschlag für eine ambulante Versorgungsform geben. Vor allem eine Differenzierung des Schweregrades der Fälle muss dies berücksichtigen.

Zu: Ziff. 7 zu Artikel 1 § 275 d)

Der BDH begrüßt die Regelung, die zu einer objektiveren medizinischen Versorgung der Menschen mit Behinderungen führen kann.

Zu: Artikel 1 § 275c Abs. 1

Der BDH begrüßt die Regelung, dass ALLE Rechnungsprüfungen nach einem einheitlichen Verfahren durchgeführt werden und damit die verwirrende und streifbehaftete Rechtsprechung des BSG zur sachlich-rechnerischen Prüfung folgenlos bleibt.

Zu: Artikel 1 § 275c Abs. 1 Nr. 1. – 3. in Verbindung mit Abs. 3 und Abs. 4

Die Anzahl der korrekten Abrechnungen wird sich so einfach nicht ermitteln lassen, da beide Seiten alles dafür tun werden, den Prozentsatz der korrekten Abrechnungen so niedrig/so hoch wie möglich zu halten. Insbesondere in Verbindung mit den Sanktionszahlungen werden sich Krankenhäuser und Krankenkassen erbittert streiten und letztlich auch die Sozialgerichte anrufen, wenn die Grenzen der 60% korrekten bzw. 40% korrekten Abrechnungen berührt werden, die zu erheblich höheren Strafzahlungen führen. Die Sozialgerichte werden weiterhin angerufen werden, wie die Erfahrung allein schon aus der Interpretation des OPS-Katalogs durch das BSG gezeigt hat.

Der Referentenentwurf wirft bei der Statistik viele offene Fragen auf:

- der MDK kommt zu einer Rechnungsminderung und die Krankenkasse mindert den Rechnungsbetrag – das Krankenhaus erkennt diese nicht an (wie dies auch heute in vielen Fällen ist), klagt vor dem Sozialgericht und erhält nach 3 Jahren Recht. Wird diese Abrechnung dann als Falschabrechnung gezählt und führt zu Strafzahlungen des Krankenhauses?
- Wann wird der o.g. Fall in der Rechnung/Statistik nach der neuen Ziff. 4 gezählt?
- Wie geht der o.g. Fall nach Sozialgerichtsentscheidung in die Statistik ein? Als korrekte Abrechnung zum Datum des SG-Urteils? Oder rückwirkend zum Datum der ursprünglichen Rechnung? Im letzten Fall kann sich dadurch die Änderung des an die Krankenkassen zu zahlenden Aufschlages ergeben. Dieser war dann nicht gerechtfertigt, es besteht aber nach dem Referentenentwurf keine Rückzahlungsverpflichtung durch die GKV – ist das so unfair gewollt? Welcher bürokratische Aufwand ergibt sich durch diese Rückrechnung über mehrere Jahre?

Zu: § 275c Absatz 4 letzter Satz

Die Veröffentlichung der Statistiken zu Prüfungen des MDK und deren bundesweiter Vergleich sind einerseits aus Transparenzgründen zu begrüßen. Andererseits ist die Gefahr groß, dass die MDK in ein Ranking gestellt werden, dessen Kriterien wahrscheinlich die Leistungen pro MDK-Mitarbeiter, die Anzahl der korrigierten Krankenhausrechnungen – wobei zumindest unklar ist, ob diesbezügliche Urteile der Sozialgerichte berücksichtigt werden – usw. sein werden. Es ist zu befürchten, dass die Qualität der Begutachtung hinter der Erfüllung von Leistungskriterien zurückbleibt. In diesem Kontext ist zu fordern, dass sich auch der MDK einer noch stärkeren als im Referentenentwurf vorgesehenen Qualitätssicherung in einem Qualitätsmanagementsystem unterwirft. Es kann nicht sein, dass Leistungserbringer im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich (§ 135a SGB V bzw. § 20 SGB IX) verpflichtet werden, ein (in der Rehabilitation sogar zertifiziertes) Qualitätsmanagement zu betreiben, der MDK aber quasi „unkontrolliert“ bleibt. Somit muss es auch möglich sein, dass ein unabhängiges Beschwerdemanagement vorgehalten wird. Wenn MDK-Gutachten qualitativ minderwertig sind, muss es auch möglich sein, den Gutachter zur Rechenschaft zu ziehen und ohne SG-Verfahren die negativen Auswirkungen für Leistungserbringer abzuwenden.

Problematisch am § 275 c ist aber auch die nur fragliche Unabhängigkeit des in eine eigene Körperschaft des öffentlichen Rechts überführten MDK, denn er wird über eine Umlage von den Krankenkassen und Pflegekassen bezahlt.

Zu: § 275d Abs. 1 und 2

Die zwingende Begutachtung der Erfüllung von Strukturmerkmalen lt. OPS zeigt, dass der Gesundheitsminister alle Verantwortlichen in den Krankenhäusern unter Generalverdacht stellt. Auch heute schon muss der Geschäftsführer bzw. Betriebsleiter mit seiner Unterschrift die Einhaltung der Strukturmerkmale bestätigen und haftet persönlich dafür.

Die neu geschaffene Begutachtung durch den MDK oder einen anderen Gutachter schafft neue Bürokratie, die keinem Patienten hilft und auch nicht zu einer Reduktion von nachfolgenden Prüfungen führen wird. Sie schafft zugegebenermaßen neue Arbeitsplätze für

Ärzte an Schreibtischen. Genau dies möchten wir als Behindertenverband vermeiden, denn Ärzte gehören in die Patientenversorgung, nicht hinter den Schreibtisch!
Die Befristung der Prüfungsbescheinigung erhöht die Bürokratie nochmals.

Zu: § 278 Abs. 1 und 3

Der BDH sieht in der Institutionalisierung bzw. Änderung der Rechtsform der Medizinischen Dienste in jedem Bundesland eine unnötige Aufblähung der Bürokratie. Es entstehen etliche neue teure Posten, deren Dotierung besser für die Finanzierung des Gesundheitswesens und die Versorgung von Menschen mit Behinderungen eingesetzt werden sollte. Auch entsteht erhöhter Abstimmungsbedarf mit dem Medizinischen Dienst Bund. Das Krankenhausrecht, das Pflegeversicherungsrecht und das Bundesteilhabegesetz gelten bundesweit. Daher sollte die neue Struktur des MDK dem folgen und ebenfalls bundesweit aufgestellt sein. Einzelne Körperschaften haben die Tendenz sich eigenständig zu entwickeln und z.B. Kodierregeln unterschiedlich auszulegen. Dies kann nur insuffizient mit kostenträchtiger Abstimmung abgemildert werden.
Der BDH begrüßt die Einrichtung einer unabhängigen Ombudsperson im MDK.

Zu: § 279 Abs. 3

Der BDH begrüßt ausdrücklich die Vertretung der Patienten im Verwaltungsrat des MDK. Ebenfalls begrüßt er den Ausschluss von hauptamtlich bei Krankenkassen oder deren Verbänden beschäftigten Vertreter im Verwaltungsrat. Gleiches gilt für die kurzfristig aus diesen Organisationen gewechselten Personen.

Zu: § 281 Abs. 1 in Verbindung mit § 283

Der BDH spricht sich für einen bundesweiten MDK aus, dann würden wesentliche zeitraubende und damit kostenträchtige Abstimmungen entfallen und diese Finanzmittel können für die Versicherten eingesetzt werden.

Zu: Artikel 2 Ziff. 1 c)

Es wird die Korrektur von Unterlagen nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkassen ausgeschlossen. Der BDH widerspricht dem und verweist auf das Recht auf Irrtum eines jeden Menschen. Zudem ist nicht deutlich, ob mit „Korrektur“ auch die Ergänzung von Unterlagen gemeint ist.

Zu: Artikel 2 § 18b Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 4 und Abs. 5

Der BDH begrüßt die Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene für die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Es fehlt allerdings das klare Rückwirkungsverbot für dessen Entscheidungen, wenn die in der Prüfung befindlichen MDK-Fälle nach diesen dann vorher nicht klaren Bestimmungen abgerechnet werden müssen. Dies ist vor dem Hintergrund der mehrmonatigen Laufzeiten von MDK-Rechnungsprüfungen unbillig.

Der BDH begrüßt, dass der Schlichtungsausschuss bis zum 31.12.2020 alle bis zum 31.12.2019 strittig gestellten Kodierregeln entscheiden soll.

Zu: Artikel 3 Ziff. 2

Der BDH begrüßt die Ausfinanzierung der Personalkosten für Pflegekräfte für das Jahr 2019 ausdrücklich.