

03.06.2019

**Stellungnahme zum Referentenentwurf eines
Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
MDK-Reformgesetz**

A. Vorbemerkung

Der BDPK begrüßt den Gesetzentwurf zur Reform des medizinischen Dienstes. Ein solcher ist dringend notwendig, um den Aufwand der stetig zunehmenden Abrechnungsprüfungen einzudämmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern leiden zunehmend unter dem bürokratischen Aufwand der Dokumentation und der Überprüfung. Sehr sinnvoll ist es, den medizinischen Dienst unabhängig von den Krankenkassen auszugestalten. Besonders begrüßen wir auch die mit dem Gesetzentwurf verbundene Aufnahme von Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach Schlaganfällen und Schwersthirnverletzungen.

Dennoch bedarf es einiger Konkretisierungen der gesetzlichen Vorschläge, um das Prüfgeschehen wie gewollt eindämmen zu können. So ist insbesondere nötig, die vorgesehenen Prüfquoten nicht auf das gesamte Krankenhaus, sondern auf die einzelne Fachabteilung zu beziehen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass kleine Fachabteilungen (Geriatric, Neurologie), die relativ wenige, aber teure Komplexbehandlungen erbringen, deutlich häufiger geprüft werden, als es gewollt ist.

Besonderen Handlungsbedarf sehen wir bei der Überprüfung der oberen und unteren Grenzverweildauer. Diese Überprüfungen erfolgen rein hypothetisch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung und sollen verlässliche Aussagen darüber geben, ob der Patient gegebenenfalls hätte früher entlassen werden können. Diese Prüfungen haben derzeit den größten Anteil an den Abrechnungsprüfungen. Würde man auf diese verzichten, könnte man die vorgesehenen Quoten der korrekten Abrechnungen deutlich nach oben setzen.

Ein weiterer Punkt, der dringend überarbeitet werden sollte, sind die Prüfungen von Strukturmerkmalen. Die vorgesehene Regelung wirft erhebliche Fragen u.a. in der zeitlichen Umsetzung auf. Anstatt bis zum 31.12.2020 alle entsprechenden Fachabteilungen in allen Krankenhäusern zu prüfen, muss es diesen ab 2021 möglich sein, ihre Leistungen solange zu erbringen und abzurechnen, bis der MD Beanstandungen in den Strukturen feststellt (Bestandsschutz). Erforderlich ist auch, dass einer negativen Strukturprüfung die Möglichkeit eines geregelten Widerspruchsverfahrens folgt, wenn ein Krankenhaus entgegen der Auffassung des MD der Meinung ist, alle Strukturvoraussetzungen erfüllen zu können. Ebenso bedarf es der Möglichkeit zur Nachbesserung, wenn ein Krankenhaus im Nachgang einer negativen Strukturprüfung das Fehlen von Strukturmerkmalen beseitigt hat.

B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Gesetzliches Aufrechnungsverbot

Art. 1 Nr. 2, § 109 Absatz 6 SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Mit der Einführung eines neues Absatzes 6 soll die Möglichkeit der Krankenkassen, mit Rückforderungsansprüchen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser aufzurechnen, gesetzlich ausgeschlossen werden.

Bewertung

Diese Regelung ist sehr zu begrüßen. In diesem Zusammenhang sollte zugleich eine gesetzliche Zahlungsfrist aufgenommen werden, wie sie bereits in einigen Bundesländern (z. B. Bayern) existiert. In Anlehnung daran empfiehlt sich eine Frist von drei Wochen.

II. Durchführung von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Art. 1 Nr. 9, § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

Bewertung

Aus unserer Sicht sollte hier die Klarstellung erfolgen, dass es sich bei der sechs-Wochen-Frist um eine Ausschlussfrist handelt. Das heißt, dass nach diesen sechs Wochen feststeht, dass eine Krankenhausrechnung rechnerisch und sachlich richtig und nicht mehr angreifbar ist.

III. Einführung einer Prüfquote

Art. 1 Nr. 9, § 275c Abs. 2 SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Ab 2020 soll eine zulässige Prüfquote je Krankenhaus in Höhe von bis zu 10 % je Quartal eingeführt werden. Ab 2021 sind quartalsbezogene Prüfquoten in Abhängigkeit vom Anteil korrekter Abrechnungen vorgesehen: Korrekte Abrechnungen in Höhe von 60 % oder mehr führen zu einer Prüfquote von bis zu 5 %, korrekte Abrechnungen in Höhe von 40-60 % führen zu einer Prüfquote von bis zu 10 % und korrekte Abrechnungen in Höhe von unter 40 % führen zu einer Prüfquote von bis zu 15 %. Dabei entsteht die Prüfquote des jeweiligen Quartals auf der Grundlage des Ergebnisses der Prüfung des vorvergangenen Quartals.

Bewertung

Die Einführung von Prüfquoten in Abhängigkeit von korrekten Abrechnungen als Anreiz für eine korrekte Rechnungsstellung ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Zu befürchten ist jedoch, dass die Krankenkassen aufgrund dessen ihr Prüfverhalten ändern und zu prüfende Rechnungen noch gezielter selektieren werden.

In § 275 c sollte zunächst definiert werden, was unter dem Begriff der „korrekten Abrechnung“ zu verstehen ist bzw. was unter einer Falschabrechnung zu verstehen ist. Unseres Erachtens sollten unter den Begriff der Falschabrechnung nur Abrechnungen fallen, bei denen die MD-Prüfung zu einer Rechnungskürzung und/oder zu veränderten Fallpauschalen führt. Verweildauerprüfungen sind für die Festlegung des Anteils korrekter Abrechnungen nicht geeignet, denn anders als die Überprüfung von Kodierfragen erfolgt die Auslegung hier rein hypothetisch und ist extrem streitbehaftet. Zudem werden in der Prüfung nicht diejenigen Fälle berücksichtigt, in denen die Anschlussversorgung der Patienten nicht sichergestellt werden konnte und diese deshalb länger im Krankenhaus bleiben mussten. Dies bietet Anreize für ein strategisches Prüfverhalten der Krankenkassen. Zudem sollten die Prüfquoten je Fachabteilung eines Krankenhauses gelten und nicht für das gesamte Krankenhaus, da ansonsten zu befürchten ist, dass überproportional kostenintensive Fälle in die Prüfung einbezogen werden. Weiterhin erscheint die Regelung, die Prüfquoten anhand des Prüfergebnisses des vorvergangenen Quartals zu ermitteln, in der Praxis nicht umsetzbar. Denn derzeit liegt die Verfahrensdauer von Einzelfallprüfungen bei bis zu elf Monaten, sodass man für die Ermittlung der Quote auf die mindestens ein Jahr zurückliegenden Quartale zurückgreifen sollte.

IV. Sanktionsregelung

Art. 1 Nr. 9, § 275c Abs. 3 SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Vorgesehen ist ein Aufschlag auf die Differenz zwischen dem ursprünglich vom Krankenhaus zu hoch berechneten Rechnungsbetrag und dem nach der Abrechnungsprüfung durch den MD geminderten Rechnungsbetrag. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen in Höhe von 40-60 % ist ein Aufschlag in Höhe von 25 %, bei einem Anteil korrekter Abrechnungen in Höhe von unter 40 % ist ein Aufschlag in Höhe von 50 % vorgesehen.

Bewertung

Vor allem aufgrund der bisher fehlenden Definition von korrekten bzw. falschen Abrechnungen, ist die vorgesehene pauschale Sanktionsregelung kritisch zu bewerten. Die vorgesehenen Strafzahlungen sind betragsmäßig nicht limitiert, was zu unverhältnismäßig hohen Sanktionszahlungen führen kann. Diese Regelung sollte daher ersatzlos gestrichen werden. Ist aber ein Verzicht auf Grenzverweildauerprüfungen im Gesetz verankert, wären auch gestaffelte Sanktionsregelungen für die Krankenhäuser akzeptabel. Hilfsweise könnte eine summenmäßige Begrenzung der Sanktionszahlungen erfolgen bspw. in Analogie zu der Aufwandspauschale der Krankenkassen in Höhe von 300 €. Weiterhin fehlt im Gesetzentwurf eine Klarstellung, dass die Sanktionen erst ab dem Jahr 2021 gelten, da die gestaffelten Prüfquoten erst ab diesem Jahr zur Anwendung kommen sollen. Auch muss geregelt werden, dass Rückzahlungen aus den MD-Prüfungen wieder dem Landesbasisfallwert zugeführt werden, da es sonst zu einem Mittelabfluss kommen würde.

V. Prüfung von Strukturmerkmalen

Art. 1 Nr. 9, § 275d SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Die Vorschrift regelt, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGBV durch den Medizinischen Dienst oder durch einen anderen Gutachterdienst begutachten zu lassen haben, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Die MD bzw. Gutachterdienste bescheinigen den Krankenhäusern, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für einen ausgewiesenen zukünftigen Zeitraum ohne weitere Prüfung erfüllen. Nach § 275d Abs. 3 SGB V müssen für die Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2021 die Bescheinigungen spätestens bis zum 31.12.2020 übermittelt werden.

Bewertung

Es ist zu begrüßen, dass durch eine gesetzliche Regelung von Strukturprüfungen Rechtsklarheit hinsichtlich des Vorliegens von Strukturmerkmalen geschaffen wird. Zu kritisieren ist jedoch, dass der Gesetzentwurf keinen Zeitraum für die Gültigkeit der Bescheinigung nennt und dass unklar ist, wer als „anderer Gutachterdienst“ in Betracht kommt. Zudem würde eine Übermittlung der Bescheinigungen bis zum 31.12.2020 voraussetzen, dass für alle Krankenhäuser und alle Leistungsbereiche im Jahr 2020 erstmalig Strukturprüfungen nach neuer Systematik zu erfolgen hätten, was aus unserer Sicht organisatorisch kaum realisierbar erscheint. Daher schlagen wir vor, dass die Kliniken ab 2021 zunächst die entsprechenden Leistungen erbringen und abrechnen dürfen, wenn sie dies bereits im Jahr 2020 getan haben (Bestandsschutz). Erst wenn ab dem Jahr 2021 Strukturprüfungen nach diesem Gesetz stattfinden und dabei das Fehlen von Strukturmerkmalen festgestellt wird, kann dieses Prüfungsergebnis dazu führen, dass eine Leistung nicht mehr erbracht und abgerechnet werden darf. Gesetzlich festgelegt werden sollte auch, dass die Ergebnisse von Strukturprüfungen nach spätestens zwei Monaten vorzuliegen haben. Weiterhin erfordert die Strukturprüfung unseres Erachtens ein geordnetes Widerspruchsverfahren für den Fall, dass ein Krankenhaus dem Ergebnis einer Strukturprüfung nicht zustimmt. Für den Fall, dass eine Klinik nach einer negativ beschiedenen Strukturprüfung fehlende Merkmale ausgeglichen hat, bedarf es zudem der Möglichkeit einer Nachbesserung dieser zuvor fehlenden Merkmale auf Verlangen der Klinik. Zudem sollte die Gültigkeit der Bescheinigung bereits im Gesetz festgelegt werden und dabei mindestens zwei Jahre betragen.

VI. Medizinischer Dienst – Gutachter

Art. 1 Nr. 9, § 278 Abs. 2 SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen anderer Heilberufe auch Angehörige anderer geeigneter Berufe des Gesundheitswesens als MD-Gutachter einzusetzen sind. Laut Begründung können dies z. B. Kodierassistenten, Gesundheitsökonominnen oder auch Orthopädietechniker sein. Der Gesetzentwurf stellt aber auch klar, dass bei einer Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen, die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachtern und bei ausschließlich pflegfachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

Bewertung

Auch diese vorgesehene Neuregelung ist zu begrüßen, doch schlagen wir eine Klarstellung dahingehend vor, dass Fachbereiche nicht durch fachfremde Ärzte geprüft werden dürfen (Facharztstatus). Weiterhin sollte es gesetzlich ausgeschlossen werden, dass MD-interne Vorgabequoten für „Prüferfolge“ festgelegt werden sowie dass Mitarbeiter des MD nach „erwirtschafteten“ Rückzahlungen bewertet werden oder Bonuszahlungen erhalten. Sollte es zukünftig auch möglich sein, dass die MD die Erstellung von Gutachten extern vergeben können, so müssen für diese Qualität und Datenschutz ausreichend durch gesetzliche Regelungen gewährleistet werden.

VII. Verwaltungsrat und Vorstand

Art. 1 Nr. 9, § 279 Abs. 3 SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Durch § 279 Abs. 3 SGB V soll die Besetzung des Verwaltungsrats der MD neu geregelt werden. Neben Vertretern der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen, der BAHN-BKK und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See soll der Verwaltungsrat zukünftig auch mit Vertretern 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 Verbraucherschutzorganisationen und Vertretern der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern besetzt sein.

Bewertung

Mit der Neubesetzung des Verwaltungsrats soll sichergestellt werden, dass die Interessen aller wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können. Um eine wirklich ausgeglichene Besetzung zu erreichen, ist es dringend erforderlich, dass auch Vertreter von Krankenhäusern in den Verwaltungsrat aufgenommen werden. Aus unserer Sicht besteht mit der vom Gesetzentwurf vorgesehen Besetzung die Gefahr, dass sich die Vertreter der Krankenkassen gegen die weniger erfahrenen Patientenvertreter, Vertreter der Pflegebedürftigen und Verbraucher sowie Vertreter der Ärzte/Pflegeberufe verbünden könnten.

VIII. Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Art. 1 Nr. 11 § 283 Abs. 2 SGB V

Neuregelung

§ 283 Abs. 2 bestimmt die Kompetenz des MD Bund zum Erlass von Richtlinien, welche nach bisheriger Fassung dem GKV-Spitzenverband vorbehalten war. Danach soll der Medizinische Dienst Bund u. a. die Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste erlassen, um eine einheitlichen Begutachtung sicherzustellen, § 283 Abs. 2 Nr. 2. Beim Erlass der Richtlinien hat der MD Bund die Pflicht, verschiedenen Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit diese von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind sowie diese Stellungnahmen in die Entscheidung mit einzubeziehen. Dies sind u.a. der GKV-SV, die Bundesärztekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene sowie weitere maßgebliche Verbände und Fachkreise auf Bundesebene.

Bewertung

Zu begrüßen ist, dass den von den Richtlinien des MD Bund betroffenen Stellen das Recht zur Stellungnahme eingeräumt wird, soweit diese konkret von einer Richtlinie betroffen sind. Um allen Krankenhäusern im Bundesgebiet die gleiche Planungssicherheit geben zu können, sollte in § 283 Abs. 2 Nr. 2 klargestellt werden, dass der MD Bund Richtlinien zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Begutachtung erstellt.

IX. Elektronische Übermittlung von Unterlagen

Art. 2 Nr. 1 Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb), § 17 c Abs. 2 KHG (Neufassung)

Neuregelung

Mit der Neufassung des Satzes 2 erster Halbsatz erfolgt die Ergänzung eines Vereinbarungsauftrages an die DKG und den GKV-Spitzenverband zur ausschließlich elektronischen Übermittlung sowie zur Form und zum Inhalt der zwischen den Krankenhäusern und den MD auszutauschenden Unterlagen. Ab dem 01.01.2021 werden die zu übermittelnden Unterlagen dann ausschließlich auf elektronischem Wege ausgetauscht.

Bewertung

Die vorgesehene ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten ist sehr zu begrüßen. Dabei muss aber sichergestellt werden, dass dies bundesweit einheitlich erfolgt, um bundesland- oder MD-spezifische technische Lösungen zu vermeiden.

X. Falldialog und Widerspruchsverfahren

Art. 2 Nr. 1 Buchstabe c, § 17 c Abs. 2a und 2b KHG (Neufassung)

Neuregelung

§ 17 c Abs. 2a KHG regelt, dass nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen ist. Absatz 2b legt fest, dass eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nur stattfinden kann, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist.

Bewertung

In Absatz 2a sollte eine Klarstellung aufgenommen werden, dass Zwischenrechnungen von der Abrechnungsprüfung ausgeschlossen sind. Solche sind bspw. in der Psychiatrie sehr üblich und die Korrektur solcher Rechnungen muss den Kliniken auch zukünftig möglich sein.

Zu kritisieren ist, dass Absatz 2b den bisher freiwilligen Falldialog im Vorfeld einer gerichtlichen Überprüfung zu einer Verpflichtung macht. Darin liegt auch ein Widerspruch zur Gesetzesbegründung, wonach an der Freiwilligkeit des Falldialogs festgehalten werden soll (vgl. S.78 des Referentenentwurfs). Unseres Erachtens sollte der Falldialog auch zukünftig freiwillig bleiben. Sinnvoller wäre es, statt eines zwingend durchzuführenden Falldialogs, ein geordnetes Widerspruchsverfahren einzuführen.

XI. Fixkostendegressionsabschlag

Art. 3 Nr. 1 Buchstabe a, § 4 Abs. 2a KHEntgG (Neufassung)

Neuregelung

Im KHEntgG soll neu aufgenommen werden, dass der Fixkostendegressionsabschlag bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung keine Anwendung findet.

Bewertung

Die vorgesehene Ergänzung in § 4 KHEntgG ist sehr zu begrüßen, da sie zu einer einheitlichen Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags hinsichtlich der erbrachten Leistungen im Zusammenhang mit der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation bei Schlaganfällen oder Schwerstschädelhirnverletzungen führt.

Zu berücksichtigen ist, dass sehr viele der betroffenen Patienten beatmungspflichtig sind. Ohne gesetzliche Konkretisierung ist zu befürchten, dass es bei diesen Fällen zu Streitigkeiten mit Krankenkassen kommt, weshalb bereits im Gesetz klargestellt werden sollte, dass der Ausnahmetatbestand Patienten der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation mit und ohne Beatmung erfasst.

Zusätzlich sollten auch Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen werden. Nur so kann das vom Gesetzgeber gewünschte Ziel einer Qualitätsverbesserung auch wirklich erreicht werden, denn die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags hält die Krankenhäuser davon ab, solche Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Wenn schon nicht alle Leistungen/Leistungsbereiche des § 110a SGB V ausgenommen werden, so wäre zumindest eine Ausnahme für den Leistungsbereich Respiratorentwöhnung (Weaning) wünschenswert.