

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie

zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reform- gesetz

03. Juni 2019

Das DRG-System einschließlich der erforderlichen Abrechnungsbestimmungen und Kodierregeln für die verbindlichen weiteren Klassifikationssysteme der ICD-10-GM und Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sind hochkomplex und bieten eine Vielzahl von Auslegungsmöglichkeiten in deren Anwendung. Dies hat zu einem enormen Anstieg von Abrechnungsprüfungen seitens der Krankenkassen – verbunden mit einer Vielzahl von Streitigkeiten – geführt. Hierdurch werden der Gesundheitsversorgung nicht nur finanzielle Mittel entzogen, sondern in Zeiten eines deutlichen Fachkräftemangels auch wertvolle Arbeitszeit für die Versorgung von Patienten.

Daher ist eine konzeptionelle Neuausrichtung der Rahmenbedingungen der Abrechnung von Krankenhausleistungen grundsätzlich zu begrüßen. Dies ist ein längst notwendiger Schritt, um eine Abkehr von den ausufernden Abrechnungsstreitigkeiten erbrachter Krankenhausleistungen einzuleiten.

Der Bundesverband Geriatrie nimmt zu ausgewählten Inhalten des vorliegenden Entwurfs zum MDK-Reformgesetz wie folgt Stellung:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 109 SGB V – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Die bisher nahezu regelhaft angewendete Praxis der Krankenkassen, Rückforderungsansprüche für strittig gestellte Leistungen unter Umgehung der Sozialgerichte mit Forderungen von unstrittig erbrachten Leistungen der Krankenhäuser zu verrechnen, wird durch diesen neu angefügten Abs. 6 in § 109 SGB V beendet.

Die bisherigen Nachteile der Krankenhäuser in der Auseinandersetzung mit Krankenkassen um die Vergütung erbrachter Leistungen wird an dieser Stelle ausgeglichen und ist eine essentiell wichtige Regelung für die Krankenhäuser. Existentiell bedrohliche Situationen für Krankenhäuser bspw. infolge einer BSG-Rechtsprechung werden somit zukünftig vermieden.

Um die erzielte Wirkung zu erreichen, ist auf die Anpassung untergesetzlicher Regelungen zu achten.

§ 115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Eine Erweiterung des AOP-Katalogs um stationsersetzende Behandlungen ist ein wichtiger Schritt, um das Potential der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen besser auszuschöpfen. Ebenso ist die regelmäßige Anpassung durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse zu begrüßen.

Die Ergänzung in § 115b Abs. 2, wonach Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegen, wird zu einer deutlichen Verbesserung des Angebots an ambulanten Leistungen durch die Krankenhäuser führen.

Insbesondere die geriatrischen Patienten können von einem Angebot von stationsersetzenden Behandlungen und Diagnostik deutlich profitieren. Das Angebot teilstationär zu erbringender multimodaler komplexer Leistungen stellt eine ideale Behandlungsmöglichkeit für diese Patientengruppe dar. Allerdings kann dieses Leistungsangebot derzeit durch das restriktive Prüfverhalten der Krankenkassen, bei dem insbesondere die Notwendigkeit der stationären Behandlungsbedürftigkeit bestritten wird, nicht ausgeschöpft werden. Durch eine Integration von stationsersetzenden Leistungen für geriatrische Patienten, d.h. Überführung des teilstationären Angebots, kann die Sicherung der geriatricspezifischen Versorgung dieser Patientengruppe gelingen.

Der Begriff „stationsersetzende Behandlung“ sollte um die Ebene einer komplexen Diagnostik erweitert werden. So ist z. B. eine umfassende komplette Demenzdiagnostik mit einem hohen Ressourcenaufwand verbunden, der häufig die Strukturen eines Krankenhauses erfordert. Aufgrund der derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen ist eine Nutzung dieser fachlichen Kompetenz allerdings häufig nur im Rahmen einer (teil-)stationären Behandlung möglich. Eine stationäre Aufnahme birgt für geriatrische Patienten aber stets das Risiko, eine kognitive Funktionseinschränkung (z. B. Delir) zu erleiden. Zum anderen werden diese Fälle nahezu ausnahmslos einer Prüfung durch die Krankenkasse unterzogen, mit häufig für die Krankenhäuser negativem Ergebnis, sodass eine sinnvoll erbrachte Leistung nicht finanziert wird.

Mit Blick auf das vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag zu gebende Gutachten sollten diese Aspekte Beachtung finden.

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

Die in § 275c SGB V vorgesehene verankerte Begrenzung der Prüfquote einer Krankenkasse für die je Quartal bei ihr eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses ist als ein weiteres Mittel zur Begrenzung der ausufernden Prüfpraxis seitens der Krankenkasse deutlich zu begrüßen.

Wenn sich diese Prüfquote allerdings ausschließlich auf das gesamte Krankenhaus bezieht, wird dies mit großer Wahrscheinlichkeit nicht zu einer spürbaren Entlastung einzelner, bereits

heute von enormen Prüfquoten betroffener Fachabteilungen wie z. B. der Geriatrie führen. Daher ist eine Festlegung der Prüfquote nicht nur bezogen auf das gesamte Krankenhaus, sondern auch auf Fachabteilungsebene vorzunehmen.

Abzulehnen hingegen ist, dass Krankenhäuser zukünftig neben der Aufwandspauschale auch noch Strafzahlungen bei Unterschreitung eines festgelegten Anteils korrekter Abrechnungen leisten sollen, sofern es sich nicht um tatsächlich willentliche Falschabrechnungen handelt. Die überwiegende Mehrzahl der als nicht korrekt eingestuften Abrechnungen ergeben sich aus unterschiedlichen Einschätzungen medizinischer oder pflegerischer Sachverhalte.

Dass die Krankenkassen zukünftig an das MD-Gutachten gebunden sind, ist nachvollziehbar und wird dem Anspruch der Unabhängigkeit der MD-Gutachter durchaus gerecht.

§ 275c Abs. 6 beinhaltet eine Klarstellung von besonderer Bedeutung für die Krankenhäuser. Die Klarstellung besagt, dass eine einzelfallbezogene Prüfung der tagesbezogenen Abrechnung von Pflegeentgelten nicht zulässig ist sowie die Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen nur insoweit umgesetzt werden, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben. Hiermit wird ein unabsehbarer bürokratischer Aufwand durch Rechnungskorrekturen vermieden.

Ebenso zu begrüßen ist die Klarstellung, dass eine einzelfallbezogene Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V (neu) nicht zulässig ist.

§ 275d SGB V – Prüfung von Strukturmerkmalen

Die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die von den Krankenkassen seit langem frei vorgenommenen Strukturprüfungen wird durch den Bundesverband Geriatrie grundsätzlich begrüßt. Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung lässt jedoch einige Fragen ungeregelt. Es ist derzeit nicht ersichtlich, ob und ggf. wie diese eventuell in der geplanten Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (neu) geregelt werden. Diese sollten daher im Rahmen des § 275d SGB V gesetzlich festgelegt werden bzw. sollten diese Punkte hier zumindest als Mindestvorgaben für den Inhalt der vorgesehenen Richtlinie aufgezählt und gesetzlich vorgegeben werden.

§ 275d Abs. 1 SGB V – Festlegung von Strukturmerkmalen

Neben der gesetzlichen Verankerung der Strukturprüfung ist auch die Schaffung einheitlicher Prüfungskriterien erforderlich. Daher ist eine Kennzeichnung von Strukturmerkmalen in den betroffenen OPS-Komplexziffern zwingend erforderlich. In dem vom DIMDI nach § 301 Abs. 2 SGB V herausgegebene Operationen- und Prozedurenschlüssel ist eine eindeutige Kennzeichnung der Strukturmerkmale des jeweiligen OPS-Kodes notwendig. Die Strukturmerkmale müssen identifiziert und von den Prozessmerkmalen unterschieden bzw. getrennt werden. Da dieses Erfordernis in dem neuen § 275 d SGB V bzw. § 301 SGB V nicht eindeutig benannt wird,

wird eine Ergänzung der Regelung in § 301 SGB V vorgeschlagen, wonach das DIMDI ausdrücklich beauftragt wird, die Mindestvoraussetzungen bei Komplexbehandlungen in Struktur- und Prozessmerkmale zu unterteilen. Bei der Festlegung sollten die maßgeblichen Fachverbände und Interessenvertreter beteiligt werden, indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind.

Der BV Geriatrie hat bereits einen Vorschlag zur Überarbeitung des OPS Kodes 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, welcher eine Kennzeichnung der Mindestmerkmale als Struktur- bzw. Prozessmerkmale beinhaltet in das Vorschlagsverfahren 2020 eingebracht. Dieser Vorschlag ist als Anlage beigefügt.

§ 275d Abs. 1 SGB V – Qualifikation Medizinischer Dienst/andere Gutachterdienste

Zur Sicherstellung der hinreichenden Qualifikation der Gutachter des Medizinischen Dienstes ist darauf hinzuwirken, dass die Prüfung von Strukturmerkmalen nur durch solche Gutachter erfolgt, die in dem zu begutachtenden Bereich qualifiziert bzw. geschult sind. Die Sicherstellung eines fairen und unabhängigen Prüfverfahrens könnte durch die Einführung eines Präqualifizierungsverfahrens analog § 126 SGB V wie folgt vorgenommen werden:

Die Strukturprüfung erfolgt zur Überprüfung des Vorhandenseins notwendiger Strukturmerkmale, die zur ordnungsgemäßen und qualitativen Leistungserbringung erforderlich sind und dient damit auch der Sicherstellung erforderlicher Qualitätsmerkmale. Im Rahmen der Strukturprüfung können die Leistungserbringer ihre grundsätzliche Einigung für die Leistungserbringung nachweisen. Die Strukturprüfung entspricht damit dem Präqualifizierungsverfahren nach § 126 Abs. 1a SGB V. Vergleichbar mit dem Verfahren im Hilfsmittelbereich würden die Medizinischen Dienste und anderen Gutachterdienste im Sinne einer Präqualifizierungsstelle nach § 126 Abs. 2 SGB V auftreten. Die Begutachtung, Akkreditierung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen würde dann durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) erfolgen.

§ 275d Abs. 2 SGB V – Rechtsschutz gegen Entscheidungen der Medizinischen Dienste

Die Krankenhäuser erhalten über das Ergebnis der Prüfung eine Bescheinigung, aus der auch hervorgeht, für welchen Zeitraum die Einhaltung der Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.

Ein Rechtsschutz der Krankenhäuser gegen die Entscheidungen des Medizinischen Dienstes bzw. der anderen Gutachterdienste ist nicht vorgesehen. Ein solcher sollte zwingend vorgesehen werden, da angesichts bestehender Differenzen in der Auslegung der OPS-Mindestkriterien auch bei den vorgesehenen Strukturprüfungen zahlreiche Konstellationen denkbar sind, in denen das Vorliegen eines Strukturmerkmals von Krankenhaus und Medizinischem Dienst unterschiedlich beurteilt wird. Dem Krankenhaus sollte zudem die Gelegenheit zur Nachbesserung und zeitnahen Wiederholung der Strukturprüfung gegeben werden.

§ 275d Abs. 4 SGB V – Übergangsfrist

Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzung nicht erfüllen, dürfen die Leistung ab dem Jahr 2021 nicht mehr vereinbaren und abrechnen. Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser bis Ende 2020 eine entsprechende Strukturprüfung durchlaufen haben müssen.

Diesseitig bestehen Bedenken, ob die Umsetzung in dem vorgegebenen kurzen Zeitraum gelingen kann.

Zum einen müssten, wie bereits dargelegt, zunächst einheitliche Strukturkriterien verbindlich festgelegt werden. Gemäß der uns erteilten Rückmeldung werden vom DIMDI im derzeit laufenden Vorschlagsverfahren zum OPS 2020 jedoch keine Festlegungen von Struktur- und Prozesskriterien vorgenommen. Ein von uns diesbezüglich eingereichter Vorschlag zur Festlegung von Strukturmerkmalen im OPS 8-550 zur Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung wurde zur Ablehnung empfohlen. Sofern eine Ausweisung von Strukturmerkmalen durch das DIMDI nicht unterjährig 2020 erfolgt, ist eine Umsetzung im Vorschlagsverfahren 2021 zu spät für die Einrichtungen, um ggf. Strukturerefordernisse anzupassen und Strukturprüfungen durchführen zu lassen.

Zum anderen wird die Verpflichtung zum Nachweis einer bestandenen Strukturprüfung zur Leistungsabrechnung im kommenden Jahr ein entsprechend hohes Prüfaufkommen nach sich ziehen.

Aufgrund begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen bei den Medizinischen Diensten wird unsererseits angezweifelt, dass die Durchführung der Strukturprüfungen in allen betroffenen Einrichtungen fristgerecht bis Ende 2020 erfolgen kann.

Da die Beauftragung anderer Gutachterdienste auf Kosten der Einrichtungen geht und auch hier noch nicht geklärt ist, welche Voraussetzungen diese Dienste erfüllen müssen und wann bzw. wie die Beauftragung zu erfolgen hat, wird hier keine hinreichende Alternative zur zeitnahen Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst gesehen.

Daher ist sicherzustellen, dass die Medizinischen Dienste in allen betroffenen Einrichtungen die Strukturprüfungen in dem kurzen Zeitraum durchführen. Alternativ sollte eine Übergangsfrist zum Schutz der Einrichtungen, in denen ohne eigenes Verschulden der Einrichtung eine Strukturprüfung seitens des Medizinischen Dienstes nicht fristgerecht durchgeführt werden konnte, vorgesehen werden.

Anderenfalls können die Einrichtungen die Leistungen nicht erbringen und insbesondere im Bereich der Geriatrie die Versorgung geriatrischer Patienten im Rahmen der Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nicht mehr gewährleisten.

§ 275d Abs. 4 SGB V - Verlegung von Patienten

Sofern Krankenhäuser die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen diese die Leistung ab dem Jahr 2021 nicht mehr vereinbaren und abrechnen. Diese „Nichtzulassung“ bedingt ggf. Verlegungen von Patienten, welche diese Leistungen benötigen und nach § 39 SGB V

Anspruch darauf haben, in Krankenhäuser, die die geforderten Strukturen nachgewiesen haben. Es ist gesetzlich sicherzustellen, dass die erforderliche Verlegung nicht aus Gründen eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens im Nachhinein zur Vergütungskürzung seitens der Krankenkassen führt.

Im Bereich der Geriatrie ist bereits heute oftmals die Verlegung von Patienten zur Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in andere Einrichtungen erforderlich, da die Leistung im ersteren Krankenhaus mangels Kapazität hinsichtlich freier Betten oder verfügbaren Personals nicht erbracht werden kann. Abweichend von den in § 3 Fallpauschalen-Vereinbarung vereinbarten Regelung zu Verlegungsabschlägen haben etliche Krankenkassen mit der Begründung des „fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens“ in diesen Fällen Rechnungskürzungen bei den verlegenden und/oder aufnehmenden Einrichtungen vorgenommen, da keine medizinische Notwendigkeit zur Verlegung vorgelegen habe und die Behandlung auch in erster Einrichtung hätte erfolgen können.

Bei der Einführung der Strukturprüfungen ist darauf zu achten und sicherzustellen, dass bei einer Verlegung von Patienten in Einrichtungen, die die geforderten Strukturen nachgewiesen haben und die Leistung erbringen dürfen, keine Vergütungskürzungen jenseits vertraglich geregelten Abschläge bei Verlegung (§ 3 Fallpauschalen-Vereinbarung 2019) erhoben werden.

§ 278 SGB V – Medizinischer Dienst

Der neu gefasste § 278 SGB V Medizinischer Dienst normiert die Einrichtung der Medizinischen Dienste in den Ländern und ihre damit einhergehende organisatorische Neuaufstellung als Körperschaften des öffentlichen Rechts, ihre fachlichen Aufgaben, die Bestellung von Ombudspersonen und Berichtspflichten der Medizinischen Dienste gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund. Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt ausdrücklich die diesen Neuerungen zugrunde liegende Intention der Entkoppelung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen und das Bestreben um unabhängigere und transparente Organisationsstrukturen und Verantwortungshoheiten.

§ 278 Abs. 2 SGB V – fachliche Qualifikation Gutachter

§ 278 Abs. 2 SGB V beschreibt die Wahrnehmung der Fachaufgaben der Medizinischen Dienste und die Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sind die vorgesehene Einbindung von ärztlichem Personal, Pflegefachkräften und Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen und die Zuweisung der Gesamtverantwortung grundsätzlich zu begrüßen. Zugleich ist die hier beabsichtigte Verantwortungsübernahme in Abhängigkeit vom Begutachtungssachverhalt durch ärztliche Gutachter oder Pflegefachpersonal nicht ausreichend. Nicht allein die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe (ärztliches Personal, Pflegefachpersonal oder andere geeignete Berufe) kann maßgeblich sein für die Eignung zur Begutachtung medizinischer oder pflegerischer Sachverhalte.

Vielmehr muss das eingesetzte Personal in Abhängigkeit vom zu prüfenden oder begutachtenden Sachverhalt über eine fachspezifische Expertise verfügen, die nicht ausschließlich in der Zugehörigkeit zu einer beruflichen Gruppe begründet sein kann. So gilt es etwa zu vermeiden, dass Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Prüfaufgaben und Begutachtungen in geriatrischen Einrichtungen und Fachabteilungen übernehmen, wie es bis heute häufig vorkommt. Mindestens müssen die nach § 283 Abs. 2 durch den Medizinischen Dienst Bund zu erlassenden Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste gewährleisten, dass das eingesetzte Personal über eine fachliche Qualifikation verfügt, die dem Prüf- oder Begutachtungssachverhalt gerecht wird.

In diesem Sinne bleibt aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. fraglich, ob die vorgesehene Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ die zukünftigen Aufgabenumfänge und zuständigen Berufsgruppen und Fachkräfte – einschließlich „anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen“ – hinreichend widerspiegelt und der Tätigkeitsvielfalt der einzurichtenden Dienste gerecht wird.

Vorschlag:

Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt daher vor, den Medizinischen Dienst einheitlich „Medizinisch-pflegerischer Dienst“ und den Medizinischen Dienst Bund analog als „Medizinisch-pflegerischer Dienst Bund“ zu benennen.

§ 278 Abs. 3 SGB V - Ombudsperson

Nach § 278 Abs. 3 SGB V ist die Bestellung einer unabhängigen Ombudsperson durch die Medizinischen Dienste beabsichtigt. Um den vom Gesetzentwurf formulierten Zielen „von mehr Transparenz über das Prüfgeschehen“ gerecht zu werden und um „Anreize für eine regelkonforme Abrechnung in den Krankenhäusern“ auch über das Medium der unabhängigen Ombudsperson zu gewährleisten, hält es der Bundesverband Geriatrie e.V. für zwingend erforderlich, dass auch Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter die zu bestellenden Ombudspersonen anrufen können. Krankenhäuser werden auch in Zukunft im Fokus von Abrechnungsprüfungen und Qualitätskontrollen durch die Medizinischen Dienste stehen – somit ist es angesichts der Intention des Gesetzentwurfs folgerichtig, dass auch Krankenhäuser als Leistungserbringer und ihre Mitarbeiter sich ebenso vertrauensvoll an die zu bestellenden Ombudspersonen wenden können.

Vorschlag:

Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt daher vor, in § 278 Abs. 3 nach dem Wort „Versicherte“ die Wörter „und Krankenhäuser und ihre Beschäftigten“ einzufügen. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob auch § 282 Abs. 5 analog anzupassen ist.

§ 279 SGB V – Verwaltungsrat und Vorstand

Die Erweiterung der Besetzung der Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes um weitere Akteure des Systems der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist zu begrüßen.

Anzumerken ist jedoch, dass bei den im Entwurf aufgezählten Verbänden, die jeweils Vertreter zu benennen haben, ein wesentlicher Akteur im Bereich des Gesundheitswesens fehlt. Die Krankenhäuser sind als Leistungserbringer ein wesentlicher Beteiligter im System der gesetzlichen Krankenversicherung und als Leistungserbringer erheblich von Prüfungen und Kontrollen der medizinischen Dienste betroffen und waren deren Begutachtung bislang einseitig ausgeliefert. Dies hat zu erheblichen Kontroversen und Spannungen geführt. Im Bestreben, den medizinischen Diensten eine größere Unparteilichkeit und Unabhängigkeit zu geben, ist es daher erforderlich, dass auch den Krankenhausgesellschaften auf Landesebene das Recht gegeben wird, Vertreter für den Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste zu benennen.

§ 283 SGB V – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Bei der Festlegung der Richtlinie über die regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 283 Abs. 2 Nr. 3 SGB V ist darauf hinzuwirken, dass bei der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung der gewählte Zeitraum nicht zu eng bemessen ist. Zur Förderung des Bürokratieabbaus in den Krankenhäusern und zur Reduzierung des Prüfaufwandes sollten der Zeitraum der Gültigkeit der zur bestandenen Strukturprüfung erteilten Bescheinigung mindestens ein Jahr und maximal zwei Jahre betragen.

§ 301 SGB V – Festlegung von Strukturmerkmalen

Durch die Änderungen des § 301 Abs. 2 SGB V wird die gesetzliche Grundlage für die Festlegung von Strukturmerkmalen im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) geschaffen.

Um eine Grundlage für die Etablierung der im neuen § 275d SGB V verankerte Prüfung von Strukturmerkmalen zu erreichen, regen wir an, dass Strukturmerkmale (ggf. für zu benennende OPS-Komplexziffern) zeitnah durch das DIMDI unter Beteiligung der maßgeblichen Fachverbände und Interessenvertreter ausgewiesen werden müssen. Siehe hierzu auch die Ausführungen zu § 275d Abs. 1 SGB V – Festlegung von Strukturmerkmalen.

Die Erstellung und Veröffentlichung einer Verfahrensordnung bzgl. der Festlegung der Diagnoseschlüssel sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel trägt maßgeblich zur Verbesserung der Transparenz dieses Prozesses bei.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17c KHG – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

Die Festlegung auf eine ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten ist grundsätzlich zu begrüßen.

Die verbindliche Einführung dieses elektronischen Datenaustauschs ab dem 01. Januar 2021 erscheint allerdings mit Blick auf die noch ausstehende Festlegung der hierfür erforderlichen Formate und Inhalte und deren notwendige technische Umsetzung als sehr knapp bemessen.

Zudem muss der zu übermittelnde Datenumfang eng gehalten werden und zusätzlicher bürokratischer Aufwand ist zwingend zu vermeiden.

Darüber hinaus ist auf die Anpassung bestehender untergesetzlicher Regelungen, insbesondere der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG, zu achten.

§ 18b KHG Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

Der in das Krankenhausfinanzierungsgesetz einzufügende § 18b KHG hat die Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen zum Gegenstand. § 18b Abs. 3 KHG benennt diejenigen Verbände, Krankenkassen, Fachgesellschaften und Organisationen, die den Schlichtungsausschuss anrufen können. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. ist hier eine unmissverständliche Formulierung erforderlich, um medizinische Fachexpertise und fachgesellschaftliche Interessen innerhalb des Schlichtungsverfahrens angemessen zu berücksichtigen: Die einschränkende Formulierung der „mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften“ läuft Gefahr, medizinische Fachgesellschaften unbeachtet zu lassen. Die vorliegende Formulierung erweckt vielmehr den Eindruck, dass ausschließlich solche Fachgesellschaften den Schlichtungsausschuss anrufen können, die „mit Kodierung befasst sind“.

Vorschlag

Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt daher vor, in § 18b Abs. 3 KHG die Wörter „den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften“ zu löschen und diese durch die Wörter „Fachgesellschaften und Verbände“ zu ersetzen.

Außerdem ist dem § 18b Abs. 4 nach Satz 2 folgender Satz hinzuzufügen: „Stellungnahmen von maßgeblichen Fachgesellschaften und Verbänden sind bei Entscheidungen des Schlichtungsausschusses hinzuzuziehen.“

Offen bleibt im vorliegenden Gesetzentwurf überdies, wie Entscheidungen des Schlichtungsausschusses veröffentlicht werden und ob diese Entscheidungen eine unterjährige Anpassung der Kodierrichtlinien zur Folge haben. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses ausschließlich prospektive Wirkungen entfalten können.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 Abs. 2a KHEntgG – Fixkostendegressionsabschlag

Artikel 3 des Gesetzentwurfs sieht eine Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vor. Demnach soll § 4 Abs. 2a KHEntgG um eine weitere Ausnahme vom Fixkostendegressionsabschlag ergänzt werden. Vorgesehen ist, auch „Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung“ von der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags auszuklammern. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. ist nicht nachzuvollziehen, warum ausschließlich frührehabilitative Leistungen nur eines Indikationsbereichs von der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags ausgenommen werden sollen.

Wie für die neurologische Frührehabilitation gilt auch für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, dass eine frühestmögliche Einleitung rehabilitativer Maßnahmen beste Voraussetzungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit schafft. Bereits seit Jahren werden betagte und hochbetagte Patienten mit neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen regelhaft durch die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung behandelt. Die Ausweitung des durch § 4 KHEntgG geschaffenen Ausnahmetatbestandes ausschließlich auf einen Indikationsbereich mit frührehabilitativem Leistungsangebot schafft somit ein unnötiges Ungleichgewicht.

Angesichts eines vor dem Hintergrund des demografischen Wandels kontinuierlich steigenden geriatricspezifischen Versorgungsbedarfs kann die dem Fixkostendegressionsabschlag zugrundeliegende Begründung der Anreizsteuerung von Fallzahlsteigerungen für die geriatricspezifische Patientenklientel und die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht gelten.

Vorschlag:

Der Bundesverband Geriatrie e.V. fordert daher, § 4 KHEntgG wie folgt zu ändern: „a) In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen“ durch die Wörter „Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Frühgeborenen und bei Leistungen der geriatrischen Frührehabilitation und bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten“ ersetzt.

§ 6a Abs. 2 S. 5 KHEntgG – fehlerhafter Verweis

Absatz 2 des nach Artikel 3 des Gesetzentwurfs zu ändernden § 6a KHEntgG enthält offensichtlich einen redaktionellen Fehler: Statt „§ 275c Absatz 5 Nummer 1“ muss es lauten: „§ 275c Absatz 6 Nummer 1“.

8 NICHT OPERATIVE THERAPEUTISCHE MAßNAHMEN

Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60)

8-55 Frührehabilitative Komplexbehandlung

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben und darf nur solange verwendet werden, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)
Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)
Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

Strukturmerkmale

- multiprofessionelles Team mindestens bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und therapeutischem Dienst (Vorhandensein mindestens der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie. Das Vorhandensein der aufgeführten Therapiebereiche kann auch über vertragliche Vereinbarungen, z.B. mit Kooperationspartnern, sichergestellt werden.)
- fachärztliche Behandlungsleitung mit Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie. Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.
- mindestens eine Pflegefachkraft pro multiprofessionelles Team mit strukturierter curricularer geriatricspezifischer Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung
- ein Konzept zur Umsetzung der „Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G)“ in der geriatrischen Einheit liegt vor
- wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die Teambesprechung ist ein wiederkehrend stattfindender Informationsaustausch an einem Tag einer Kalenderwoche. Dies muss nicht am gleichen Wochentag wiederkehrend sein. Teambesprechungen sind ein allgemeines Strukturmerkmal, d.h. sie richten sich nicht nach dem Aufnahmedatum/Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung einzelner Patienten. Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Moderation und Gesamtverantwortung der fachärztlichen Behandlungsleitung.

Prozessmerkmale:

- Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie)
- Standardisiertes geriatrisches Assessment innerhalb von 4 Tagen (ohne Feiertage und Wochenenden) nach Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestic zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt

- Die für diesen Kode erforderliche Dokumentation der Aktivierend-therapeutischen Pflege (ATP) ist erfüllt, wenn diese auf Basis des in der geriatrischen Einheit umgesetzten krankenhausesinternen Standards/Konzeptes der „Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G)“ erfolgt.
- Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation der Teambesprechung ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der o.g. 4 Therapiebereiche:
Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie
Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 9 Therapieeinheiten als Einzeltherapie

8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 18 Therapieeinheiten als Einzeltherapie

8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 27 Therapieeinheiten als Einzeltherapie