



Stellungnahme der DGHNO-KHC zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Bonn, 31.05.2019

Das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie bedankt sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz – Stellung nehmen zu dürfen.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft möchte die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie zu dem Referentenentwurf des MDK-Gesetzes wie folgt Stellung nehmen. Diese Stellungnahmen konzentrieren sich im Wesentlichen auf medizinisch fachliche Fragen, auch wenn der Entwurf viele neue Punkte enthält, die alleinige politische Willenssetzungen sind.

Verstärkung ambulanter Operationen:

Das ambulante Potential soll auf der Grundlage der aktuellen medizinischen Erkenntnisse neu definiert werden. Hierzu soll der **trilaterale AOP-Katalog** neu bearbeitet werden, vermutlich mit dem Ergebnis, mehr Operationen und Verfahren in das Ambulante zu bringen. Eine Novellierung des AOP-Kataloges ist zu begrüßen.

Es wäre sinnvoll, klarzustellen, dass alle Eingriffe die im AOP-Katalog enumerativ nicht als obligat oder optional ambulant zu erbringen katalogisiert sind, dann auch eindeutig als stationäre Verfahren anzuerkennen sind.

Jede medizinisch indizierte und fachgerecht erbrachte Leistung muss vergütet werden. Es gibt derzeit zahlreiche ambulant durchführbare Eingriffe (z.B. die Paukendrainage beim Erwachsenen), die vom Krankenhaus gar nicht abgerechnet werden können, wenn sie nicht aus speziellen Gründen stationär erbracht werden müssen.

Eine **einheitliche Vergütung von Krankenhäusern und Vertragsärzten** für ambulante Operationen wird den Krankenhäusern nicht gerecht. Sie haben strukturbedingt deutlich höhere Vorhaltekosten, die durch ihren Ausbildungs- und Versorgungsauftrag auch für unerwartete stationäre Behandlungen nach ambulanten Operationen entstehen. Dies bringt vielfach auch eine höhere Qualität der erbrachten Leistungen und in jedem Fall ein höheres Sicherheitsniveau für die Patienten mit sich (bessere Diagnostik z.B. in der Audiometrie, professionelles Management möglicher Komplikationen). Die geplante Staffelung der Vergütung nach Schweregraden ersetzt diesen Punkt nicht, sie ist als zusätzliches Vergütungsinstrument aber sehr sinnvoll und zu begrüßen.

Zum neuen **AOP-Katalog soll ein Gutachten** erstellt werden. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragen das Gutachten. Dieses Gutachten muss transparent sein sowie geprüft und kommentiert werden.

b. w.

Hier muss zur **Frage der ambulanten Durchführung von Operationen** sehr umsichtig und realitätsnah beraten werden. Die Frage ambulant und stationär hängt nicht allein an einem OPS- oder sonstigem Abrechnungscode, sondern auch an immer wieder wechselnden Randbedingungen, die die Zumutbarkeit und Sicherheit der Patienten beachten. Der operierende Arzt wird vermutlich wie bisher für den sicheren Ablauf nach einer ambulanten OP verantwortlich sein. Auch Bedingungen, die zumindest derzeit nicht in Codes dargestellt werden, beeinflussen die Frage der ambulanten Durchführbarkeit. Der verantwortliche Arzt soll nach derzeitigem AOP-Vertrag für die postoperative Sicherheit des Patienten verantwortlich zeichnen. Hierfür sind Faktoren wie Wohnort des Patienten, evtl. Notfallwege, telefonische Möglichkeiten des Patienten/Sorgeberechtigten, Kommunikationsmöglichkeiten/Fremdsprachlichkeit etc. faktisch wichtig und können für die Sicherheit entscheidend und somit haftungsrechtlich relevant sein. Es kann nicht sein, dass der Arzt für die Sicherheit auch nach Verlassen der ambulanten OP-Einrichtung verantwortlich sein soll, aber keine anerkannten Regelungen zu Bedingungen für diese Sicherheit benannt und anerkannt werden. Diese haftungsrechtliche Schere kann nicht dem Arzt angelastet werden. Dieses sollte nötigenfalls gerichtlich geklärt werden!

Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ wird immer wieder sehr kontrovers diskutiert und hat gerade bei HNO-Operationen dazu geführt, dass es bei Patienten zu sehr schweren, außerklinischen Komplikationen (bis hin zu Todesfällen) gekommen ist. Um hier eine klare Handlungsgrundlage zu bekommen, ist es notwendig, die dafür bereits früher verwendeten G-AEP-Kriterien (German appropriate evaluation protocol = Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen) zu überarbeiten und dies dann wieder verbindlich einzuführen.

Es sollen „**Schweregrade**“ für ambulante Operationen definiert werden, die für die Honorierung wesentlich sind. Derzeit operieren Vertragsärzte nach allgemeinen Beobachtungen alle einfachen Fälle ambulant und schicken die komplizierteren in die Kliniken für ambulantes Operieren. Dieses geschieht mit Blick auf den Schwierigkeitsgrad der Operationen aber auch mit Blick auf risiko- oder aufwandserhöhende Nebendiagnosen. Eine solche Klassifizierung der ambulanten Eingriffe über simple OPS-Codes hinaus ist sicherlich sinnvoll. In diese Klassifizierung und Beratung müssen die medizinischen Fachgesellschaften eingebunden werden, da hierfür eindeutig medizinischer Sachverstand erforderlich ist.

Wichtig erscheint, dass die **Honorierung ambulanter OPS vom EBM abgekoppelt** und neu vereinbart werden kann. Hier wäre eine Anlehnung an DRG-Kalkulationen sinnvoll.

MD-Gutachten:

Qualität, Ausführlichkeit und Realitätsnähe der MD-Gutachten sollen definiert werden. Eine Sicherung, dass alle entscheidungsrelevanten Tatbestände bekannt waren, muss erfolgen. Die Gutachten müssen anders als derzeit oft üblich Facharztstandard haben; d.h. Gutachten zu HNO-Fragen sind durch HNO-Fachärzte zu erstellen.

Definition der „Korrektheit einer Rechnung“:

Es ist erfreulich, dass im Bundesministerium für Gesundheit erkannt wurde, dass in der immer mehr Platz einnehmenden Interaktion zwischen Krankenhäusern und MdK/Krankenkassen bzgl. der Bezahlung von Leistungen versucht werden soll, klarere Regelungen zu schaffen, um die Prüfungen zu reduzieren. Da die Vergangenheit allerdings gerade auch in diesem Umfeld gezeigt hat, dass die Regelungen sehr heterogen ausgelegt werden und von Seiten der Kassen dann „Umgehungskreisläufe“ geschaffen werden, die dazu führen, dass die Prüfquote letztendlich erhöht wird, bedarf es folgender Präzisierungen bzw. Ergänzungen:

In dem Entwurf wird aufgeführt, dass „die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote ab dem Jahr 2021 von dem Anteil der korrekten Abrechnungen eines Krankenhauses abhängig ist“. Hier müsste präzisiert werden, wann eine Rechnung als korrekt zu bezeichnen ist und wann nicht. Eine inkorrekte Abrechnung darf nur dann festgestellt werden, wenn offensichtlich falsch kodiert wurde (Haupt- oder Nebendiagnosen, Prozeduren). Streitigkeiten bezüglich der Verweildauer oder nachträgliche Fallzusammenführungen sollten nicht als fehlerhafte Abrechnung gewertet werden. Hierzu zählt auch die nachträgliche Streichung eines präoperativen Tages vor einer Operation. Das Gleiche muss für Abrechnungen auf der Basis einer mit den Krankenkassen getroffene NUB-Vereinbarung gelten.

b. w.

Strafzahlungen für „inkorrekte Rechnungen“:

Strafzahlungen für „falsche Rechnungen“ der Krankenhäuser müssen gedeckelt werden (max. bis zu einem Relativgewichtspunkt).

Rechnungsänderungen:

Das Verbot der Rechnungsänderung ist aus Sicht der Krankenhäuser problematisch, da es den Grundsatz der Waffengleichheit zugunsten des Medizinischen Dienstes verschiebt. Um dieses Ungleichgewicht zu beseitigen, müsste der (unabhängige) Medizinische Dienst dazu verpflichtet werden, vor einer möglichen Rechnungsminderung auch eine eingehende Prüfung zugunsten des Krankenhauses vorzunehmen, d.h. zum Beispiel bei Wegfall einer CCL-relevanten Nebendiagnose in den Krankenunterlagen nach einer anderen Nebendiagnose zu suchen. Wenn sich diese Prüfung als fehlerhaft oder unvollständig erweist, muss es dem Krankenhaus erlaubt sein, seinerseits kodierrelevante Diagnosen und Prozeduren zu benennen und nachzuweisen mit dem Ziel, die Höhe des ursprünglichen Rechnungsbetrags aufrecht erhalten zu können.

Es ist auch zu berücksichtigen, dass wichtige Informationen, Befunde etc. eines Patienten/einer Patientin erst nach Rechnungsstellung vorliegen.

Strukturmerkmale:

Die DGHNO-KHC begrüßt, dass die Strukturmerkmale von bestimmten DRGs nunmehr vorab durch Gutachten geprüft werden sollen und so die Berechtigung zur Abrechnung begründen. Die derzeit geübte nachgelagerte Prüfung erzeugt für die Leistungserbringer ein erhebliches wirtschaftliches Risiko.

Verwaltungsräte:

Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste sind ohne sichere Bank der Krankenhausgesellschaften definiert? Die Landesärztekammern könnten je nach ihrer Zusammensetzung auch nur Vertragsärzte entsenden! Das MD-Thema betrifft vor allem Krankenhäuser, für diese ist jedoch eine gesicherte Repräsentanz in den Verwaltungsräten nicht vorgesehen. Es muss in den Verwaltungsräten eine klare Bank der stationären Versorgung etabliert sein.

Die Besetzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes, der ja dann auch unabhängig sein soll, muss paritätisch aus den einzelnen Partnern im Gesundheitswesen erfolgen (u.a. Krankenhausvertreter/-innen, Kassenvertreter/-innen, Patientenvertreter/-innen, Vertreter/-innen der Aufsichtsbehörden etc.).

Falldialog:

Im Rahmen des verpflichtenden Falldialogs vor Klageerhebung und im Rahmen eines sozialgerichtlichen Verfahrens muss es dem Krankenhaus auch gestattet sein, Argumente (z.B. in Form von nicht kodierrelevanten Diagnosen oder soziale Faktoren) nachträglich zu benennen, um dem Vorwurf einer primären oder sekundären Fehlbelegung entgegen treten zu können.

Der verpflichtende Falldialog vor Klageerhebung ist sinnvoll. Noch besser wäre er jedoch vor Erstellung eines negativen Gutachtens durch den Medizinischen Dienst.

Fehlende Versorgungsstrukturen dürfen nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen. Stationäre Verweildauerverlängerungen durch Suche nach Anschlussversorgungsmöglichkeiten (unter Miteinbeziehung der Krankenkasse im Rahmen des Entlassmanagements) dürfen keinesfalls als inkorrekte Abrechnung gewertet werden und auch nicht zu Strafzahlungen führen. Gleiches gilt für stationäre Aufnahmen in Notfallsituationen

Publikation von Prüfquoten:

Die DGHNO-KHC hat Vorbehalte, ob die Publikation von Prüfquoten und Ergebnissen gegen geltenden Datenschutz verstößt.

Sonderstellung von Universitätsklinika:

Darüber hinaus fehlt in dem Referentenentwurf der Vorschlag, dass gerade Universitätskliniken aufgrund ihres Patientenlientels (u.a. schwerere und komplexere Erkrankungen) und ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre nicht im gleichen Maße wie Kliniken der Grund- und Regelversorgung geprüft werden können. Eine 1% Prüfquote von stationären Patientenaufhalten wäre hier völlig ausreichend.



Prof. Dr. med. Thomas Deitmer
Generalsekretär