

DIVI e.V. | Luisenstr. 45 | 10117 Berlin

An das
Bundesministerium für Gesundheit
z.Hd. Herrn Ferdinand Rau
Referatsleiter
„Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser“
Rochusstr. 1
53123 Bonn
nur per E-Mail an: 215@bmg.bund.de

Berlin, den 27.05.2019

Betr.: Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere
Prüfungen - MDK-Reformgesetz
Hier: Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung
für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Bezug: E-Mail Ferdinand Rau -215 BMG vom 02.05.2019

Geschäftsstelle der DIVI

Prof. Dr. med. A. Markewitz
med. Geschäftsführer
Volker Parvu, Dipl. Inf.
Geschäftsführer
Luisenstraße 45
10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607
Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister

Düsseldorf VR5548
St.Nr. 27/640/59133

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln
IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00
BIC DEUTDE33XXX

Präsident

Prof. Dr. med. Dr. h.c. S. Schwab

Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. G. Jorch
Prof. Dr. med. U. Janssens

Generalsekretär

Prof. Dr. med. F. Walcher

Schatzmeister

Prof. Dr. med. B. Böttiger

Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

Vertreterin der

außerordentlichen Mitglieder

Frau Dr. med. J. Haunschild

Vertreter der

nichtärztlichen Mitglieder

Thomas van der Hooven

Beisitzer

PD Dr. med. F. Hoffmann
Prof. Dr. med. S. Kluge
Frau PD Dr. med. H. Niehaus
Prof. Dr. med. A. Unterberg

Kongresspräsident

2018

Frau Prof. Dr. med. Muhl

2019

Prof. Dr. med. Bernd Böttiger

Sehr geehrter Herr Rau,

zunächst möchten ich mich im Namen der DIVI bedanken, dass unsere
Gesellschaft zu dem o.g. Referentenentwurf Stellung beziehen kann.

Unsere Stellungnahme finden Sie als Anlage

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. A. Markewitz

Betr.: Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen - MDK-Reformgesetz

Bezug: BMG Referentenentwurf

Die deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) begrüßt die Initiative der Bundesregierung,

1. die Unabhängigkeit des bisherigen Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in den §§ 278 bis 283 SGB V zu steigern, indem der MDK von einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen unter Beibehaltung der föderalen Struktur einheitlich als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst (MD) geführt wird und der der bisherige Medizinische Dienst des Spitzenverbandes (MDS) in den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) überführt wird.
2. in einem neu eingeführten § 275c SGB V
 - 2.1. die Durchführung der Einzelfallprüfungen dahingehend geändert wird, dass ein Aufrechnungsverbot der Krankenkassen und ein Verbot von Nachprüfungen eingeführt wird,
 - 2.2. die Einzelfallprüfungen ab dem Jahr 2020 zunächst auf maximal 10% der Fälle beschränkt und ab dem Jahr 2021 nach einer abgestuften quartalsweisen Prüfquote durchgeführt werden.
3. in einem neu eingeführten § 275d SGB V die gesetzlichen Grundlagen für die Durchführung von Strukturprüfungen grundsätzlich dahingehend geändert werden, dass die Einzelfallprüfungen der Struktur durch Strukturprüfungen für bestimmte Abrechnungskomplexe ersetzt werden,
4. den „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen“ nach § 18b KHG neu zu regeln.

Einige Punkte bedürfen jedoch nach Ansicht der DIVI einer Ergänzung bzw. Korrektur, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

1. Es bleibt ungeklärt was unter einer "korrekten Abrechnung" eines Krankenhauses verstanden wird (§ 275c Abs.2 SGB V).
2. Der fixe Prozentsatz korrekter Abrechnung als Basis zur Berechnung der Aufschlagszahlungen setzt Fehlanreize für Prüfungen, die durch einen Quartilansatz verhindert werden könnten (§ 275c Abs.3 SGB V).
3. Im Verwaltungsrat der neuen Medizinischen Dienste fehlen Vertreter der Leistungserbringer (§ 279 Abs.3 SGB V).
4. Es fehlen Qualitätsvorgaben für die Gutachten des MD (§ 283 Abs.2 SGB V).
5. Die Richtlinien für die Tätigkeiten des MD, insbesondere zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung oder für die Begutachtung der Strukturmerkmale soll allein durch den MD Bund erfolgen. Die Erstellung der Richtlinien könnte von der Expertise sowohl der Leistungserbringer als auch der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften profitieren (§ 283 Abs.2 SGB V).

6. Dies gilt auch für das Gutachten, das als Grundlage für die Überarbeitung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen nach § 115b SGB V dienen soll.

Begründung

Zu 1. Definition der "korrekten Abrechnung" eines Krankenhauses (§ 275c Abs.2 SGB V)

Dieser Definition kommt bei den Einzelfallprüfungen eine entscheidende Bedeutung zu, sie ist allerdings mit der gebotenen Genauigkeit im Text des Referentenentwurfs nicht vorhanden. Es wird nicht zwischen Abrechnungsfehlern und Versorgungslücken bzw. strittiger Versorgungsform unterschieden. Insofern können z.B. Lücken in der Anschlussversorgung oder auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu Situationen führen, die als Fehlbelegung und damit als nicht korrekte Abrechnung bewertet werden. Daher könnte der Gesetzestext von dem Hinweis profitieren, dass der MDK bei der Einzelfallprüfung die sachgerechte und korrekte Abrechnung nur anhand von 2 Kriterien zu prüfen hat, nämlich ob 1. die Abrechnung des Krankenhauses nachweislich und begründet gegen Abrechnungs- und Kodierregelungen verstoßen hat und ob 2. relevante Codes für eine korrekte Abbildung des Falles fehlen.

Zu 2. Basis der Berechnung der Aufschlagszahlungen (§ 275c Abs.3 SGB V)

Im neuen § 275c Abs.3 werden die Aufschlagszahlungen, d.h. die "Strafzahlungen" der Krankenhäuser geregelt. Dort heißt es "Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen." Dieser Aufschlag beträgt 25%, wenn der "Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent" liegt und 50%, wenn der "Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent" liegt. Im Zusammenhang mit der "korrekten Abrechnung" erwähnten Problematik ist es bei den heute vorhandenen elektronischen Möglichkeiten nicht besonders schwierig, die Prüffälle zu definieren, die das Erreichen eines Anteils an "korrekten Abrechnungen" von $\geq 40\%$ schwierig bis unmöglich macht. Um hier Fehlanreize für die Kostenträger zu vermeiden und die angestrebte größere Unabhängigkeit des MD nicht von vornherein zu kompromittieren, wäre zu prüfen, ob nicht ein Quartilansatz mit Schwellenwert als Lösung vorzuziehen wäre. Dabei könnte man z.B. die Krankenhäuser mit einem Anteil von weniger als 50% korrekten Abrechnungen in Quartile unterteilen, von denen das "schlechteste" Quartil einen Aufschlag von 50% zu zahlen hätte und das "zweit-schlechteste" einen Aufschlag von 25%.

Zu 3. Fehlende Vertreter der Leistungserbringer im Verwaltungsrat des MD (§ 279 Abs.3 SGB V)

Dem Verwaltungsrat der MD in den einzelnen Ländern sollen 6 von den Kassenverbänden benannte Vertreter, 6 Patientenvertreter und 4 Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen

Verbände der Pflegeberufe und der Ärztekammern angehören. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Krankenhäuser als weitere von den Maßnahmen dieses Gesetzes betroffene Parteien nicht ebenfalls Vertreter in den Verwaltungsrat entsenden können. Diese Maßnahme würde die Unparteilichkeit des Verwaltungsrates deutlich erhöhen.

Zu 4. Fehlende Qualitätsvorgaben für die Gutachten des MD (§ 283 Abs.2 SGB V)

Im diesbezüglichen Gesetzestext wird festgehalten: "Der Medizinische Dienst Bund erlässt Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung." Dieser Halbsatz ist viel zu unkonkret, insbesondere fehlen Qualitätsvorgaben für die MDK-Gutachten wie z. B., dass bei der Einzelfallprüfung der Facharztstandard eingehalten werden muss, d.h. dass die Begutachtung durch Mitarbeiter erfolgt, die über eine zertifizierte Expertise verfügen (Facharzt, ggf. mit der entsprechenden Zusatzweiterbildung). Weiter wäre zu prüfen, ob formale und inhaltliche Mindeststandards für Gutachten des MD definiert werden müssen.

Zu 5. Richtlinien für die Tätigkeiten des MD (§ 283 Abs.2 SGB V)

Im § 283 Abs. 2 ist zu lesen: "Der Medizinische Dienst Bund erlässt Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und die Anforderungen bei der Durchführung der Begutachtung durch andere Gutachterdienste nach § 275d Absatz 1; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 30. April 2020 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen, ". Im Begründungsteil des Referentenentwurfs wird auf S. 67 dazu ausgeführt: " In dieser Richtlinie sind insbesondere Aussagen darüber zu treffen, welche Anforderungen konkret geprüft werden (Checklisten) und in welchen regelmäßigen zeitlichen Abständen die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes nach fachlicher Einschätzung jeweils zu prüfen sind."

Überspitzt formuliert bedeutet dies, dass Legislative und Jurisdiktion in einer Hand sind, was nicht wirklich mit den Grundgedanken der Gewaltenteilung in Einklang zu bringen ist.

Auf jeden Fall kommt der Ausgestaltung dieser Richtlinien eine zentrale Bedeutung zu, wenn man bedenkt, wie streitbewehrt Fragen der Strukturqualität waren und noch sind. Weiter ist die verbleibende Fristsetzung, bis zu dem die Richtlinie erstmals zu erlassen ist, mit weniger als 1 Jahr extrem ambitioniert. Es ist daher zu prüfen, ob das Hinzuziehen von externer Expertise von Seiten der Selbstverwaltungspartner und medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften zumindest in beratender Funktion den vom Gesetzgeber auf S. 66 und 67 des Referentenentwurfs aufgeführten "weiteren wichtigen Schritt bezüglich einer unabhängigen Selbstverwaltung der Gemeinschaft der MD" optimieren kann.

Zu 6. Überarbeitung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (§ 115b Abs.1a SGB V)

Im neu eingeführten Abs 1a des § 115b SGB V heißt es: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem

der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten nach Satz 1 hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren."

Dieses Gutachten wird die begründende Unterlage für den bis zum 30. Juni 2021 neu zu erstellenden "Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen" sein. Da auch die Auslegung dieses Katalogs streitbewehrt war und ist, gelten hier die gleichen Überlegungen wie für die Richtlinienkompetenz des MD Bund: Die Qualität des Gutachtens wird - wie bei jedem Gutachten - ganz entscheidend davon abhängen, mit welcher Expertise es erstellt wird, wenn es denn überhaupt konsensual erstellt werden kann.