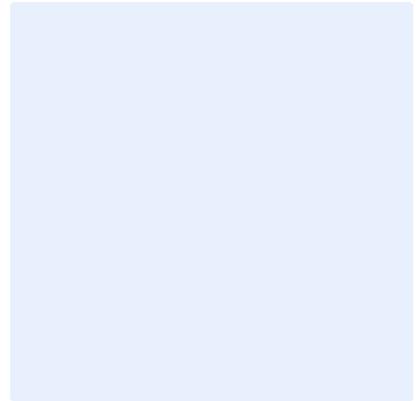


STELLUNGNAHME



Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

IVKK e.V. – Interessenverband Kommunaler Krankenhäuser e.V.

Datum: 4. Juni 2019

Anschrift
IVKK e.V. – Interessenverband Kommunaler Krankenhäuser e.V.
Friedrichstraße 90, 10117 Berlin
Telefon: 030 2025 3587
Fax: 030 2025 3333
E-Mail: berlin@ivkk.de
Internetadresse: www.ivkk.de

Stellungnahme des Interessenverbandes Kommunalen Krankenhäuser zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Positive Bewertung

1. Umwandlung des MDK in den MD (Medizinischen Dienst) als Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Umwandlung des MDK in einen MD als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist zu begrüßen. Mit Auflösung der Vereinsstruktur würden durch die öffentlich-rechtliche Ausgestaltung gesetzlich stringenter Handlungsmöglichkeiten sowie transparentere und fairere Begutachtungen eröffnet. Mit Beibehaltung der föderalen Struktur könnte der MD zukünftig auch weiterhin besondere Konstellationen der einzelnen Bundesländer berücksichtigen, so beispielsweise die unterschiedliche ambulante Versorgungsstruktur und die daraus resultierende Notwendigkeit einer Versorgung durch die Krankenhäuser.

2. Richtlinienkompetenz des MD Bund

Die Eröffnung einer Richtlinienkompetenz des MD Bund mit verbindlicher Wirkung der Landes-MD ist zu begrüßen. Häufig bestehen bei Auslegungsfragen zwischen den MDKs der Bundesländer erhebliche Unterschiede. Diese – ohnehin nicht nachvollziehbaren Unterschiede (Wieso sollen in Hamburg andere Auslegungen möglich sein, als in Sachsen?) könnten bei effektiven Einsatz von Richtlinien abgestellt werden.

3. Bindung der Kostenträger an das Ergebnis der MD-Prüfung

Zukünftig sollen Kostenträger an das Ergebnis der MD-Begutachtung gebunden sein, was eine Verbesserung zum aktuellen Status darstellt. Derzeit stellt das MDK-Gutachten eine Empfehlung ohne Bindungswirkung für die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse dar. In einigen Fällen entscheidet der Kostenträger (in aller Regel ohne medizinischen Sachverstand) derzeit intransparent entgegen des MDK-Gutachtens.

4. Verrechnungsverbot

Zu begrüßen ist, dass zukünftig die derzeit massiv eingesetzten Verrechnungen seitens der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser unzulässig sein sollen. Das Druckmittel, dem Krankenhaus im laufenden Geschäft Liquidität zu entziehen, wird den Krankenkassen entzogen. Krankenkassen müssen ihren behaupteten Rückforderungen selbst aktiv nachgehen.

5. Strukturprüfungen

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für Strukturprüfungen ist zu begrüßen. Die derzeit fak-

tisch existierenden, aber rechtlich nicht normierten, Strukturprüfungen prüfen OPS-relevante Mindestmerkmale vor der Leistungserbringung und sollen dem Krankenhaus attestieren, dass die notwendigen Voraussetzungen zukünftig vorgehalten werden. Theoretisch würde das zu einer Reduzierung der Einzelfallprüfungen führen, da die dort zu prüfenden Voraussetzungen ja bereits vorab positiv attestiert wurden. Es zeigte sich praktisch, dass Strukturprüfungen jedoch keinen Einfluss auf die Anzahl der Einzelfallprüfungen haben und letztlich gleiche Inhalte doppelt abgeprüft werden. Durch Schaffung einer gesetzlichen Grundlage mit einer verbindlichen Wirkung des Strukturgutachtens kann zukünftig eine Reduzierung der Einzelfallprüfungen erreicht werden.

6. Prüfquoten

Die Einführung von strukturierten Prüfquoten ist grundsätzlich zu begrüßen. Die jeweils zulässige Maximalanzahl von Einzelfallprüfungen je Krankenhaus würde zukünftig von der Abrechnungsqualität abhängen. Wenig auffällige Rechnungen führen zu niedrigeren Prüfquoten; umgekehrt erhöht sich die Prüfquote bei vielen auffälligen Abrechnungen.

7. Übermittlung von Unterlagen in digitaler Form

Die zukünftige Verpflichtung aus bundesgesetzlicher Ebene zur digitalen Übermittlung von Unterlagen könnte die Rechtsgrundlage sein, an der man auf Bundesebene das in Sachsen laufende Pilotprojekt zum elektronischen Datenaustausch andocken kann.

Neutrale Bewertung

8. Prüfquote

Nicht eindeutig zu beurteilen ist die Anknüpfung der Prüfquote an die Quote der Falschabrechnungen. Möglicherweise kann die direkte Verknüpfung ein Grund für Krankenhäuser sein, die Kodierung möglichst „sicher“, also gering, zu fahren, damit durch problematische Auslegungen keine erhöhte Zahl an Falschabrechnungen und somit auch keine höhere Prüfquote erzeugt wird.

9. Rechtsweg nur nach Fallbesprechung

Eine gerichtliche Überprüfung der Krankenhausabrechnung könnte zukünftig nur stattfinden, wenn der strittige Fall vorher zwischen Krankenhaus und Krankenkasse im Einzelfall erörtert wurde. Der daraus resultierende Aufwand ist nicht abschätzbar; ein derartiges Verfahren ist derzeit fakultativ.

Negativ Bewertung

10. Steuerungsgremien des MD

Künftig werden nicht nur Vertreter der Selbstverwaltung der Krankenkassen, sondern auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Interessenverbände des Leistungser-

bringers Krankenhaus finden keine Berücksichtigung. Der Ausschluss des Leistungserbringers Krankenhaus im Gegensatz zur Hinzuziehung von Vertretern der Ärzteschaft ist nicht tragbar. Krankenhäuser müssen als wesentlicher Bestandteil des Gesundheitswesens und zu prüfender Leistungserbringer ebenso wie die Ärzteschaft in den Steuerungsgremien vertreten sein.

11. Prüfquote

Das Steuerungsinstrument der Prüfquote ist insoweit negativ zu bewerten, als dass das Ergebnis „War die Abrechnung richtig?“ vom MD de facto festgelegt würde. Die endgültige Klärung der Richtigkeit der Abrechnung obliegt auf Grund der Gewaltenteilung jedoch nicht der Exekutive, sondern den Gerichten. Fraglich ist, ob gerichtlich korrigierte Fehlentscheidungen des MD in die Ermittlung der Quote von Falschabrechnungen Berücksichtigung finden.

12. „Falschabrechnung“

Streitigkeiten in Abrechnungsfragen finden selten im eindeutigen Bereich statt. Häufig sind verschiedene Auslegungen, Graubereiche und Deutungsspielräume Anlass für Unstimmigkeiten. Im derzeitigen Gesetzesentwurf wird die Definitionshoheit für „Falschabrechnung“ eindeutig dem MD und den Kostenträgern zugeordnet. Eine „richtige Abrechnung“ kann es im bestehenden System eigentlich nicht geben.

13. Keine Rechnungskorrektur möglich

Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen (Rechnung nach § 301) ist eine Korrektur durch das Krankenhaus nicht mehr durchführbar. Die derzeit im Rahmen der Verjährung zulässige Nachkodierung wird untersagt.

14. Transparenz

Eine bundesweite Statistik soll mehr Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen gewährleisten. Diese Statistik wird jedoch allein durch den GKV-SV geführt und befüllt. Es besteht die Gefahr, dass intransparente Verarbeitungsvorgänge stattfinden und die durch den GKV-SV gelieferten Zahlen nicht der Wahrheit entsprechen.