



Stellungnahme

Stellungnahme zum Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Das Ziel des geplanten Gesetzes für eine MDK-Reform – die stärkere Trennung des Medizinischen Dienstes von den Krankenkassen – entspricht einer langjährigen Forderung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands. Der VKD bewertet es als positive Reaktion des Gesetzgebers auf die in den vergangenen Jahren erheblich angestiegene Anzahl von Prüfungen – zwischen 2014 und 2018 stieg deren Zahl von 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen im Jahr (MDK-Statistik) – die einen völlig inakzeptablen Aufwuchs an Bürokratie und das Fernhalten von Mitarbeitern von ihren eigentlichen Aufgaben der Versorgung unserer Patienten zur Folge hatte. Durch Zahlungsverweigerungen oder -verzögerungen für erbrachte Leistungen wurden gleichzeitig viele Häuser in die roten Zahlen, ja in die Insolvenz getrieben. Nicht zu beziffern ist das damit ebenfalls beharrliche unterstellte Misstrauen in die Redlichkeit der Krankenhausabrechnungen, das auch in den Medien und damit in der Öffentlichkeit das Ansehen der Krankenhäuser insgesamt beschädigt hat.

Nachdem von verschiedenen Seiten und Akteuren der Gesundheitswirtschaft darauf hingewiesen wurde, dass das derzeitige MDK-Prüfverfahren zu eskalierenden Auseinandersetzungen führt, wird mit dem MDK-Reformgesetz eine dringende und längst überfällige Neuregelung herbeigeführt.

Insbesondere die Überführung des Medizinischen Dienstes in ein unabhängiges und wirklich neutrales Prüfinstitut in der Rechtsform der eigenständigen Körperschaft des öffentlichen Rechts ist als deutliches Indiz dafür zu werten, dass Handlungsbedarf hinsichtlich Unabhängigkeit, Korrektheit, Effizienz- und Effektivitätssteigerung sowie Transparenz hinsichtlich der Handlungsfelder der Medizinischen Dienste gegeben war.

Das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit dem Gesetzentwurf postulierte Ziel der organisatorischen Unabhängigkeit des MDK von den Krankenkassen kann dazu beitragen, das Vertrauen in transparente und effektive Prüfstrukturen, auf die sowohl die Krankenhäuser als auch die Patienten ein Recht haben, wieder zu stärken.

Dass damit gleichzeitig das Ziel verfolgt wird, die Krankenhäuser von überflüssiger Bürokratie zu entlasten, begrüßt der VKD ausdrücklich ebenfalls.

Um die Ziele der MDK-Reform tatsächlich zu erreichen, sind aus Sicht des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) aber folgende Präzisierungen und Ergänzungen unabdingbar:

Besetzung der Verwaltungsräte erweitern

Die Neuregelung zur Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliches Entscheidungsgremium des MD ist ein positives Signal zu mehr Unabhängigkeit und Neutralität. Positiv ist hervorzuheben, dass neben den Vertretern der Selbstverwaltung der Krankenkassen auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein sollen.

Negativ ist, dass keine Vertreter der Selbstverwaltungspartner der Trägereinrichtungen, also der Deutschen Krankenhausgesellschaft, im Verwaltungsrat vorgesehen sind. Dies wäre insbesondere zu fordern, da der Verwaltungsrat das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gleichermaßen abbildet und den Hauptakteuren gleichberechtigte Mitspracherechte ermöglichen soll. Beabsichtigt ist ja die Sicherstellung der Interessen aller wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind und deshalb auch im Verwaltungsrat vertreten sein sollten.

Als richtiges Zeichen hin zur Unabhängigkeit und Unterbindung der Fremdeinflussnahme ist die Etablierung einer Ombudsperson zu sehen, an die sich MD-Beschäftigte, wie auch Versicherte vertraulich wenden können und dass durch diese Person dem Verwaltungsrat direkt berichtet wird.

Abrechnungsqualität braucht Differenzierung von Falschabrechnung und Leistungsverweigerung

Die Abrechnungsqualität soll künftig der Maßstab für den Umfang zulässiger Prüfungen sein. Ab 2020 soll damit für jedes Krankenhaus eine Prüfquote, also der Umfang der Prüfungen, gelten.

Voraussetzung dafür, dass künftig die Anzahl der Prüfungen in einem Krankenhaus von dessen Quote korrekter Abrechnungen abhängig gemacht wird, muss aber aus Sicht des VKD zwischen Falschabrechnung und Leistungsverweigerung wegen einer Fehlbelegung differenziert werden. Derzeit geht der MDK davon aus, dass jede zweite Krankenhausabrechnung falsch ist – diese Betrachtungsweise kann definitiv nicht der künftige Maßstab einer Falschabrechnung sein.

Verweildauerprüfungen eignen sich nicht für die Festlegung des Anteils korrekter Abrechnungen. Anders als die Überprüfung von Kodierfragen ist die Auslegung hier extrem Streitbehaftet und bietet Anreize für strategisches Prüfverhalten.

Grundsätzlich erscheint die Stärkung der Anreize für eine korrekte Krankenhausabrechnung über die Abrechnungsqualität als probates Mittel für die Festsetzung einer Prüfquote, sofern es über den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene gelingt, Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung verbindlich zu regeln.

Neuregelung im Prüfablauf – Widersprüche/Klagen präzisieren

Neu geregelt wird die Bindung der Krankenkasse an das Prüfergebnis des MD. Widersprüche/Klagen gegen das Ergebnis sind direkt an die Krankenkasse zu richten. Präzisiert werden muss hier, ob jegliche Nach- und Widerspruchsverfahren bei abweichenden Auffassungen ausgeschlossen sind und daher der direkte Klageweg beschritten werden muss.

Festlegung der Prüfquoten überdenken

Die Begrenzung der Prüfquoten begrüßt der VKD. Die Festlegung der Prüfquoten und Sanktionen sollte jedoch nicht auf Ebene des Krankenhauses, sondern auf Ebene der Fachabteilung erfolgen, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Fachabteilungen mit kostenintensiveren Fällen deutlich stärker in die Prüfungen einbezogen werden. Es muss ja bei der Berechnung der korrekten Abrechnungen um das relevante Prüfgeschehen gehen.

Die Begrenzung der Prüfquote auf 10 Prozent bereits im Jahr 2020 ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die Prüfquote ist allerdings immer noch zu hoch, um den erheblichen Prüfungsaufwand auf beiden Seiten und damit den Entzug von Ressourcen aus der Behandlung wirksam einzudämmen. Hier ist eine Quote von maximal fünf Prozent zu fordern, die einerseits eine spürbare Entlastung darstellt und andererseits bei gezielten Prüfungen ausreichend ist, um die Abrechnungen wirksam zu überprüfen.

Bei der Begrenzung der Prüfquote für das Jahr 2020 wäre allerdings wichtig zu verhindern, dass eine Welle von Prüfungen mit „kleinen“ Änderungen erfolgt, die künstlich die Ergebnisse zu Ungunsten der Krankenhäuser verlagern.

Die Staffelung der Prüfquote ab 2021 nach der Abrechnungsqualität ist abgesehen von der Höhe, die ebenfalls angepasst werden muss, grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings müssen die nicht als „korrekt“ bewerteten Abrechnungen differenziert betrachtet werden. Dem Gesetzentwurf zufolge hat der MD eingeleitete Prüfungen abzulehnen, es sei denn, der Anteil korrekter Abrechnungen liegt unter 20 Prozent oder es besteht der begründete Verdacht einer systematisch erhöhten Abrechnung. Hier muss zwingend festgelegt werden, wie ein solcher Verdacht definiert und belegt werden soll.

Die vorgesehene Aufwandsminimierung hinsichtlich Struktur- und Abrechnungsprüfungen von tagesbezogenen Pflegeentgelten, wie auch die Unzulässigkeit von Wirtschaftlichkeits- und Verweildauerprüfungen im Rahmen des Pflegebudgets ist grundsätzlich zu begrüßen. Ebenso die vorgesehene Reduzierung des Prüfungsumfanges der primären Fehlbelegung. Wichtig ist auch die Klarstellung, dass die über die neuen Pflegebudgets abzurechnenden Pfegetage nicht Gegenstand von Kürzungen durch Abrechnungsprüfungen sein dürfen.

„Strafaufschläge“ nicht gerechtfertigt

Nicht akzeptiert werden können die vorgesehenen Aufschläge für den Fall, dass Rechnungskorrekturen das Ergebnis von Prüfungen sind. Auch künftig werden Rechnungsprüfungen kompliziert und von medizinischen Einschätzungen abhängig sein. Daher sind „Strafaufschläge“ nicht gerechtfertigt und sollten nur angewendet werden, wenn es tatsächlich willentliche Falschabrechnungen sind.

Eine Berücksichtigung von tatsächlich erbrachten, aber nicht vergüteten Leistungen, wie beispielweise der Verweildauerkürzungen, bei der Berechnung der Prüfquote und der Aufschläge auf die Rückzahlungen ist nicht sachgerecht und wird daher abgelehnt. Zudem sind die Aufschläge, wenn überhaupt erforderlich, in der Höhe auf 300 Euro zu begrenzen.

Prüfverfahren rechtssicher gestalten

Grundsätzlich sind die Prüfverfahren bundeseinheitlich im beidseitigem Interessensausgleich zu regeln und die geltenden Abrechnungsbestimmungen gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern rechtssicher und auslegungsfrei zu kommentieren.

Aufrechnungsverbot ja, aber Falldialoge konterkarieren das Gesetz

Die vorgesehenen ergänzenden Maßnahmen zu Stärkung von Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung, insbesondere die Unzulässigkeit der Aufrechnung von Rückforderungen der Krankenkassen gegen die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser, sowie die vorgesehene Begrenzung der maximal zulässigen Prüfungen mittels Obergrenzen für Prüfquoten finden den Zuspruch des VKD. Damit wird eine wesentliche Forderung der Krankenhäuser erfüllt.

Laut Referentenentwurf muss künftig bei einem strittigen Gutachten die Klage von der Krankenkasse ausgehen. Hier aber fehlen Regelungen über ein Nach- oder Widerspruchsverfahren.

Besser als ein Aufrechnungsverbot wäre allerdings eine gesetzliche Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen.

Das Änderungsverbot für einmal übersandte Krankenhausabrechnungen bedeutet allerdings eine Einschränkung für die sachgerechte Abrechnung der Krankenhausleistungen. Die Krankenhäuser müssen die Abrechnung vor dem Versand einer internen Qualitätssicherung unterziehen.

Zu bemängeln ist, dass der Weg der Falldialoge zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern weiterhin offengehalten wird. Hiermit wird den Kostenträgern die Umgehung und Ausgrenzung des MD ermöglicht. Das Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, wird so nicht erreicht. Sofern den Kostenträgern dieser Weg offengehalten wird, durch Vergleiche strittige Fälle im Zuge eines Kompromisses abzuschließen und Gelder zurückzuerobern, ist das MDK-Reformgesetz zum Scheitern verurteilt. Die Führung eines Falldialogs durch den Kostenträger muss vermieden werden."

Ambulant im Krankenhaus – auch die Sachkosten einbeziehen

Der Katalog für sogenannte „ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe“ wird erweitert. Dadurch sollen mehr ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern genutzt werden können.

Bei den weiteren Regelungen ist insbesondere der Auftrag zur Weiterentwicklung des AOP-Kataloges zu begrüßen. Dabei ist der Katalog auch hinsichtlich ambulanter Leistungen und Eingriffe zu erweitern, die regelhaft auch im Krankenhaus erbracht werden, bisher jedoch nicht im AOP-Katalog abgebildet waren, (beispielsweise Gastroskopien). Präzisiert werden müsste, welche Behandlungen zu den stationersetzenden Behandlungen gehören.

Positiv wertet der VKD, dass eine einheitliche Vergütung der ambulanten Leistungen von Vertragsärzten und Krankenhäuser vorgesehen ist. Diese muss sich allerdings auch auf die Sachkosten beziehen. Das ist beim ambulanten Operieren derzeit nicht der Fall.

Bei der Neufassung des AOP-Katalogs wäre es sinnvoll, wenn auch geregelt würde, wie mit Leistungen umgegangen werden soll, die keine Aufnahme in den Katalog finden, faktisch aber dennoch nachgefragt werden.

Schlichtungsausschuss

Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung sollen vom Schlichtungsausschuss auf Bundesebene entschieden werden.

Die Anrufungsrechte werden hierzu erweitert: Zukünftig soll der Schlichtungsausschuss auch von einzelnen Krankenkassen, Krankenhäusern, den MDs, den mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem BMG sowie dem unterparteiischem Vorsitzenden angerufen werden können.

Klarzustellen wäre hier, wer gegen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses ein Klagerecht hat.

Bundesweite Statistik nicht dem GKV-SV übertragen

Die Einführung einer bundesweiten Statistik über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen ist hinsichtlich der Transparenz positiv zu werten. Allerdings sollte die Verantwortung für die neue Statistik nicht dem GKV-SV übertragen werden, sondern vom MD aufgesetzt und veröffentlicht werden.

Bezüglich der Sanktionierung von Krankenhäusern bei Falschabrechnungen bzw. bei der Bewertung von Falschabrechnungen generell wäre es sachgerecht, wenn die Korrekturgründe/Beanstandungsgründe unterschieden und so auch in die jährliche Statistik aufgenommen würden.

Zu ergänzen wäre, wo diese Statistik veröffentlicht werden soll.

Lücken in der Anschlussversorgung regeln

Der Versorgungsauftrag der Krankenkassen nach dem Sozialgesetzbuch V und XI wird zunehmend unentgeltlich auf die Krankenhäuser verlagert. Notwendig ist daher im MDK-Reformgesetz eine Regelung, die die Versorgung der Patienten und ihre Finanzierung sicherstellt, soweit objektiv Lücken in der Anschlussversorgung oder auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vor Kontakt mit dem Krankenhaus bestehen.

Gekürzte Gelder in die Versorgung zurückführen

Aktuell verschaffen sich die Krankenkassen über die MDK-Prüfungen durch Rückforderung bzw. Kürzung von Rechnungen trotz tatsächlich erbrachter Leistung einen finanziellen Vorteil. Manche Krankenkassen rühmen sich, dies als „Geschäftsmodell“ zu nutzen.

Ein Weg, diese Fehlentwicklung zu korrigieren, besteht darin, die gekürzten Gelder wieder den Krankenhäusern zukommen zu lassen, entweder über den Landesbasisfallwert oder aber über einen zusätzlichen „Fördertopf“, z.B. für Digitalisierungsmaßnahmen, von denen alle Krankenhäuser profitieren, und nicht nur, wie über den Strukturfonds, große Einrichtungen.

Deshalb sollte in das MDK-Reformgesetz eine Regelung aufgenommen werden, nach der Rückzahlungen aus Prüfungen in die Versorgung zurückgeführt werden, z. B. über den Landesbasisfallwert.

Forderungen des VKD bezüglich der speziellen Situation der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen an das MDK-Reformgesetz

Eines der größten Übel in der derzeitigen Situation beim Betrieb von psychiatrischen Einrichtungen ist die auch hier inzwischen nahezu galoppierende Prüfungswut des MDK. Das hat fragwürdige Auswirkungen auf die Behandlung schwerkranker Patienten und verändert inzwischen auch die Versorgungsrealitäten zu Lasten gerade psychisch Erkrankter.

So legt der MDK - teilweise gestützt durch die Rechtsprechung des BSG - den Begriff der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit äußerst eng aus. Das an vielen Stellen insuffiziente und überlastete Hilfesystem für psychisch Schwersterkrankte wird zum reinen Risiko der Krankenhäuser. Einigen Fallgruppen schwersterkrankter Patient*innen wird mangels „hinreichend günstiger Prognose“ sogar grundsätzlich der Anspruch auf Krankenhausbehandlung versagt. Das betrifft zum Beispiel Patienten mit Komorbidität Sucht, oder mit Abhängigkeitserkrankungen ohne rehabilitative Anschlussbehandlung. Dies führt inzwischen dazu, dass Patienten mit kritischen Fallkonstellationen gemieden oder trotz akutem Handlungsbedarf abgewiesen werden.

Der MDK wird faktisch zum Entscheidungsträger darüber, welche Patientengruppen in Zukunft Behandlungsleistungen erhalten. Das ist eine gesamtsystemische Einflussnahme, die nicht den Prinzipien der Selbstverwaltung entspricht.

Es besteht aus Sicht der Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen des VKD dringender Handlungsbedarf, solche besorgniserregenden Auswirkungen des aktuellen MDK-Prüfverfahrens abzuwenden.

Es bedarf daher zusätzlich zu den bereits ausgeführten Ergänzungen und Forderungen des VKD folgender Regelungen:

Die neu zu gründende neutrale Prüfungsinstanz muss alle Selbstverwaltungspartner auch proaktiv in Leistungsfragen beraten, bevor sich ein Versorgungsproblem abzeichnet.

Beim Ausbau des Prinzips „ambulant vor stationär“ sollten im Zuge der Anpassung des Katalogs für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe bei der Definition allgemeiner Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann, die Besonderheiten psychisch erkrankter Patienten berücksichtigt werden, wie beim Vorliegen von Eigen- und Fremdgefährdung, der Unterbringung nach PsychKHG und BGB, dem Vorliegen von mehr als einem Merkmal zur Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen sowie bei Elektrokonvulsionstherapie in bestimmten Fällen.

Werden im Prüfverfahren andere Kostenträger als zuständig erkannt, sind diese primär in die Leistungspflicht zu nehmen. Hilfsweise ist ein Fonds zur bürokratiearmen Finanzierung von Versorgungsnotwendigkeiten einzurichten, die aufgrund insuffizienter Versorgungsinfrastruktur entstehen.

Die Streitfragen um Versorgungsform und Kostenträger, deren Ursache nicht zuletzt auch in insuffizienten komplementären Hilfesystemen liegt, dürfen nicht zum noch größeren finanziellen Risiko der Krankenhäuser werden. Durch den vorliegenden Referentenentwurf ist noch eine Verschlimmerung der Problematik zu befürchten.

Für die psychiatrische Krankenhausbehandlung wäre es fatal, wenn die bisher ungeklärten Versorgungsfragen per Gesetz sogar eine teufelskreisartige Erhöhung der Prüfungen auslösen würden. Die zusätzlich an vermeintlich schlechte Ergebnisquoten geknüpfte Strafzahlung wirkt vor diesem Hintergrund unangemessen drakonisch. Ausnahmetatbestände für zulässige Prüfquoten können sich nur in tatsächlichen Fehlrechnungen begründen, die sich nicht in der Begutachtung von Versorgungsfragen finden lassen. Zusätzliche bestrafende Zahlungen stellen einen hinnehmbaren Vorwurf der betrügerischen Fehlrechnung dar.

Übergangsverfahren präzisieren

Für die Praxis von Relevanz wäre eine generelle Ausführung zum Übergangsverfahren nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes und zur Behandlung von Altfällen. Hier gilt es zu verhindern, dass wieder ein „Stichtagschaos“ entsteht.

Fazit

Insgesamt ist das Bemühen dieses Reformgesetzes nach Unabhängigkeit, Klarstellung, Aufwandsreduzierung und Transparenz deutlich ersichtlich. Der lösungsorientierte Ansatz zur Ausgangsproblematik ist deutlich zu erkennen.

Dennoch ist aus Sicht des VKD eine Überarbeitung in einigen, hier dargestellten, wesentlichen Punkten notwendig.

Berlin, den 3. Juni 2019



Dr. Josef Düllings
Präsident des VKD

Kontakt

VKD-Geschäftsstelle Berlin
Tel-Nr.: 030-28885914
E-Mail: vkdgs@vkd-online.de