

bvitg-Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Kontakt:
Chris Berger
Referent Politik
chris.berger@bvitg.de

www.bvitg.de



Die Ausgliederung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (MDK) hin zu einer eigenständigen Körperschaft des öffentlichen Rechtes auf Bundesebene ist zu begrüßen, da Kodier- und Abrechnungsfragen im Wesentlichen reduziert werden. Da zurzeit unterschiedliche Anforderungen aufgrund der Zuständigkeiten der Landes-MDK für Form und Inhalte der zu übermittelnden Daten existieren, führt eine bundesweit einheitliche Anforderung zu mehr Transparenz, reduziert Bürokratiekosten und wird deshalb vom Bundesverband für Gesundheits-IT – bvity e.V. grundsätzlich unterstützt. Um die derzeit vorherrschende Komplexität in der Abrechnungssystematik weiter zu vereinfachen, bedarf es aus Sicht des Verbandes neben einer praxisnahen Umsetzung der Leitlinien einige kleinere Anpassungen im vorliegenden Gesetzestext seitens des Normgebers.

Der bvity als Vertreter der IT-Anbieter im Gesundheitswesen bedankt sich für die Gelegenheit zur Kommentierung des Entwurfes und nimmt zum MDK-Reformgesetz wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1, Nummer 9 - § 275c Abs. 6 (neu) SGB V

Wenn die tagesbezogenen Pflegeentgelte durch diese Regelung von der Umsetzung der Prüfergebnisse ausgenommen werden, wird die Umsetzung der neuen Pflegekostenabrechnung gemäß Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) für alle Beteiligten sehr komplex. Beispielhaft sind hier die Verfahren nach Datenträgeraustauschs (DTA) § 301 SGB V, § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), KIS-Systeme, Abrechnungssysteme der Krankenkassen zu nennen.

Die Komplexität der Abrechnungssysteme und die damit verbundenen unterschiedlichen Auslegungen, sind ein Grund für die zahlreichen MDK-Prüfungen. Die Umsetzung der Prüfergebnisse einer sekundären Fehlbelegung führt nach dieser Regelung zu unterschiedlichen Verweildauern innerhalb eines Falles. Darüber hinaus ginge bei der Umsetzung der Prüfungsergebnisse einer Kodierprüfung der Zusammenhang von tagesbezogenen Pflegeentgelten und der abgerechneten DRG-Leistung verloren. Dies erschwert auch die Prüfung, ob das Prüfergebnis korrekt umgesetzt wurde. Weiterhin würde nach Umsetzung des Prüfergebnisses einer primären Fehlbelegung eine Leistung abgerechnet, für die es keine offensichtliche Begründung im Entgeltrecht gibt. Die Begründung für diese Leistung ist einzig in der ursprünglichen Falldokumentation zu sehen, die aber erfolgreich angefochten wurde.

Der bvity empfiehlt die Einführung der tagesbezogenen Pflegeentgelte abzuwarten, da unklar ist, ob einzelne Kostenträger durch Prüfverfahren die Pflegekosten auf andere Kostenträger verlagern werden, bevor eine solch komplexe Regelung aufgenommen wird. Der Verband empfiehlt die Umsetzung der Prüfergebnisse für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach dem Vorbild der DRG-Leistung und fordert somit die Streichung des zweiten Halbsatzes im § 275c Abs. 6, Satz 1 (neu) SGB V. Dies dient der Vereinfachung der Abrechnungssystematik, bietet weniger auslegungsbedingte Meinungsunterschiede und führt somit zu weniger Umsetzungsaufwand in der praktischen Einführung.

Abs. 6 sollte, wie folgt gefasst werden:

Gesetzentwurf der Bundesregierung	Neufassung
<p>[...] (6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben, 2. der Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d. 	<p>[...] (6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben, 2. der Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d.

Artikel 2, Nummer 1 - § 17c, Abs. 2a (neu) Krankenhausfinanzierungsgesetz

Abrechnungsfehler können nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Zudem werden Abrechnungsfehler nicht immer zeitnah festgestellt. Ein Rechnungsstorno muss aus Sicht des bvitg innerhalb der gesetzlichen Fristen möglich sein, um offensichtliche Abrechnungsfehler korrigieren zu können. Die in der Gesetzesbegründung genannten Auswirkungen eines Rechnungsstornos auf laufende Prüf- bzw. Gerichtsverfahren treten erst mit Beginn dieser Verfahren ein, weshalb das Rechnungsstorno auch erst ab diesem Zeitpunkt gesetzlich untersagt werden sollte.

Zwar können nach Absatz 2a, Satz 2 die Organe der Selbstverwaltung eine davon abweichende Regelung treffen, allerdings hat die gesetzliche Norm Geltungsvorrang über eine derartige Vereinbarung. Es ist zukünftig nicht sichergestellt, dass eine von Abs. 2a Satz 1 abweichende Regelung entsprechend anerkannt wird.

Der bvitg empfiehlt deshalb Absatz 2a wie folgt anzupassen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung	Neufassung
<p>[...] Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:</p> <p>„(2a) Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden. Weitere Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung finden nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht statt.“</p>	<p>[...] Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:</p> <p>„(2a) Wurde dem Krankenhaus die Begutachtung und Beratung nach § 275 SGB V angezeigt, ist eine Korrektur der zahlungsbegründenden Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden. Weitere Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung finden nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht statt.“</p>

Der bvitg steht als Branchenverband der Hersteller von IT-Systemen im Gesundheitswesen sowohl bei der weiteren Ausarbeitung des MDK-Reformgesetzes als auch bei der Ausarbeitung untergesetzlicher Normen sowie technischer Richtlinien gerne als fachlicher Dialogpartner zur Verfügung.

Berlin, 04.06.2019