



Deutsche Gesellschaft
für Gesundheitsökonomie e.V.

dggö e.V. – Universität Duisburg-Essen – 45127 Essen

GESCHÄFTSSTELLE

Universität Duisburg-Essen
Berliner Platz 6-8, WST-C.09.12
45127 Essen

Fon +49 201 183-4622

Fax +49 201 183-5879

geschaeftsstelle@dggoe.de
www.dggoe.de

Stellungnahme der dggö zum Referentenentwurf des „MDK-Reformgesetzes“

4. Juni 2019

Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) begrüßt die Intention des Reformgesetzes die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes zu stärken, den Verwaltungsaufwand zu reduzieren und die Transparenz über das Prüfgeschehen zu erhöhen. Es bestehen jedoch Zweifel, ob alle Änderungen zur Zielerreichung beitragen. So ist auch künftig davon auszugehen, dass ein sehr hoher Anteil an Abrechnungen als fehlerhaft gelten wird, mithin Unsicherheit und Aufwand bei den beteiligten Parteien hoch bleiben werden. Es gelingt nur in Teilen, die Ursachen dieser Probleme zu beseitigen. Ob die implementierten Anreize die intendierte Wirkung entfalten können, erscheint unsicher. Die Frage der Ambulantisierung stationärer Leistungen wiederum ist zu wichtig und zugleich zu komplex, als dass sie nebenbei im Zuge des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens adressiert werden sollte.

VORSTAND

Prof. Dr. Robert Nuscheler
Vorsitzender
Augsburg

Prof. Dr. Hendrik Jürges
Designierter Vorsitzender
Wuppertal

Prof. Dr. Harald Tauchmann
Stellvertretender Vorsitzender
Nürnberg

Prof. Dr. Jeannette Brosig-Koch
Generalsekretärin
Essen

Die Notwendigkeit des Medizinischen Dienstes (MD) entsteht aus den für das Gesundheitswesen typischen komplexen Agency-Beziehungen, welche von erheblichen Informationsasymmetrien geprägt sind. Ein daraus resultierendes Bedürfnis der Kostenträger, die Leistungserbringer zu kontrollieren, ist plausibel. In der Vergangenheit war der MD entsprechend im Sinne eines verlängerten Arms der Kostenträger verstanden worden.

Die Entwicklung der letzten Jahre vermittelte jedoch den Eindruck eines Wetttrüstens von Krankenhäusern und Krankenkassen bei sich zugleich verhärtenden Fronten. Zugleich stieg bei allen Beteiligten der Prüf- und Verwaltungsaufwand deutlich an, ohne dass dem Problem grundlegend begegnet werden konnte. Für die Krankenkassen wird es zunehmend ein Wettbewerbsfaktor, Rechnungskürzungen in hinreichendem Umfang zu realisieren. Die aktuelle Konstellation stellt keine zufriedenstellende Lösung des Agency-Problems dar und eine Fortschreibung des Trends erscheint nicht zielführend, weshalb eine grundlegende Reform zu begrüßen ist.

BANKVERBINDUNG

Commerzbank
IBAN DE93 3608 0080 0434 8886 00
BIC DRESDEFF360

USt-Id Nr.: DE263996630

Neuordnung des medizinischen Dienstes

Die Neuordnung des MD und die Stärkung der Unabhängigkeit sind vor diesem Hintergrund ebenso positiv zu bewerten wie - im Sinne einer Stärkung eines bundeseinheitlichen Prüfgeschehens - die Richtlinienbefugnis des MD-Bund. Aus Sicht der dggö müsste der Anspruch jedoch höher angelegt werden. Die Arbeit des MD sollte denselben methodischen Standards entsprechen, die beispielsweise für das IQTIG und das IQWiG gelten. Eine stärkere Verpflichtung des MD auf wissenschaftliche Standards würde die Qualität der Entscheidungen sichern, eine weitere Versachlichung der Diskussion befördern und den verhärteten Fronten einen Einstieg in eine inhaltliche Diskussion zu erlauben.

Bezüglich Akzeptanz und Einbindung von Kompetenzen wäre es auch zu begrüßen, wenn den Krankenhäusern ebenfalls ein Vorschlagsrecht für die Verwaltungsräte eingeräumt würde. Die in §279(3) bzw. §282(2) vorgeschlagene Verteilung der Vorschlagsrechte erscheint hier nicht zweckmäßig. Ist das Ziel, eine von beiden Parteien neutral wahrgenommene Institution zu schaffen, muss dies mit einer Veränderung des Selbstverständnisses der Institution und mithin einem Kulturwandel einhergehen, der entsprechend aktiv zu gestalten und mit ausreichend Ressourcen und Zeit zu versehen ist.

Um die fachliche Qualität der Begutachtung durch den MD sicherzustellen, sollte neben dem Facharztstatus auch eine gesetzliche Fortbildungsverpflichtung für die gutachterlich tätigen Ärzte bestehen.

Neuordnung des Prüfverfahrens und der Rechnungslegung

Der Gesetzgeber hat deutlich zu machen, dass das Ziel eine korrekte Abrechnung ist. Grundsätzlich positiv zu bewerten ist, dass Anreize geschaffen werden sollen, die eine korrekte Kodierung belohnen. Die vorgeschlagene Höhe der Sanktionierung könnte einen spürbaren Effekt und damit die erwünschte Anreizwirkung erzielen. Eine abschließende Bewertung ist hierzu jedoch nicht möglich, unter anderem da die Festsetzung der Prüfquoten eine Reduktion der derzeit praktizierten Prüfumfänge darstellt.

Die Neuregelung der Abrechnungsprüfung wirft Fragen auf, wenn durch eine fehlende Sanktionierung in §275c(3) suggeriert wird, dass eine Fehlerquote von bis zu 40% „nicht so gravierend“ sei. Bei aktuellen Fehlerquoten geprüfter Abrechnungen von über 50% erscheint diese Grenze am Status quo orientiert. Implizit wird hierdurch anerkannt, dass für einen relevanten Umfang der Prüfgründe keine objektiv „korrekte“ Rechnung existiert. Es wäre wünschenswert noch stärker darauf hinzuwirken, definitorische Graubereiche zu minimieren. Die Neuauflage des bundesweiten Schlichtungsausschusses kann in begrenztem Umfang dazu beitragen und ist entsprechend positiv zu werten. An Stellen, an denen eindeutige Regelungen nicht herbeiführbar sind, ist dies entsprechend deutlich zu machen und nicht pauschal in einer Fehlerquote mit zu verrechnen. Das Ziel einer (nahezu) fehlerfreien Krankenhausrechnung muss realistisch erreichbar sein, sonst leidet die Glaubwürdigkeit des Gesamtsystems.

Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass beim größeren Teil der beanstandeten Rechnungen nicht eine fehlerhafte Rechnung für eine erbrachte Leistung, sondern eine mangelnde Angemessenheit der Leistungserbringung (primäre bzw. sekundäre Fehlbelegung) moniert wird. Hier ist darauf hinzuwirken, dass die Vorgaben nicht an der zum Teil sehr heterogenen und zunehmend angespannten Versorgungssituation vorbeigehen. So gilt es zu prüfen, inwiefern Krankenhäuser möglicherweise für von ihnen nicht zu vertretende strukturelle Defizite in Haftung genommen werden, wenn bspw. eine ambulante Weiterbehandlung aufgrund sozialer Indikation in Kombination mit vorliegendem Fach- und Hausarztmangel nicht (schnell genug) möglich ist. Hier ist ein einheitliches Verständnis zwischen den Kostenträgern und dem MD herzustellen.

Unterstellt man, dass bzgl. dieser definitorischen Arbeiten sowie in der Kodierpraxis der Krankenhäuser Verbesserungen möglich sind, erscheint auch eine statische Festlegung auf feste Prozentsätze nicht zielführend. Diese sind dynamisch anzupassen und in der Tendenz - bei Vorliegen der oben formulierten Voraussetzungen - zu verschärfen.

Andererseits liegt nahe, dass durch eine gezielte Auswahl der Prüffälle sowie eine entsprechende Festlegung des Prüfumfanges die Quote der zu beanstandenden Fälle auch im Status quo nicht unerheblich beeinflusst werden kann. Es ist zum einen anzunehmen, dass die ermittelte Quote nicht repräsentativ für die gesamte Rechnungsstellung eines Hauses ist und zum anderen die Staffellung zumindest teilweise ins Leere läuft. Alternative Ansätze bspw. in Form einer Stichprobenziehung würden diesem Anspruch eher gerecht.

Die Stärkung des Schlichtungsverfahrens durch den Schlichtungsausschuss wird nachdrücklich begrüßt. Es gilt jedoch zu prüfen, inwiefern die Kapazitäten - auch vor dem Hintergrund des deutlich erweiterten Kreises möglicher Antragsteller - ausreichen, die zahlreichen strittigen Kodierfragen im zeitlich geforderten Rahmen abzuarbeiten. Hier bestehen deutliche Zweifel. Eine strukturelle Überlastung könnte dazu führen, dass die Potentiale nicht gehoben werden und die Fronten sich eher weiter verhärten.

Ambulantisierung

Der neue Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen kann zu einer Vereinheitlichung der Prüfpraxis beitragen. Die Intention ist zu begrüßen. Es muss jedoch betont werden, dass diese Regelung zwangsweise ein Stückwerk bleiben muss, da elementare Fragen der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor erst in künftigen Gesetzgebungsverfahren adressiert werden. Es fehlen bspw. neben vertraglichen Grundlagen Regelungen zum Vergütungssystem und zum Leistungsvolumen. Entsprechend wird mit Nachdruck empfohlen die zugehörigen Aspekte in einem dedizierten Gesetz zur Regelung sektorenübergreifender Leistungserbringung zu verorten und umfänglich abzuhandeln.

Fazit

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Stärkung der Unabhängigkeit des MD positiv bewertet wird. Bei der Neuordnung des Prüfverfahrens scheinen die Quotierung und die Sanktionierung in der vorliegenden Form die intendierten Ziele nur eingeschränkt zu befördern. Auch wenn das Ziel, im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung mehr Transparenz und Einheitlichkeit im Prüferfahren zu schaffen, zu begrüßen ist, wird davon abgeraten, diesen komplexen Sachverhalt mit der Reform des Medizinischen Dienstes zu vermengen.

Vorstand der dggö: Prof. Dr. Robert Nuscheler, Prof. Dr. Hendrik Jürges, Prof. Dr. Harald Tauchmann, Prof. Dr. Jeannette Brosig-Koch

Federführung: Prof. Dr. Andreas Schmid (Universität Bayreuth, Vorsitzender des Ausschusses „Stationäre Versorgung“ der dggö)

Rückfragen an: Andreas.Schmid@uni-bayreuth.de