

Berlin, 3. Juni 2019

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

Vorbemerkung

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit rund 400 katholische Krankenhäuser mit circa 165.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt.

Der kkvd begrüßt die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums, Lösungen für den Konflikt um die Prüfung von Krankenhausabrechnungen zu schaffen. Der bisherige Umgang mit Rechnungsprüfungen bindet erhebliche Kapazitäten und schafft große Unsicherheiten bei den an der Behandlung beteiligten Fachkräften in den Krankenhäusern. Vom MDK-Reformgesetz erhoffen wir verlässliche Rahmenbedingungen für die Abwicklung der Leistungs- und Rechnungsprüfungen durch die Krankenkassen, die eine Rückbesinnung auf das Wesentliche zulassen: Eine für die jeweiligen medizinischen Bedarfe der kranken Versicherten angemessene Behandlung im Krankenhaus.

Allgemeiner Teil

Als eine Ursache der Problematik benennt der Gesetzentwurf das Fehlen von Anreizen für eine regelkonforme Abrechnung in Krankenhäusern. Dies unterstellt, dass die Verantwortlichen in den Krankenhäusern grundsätzlich nicht regelkonform handeln und nur mit Anreizen dazu gebracht werden können, sich an geltende Regeln zu halten. Diese Unterstellung weisen wir entschieden zurück. Dem beruflichen Ethos von Ärztinnen, Therapeuten und Pflegenden entspricht es, die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten nach den Regeln der jeweiligen Kunst bestmöglich zu versorgen. Die verantwortlichen Geschäftsführer und Managerinnen handeln selbstverständlich grundsätzlich im Rahmen der jeweils für sie geltenden gesetzlichen und vertraglichen Regeln, so wie es in funktionierenden Wirtschaftssystemen die große Mehrheit der am Wirtschaftsleben Teilnehmenden tut. Sofern innerhalb dieser Regelungen Handlungsspielräume bestehen, ist es ebenfalls selbstverständlich, dass diese im Sinne der Organisation und deren nachhaltigen Funktionie-



rens, genutzt werden. Dies darf aber nicht als nonkonformes Verhalten bewertet und sanktioniert werden. Ebenso wenig darf die Entscheidung über Art und Dauer der jeweils erforderlichen medizinischen Behandlung, zu der ein Arzt des medizinischen Dienstes rückwirkend nach Aktenlage eine andere fachliche Meinung vertritt, als nonkonformes Verhalten bewertet bzw. mit fehlender „Abrechnungsqualität“ gleichgesetzt werden. Von Einzelnen, die Regeln überschreiten und in betrügerischer Absicht nicht regelkonform abrechnen oder bewusste Überversorgung leisten mögen, kann nicht auf die Gesamtheit der Krankenhäuser geschlossen werden. Vor diesem Hintergrund bezweifeln wir die Wirksamkeit, des im Gesetzentwurf vorgesehene System von sog. Anreizen und Sanktionen. Krankenhausbehandlungen sind individuell und abhängig einerseits vom persönlichen körperlich-geistigen Zustand der Patienten und außerdem von der individuellen fachlichen Einschätzung des behandelnden Arztes. Hier gibt es kein richtig oder falsch, das es zu belohnen oder bestrafen gilt.

Zielführender ist es vielmehr, das Abrechnungssystem möglichst einfach und zweifelsfrei zu gestalten und an die Versorgungsrealitäten anzupassen. Im bestehenden System werden insbesondere die Begrenzungen ambulanter Behandlungsmöglichkeiten durch soziale Lebensrealitäten und sozialmedizinisch-pflegerische Bedarfe nicht ausreichend berücksichtigt und führen im Alltag Katholischer Krankenhausträger regelmäßig zu sogenannten Falschabrechnungen.

Spezieller Teil

1. Zu § 275c neu: Begriff der „korrekten Abrechnung“

Vorschlag: Veränderte Definition der Bezugsgröße „korrekte Abrechnung“

Die Definition des „Anteils korrekter Abrechnungen“ sollte auch Fälle umfassen, in denen die Prüfung zwar zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt hat, die ursprüngliche höhere Rechnung aber nicht aufgrund bewusster Falschkodierung erfolgte. Insbesondere darf die Definition nicht dazu führen, dass Fälle der sogenannten sekundären Fehlbelegung aufgrund abweichender medizinischer Einschätzungen zur notwendigen Verweildauer als Falschabrechnung bewertet werden.

Begründung:

Nach der Definition in § 275c Abs. 4 Satz 3 Nr. 2, ist der Anteil korrekter Abrechnungen der „*Anteil der Abrechnungen, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind, an allen*

abgeschlossenen Prüfungen in dem betrachteten Quartal“. Diese Definition ist zu eng und deckt sich nicht mit den Zielen des Gesetzentwurfs. Denn dadurch sind auch Beanstandungen betroffen, bzw. werden nicht in die Quote der korrekten Abrechnungen einbezogen, auf die der Rechnungsteller keinen Einfluss hat, weil sie nur durch unterschiedliche medizinische Bewertungen zu Stande kamen, ohne die Behandlung des Patienten fehlerhaft darzustellen.

Mit einer korrekten Abrechnung muss richtiger Weise vielmehr gemeint sein, dass die erbrachte Leistung korrekt in Rechnung gestellt wurde. Anders kann das Ziel des Gesetzentwurfs, regelkonformes Verhalten zu bewirken bzw. nonkonformes Verhalten zu sanktionieren, nicht erreicht werden. Der ursächliche Fehler in der Abrechnung muss im Einflussbereich des Krankenhauses gelegen haben und von ihm hätte vermieden werden können. Belohnung- und Sanktionssysteme sind nur dort gerechtfertigt und wirksam, wenn dem betreffenden Verhalten eine bewusste Entscheidung vorausgehen kann.

Dies ist äußerst problematisch bei all den Fällen, in denen eine faktisch erbrachte Leistung korrekt abgerechnet wurde, aber im Nachhinein differente medizinische Anschauungen über die Voraussetzungen, Art und Dauer der Leistung bestehen. Bei der sogenannten sekundären Fehlbelegung kürzt die Krankenkasse die Abrechnung einer faktisch erbrachten Leistung, weil die Notwendigkeit der Behandlungsdauer im Nachhinein durch den Medizinischen Dienst in Frage gestellt wird. Dies zusätzlich dem Krankenhaus in einer Abrechnungsstatistik zur Last zu legen, ist nicht sachgerecht.

2. Zu § 275c neu Absatz 3 (Sanktionszahlung)

Vorschlag: Absatz 3 wird gestrichen.

Begründung:

Eine Sanktionszahlung stellt eine doppelte Strafe für Krankenhäuser dar, ohne dass sie die Möglichkeit haben, diese zu vermeiden. In der überwiegenden Mehrheit der Prüffälle haben Krankenhäuser Leistungen erbracht und korrekt abgerechnet, aber in der Prüfung stellen Krankenkassen im Nachhinein den Abrechnungsgrund in Frage. Damit bleibt die Krankenkasse bereits die Vergütung für die bereits erbrachte Leistung schuldig. Das Krankenhaus in einer derartigen Situation mit zusätzlichen Sanktionszahlungen zu belasten ist nicht akzeptabel. Neben den bereits erwähnten Fällen betrifft dies auch solche, in denen zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst unterschiedliche Auffassungen zum Verständnis unbestimmter Merkmale in OPS-Codes bestehen. Damit würden den Krankenhäusern zustehende legitime und legale Auslegungsmöglichkeiten durch die

Verhängung einer Sanktion pönalisiert. Auch ist die vorgesehene Sanktion unbegrenzt möglich, was zu unverhältnismäßigen Zahlungsverpflichtungen führen könnte.

Hilfsweiser Alternativvorschlag: Absatz 3 wird geändert:

„(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt

- a) 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 2,
- b) 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 4 **und wird quartalsweise entsprechend der Regelung in Absatz 2 neu festgelegt“.**

Begründung:

Sollte an der Sanktionszahlung festgehalten werden, ist sicherzustellen, dass diese quartalsweise aktualisiert wird. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser, deren Quote sich bereits wieder positiv (= erhöhter Wert der korrekten Abrechnungen) verändert hat, weiterhin mit dann zu hohen Strafzahlungen belastet werden.

3. Zu § 17c Abs. 2a KHG (Rechnungskorrektur)

Vorschlag: Abs. 2a wird geändert:

„(2a) Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine **einmalige** Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus **zulässig** 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.“

Begründung:

Mit dem Vorschlag soll eine einmalige Korrektur der Rechnung zulässig sein. Die Erstellung einer Krankenhausabrechnung ist ein komplexer Prozess, an dem viele unterschiedliche Beteiligte mitwirken. Dass dabei Fehler auftreten, ist auch bei der besten Organisationsqualität nicht zu verhindern. Wird ein solcher Fehler im Krankenhaus jedoch bemerkt, sollte die einmalige Möglichkeit bestehen, die Rechnung zu korrigieren. Ein aus der Welt geschaffter Fehler entlastet auch die Bearbeitung auf Seiten der Krankenkasse.

4. Weiterer Regelungsbedarf: Versorgungssicherheit für Patienten ohne soziales Versorgungsgefüge

Problematik:

Versorgungslücken entstehen in Krankheitsfällen, wenn Menschen nicht auf Unterstützung im sozialen Umfeld zurückgreifen können. Unabhängig vom Alter nimmt die Anzahl der Menschen zu, die alleine und ohne ein soziales Netzwerk leben. Unterstützungsbedarf entsteht gleich in doppelter Hinsicht, wenn allein pflegende Angehörige selber krank werden. Gleichzeitig fehlt es einerseits an Kurzzeit-Pflege-Kapazitäten, mit denen solche Lücken im System ausgefüllt werden können. Krankenhäuser, die diese Versorgungslücken wahrnehmen, finden sich in einem Abrechnungssystem wider, das diese Lebensrealität nicht abbildet. Selbst im System des ambulanten Operierens, das eigentlich Ausnahmen aufgrund mangelhafter oder fehlender Versorgung kennt und ausnahmsweise stationäre Durchführung der Katalogleistungen zulässt, wird Krankenhäusern primäre Fehlbelegung vorgeworfen und die Vergütung für die erbrachte Leistung aberkannt.

Katholische Krankenhäuser stehen in einem besonderen Konflikt, wenn bei hilflosen Patientinnen stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht mehr eindeutig gegeben ist, aber Versorgungskapazitäten der Anschlussversorgung (z. B. Kurzzeitpflege) nicht, oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stehen- sog. „soziale Indikation“. Aufgrund mangelnder Kapazitäten in Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist es Sozialdiensten häufig nicht möglich, rechtzeitig eine Anschlussversorgung zu organisieren. Die Entlassung eines noch der Pflege bedürftigen Patienten in die Einsamkeit ist sowohl medizinisch als auch ethisch grenzwertig. Entscheidet sich das Krankenhaus, für das Patientenwohl und einen Verbleib im Krankenhaus, birgt dies immer das Risiko der Prüfung der Behandlungsnotwendigkeit bzw. einer Rechnungskürzung durch die Krankenkasse.

Vorschläge:

- Der OPS-Katalog wird um Prozeduren zur Verschlüsselung sozialmedizinisch-pflegerischer Leistungen bei fehlender Versorgungsmöglichkeit erweitert.
- § 275c Abs. 6 neu wird geändert.

„(6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei

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.

3. **Behandlungen aufgrund fehlender Betreuungsmöglichkeit. bei denen sich trotz Aufnahmemanagement gemäß § 39 SGB V Absatz (1) bzw. § 2 Absatz (2) des AOP-Vertrages nach § 115b Absatz 1 SGB V oder Entlassmanagement gemäß Rahmenvertrag nach § 39 SGB V Absatz 1a eine Betreuungsmöglichkeit nicht finden lässt. Die G-AEP-Kriterien F1 bis F4 sind dabei als verbindlich anzuerkennen. Mit dieser Regelung wird dem § 70 Absatz (2) SGB V Rechnung getragen.“**

- “§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird geändert:

„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann **oder Leistungen der Pflegeversicherung nicht rechtzeitig zur Verfügung standen.“**

Begründung

Die vorgeschlagenen Änderungen sind erforderlich, damit sowohl eine sinnvolle Patientenversorgung sichergestellt werden kann und gleichzeitig Entscheidungen der Krankenhausärzte zum Wohle des Patienten nicht zu Abrechnungskonflikten führen:

- Mit der vorgeschlagenen Erweiterung des OPS-Katalogs um Prozeduren zur Verschlüsselung sozialmedizinisch-pflegerischer Leistungen erhalten Krankenhäuser die Möglichkeit, Fälle eindeutig und transparent als soziale Indikation zu dokumentieren. Werden Leistungen des AOP-Katalogs erbracht, wird damit gleichzeitig deutlich, dass die stationäre Behandlung erforderlich war und es sich nicht um eine primäre Fehlbelegung handelt, da die Behandlung unter den gegebenen Umständen nicht ambulant hätte erbracht werden dürfen.
- Mit der vorgeschlagenen Ergänzung von § 275c wird angestrebt, dass diese Grenzfälle, denen keine wirtschaftlichen Erwägungen, sondern eine ethische Entscheidung für das Wohl des Patienten zugrunde liegt, von den Konflikten des Prüfgeschehens entlastet werden.
- Krankenhäuser, die diese schutzbedürftige Patientengruppe versorgen, tun dies nicht aus wirtschaftlichen Erwägungen, sondern aus der von Ihnen übernommenen umfassenden

Versorgungsverantwortung. Mit der vorgeschlagenen Änderung von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V soll der Vergütungsanspruch des Krankenhauses, das diese Verantwortung an der Schnittstelle der Systeme übernimmt, sichergestellt werden.

Gleichwohl sehen wir die Gesetzliche Krankenversicherung nicht in der vorrangigen Zahlungsverpflichtung für diesen Leistungsanteil. Wir gehen davon aus, dass in den Fällen sozialer Indikation die Gesetzliche Krankenversicherung als vorläufig leistender Leistungsträger einen Erstattungsanspruch nach SGB X gegen die zuständige Pflegekasse geltend machen kann. Diese Verlagerung auf die Gesetzliche Pflegeversicherung ist auch gerechtfertigt, da der Leistungsfall vermieden werden kann, wenn diese rechtzeitig eine Anschlussversorgung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung stellt.