

**Gemeinsame Stellungnahme der BDK, ackpa und LIPPs
zu dem Referenten-Entwurf eines Gesetzes
für bessere und unabhängigere Prüfungen –
MDK-Reformgesetz**

Im aktuell im Wettbewerb stehenden Gesundheitswesen sind die immer weiter steigenden Prüfquoten von Krankenhausrechnungen mit in Frage Stellung der Indikation der erbrachten Leistungen ein zunehmendes Problem, bzw eine eklatante Fehlentwicklung, die dem Gesundheitssystem wertvolle und dringend benötigte Ressourcen von der Patientenbehandlung entzieht. Die Hintergründe für diese Fehlentwicklung sind komplex, allerdings spielt hier die starke Abhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDKs) von den Krankenkassen eine zentrale Rolle. Insofern ist das zentrale Ansinnen des MDK-Reformgesetzes die Medizinischen Dienste (zukünftig MDs an Stelle der aktuellen MDKs) zu stärken und unabhängiger zu machen, sehr begrüßenswert.

Auch darüberhinaus enthält der Referentenentwurf einige positive Aspekte:

- Positiv bewerten die Fachverbände, dass der Gesetzgeber die immer weiter steigenden Einzelfallprüfungen im Krankenhaus durch den MDK grundsätzlich begrenzen will. Die Einführung von sachgerechten Quoten, wie viele Fälle eine Krankenkasse durch den MD höchstens prüfen lassen kann, könnte ein guter Weg sei; zumal wenn Krankenhäuser mit wenig Fehlkodierungen dafür mit einer nochmals geringeren Prüfquote „belohnt“ werden. Dass die Krankenkassen ihre Rückforderungen aus MDK-Prüfungen nach dem RefE nicht mehr gegen offene Rechnungsbeträge der Krankenhäuser verrechnen dürfen, ist ebenfalls sehr positiv. Hierdurch würde erstmals die bisherige Benachteiligung der Krankenhäuser reduziert werden.
- Dass geplant ist, dass immer wieder auftretende strittige Kodier- und Abrechnungsfragen durch systematische Ansätze reduziert werden sollen, wird von den Fachverbänden ebenfalls begrüßt.
- Dass der künftige Medizinische Dienst Bund (MDB) vom GKV-Spitzenverband gelöst und in Trägerschaft der MDs übergehen wird, ist auch positiv als Fortschritt in Richtung größerer Fachlichkeit und Unabhängigkeit zu bewerten. So sollen Richtlinien künftig nicht mehr vom GKV-Spitzenverband, sondern vom MDB selbst erlassen werden.
- Es ist auch grundsätzlich nachvollziehbar und richtig, dass die Einhaltung der Vorgaben der Strukturqualität geprüft werden müssen. Dass der Gesetzgeber plant, den Strukturprüfungen von Krankenhausleistungen durch den MD eine gesetzliche Grundlage zu geben, ist gut. Dies schützt die in den Kliniken arbeitenden Menschen vor Personalabbau zu Lasten der Qualität der Versorgung.

Obwohl die Fachverbände, wie oben dargelegt, den Referentenentwurf grundsätzlich begrüßen, enthält er aber auch problematische Aspekte und geht insgesamt aus unserer Sicht nicht ausreichend weit. Darüber hinaus gibt es einzelne Aspekte, die sich für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie anders darstellen als bei den übrigen Fächern und möglichst bei der Gesetzgebung berücksichtigt werden sollten:

- Das MDK-Reformgesetz zielt auf eine größere Unabhängigkeit des MD und des MDB von den Krankenkassen. In der Tat ist es eine Verbesserung der aktuellen Situation, wenn der Verwaltungsrat nicht mehr ausschließlich aus Krankenkassenvertretern besteht und keine hauptamtlich bei Krankenkassen tätigen Personen dem

Verwaltungsrat angehören dürfen. Dennoch ist der Verwaltungsrat, wie er im Referentenentwurf vorgesehen ist, weiterhin eindeutig dominiert durch die Krankenkassen (sechs Vertreter der Krankenkassen, sechs Vertreter von Patienten- und Angehörigenverbänden und vier Vertreter von Verbänden der Pflegeberufe und Ärztekammern). Dadurch, dass der Verwaltungsrat den Vorstand wählt und entlastet, ist die Unabhängigkeit des MD von den Krankenkassen fraglich. Bei einem unabhängigen und unparteiischem MD und MD Bund müsste neben einer paritätischen Verteilung der Sitze, das heißt sechs Vertreter der Medizinberufe, die Krankenhausseite z.B. durch die entsprechende Krankenhausgesellschaft im Verwaltungsrat auch vertreten sein.

- Ferner ist die Qualifikation der Mitglieder des MD-Vorstandes, bestehend aus dem Vorstand und Stellvertreter, nicht definiert. Bei einem Medizinischen Dienst sollte sichergestellt sein, dass der Vorstand zwingend ein Arzt bzw. eine Ärztin ist. Das würde verdeutlichen, dass medizinische und nicht wirtschaftliche Aspekte die Arbeit des MD prägen. In jetziger Lesart des Referentenentwurfes wäre sogar denkbar, dass weder der Vorstand noch sein Stellvertreter Arzt ist. Das würde sogar noch eine Verschlechterung zum Ist-Zustand darstellen.
- Anreize für korrekte Abrechnungen seitens der Krankenhäuser sollen nach dem Referentenentwurf gestärkt werden, indem ein hoher Anteil „korrekter“ Rechnungen künftig zu einer niedrigeren Prüfquote, und ein hoher Anteil „nicht korrekter“ Rechnungen zu einer höheren Prüfquote, aber auch zu „Strafzahlungen“ in Form von Aufschlägen auf die Differenz zwischen dem „zu hoch“ berechneten ursprünglichen Rechnungsbetrag und dem durch die MD-Prüfung geminderten Rechnungsbetrag führt. Dieser Plan ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar und wirkt konsequent, allerdings ist es sehr problematisch, dass die MDs alleine die Entscheidungsmacht haben, ob eine Abrechnung „korrekt“ war oder nicht, zumal die Unabhängigkeit der MDs von den Krankenkassen auch in der neuen Struktur fraglich erscheint (s. oben) und die neuen Maßnahmen den MDs de facto eine viel stärkere Macht verleihen als bislang. Sollten die MDs nicht streng unparteiisch handeln, würden sie die Krankenhäuser einerseits durch die Abwärtsspirale von noch häufigeren Prüfungen und andererseits durch die Strafzahlungen noch mehr als bislang in existentielle Schwierigkeiten bringen können. Ob eine Rechnungsstellung korrekt war oder nicht, und ob eine Leistung indiziert war oder nicht, hängt von vielen Faktoren ab und kann häufig nur sehr schwer zweifelsfrei entschieden werden. Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie hängt der häufige Vorwurf der sekundären Fehlbelegung mit der unzureichend ausgebildeten ambulanten komplementären Versorgungsstruktur zusammen, deren Risiko letztlich die Krankenhäuser tragen. Dieses Risiko darf nicht noch größer werden. „Strafzahlungen“ dürften aus Sicht der Fachverbände, wenn überhaupt, höchstens dann fällig werden, wenn eine „Falschabrechnung“ eindeutig nachweisbar ist und nicht weil z.B. die Entlassung aufgrund fehlender ambulanter Behandlungs- und Versorgungsstrukturen verzögert werden mußte. Des Weiteren birgt eine nicht unerhebliche Anzahl von OPS-Codes Interpretationsspielräume, die auch unter Berücksichtigung geltenden (Landes)rechtes durch eine neutrale Stelle ausgelegt werden sollten. Aus Sicht der Fachverbände wäre die Implementierung einer zusätzlichen Struktur eines unabhängigen Beirats zu befürworten, der wie eine Schlichtungsstelle für strittige Ergebnisse von Einzelfallprüfungen fungiert. Ein solches Gremium sollte ausschließlich aus qualifiziertem medizinischem Fachpersonal bestehen.
- Im Referentenentwurf ist ein Ombudsmann für den MD Bund vorgesehen. Die Fachverbände schlagen vor, dass es analog auch einen Ombudsmann für die MDs der Länder geben soll.
- Schließlich ist es kritisch, dass für die Strukturprüfungen neben dem MD auch ein „anderer Gutachterdienst“ beauftragt werden kann, ohne dass dessen Struktur, Qualifikation und Aufsicht eindeutig definiert werden. Dies müßte dringend ergänzt

werden. Speziell für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie sind im Rahmen der neuen Personalrichtlinie des G-BA, die ab 2020 gelten soll, ohnehin Personalnachweise vorgesehen. Hier müsste darauf geachtet werden, dass unnötig Ressourcen bindende Doppelprüfungen vermieden werden.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass jede Einzelfallprüfung einen erheblichen Ressourcenaufwand für die Krankenhäuser bedeutet. Es gilt zu berücksichtigen, dass die personellen Ressourcen, die dafür eingesetzt werden müssen, in der noch geltenden Psych-PV nicht vorgesehen sind. Demgemäß handelt es sich um einen personellen Ressourceneinsatz, der der Patientenversorgung entzogen wird. Inwieweit die verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalbemessung n. § 136a SGB V, die ab 1.1.2020 Gültigkeit erlangen, dafür gesondert ausgewiesene personelle Kapazitäten vorsehen, kann im Moment noch nicht beurteilt werden. Im Sinne eines ressourceneffizienten Umgangs und einer patientenzentrierten Ressourcenallokation muss das Ziel im Vordergrund stehen, den Misstrauensaufwand und die damit bedingte Prüfquote auf ein Minimum zu reduzieren.

Die Erfahrungen der Modellvorhaben nach § 64b SGB V zeigen, dass auf Einzelfallprüfungen gänzlich verzichtet werden kann und die personellen Ressourcen der Abteilungen/Krankenhäuser konsequent patientenbezogen eingesetzt werden können.

Wir hoffen, dass unsere Anregungen bei dem Gesetzgebungsprozess berücksichtigt werden können und stehen für weitere Beratungen gerne zur Verfügung.

Kontakt:

Dr. Sylvia Claus
Vorsitzende BDK
Klinik für Psychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
Pfalzkrankenhaus AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
sylvia.claus@pfalzkrankenhaus.de

Dr. Christian Kieser
Vorsitzender ackpa
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Ernst von Bergmann Klinikum
In der Aue 59 -61
14480 Potsdam
ckieser@klinikum-evb.de

Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter
1. Vorsitzender LIPPs
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Tübingen
Calwerstraße 14
72076 Tübingen
andreas.fallgatter@med.uni-tuebingen.de

