



Stellungnahme

des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte e.V.

vom 31.05.2019

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

Verband der Leitenden Krankenhausärzte e.V.

Haus der Ärzteschaft

Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Fon 0211 45 49 90

Fax 0211 45 49 929

info@vlk-online.de

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 109 Abs. 6 SGB V - Aufrechnungsverbot

Bewertung:

Der geplante Ausschluss der Aufrechnung von strittig gestellten Leistungen der Krankenhäuser mit unstrittig erbrachten Leistungen ist dringend erforderlich. Die aktuelle Verrechnungspraxis der Krankenkassen führt zu erheblichen Liquiditätsengpässen auf Seiten der Krankenhäuser und (künstlicher) Verlagerung des Prozessrisikos auf die Krankenhäuser, wenn diese Vergütungsansprüche im Wege der Klage durchsetzen müssen. Allerdings besteht nunmehr die Gefahr, dass Krankenkassen in großem Umfang von vorne herein Rechnungen auf den – nach ihrer Ansicht – unstrittigen Betrag kürzen.

Änderungsbedarf:

Es muss sichergestellt werden, dass die Krankenkassen nun nicht im Vorfeld die Zahlung von Rechnungen in erheblichem Umfang verweigern bzw. nur aus ihrer Sicht unstrittige Beträge zahlen.

Angedacht werden könnte in diesem Zusammenhang ein „Anreiz- und Sanktionssystem“ analog der Regelung zum Apothekenabschlag nach § 130 Abs. 1, Abs. 3 SGB V.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275 c Abs. 2 SGB V - Einführung von (maximalen) Prüfquoten

Bewertung:

Die Einführung von maximal zulässigen Prüfungen mittels Einführung von Obergrenzen für Prüfquoten – abhängig von der Abrechnungsqualität des Krankenhauses – ist zu begrüßen und begegnet dem Missbrauch der Einzelfallprüfungen durch einzelne Kassen.

Mit Blick auf den Zusammenhang mit der Höhe der Strafzahlungen nach § 275 c Abs. 3. SGB V erscheinen die Quoten zu hoch. Insbesondere wirken nach der derzeitigen Ausgestaltung auch Verweildauer Kürzungen auf die Quote und somit die Strafzahlungen. Hinzu kommt, dass Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach § 275 c Abs. 3. SGB V und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach § 275 c Abs. 4 SGB V keine aufschiebende Wirkung haben.

Änderungsbedarf:

Die konkrete Ausgestaltung, insb. die Höhe der Prüfquoten, aber auch die Definition der korrekten Abrechnung in diesem Zusammenhang ist zu hinterfragen und neu zu bewerten. Insbesondere müssen Verweildauerkürzungen bei Ermittlung der inkorrekten Abrechnungen herausgenommen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275 c Abs. 3 SGB V - nach Fehlerquote gestaffelte Aufschläge (Strafzahlungen)

Bewertung:

Die Aufwandspauschale nach § 275 c Abs. 1 Satz 2 SGB V bleibt erhalten und wird durch die Strafzahlungen ergänzt, wodurch weiterhin hohes Konfliktpotential besteht und der Versorgung Finanzmittel entzogen werden. Die Aufwandspauschale facht die bestehenden Divergenzen zwischen Kassen und Krankenhäusern zusätzlich an, nachdem in der Vergangenheit gezielt Fehler in der Abrechnung gesucht oder auch konstruiert wurden um deren Zahlung zu vermeiden. Welch erhebliches Konfliktpotential damit verbunden und wie schwierig die Geltendmachung der Aufwandspauschale mitunter ist belegen auch die zahlreichen Entscheidungen des BSG zu dieser Thematik.

Rechnungsprüfungen sind und bleiben maßgeblich von medizinischen Einschätzungen abhängig. Dadurch bleiben sie kompliziert und komplex. Insbesondere muss dem behandelnden Arzt in der konkreten Behandlungs-/Versorgungssituation eine Einschätzungsprärogative bzgl. der Behandlung/Versorgung des Patienten zustehen, die nicht in einer nachgelagerten Prüfung entwertet bzw. korrigiert werden darf. Hinzu kommt, dass Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Abs. 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Abs. 4 keine aufschiebende Wirkung haben (vgl. § 275 c Abs. 4 SGB V).

Änderungsbedarf

Wegfall der Aufwandspauschale bei Verzicht auf Strafzahlungen oder Begrenzung der Strafzahlungen auf die Fälle vorsätzlicher Falschabrechnung. Herstellung der aufschiebenden Wirkung bei Widerspruch und Klage gegen Ermittlung der Prüfquote.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275 d Abs. 3 SGB V – Prüfung von Strukturmerkmalen

Bewertung

Die bisherige Praxis der Prüfung der Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungscodes im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK führt zu unnötigem Aufwand und auch zu fehlender Planbarkeit für die Krankenhäuser bezüglich der Abrechnungsbefugnis. Die vorgelagerte Prüfung, ob das Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung von OPS-Komplexbehandlungscodes erfüllt ist daher ein positiver Ansatz und führt grundsätzlich im Vorhinein zu Rechtsklarheit und damit Planungssicherheit für Krankenhäuser (und Krankenkassen). Allerdings sind die „Strukturmerkmale“ nicht näher definiert, so dass die Gefahr besteht, dass Krankenhäuser durch überzogene Strukturvorgaben ihre Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung medizinischer Leistungen verlieren.

Änderungsbedarf

Explizite und damit rechtssichere Definition der „Strukturmerkmale“ i.S.d. OPS bei gleichzeitiger Restrukturierung der OPS Ziffern im Sinne einer Reduzierung der bestehenden Überfrachtung (durch das DIMDI).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 278 – 283 Medizinischer Dienst

Bewertung:

Die beabsichtigte Entkopplung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen und deren Überführung in unabhängige Prüforganisationen durch Stärkung ihrer (faktischen und finanziellen) Unabhängigkeit und Schaffung bundesweit einheitlicher und verbindlicher Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung, ist ein wichtiger Schritt für eine objektivere Beurteilung der Krankenhausabrechnung durch die Medizinischen Dienste. Es fehlen jedoch Vertreter der Leistungserbringer (Krankenhäuser) im Verwaltungsrat.

Änderungsbedarf:

Aufnahme von Vertretern der Leistungserbringer (Krankenhäuser) in den Verwaltungsrat.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 17c Abs. 2a KHG - Verbot der Rechnungsänderung nach Übermittlung an die Krankenkasse

Bewertung:

Die geplante Neuregelung bringt eine deutliche Einschränkung für die Abrechnung bzw. Abrechenbarkeit der im Krankenhaus erbrachten Leistungen. Sie führt zur Notwendigkeit einer (umfassenden) internen Vorabprüfung (Qualitätskontrolle) der Rechnungsstellung und damit erhöhtem Verwaltungsaufwand. Fälle, in denen kodierbare Leistungen und/oder Diagnosen (ohne Verschulden) primär nicht angegeben werden können, werden immer existieren.

Änderungsbedarf:

Einführung einer angemessenen Frist zur Möglichkeit einer Rechnungsänderung/-ergänzung. Verpflichtung der Prüfung auch zugunsten der Krankenhäuser bei fehlerhaft zu niedriger Rechnungsstellung.



PD Dr. Michael A. Weber
Präsident



Rechtsanwalt Normann Johannes Schuster
Hauptgeschäftsführer