



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0414(11)

gel. VB zur öAnhörung am 13.05.

13_Beitragsschulden

07.05.2013

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

zur öffentlichen Anhörung

zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung

bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

(BT-Drucksache 17/13079)

inklusive der Änderungsanträge auf **A-Drucksache 17(14)0410**

am 13. Mai 2013

Vorbemerkung

Die Stellungnahme des MDS in Abstimmung mit den MDK beschränkt sich auf die im Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung (Ausschuss-Drucksache 17(14)0410) vom 23 April 2013 enthaltenen Vorschläge zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Die MDK werden seit Inkrafttreten des § 275 Absatz 1 Nummer 1 2. Halbsatz SGB V von den Krankenkassen mit der Prüfung von Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung beauftragt. Diese Aufgabenerweiterung wurde durch Artikel 1 Nummer 6 b des Gesetzes zur Einführung des Diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz) mit Wirkung ab 1. Januar 2003 eingeführt. Mit Wirkung ab 1. April 2007 wurde durch das GKV-WSG der § 275 um einen Absatz 1 c erweitert. Danach ist bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V eine Prüfung nach Absatz 1 Nummer 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 EURO zu entrichten.

Stellen die Krankenkassen konkrete Auffälligkeiten im Rahmen ihrer Prüfung von Krankenhausrechnungen fest, beauftragen sie den MDK mit einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 c SGB V. Im Jahr 2012 haben die MDK rund 2,5 Mio. Krankenhausabrechnungen geprüft, was einer Prüfquote von durchschnittlich bis zu 12 Prozent entspricht. Von diesen geprüften Abrechnungen war im Jahr 2012 aufgrund der medizinisch-ärztlichen Überprüfung fast jede zweite geprüfte Abrechnung nicht korrekt. Wie die folgende Übersicht zeigt, hat der Anteil der nicht korrekten Abrechnungen zudem kontinuierlich zugenommen:

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Medizinische Voraussetzung nach Prüfung nicht erfüllt	24,10%	26,50%	34,80%	35,40%	39,20%	42,60%	45,60%	48,00%	49,20%

Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes dürfte es sich bei den falsch abgerechneten Beträgen im Jahr 2012 um eine Größenordnung von etwa 2 Mrd. EURO handeln.

Die GKV ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet. Danach sollen die medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalte von der Solidargemeinschaft der Beitragszahler

finanziert werden. Auf der anderen Seite müssen sich die Krankenkassen vor der Inanspruchnahme medizinisch nicht indizierter Krankenhausaufenthalte und unnötigen Krankenhaustagen sowie vor überhöhten Krankenhausabrechnungen schützen. Deshalb sind Krankenhausprüfungen durch den MDK auch in Zukunft unerlässlich.

Der Änderungsantrag zielt darauf, Konflikte zwischen den Vertragspartnern bei der Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich zu vermeiden, die Modalitäten der Konfliktlösung stärker in die Eigenverantwortung der Vertragspartner zu legen, um auch gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermindern und so Bürokratie abzubauen. Nach Auffassung der Antragsteller sollen oftmals vergleichbare Konstellationen Anlass für häufige Abrechnungsstreitigkeiten sein.

Grundsätzlich begrüßen die Medizinischen Dienste eine Selbstverwaltungslösung zur Vermeidung gerichtlicher Auseinandersetzungen sowie zur Beseitigung unnötiger Bürokratie. Das darf aber nicht dazu führen, dass im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot notwendige Abrechnungsprüfungen unterbleiben oder unnötig erschwert werden.

Zu den Änderungsanträgen nehmen die Medizinischen Dienste daher wie folgt Stellung:

Zu Artikel 5c

§ 17 c Abs. 2 Satz 1 KHG:

Abschaffung der Stichprobenprüfung nach § 17c KHG

Durch Änderungen der Absätze 2 und 3 des § 17 c KHG sollen die bisher möglichen Stichprobenprüfungen entfallen.

Bewertung:

In Anbetracht der Tatsache, dass Prüfungen dieser Art seit Jahren nur noch regional begrenzt und in Einzelfällen beauftragt wurden, ist die Abschaffung nachvollziehbar.

Zu Artikel 5 c

§ 17c Absatz 2 KHG-neu:

Bundeseinheitliche Ausgestaltung des Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1c SGB V durch Vereinbarung zwischen DKG und GKV-SV

Mit der Neufassung des Absatzes 2 KHG sollen GKV-Spitzenverband und DKG beauftragt werden, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den MDK auf Bundesebene vorzunehmen. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK sowie über den Zeitpunkt der Beauftragung des MDK und über Prüfungsdauer und Prüfungsort zu treffen. Diese Vereinbarung soll für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sein.

Bewertung:

Die Beziehungen zwischen den Vertragspartnern beruhen auf dem grundsätzlichen Vertrauen in die Rechtmäßigkeit und Ordnungsgemäßheit der Abrechnung. Die langjährigen Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit den Abrechnungsprüfungen zeigen, dass Zweifel am korrekten Abrechnungsverhalten einer großen Zahl von Krankenhäusern angebracht sind. Ungeachtet der Prüfungen hat der Anteil der falschen Abrechnungen an der Gesamtheit der vom MDK geprüften Rechnungen kontinuierlich zugenommen (siehe oben angeführte Zahlen), dies auch unabhängig von den jeweils angewandten Prüfverfahren auf Landesebene.

Wenn ein auf Bundesebene vereinbartes einheitliches Verfahren allerdings Sinn machen soll, dann nur, wenn es den Beteiligten Instrumente an die Hand gibt, die Zahl der Fehlabbrechnungen signifikant zu vermindern.

Die Änderungsvorschläge sehen lediglich Regelungen zum Verfahrensablauf vor. Es sind aber nicht die Verfahrensabläufe, die dazu führen, dass Krankenhäuser falsch abrechnen. Deshalb werden Festlegungen zum Verfahren, wie sie mit dieser Neuregelung vorgesehen sind, nicht zu einer Reduktion falscher Abrechnungen führen. Dagegen würden Sanktionen für falsch abrechnende Krankenhäuser einen Anreiz für die Krankenhäuser setzen, künftig korrekt abzurechnen. Ein Instrument, um zumindest den Anreiz für Fehlabbrechnungen zu reduzieren, könnte darin bestehen, eine vergleichbare Aufwandspauschale im Sinne des § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V auch für Falschabbrechnungen der Krankenhäuser vorzusehen und damit das Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern symmetrisch auszugestalten. Dies dürfte auch im Interesse der überwiegenden Zahl der korrekt abrechnenden Krankenhäuser liegen.

Grundsätzlich begrüßen wir die Einbeziehung des MDS in die Ausgestaltung der Verfahrensregelungen, um auch für die Medizinischen Dienste praxistaugliche Regelungen zu treffen. Die Regelungen dürfen keineswegs dazu führen, dass der MDK gehindert wird, Rechnungsprüfungen im notwendigen Umfang zu gewährleisten. Die Ausgestaltung eines einheitlichen Prüfverfahrens muss so erfolgen, dass die Prüfmöglichkeiten für den MDK nach § 275 Absatz 1 c SGB V nicht ad absurdum geführt werden.

Im Übrigen bewerten wir die in der neuen Vorschrift angelegte Regelungstiefe zum MDK-Verfahren kritisch, weil sie eine Vorfestlegung auf Regelungsinhalte bedeuten. Es wäre aus unserer Sicht ausreichend, den Vereinbarungspartnern lediglich vorzugeben, Regelungen über die Prüfmodalitäten der MDK-Prüfung zu treffen und es ihnen zu überlassen, welche Regelungsinhalte im Einzelnen zu treffen sind.

Zu Art. 5c

§ 17c Abs. 3 KHG–neu-:

Einrichtung eines Schlichtungsausschusses

Der GKV-Spitzenverband und die DKG sollen mit der Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene beauftragt werden. Dieser Schlichtungsausschuss soll verbindliche Entscheidungen zu grundlegenden Kodier- und Abrechnungsfragen treffen. Die Entscheidungen des Ausschusses sollen für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sein.

Bewertung:

Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Vertragspartnern zeichnet sich im Normalfall dadurch aus, dass auftretende Konflikte einvernehmlich zwischen den Beteiligten gelöst werden können. Zur Vermeidung gerichtlicher Auseinandersetzungen ist die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses auf diesem konfliktbeladenen Feld aber eher nicht geeignet. Fraglich ist auch, ob eine solche Schlichtungsstelle Grundsatzfragen bei Abrechnungsthemen besser lösen kann, als es bislang im Rahmen der fortlaufenden Kommunikation zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf allen Systemebenen des DRG-Systems möglich war. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass auch in Zukunft bei Streitigkeiten von grundsätzlicher Bedeutung nur unabhängige Gerichte für eine Konfliktlösung sorgen können.

Die geplante Regelung, nach der auch bei strittigen Einzelfällen gemäß § 275 Absatz 1 c die Schlichtungsstellen, die nach § 17 c Absatz 4 KHG nun für diesen Zweck auf Landesebene eingerichtet werden sollen, eingeschaltet werden können, wird zu einer Blockade der Schlichtungsstellen führen. Auch ist nicht zu erwarten, dass bei dem bestehenden Konfliktpotenzial die Sozialgerichte entlastet werden.

Bei ca. 2,5 Mio. Einzelfallprüfungen und bei Rechnungskorrekturen in jedem zweiten geprüften Fall jährlich ist eine Überforderung der Schlichtungsstellen zur Klärung strittiger Einzelfälle zu erwarten. Die niedrigen Zugangshürden zu den Schlichtungsstellen nehmen zudem den Anreiz, zu einer einvernehmlichen Lösung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bzw. MDK im Vorfeld der Schlichtungsstelle zu kommen. Daher ist bei der geplanten Regelung insgesamt von einer steigenden Anzahl strittiger Fälle auszugehen, mit denen Schlichtungsstellen belastet würden.

Angesichts dieser Situation ist die Einrichtung von Schlichtungsstellen auf Bundes- und Landesebene in der vorgeschlagenen Form kein wirkungsvolles Instrument zur Konfliktlösung, sondern bedeutet eher den Aufbau weiterer bürokratischer Strukturen zur streitigen Diskussion einer Vielzahl von Abrechnungsprüfungen im Einzelfall.

Zu Art. 5c

§ 17c Abs. 4a KHG–neu-:

Modellerprobung eines statistischen Verfahrens der Auffälligkeitsprüfung von Krankenhausrechnungen

Der GKV-Spitzenverband und die DKG sollen bis zum 31. Dezember 2014 die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage von Daten nach § 21 KHEntgG entwickeln und modellhaft erproben. Die modellhafte Erprobung soll auf den Bereich der sekundären Fehlbelegung ausgerichtet sein.

Bewertung:

Die Möglichkeit der Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen im Rahmen eines Modellversuchs ist grundsätzlich erwägenswert. Allerdings ist die mit dem gesetzlichen Vorhaben angedachte Ausgestaltung wenig- erfolgversprechend.

Die geplante Auffälligkeitsprüfung von sekundären Fehlbelegungen verfolgt einen methodisch falschen Ansatz. Die Möglichkeit, auf diesem Wege eine Auffälligkeitsprüfung zu realisieren, wird daher als wenig erfolgversprechend eingeschätzt. Ob eine statistische Auffälligkeitsprüfung wie gewünscht gerade die Krankenhäuser identifiziert, die auch bei den Prüfungen nach § 275 Absatz 1c SGB V besonders viele Rechnungskorrekturen durchführen mussten, ist mehr als fraglich.

Bei nahezu allen Kliniken Deutschlands werden erhebliche Rechnungskorrekturen wegen sekundärer Fehlbelegung durchgesetzt. Die MDK-Abrechnungsprüfungen belegen, dass sekundäre Fehlbelegung bei den Krankenhäusern weit verbreitet ist. Sekundäre Fehlbelegungen machen in den MDK bis zu über 40 % der Prüfgründe aus. Bei der geplanten statistischen Auffälligkeitsprüfung könnten nur Abweichungen von einem Durchschnittswert gemessen werden, der bereits zahlreiche sekundäre Fehlbelegungen

enthält. Nur durch Einzelfallprüfungen ist festzustellen, ob eine Fehlbelegung vorliegt oder nicht.

Hingegen könnten Auffälligkeitsprüfungen bei Kodierfehlern im Rahmen eines Modellvorhabens erprobt werden. Durch eine solche Auffälligkeitsprüfung könnte ein Anreiz zur korrekten Kodierung entstehen und daraus eine Reduzierung der Prüfungen resultieren.