

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

Kontakt:

Chris Berger

Referent Politik

chris.berger@bvitg.de

www.bvitg.de



Die Ausgliederung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (MDK) hin zu einer eigenständigen Körperschaft des öffentlichen Rechtes auf Bundesebene ist zu begrüßen, da Kodier- und Abrechnungsfragen im Wesentlichen reduziert werden. Da zurzeit unterschiedliche Anforderungen aufgrund der Zuständigkeiten der Landes-MDKen für Form und Inhalte der zu übermittelnden Daten existieren, führt eine bundesweit einheitliche Anforderung zu mehr Transparenz, reduziert Bürokratiekosten und wird deshalb vom Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. grundsätzlich unterstützt. Um die derzeit vorherrschende Komplexität in der Abrechnungssystematik noch weiter zu vereinfachen, bedarf es aus Sicht des Verbandes neben einer praxisnahen Umsetzung der Leitlinien einige kleinere Anpassungen im vorliegenden Gesetzestext seitens des Normgebers.

Der bvitg als Vertreter der IT-Anbieter im Gesundheitswesen bedankt sich für die Gelegenheit zur Kommentierung des Entwurfes und nimmt zum MDK-Reformgesetz wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1, Nummer 9 - § 275c Abs. 6 (neu) SGB V

Durch Nr. 1 Satz 2 wird festgelegt, dass die abgerechneten Pflegeentgelte bezahlt/erstattet werden, wenn die Prüfung durch den MD im Ergebnis dazu führt, dass

- die ursprüngliche (abgerechnete) Fallpauschale nicht abgerechnet werden kann (primäre Fehlbelegung),
- aufgrund einer Änderung der Kodierung eine andere als die ursprünglich abgerechnete Fallpauschale abgerechnet wird oder
- sich der Abrechnungsbetrag für die Fallpauschale durch eine Reduzierung der zu berücksichtigenden Berechnungstage verändert (sekundäre Fehlbelegung).

Während die letztgenannte Konstellation innerhalb der zukünftigen Abrechnungssystematik und der vorgesehenen Anpassung der Vorgaben für die Datenübermittlung nach §301 transparent umsetzbar ist, ist dies im Hinblick auf die übrigen Konstellationen nicht möglich.

Führt eine Prüfung zu dem Ergebnis, dass die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht gegeben war (primäre Fehlbelegung), kann die Krankenhausleistung entweder als ambulante Behandlung nach dem AOP-Katalog bzw. ab 2021 nach dem Katalog der stationsersetzenden Behandlung oder als vorstationäre Leistung abgerechnet werden.

Vor dem Hintergrund, dass die Pflege zukünftig durch (stationäre) Pflegeentgelte vergütet werden soll, würde dies im ersten Fall dazu führen, dass die „stationären“ Leistungen künftig Bestandteil einer ambulanten Abrechnung werden, was einen klaren Widerspruch darstellt. Darüber hinaus würde dies die Frage aufwerfen, ob und in welcher Weise diese Fälle bzgl. der Berichtspflichten des Krankenhauses (z.B. Datenübermittlung nach §21 KHEntG) oder im Hinblick auf die Nachweise der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu betrachten sind.

Mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen und auf Basis der Prämisse des Absatzes 6, Nr. 1 Satz 2, wäre die nachträgliche Wandlung von stationären zu ambulanten Fällen (zu Abrechnungszwecken) noch weniger sachgerecht als dies bisher schon der Fall ist. Bis zur Vorlage des erweiterten Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe, von dem eine deutliche Reduktion von Prüfungen des MD bzgl. einer primären Fehlbelegung erwartet wird, sollten daher in der korrigierten Rechnung neben den Pflegeentgelten anstelle der Fallpauschalen die entsprechenden Leistungen auf der Grundlage des bisherigen AOP-Kataloges abgerechnet werden. Führt die MD-Prüfung im Ergebnis dazu, dass sich aufgrund einer Anpassung der Kodierung eine andere Fallpau-

schale ergibt als ursprünglich abgerechnet, wäre nach der Prämisse, dass dies keine Auswirkung auf die Abrechnung der angerechneten Pflegeentgelte haben darf, sicherzustellen, dass festgehalten wird, welche Diagnosen und Prozeduren Grundlage der Ermittlung der Fallpauschale und welche (abweichenden) Diagnosen und Prozeduren zur Ermittlung des Pflegeentgelte herangezogen wurden. Ungeachtet dessen, dass die gegenwärtigen Vereinbarungen für den Datenaustausch nach §301 SGB V oder für die Datenübermittlung nach §21 KHEntG keinerlei Möglichkeiten einer solchen Differenzierung bieten, ist grundsätzlich in Frage zu stellen, inwieweit damit eine einfache Nachvollziehbarkeit einer Krankenhausrechnung noch gegeben ist und sich die Intention des Gesetzes, die Abrechnung von Krankenhausleistungen zu vereinfachen, in diesem Punkt nicht ins Gegenteil verkehrt.

Aufgrund der beispielhaft genannten Problematik der beabsichtigten Regelung und den damit verbundenen Konsequenzen, ist eine Anpassung dringend erforderlich. Dies sollte sowohl unter inhaltlichen Aspekten als auch unter Berücksichtigung der zeitlichen Rahmenbedingung einer Festlegung der genannten Vereinbarungen insbesondere zum Datenaustausch sowie auch der Umsetzung in den abrechnenden Krankenhausinformationssystemen und den Softwaresystemen der Kostenträger erfolgen.

Abs. 6 sollte, wie folgt gefasst werden:

Gesetzentwurf der Bundesregierung	Neufassung
<p>[...] (6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei</p> <p>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,</p> <p>2. der Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d.</p>	<p>[...] (6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei</p> <p>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 Anzahl der Belegungstage haben, die bei der Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte berücksichtigt werden.</p> <p>2. der Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d.</p>

Artikel 2, Nummer 1 - § 17c, Abs. 2a (neu) Krankenhausfinanzierungsgesetz

Abrechnungsfehler können nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Ein Rechnungsstorno muss aus Sicht des bvity innerhalb der gesetzlichen Fristen möglich sein, um offensichtliche Abrechnungsfehler korrigieren zu können. Die in der Gesetzesbegründung genannten Auswirkungen eines Rechnungsstornos auf laufende Prüf- bzw. Gerichtsverfahren treten erst mit Beginn dieser Verfahren ein, weshalb das Rechnungsstorno auch erst ab diesem Zeitpunkt gesetzlich untersagt werden sollte.

Zwar können nach Absatz 2a, Satz 2 die Organe der Selbstverwaltung eine davon abweichende Regelung treffen, allerdings hat die gesetzliche Norm Geltungsvorrang gegenüber einer derartigen Vereinbarung. Es ist zukünftig nicht sichergestellt, dass eine von Abs. 2a Satz 1 abweichende Regelung entsprechend anerkannt wird.

Der bvity empfiehlt deshalb Absatz 2a wie folgt anzupassen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung	Neufassung
<p>[...] Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:</p> <p>„(2a) Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus 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.“</p>	<p>[...] Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:</p> <p>„(2a) Wurde dem Krankenhaus die Begutachtung und Beratung nach § 275 SGB V angezeigt, ist eine Korrektur der zahlungsbegründenden Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus 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.“</p>

Der bvitg steht als Branchenverband der Hersteller von IT-Systemen im Gesundheitswesen sowohl bei der weiteren Ausarbeitung des MDK-Reformgesetzes als auch bei der Ausarbeitung untergesetzlicher Normen sowie technischer Richtlinien gerne als fachlicher Dialogpartner zur Verfügung.

Berlin, 10.09.2019