



Stellungnahme der DGfM zum MDK-Reformgesetz

Von Prof. Dr. Erika Raab

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn plant, den Medizinischen Dienst noch stärker von den Krankenkassen zu trennen. Außerdem soll er Krankenhäuser seltener, dafür aber gezielter überprüfen als bisher. Das ist das Ziel eines neuen Gesetzesentwurfs, zu dem die DGfM als Fachgesellschaft zur Stellungnahme aufgefordert war.

sabrechnung ermöglicht. An allen relevanten Problemstellen der bisherigen Abrechnungsprüfungssituation sind konkrete Maßnahmen vorgesehen, welche Verbesserungen erhoffen lassen. Diese sind ausgewogen ausgestaltet, so dass sowohl krankenhauseitig als auch krankenkassenseitig unnötige administrative Aufwände reduziert

ren Krankenhausabrechnung durch den Wegfall von Anreizen zur erlös-optimierenden Kodierung erwartet, im gleichen Maße jedoch auch Wegfall unberechtigter Rechnerkürzungen durch die krankenkassenseitige Ausnutzung von Interpretationsspielräumen bei der stationären Kodierung und Fallbewertung. Nutzen entsteht durch die Umsetzung der Vorschläge vor allem für korrekt abrechnende Krankenhäuser und für Krankenkassen, die nicht im Sinne einer Ausgabenoptimierung, sondern im Sinne einer fairen Vergütung optimaler Patientenversorgung agieren. Auf den Seiten aller Beteiligten erwartet die DGfM relevante Einsparungen im Personalaufwand für die künftig deutlich weniger aufwendigen Prüfungen und die sehr viel seltener zu erwartenden gerichtlichen Auseinandersetzungen dazu.

„An allen relevanten Problemstellen der bisherigen Abrechnungsprüfungssituation sind konkrete Maßnahmen vorgesehen, welche Verbesserungen erhoffen lassen.“

In der Zusammenfassung der umfangreichen Stellungnahme vertritt die DGfM folgende Positionen: Die DGfM begrüßt den Gesetzesentwurf, dessen Umsetzung eine deutliche Reduktion überflüssiger Prüfaufwände sowie eine erhebliche Verminderung von Fehlanreizen der bisher praktizierten Abrechnungsprüfung und Krankenhau-

sowie gerichtliche und außergerichtliche Streitaktivitäten verhindert werden.

Geschaffen werden eindeutig Anreize hin zur korrekten Abrechnung und einer Abrechnungsprüfung, welche die identische Zielrichtung verfolgen soll. Im Effekt werden sowohl niedrigere Höhen der primä-

Kritisch bewertet wird die zeitliche Abfolge der geplanten Maßnahmen: Die begrüßenswerten Pläne zur Erweiterung des Kataloges ambulant im Krankenhaus erbringbarer Leistungen werden ihren Effekt frühes-

	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4
25 % der Krankenhäuser mit den höchsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnung	... zweithöchsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnung	... zweitniedrigsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnung	... niedrigsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnung
Folgeprüfquote	> 15%	< 15%	< 10%	< 5%
Strafzahlung auf Differenzbetrag	50%	50%	25%	0%

Tab.: Differenzierung der Auffälligkeiten nach Quartilen

tens in 2022 zeigen. In den Jahren 2020 und 2021 kann jedoch vorab eine massiv erhöhte Prüfkaktivität von Kostenträgern in Bezug auf ambulante Leistungserbringung und Streichung von Verweildauerzeiten am Bereich der unteren Grenzwelldauer zu erheblichen Friktionen führen. Hier muss durch eine Übergangslösung oder eine inhaltliche Anpassung korrigiert werden.

Konkret schlägt die DGfM folgende Anpassungen am Gesetzesentwurf vor: Die Festlegung von Prüfquotengruppen innerhalb der Krankenhauslandschaft ist ein guter Ansatz, um korrekte Abrechnung belohnen zu können. Da keinerlei

ner zentralen Datenbank verwaltet und öffentlich einsehbar gemacht werden.

Im Sinne des Anstrebens primär korrekter Krankenhausabrechnungen ist der Ansatz, selbige nach Erstabrechnung nicht mehr systematisch korrigieren zu dürfen, sinnvoll. Jedoch müssen Regelungen für Situationen definiert werden, in denen Krankenhäuser bei erheblichen Veränderungen der Abrechnung durch Fehler im primären Abrechnungsprozess, aber auch durch nicht vermeidbare organisatorische Situationen (z. B. die Stornierung einer Erstabrechnung bei nachträglicher Fallzusammenführung) eine nachträglich

sich Konkretisierungen für folgende Fragestellungen in einer ergänzenden Verfahrensverordnung: Besteht eine aufschiebende Wirkung, wenn ein Dissens zwischen Krankenhaus und Krankenkasse besteht und dieser über den MD oder den FoKA zur Klärung vorgelegt wird? Welche Verbindlichkeit entfalten die Konsentierungen von FoKA und SEG 4 des MD (im Sinne des Schlichtungsverfahrens) für die Quotenberechnungen der Auffälligkeiten?

Bei der Besetzung wird zur Erhöhung des Praxisbezuges der Entscheidungen eine aktive Einbindung des MD und der DGfM angeregt.

Thematisch eignen sich nicht nur Kodierfragestellungen, sondern auch Vorschlagsrechte für eine Aufnahme stationärer Leistungen in den Katalog zur Vermeidung primärer Fehlbelegungen, die Klärung unbestimmter Rechtsbegriffe im Rahmen von Strukturprüfungen oder von fraglichen Kriterien zur Definition von medizinischen Leistungen.

Aus Praxissicht wird angeregt, die Beschlüsse des Schlichtungsausschusses am folgenden Quartalsanfang nach der Beschlussfindung verbindlich werden zu lassen, um logistischen Einwänden vorzubeugen. ■

„Thematisch eignen sich nicht nur Kodierfragestellungen, sondern auch Vorschlagsrechte für eine Aufnahme stationärer Leistungen in den Katalog zur Vermeidung primärer Fehlbelegungen, die Klärung unbestimmter Rechtsbegriffe im Rahmen von Strukturprüfungen oder von fraglichen Kriterien zur Definition von medizinischen Leistungen.“

Erfahrungswerte vorliegen und auch keine aggregierten Daten über Prüfergebnisse bekannt sind, schlägt die DGfM vor, anstatt eines festgelegten Korridors von Prozentzahlen die Gruppen in Quartile der Abrechnungskürzungen zu unterteilen. Damit könnte jeweils im schlechtesten Quartil der am schlechtesten abrechnenden Krankenhäuser die erlaubte Prüfquote am höchsten und der auf Falschabrechnung zu zahlende Differenzbetrag ebenso am höchsten angewandt werden. Für die im untersten Quartil befindlichen Krankenhäuser mit bester Abrechnungsqualität wäre dann die Prüfquote bei unter fünf Prozent ohne Rückzahlungsverpflichtung bei vereinzelt inkorrekten Abrechnungen anzuwenden (► Tab.)

Die organisatorische und inhaltliche Abtrennung der Strukturprüfungen von den Einzelfallprüfungen ist zu begrüßen. Parallel zu den Datenerfassungen über die Prüfergebnisse aus der Einzelfallprüfung sollen die Prüfergebnisse aus den Strukturprüfungen ebenfalls in ei-

che Korrekturmöglichkeit haben. Ansätze hierfür könnten Mindestbeiträge der Korrektur sowie die Pflicht zur Beauftragung des MD ohne Anrechnung auf die Prüfquote und mit einer durch das Krankenhaus zu übernehmenden Aufwandspauschale sein.

Für die geplanten Analysen der Prüfergebnisse der Einzelfallprüfung empfiehlt die DGfM dringend, dem GKV-Spitzenverband eine eindeutige Vorgabe zur Definition der abzufragenden Daten zu machen. Hierbei soll ein einzelfallbezogener Datensatz generiert werden, der in Analogie zum § 21 Datensatz der Krankenhäuser eine hochdifferenzierte Analyse aller Prüffälle ermöglicht. Ebenso sollten konkrete Fragestellungen definiert werden, die durch diese Analysen regelmäßig beantwortet werden. Die Rohdaten sollten zu den Institutionen mit berechtigtem Interesse z. B. zu Fragen der Versorgungsforschung, zugänglich gemacht werden.

Um die Effizienz des Schlichtungsausschusses zu erhöhen, empfehlen

Prof. Dr. Erika Raab
Stellvertretende Vorsitzende
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling
erika.raab@medizincontroller.de



Prof. Dr. Erika Raab