

**30. Sächsischer Ärztetag/62. Tagung der Kammerversammlung
13. Juni 2020**

Beschlussvorlage Nr. 10

Zu TOP: 2

Betrifft: COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz – Tätigkeit des MDK

Einreicher: Dr. Andreas Bartusch

Aufwendungen: ./.
Höhe der Aufwendungen: ./.
im Wirtschaftsplan enthalten: ./.

DIE KAMMERVERSAMMLUNG MÖGE DIE FOLGENDE BESCHLUSSVORLAGE

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz – Tätigkeit des MDK

BESCHLIEßEN.

Die sächsische Ärzteschaft fordert die Staatsregierung auf, sich beim Bund dafür einzusetzen, dass die durch das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020 vorgenommenen Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung im Hinblick auf die Höhe der Prüfquote von 5 % der pro Quartal bei der jeweiligen Krankenkasse eingehenden Schlussrechnungen sowie das Entfallen des Rechnungsaufschlages bei vom MD beanstandeten Schlussrechnungen dauerhaft festgeschrieben werden.

Begründung:

In den letzten Jahren haben die Krankenkassen bei der Abrechnungsprüfung stationärer Krankenhausleistungen teilweise eine Prüfquote von 30 % der Rechnungen erzielt. Dies ist eine unverhältnismäßig hohe Anzahl von Prüfungen, die auch den Charakter einer Einzelfallprüfung vermissen lässt. Ca. 50 % der geprüften Rechnungen führen zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages. Diese Prüfungen erhöhen den bürokratischen Aufwand auf Seiten des MD, der Krankenkassen und der Krankenhäuser ohne erkennbaren Nutzen.

In ca. 50-60 % der Prüfungen, welche zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führen, werden die Indikation zur stationären Aufnahme und/oder die Dauer der Behandlung geprüft. Durch den MD werden oftmals ablehnende Gutachten geschrieben, ohne dass objektive Kriterien erkennbar sind. Es handelt sich also um verschiedene medizinische Auffassungen zwischen dem behandelnden Arzt, der den Patienten auch gesehen hat, und dem begutachtenden Arzt, der die Prüfung nur anhand der Aktenlage durchführt.

Angenommen X	Abgelehnt	Vorstandsüberweisung	Entfallen	Zurückgezogen	Nichtbefassung
Stimmen:	Ja: Einstimmig		Nein: -	Enthaltungen: 2	

Notwendig wäre eine entsprechende Änderung von § 275c SGB V (Erläuterungen dazu vom Antragsteller).

Dresden, 13. Juni 2020

Erik Bodendieck
Präsident

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Schriftführer

Anlage zu BV 10 – Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz – Tätigkeit des MDK Vorschlag zur Änderung von § 275c SGB V

§ 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch [... noch zu ergänzen], wird wie folgt geändert:

1. § 275c Abs. 1 bleibt unverändert.

2. § 275c Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

Eine Krankenkasse darf bis zu 5 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote).

Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung. Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 3 eingeleitete Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 zulässige Prüfquote von der Krankenkasse überschritten wird; dafür ist die nach Absatz 4 Satz 3 übermittelte Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im vorvergangenen Quartal erhalten hat, heranzuziehen. Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten, können mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der Prüfquote nach Satz 1 resultierende Anzahl an Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen; die Übermittlung und Auswertung der Daten nach Absatz 4 bleibt davon unberührt. Die Prüfung von Rechnungen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegt der quartalsbezogenen Prüfquote.

3. § 275c Abs. 3 wird aufgehoben.

4. § 275c Abs. 4 wird wie folgt neu gefasst:

Zur Umsetzung der Einzelfallprüfung nach den Vorgaben der Absätze 1 und 2 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen. Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Ende des ersten Monats, der auf ein Quartal folgt, die Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung. Ab dem Jahr 2020 sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen die nach Satz 2 übermittelten Daten bis jeweils zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, für das einzelne Krankenhaus nach Krankenkassen gegliedert dem Medizinischen Dienst und dem Krankenhaus zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Übermittlung an den Medizinischen Dienst und das Krankenhaus sowie zu den Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum [... drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] fest. Bei der Festlegung sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

5. § 275c Abs. 5 wird aufgehoben.

6. § 275c Abs. 6 bleibt unverändert.

7. § 275c Abs. 7 bleibt unverändert.

Begründung:

In den letzten Jahren haben die Krankenkassen bei der Abrechnungsprüfung stationärer Krankenhausleistungen teilweise eine Prüfquote von 30 % der Rechnungen erzielt. Dies ist eine unverhältnismäßig hohe Anzahl von Prüfungen, die auch den Charakter einer Einzelfallprüfung vermissen lässt. Ca. 50 % der geprüften Rechnungen führen zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages. Diese Prüfungen erhöhen den bürokratischen Aufwand auf Seiten des MD, der Krankenkassen und der Krankenhäuser ohne erkennbaren Nutzen.

In ca. 50-60 % der Prüfungen, welche zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führen, werden die Indikation zur stationären Aufnahme und/oder die Dauer der Behandlung geprüft. Durch den MD werden oftmals ablehnende Gutachten geschrieben, ohne dass objektive Kriterien erkennbar sind. Es handelt sich also um verschiedene medizinische Auffassungen zwischen dem behandelnden Arzt, der den Patienten auch gesehen hat, und dem begutachtenden Arzt, der die Prüfung nur anhand der Aktenlage durchführt.

Der Große Senat des Bundessozialgerichts (Beschluss vom 25.09.2007; Az: GS 1/06) hatte auch mit Blick auf diese Problematik geurteilt:

*„[...] allerdings [wird] in Grenz- oder Zweifelsfällen bei einer nachträglichen Prüfung der Beurteilung des behandelnden Arztes **besonderes Gewicht** zukommen können, weil sich die in der Vergangenheit liegende Behandlungssituation [...] nur begrenzt nachvollziehen lässt und der **Krankenhausarzt** im Zeitpunkt der Behandlung in Kenntnis des Patienten und aller für die medizinische Versorgung relevanten Umstände im Zweifel **am ehesten einschätzen konnte**, welche Maßnahmen medizinisch veranlasst waren. Das relativiert die Befürchtung, die Krankenkasse könne mit Hilfe eines vom MDK "am grünen Tisch" erstatteten Gutachtens jederzeit noch Wochen oder Monaten nach Abschluss einer Behandlung deren Berechtigung in Zweifel ziehen und ihre Leistungspflicht bestreiten.“*

Die in dieser Entscheidung geäußerten Befürchtungen haben sich jedoch vollständig realisiert.

Aufgrund der hohen Anzahl an Prüfungen, welche die Indikation zur stationären Aufnahme und/oder die Dauer der Behandlung betreffen, kommt es naturgemäß aufgrund der eben geschilderten unterschiedlichen Auffassungen der behandelnden und der prüfenden Ärzte des MD zu einer hohen Beanstandungsquote.

Dies würde nach den bisherigen Regelungen zur Prüfquote und den Aufschlägen gem. § 275c Abs. 2, Abs. 3 SGB V wiederum dazu führen, dass die Krankenkassen ihre Prüfquote auf den Maximalprozentsatz ausweiten können und so sukzessive alte Zustände wiederhergestellt werden. Hinzu käme, dass die in der bisherigen Fassung des § 275 Abs. 2 Satz 6 SGB V geregelten Ausnahmen von der Anwendung der Prüfquote konturlos und ohne konkrete Definition von Voraussetzungen ein erhebliches Streitpotential enthalten. Die Grenze von 20 % unbeanstandeter Rechnungen lässt sich seitens der Krankenkassen je nach fachlicher Ausrichtung des Krankenhauses und der Steuerung der zu prüfenden Rechnungen leicht und ohne sachliche Begründung erreichen. Hierzu bedarf es z. B. lediglich der Prüfung weniger ausgesuchter Rechnungen in einem Quartal. Die für den Verdacht auf systematisch überhöhte Rechnungen vorgesehene Ausnahme bleibt ebenso ohne jegliche Konkretisierung und wird so zu deutlich mehr Streitfällen führen, als ein Nutzen erkennbar ist.

Weiter ist zu beachten, dass die Krankenkassen umfangreich Gebrauch von der Regelung des § 275c Abs. 2 Satz 9 SGB V i.V.m. § 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHG in Verbindung mit der PrüfV machen. Über den sogenannten Falldialog im Vorfeld einer MD-Prüfung versuchen Krankenkassen die durch die Einführung der Prüfquote „verlorenen“ Prüfungen durchzuführen. Dieses an sich sinnvolle Instrument des Falldialogs mit der Krankenkasse, welches nicht auf die Prüfquote angerechnet wird, führt so zu einer deutlich steigenden Anzahl an Prüfungen insgesamt, sodass

der mit dem MDK-Reformgesetz verfolgte Zweck der Beschränkung der Prüftätigkeiten der Krankenkassen umgangen wird.

Letztendlich führt die Prüftätigkeit der Krankenkassen zu einem enormen personellen Aufwand in den Krankenhäusern, wobei die eintreffenden Gutachten des MD von Ärzten angesehen, bewertet und Gegengutachten geschrieben werden müssen. Da das Widerspruchsgutachten nicht in jedem Fall dem MD vorgelegt wird, da die Krankenkasse über das sog. Nachverfahren nach der PrüfV entscheidet, führt dies unweigerlich zu einer steigenden Zahl von Sozialgerichtsverfahren.

Was die Aufschläge nach § 275c Abs. 3 SGB V betrifft, so führen diese unter Umständen zu einer Gefährdung der Krankenhausfinanzierung, da sie wie dargestellt vorwiegend aus Fällen resultieren werden, die die Verweildauer bzw. die Indikation zur stationären Aufnahme betreffen. Auch ist die festgelegte Höhe von mindestens 300,- EUR pro Fall unverhältnismäßig hoch. Ursprünglich sollten maximal 10 % des sich ergebenden Differenzbetrages als „Aufschlag“ an die Krankenkasse abgeführt werden. Nunmehr sind sogar bei kleinsten Abrechnungsdifferenzen mindestens 300,- EUR fällig. Diese resultieren nicht aus Abrechnungsfehlern, sondern i. d. R. aus unterschiedlichen fachlichen ärztlichen Bewertungen, wobei seitens des MD noch nicht einmal sichergestellt wird und werden kann, dass der prüfende Arzt oder Mitarbeiter des MD über die erforderliche fachliche Qualifikation zur Prüfung der konkreten Rechnung verfügt. Im konkreten Einzelfall folgt aus dem zu zahlenden Aufschlag, dass ein Krankenhaus, welches einen Patienten qualitativ hochwertig und effektiv medizinisch versorgt hat, nicht nur keine (vollständige) Erstattung seines insbesondere personellen und materiellen Aufwands erhält, sondern überdies noch mindestens einen Aufschlag in Höhe von 300,- EUR dafür bezahlen muss, dass es den Patienten behandelt hat.

Mit der im Krankenhauswesen geltenden Zweckbindung der öffentlichen Daseinsvorsorge lässt sich diese Regelung nicht mehr vereinbaren.