KAYSERS CONSILIUM

Das MD(K)-Trümmergesetz ab 2020

Handwerkliche Fehler / Wer prüft eigentlich den MDK?

Das MDK-Reformgesetz weist viele dilettantische Fehler auf, die vom ersten Referentenentwurf an zu erkennen waren und deren Folgen zu Missverständnissen führen, die bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zu einer nicht gewollten Mehrbelastung der Sozialgerichte und Krankenhausmitarbeiter führt, über die sich allenfalls die Krankenhausjuristen freuen dürften.

Die Geister, die man mit diesem Gesetz rief, werden zu einer Strukturbereinigung der deutschen Krankenhäuser führen - allerdings ohne ein erkennbares Strukturkonzept. Somit lösen sich viele Probleme der angeblichen Überversorgung mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten in Deutschland, ohne dass sich Politiker die Finger schmutzig machen müssen – das Ergebnis ist vorhersehbar.

Strafzahlungen: Ab wann und in welcher Höhe?

Das Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes zum 01. Januar 2020 steht unmittelbar bevor. Inhaltlich wird sich nichts mehr ändern, die letzten Klagerufe des in dieser Angelegenheit zahnlosen Deutschen Bundesrates verhallten fast ungehört. Strafzahlungen sollten auf Antrag einiger Bundesländer noch kurzfristig abgeschafft werden; dabei wurden diese doch erst auf den letzten Drücker nach der von Lobbyisten der Krankenkassen geprägten Anhörung im Deutschen Bundestag am 14. Oktober 2019 in dieses Gesetz bereits für 2020 aufgenommen.

Und hier zeigt sich der erste grobe Fehler: Im Gesetz steht zwar beschrieben, ab wann das Aufrechnungsverbot gelten soll (für die Patienten, die ab dem 01. Januar 2020 aufgenommen werden). Es ist aber nicht erwähnt, wie mit denjenigen Fällen umzugehen ist, deren MDK-Gutachten erst im Jahr 2020 abgeschlossen sein wird, obwohl die Rechnung bereits 2019 an die Krankenkasse gestellt wurde.

Unklar ist auch, wie mit Aufnahmen und/ oder Entlassungen aus dem Jahr 2019 verfahren wird, deren Rechnungsstellung erst 2020 erfolgt. Diese und andere Ungenauigkeiten in der Gesetzgebung führen nun dazu, dass aus Angst vor den möglicherweise drohenden Strafzahlungen zwischen Weihnachten und Neujahr 2019 vielerorts Urlaubstage gestrichen werden, um möglichst alle Rechnungen im Jahr 2019 entlassener Patienten noch fertig zu stellen. Ist das wirklich nötig?

Weder ein klärendes Statement des Bundesgesundheitsministeriums noch eine verbindliche Prüfverfahrensvereinbarung für das Jahr 2020, die an diesem Punkt für Klarheit sorgen könnte, liegen aktuell vor und sorgen für Rechtssicherheit.

Stattdessen eiert die sogenannte Selbstverwaltung aus DKG und GKV-Spitzenverband mal wieder herum und kann sich zurzeit – wenn überhaupt – allenfalls auf eine PrüfvV-Übergangsvereinbarung verständigen, deren Existenz angeblich noch „*geheim*" ist und deren Gültigkeit noch unter „*Gremienvorbehalt*" steht.

Das strategische „Risikospiel" der Selbstverwaltung:
Tausche Aufrechnungsverbot gegen Rechnungskorrektur

Dabei wissen es alle Beteiligten längst: Diese Taktikspielchen führen dazu, dass sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft das mit dem MDK-Reformgesetz von der Politik beabsichtigte, von den Kliniken ersehnte und wirtschaftlich notwendige Aufrechnungsverbot wieder abschwatzen lassen wird.

Im Gegenzug vermeldet die DKG dafür ihren Krankenhäusern als Erfolgsmeldung, dass sie im Gegenzug die Korrektur der Daten nach abschließender Rechnungsstellung doch noch vornehmen dürfen. Ist das wirklich ein Gewinn? Und zu welchem Preis? Betrifft die Korrekturmöglichkeit dann alle alten Fälle seit 2016? Und wie werden die Zusätze in der noch geheimen Übergangsvereinbarung „*innerhalb und außerhalb der PrüfvV*" wohl von den Parteien interpretiert werden?

Nun kommen ab dem 01. Januar 2020 Strafzahlungen hinzu, deren Berechnungen nur zu verstehen sind, wenn man das Kleingedruckte im Gesetzeskommentar überhaupt liest und hoffentlich richtig versteht:

In der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag wurde klargestellt, dass die Veränderung der Rechnung von vollstationär auf ambulant, vorstationär oder alternative Abrechnungen neben der DRG-Streichung auch den Wegfall des Pflegeerlöses bedeutet. Wie aber wird dann die Strafzahlung berechnet?

a) DRG ohne Pflegeerlös minus Alternativer Erlös = Differenz?
b) DRG plus Pflegeerlös minus Alternativer Erlös = Differenz?
c) DRG plus Pflegeerlös ohne Abzug des Alternativen Erlöses = Differenz?

Gehen dann die Differenzen bei der Ermittlung der Pflegeerlöse, die nicht (nur) durch die Veränderung der Verweildauer, sondern durch die DRG-Änderung bedingt sind, auch in die Strafhöhenberechnung ein?

Zwei Beispiele sollen die Unklarheiten aufzeigen, die nicht nur die Krankenhaus- und Krankenkassenmitarbeiter/-innen, sondern auch die Softwareanbieter noch schwer beschäftigen werden.

1.) Die DRG ändert sich durch das MD-Gutachten; die VWD von 10 Tagen bleibt. In der „beanstandeten" DRG sind die Pflegebewertungsrelationen mit 2,0 Punkten pro Tag ausgewiesen; in der korrigierten DRG mit 1,0 Punkt. Der Patient war 10 Tage stationär; der Pflegeerlös verändert sich somit von 10 x 2 x 146,55 Euro auf 10 x 1 x 146,55.
   - Fließt dieser Differenzbetrag in die Strafhöhenermittlung ein?
   - Wenn ja: Wo steht das? Ist das so gewollt?
   - Was passiert mit den Differenzbeträgen, die ja nur Abschlagszahlungen darstellen, nach und vor der Budgetvereinbarung 2020?
   - Der korrekte Abschlagswert steht ja erst nach der Budgetvereinbarung fest, wenn das Pflegebudget hoffentlich korrekt ermittelt worden ist – aber das ist ein anderes Thema!

2.) Es werden sich auch DRG-Einstufungen durch die Streichung von Verweildauertagen ändern (Die DRG I68D mit zwei Verweildauertagen wird die explizite Ein-Belegungstag DRG I68E).
   - Angeblich sollen die Verweildauertage mit ihren Pflegeerlösen dem Krankenhaus verbleiben.
   - Was passiert aber in dem geschilderten Fall, wenn das nicht passt?

Diese und andere Fragen führen zu inhaltlichen und datentechnischen Problemen. Sie hätten schon seit Monaten geklärt werden können; in 3 Wochen geht es los.

Die Absurdität und Unlogik der Strafzahlungsberechnung für das Jahr 2021 führen wir hier nicht weiter aus und hoffen, dass dieser Fehler bis zum Dezember 2020 behoben sein wird (Orientierung der maximalen Strafhöhe am „*Restwert*").

Die verpflichtende Fallerörterung führt bereits jetzt zu massiver Verunsicherung und unnötigen Ausgaben durch die Einschaltung von Juristen und Klagen vor Sozialgerichten

Der zweite grobe Fehler: Zurzeit werden die Verantwortlichen der Krankenhäuser von ihren beratenden Rechtsanwaltskanzleien mit der Aussage verunsichert, man müsse für alle Krankenhausfälle der Jahre 2015 bis 2019 noch rechtzeitig vor dem 31. Dezember 2019 die Klage einreichen, da ansonsten aufgrund der ebenfalls noch immer nicht genauer definierten *„verpflichtenden Fallerörterung*" vor Einschaltung des Sozialgerichtes Ungemach drohen würde.

Diese im MDK-Reformgesetz so kryptisch umschriebene verpflichtende Fallerörterung wirft so viele Fragen zum Verfahren und aus unserer Sicht auch zum Datenschutz auf, dass sich die Selbstverwaltung in ihrer vorläufigen Prüfverfahrensvereinbarung Bedenkzeit bis zum 30. Juni 2020 ausbittet.

Trotz der anscheinend klärenden Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (Frau Hammes) und der DKG verunsichern die Kanzleien ihre Mandanten weiter und treiben die Krankenhäuser zur Eile an.

Der „Lemminge-Effekt" des Jahres 2019 droht – aber jetzt auf der Krankenhausseite.

Beide o. a. Statements vom 29. November 2019 stellen klar, dass kein sofortiger Handlungsbedarf bestehe, Altfälle mit dem Aufnahmedatum 2019 und früher noch zur Klage zu bringen, um dieses Erörterungsverfahren zu vermeiden.

Und das Schlimme ist: Keiner kann den Anwaltskanzleien die Sorgenfalten verdenken; sie wollen ja nur das Beste für ihre Mandanten (und für sich)!

Da bei dieser totalen Rechtsunsicherheit der letzten Jahre nun mit einem noch nicht einmal in Kraft getretenen Gesetz leider nicht auszuschließen ist, dass die ebenfalls außer Kontrolle geratenen Sozialrichter diesen Gesetzespassus herauspicken, um sich die Arbeit vom Hals zu halten: Die Akten müssen vom Tisch; besser ist, wenn sie dort aus formalen Gründen gar nicht erst dort landen.

Wer prüft eigentlich die Mitarbeiter/-innen des MDK?

Der dritte Fehler: Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist vorgesehen, *„die Medizinischen Dienste zu stärken, ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten und zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen Sorge zu tragen.*"

Fast alle medizinischen Leistungen in Deutschland werden durch QS-Richtlinien, G-BA-Vorgaben und zahlreiche andere, freiwillige und verpflichtende Qualitäts-Erhebungsparameter überprüft und veröffentlicht.

Aber wer gibt eigentlich die Qualitätsvorgaben für die Mitarbeiter/-innen des Medizinischen Dienstes vor? Reicht eine Zusatzbezeichnung Sozialmedizin für einen Arzt aus, wenn er z. B. als Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie eine OPS-Ziffer aus dem urologischen Bereich prüft? Darf ein Zahnarzt Krankenhausfälle prüfen? Können und dürfen Pflegekräfte eigentlich nur PKMS- und Pflegegrade-Zusatzentgelte sowie Kodierfachkräfte nur die Kodierung prüfen?

Die Praxis zeigt, dass bereits seit vielen Jahren die Prüfungen vor Ort im Krankenhaus und auf Basis der kopierten oder gescannten Patientenunterlagen durch Kodierfachkräfte durchgeführt werden, die von ihrer Ausbildung entweder MTA oder Kranken- und Gesundheitspfleger mit einer vom MDK meist selbst durchgeführten Zusatzausbildung von vier Tagen bis drei Wochen sind. Es gibt hierzu unseres Wissens keine Mindestqualifikation.

Die Aufgabe der für die Krankenhäuser ausgebildeten Kodierfachkräfte ist es, die Kodierung der Diagnosen und Operationen auf der Basis der Patientenakten zu überprüfen; nicht aber die stationäre Aufnahmeindikation, die Ergebnisse und Ziele von Teamsitzungen und die Notwendigkeit der Verweildauer. Diese Sachverhalte sind und bleiben den ärztlichen Einschätzungen vorbehalten.

Genau diese Parameter werden aber von Nicht-ärztlichem Personal der MDK- und der SMD-Dienste heute und in der Zukunft geprüft – ist das der Wille des Gesetzgebers gewesen? Durch den Verlust des K im MD(K) sollte der Medizinische Dienst unabhängig werden und bundesweit einheitliche Regelungen gelten!

Davon sind wir meilenweit entfernt! Zwar sieht das Gesetz die bundesweit einheitliche Richtlinie des MD Bund bis zum 30. April 2020 für die Prüfung der OPS-Komplexkodes vor; das ist aber auch schon alles.

Eine Mindestvorgabe an fachliche und personelle Ausstattung der Medizinischen Dienste fehlt im Gesetz, Kontrollen der Medizinischen Dienste auf ihre angebliche Unabhängigkeit finden sich nirgendwo im Gesetz. Jeder Mitarbeiter darf prüfen und keiner kann eine zweite Prüfung verlangen: Weder das Krankenhaus noch die Krankenkasse!!! Alles vor dem Gang zum Sozialgericht soll die verpflichtende Fallerörterung lösen, von der keiner weiß, wie sie funktionieren soll.

Pro forma werden heute die Ergebnisse der Kodierfachkräfte des MDK in den Stellungnahmen von Ärztinnen und Ärzten der MDK-Dienste gegengezeichnet und somit abgesegnet, ohne dass sich die unterzeichnenden Ärzte großartig mit den Inhalten der Gutachten auseinandersetzen.

Nein, diese Aussage ist keine Unterstellung. Das haben wir selber praktisch erlebt und wird uns regelmäßig von Kliniken mit Inhouse-Begehungen berichtet.

Ist diese Verfahrensweise so gewollt und juristisch korrekt, wenn das MDK-Reformgesetz im §278 Satz 2 SGB V ab 2020 vorsieht: „*Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.*"

Was sind Angehörige anderer geeigneter Berufe? Nach welchen Kriterien wird geprüft? Wie subjektiv darf eine Prüfung sein? Muss im Gutachten die begutachtende Person mit ihrer Qualifikation benannt sein? Hat das Krankenhaus ein Anrecht darauf, dass sich nur MD-Fachärzte der zu prüfenden Fachabteilung bzw. des zu prüfenden Inhaltes mit dem Fall befassen dürfen?

Wenn nicht: Was sagt das über die Qualität der MD-Gutachten aus, die auch von der Sozialgerichtsbarkeit in zahlreichen Fällen in Frage gestellt wurde.

In den uns bekannten Prüfungen durch die Medizinischen Dienste werden die Anforderungen an die Dokumentation der medizinischen Sachverhalte im Krankenhaus bis ins faktische Unmögliche hochgeschraubt.

Negativgutachten werden durch die Krankenkasse sofort verrechnet; das Krankenhaus kann aktuell im Nachverfahren auf die Gnade der Krankenkasse hoffen oder es bleibt nur der Gang zum Sozialgericht.

Weitere Fehler, Mängel und Unschärfen des MDK-Reformgesetzes führen wir an diese Stelle nur exemplarisch auf:

- Der **Umgang mit dem Datenschutz** wird schon seit vielen Jahren von allen Verantwortlichen und Politikern im Gesundheitswesen bei der Formulierung von Gesetzen, Verordnungen und Vereinbarungen bewusst nicht festgelegt. Somit wird es den Akteuren vor Ort überlassen, ob und wie man mit diesen Graubereichen umgeht.
- Der **AOP-Katalog** soll zwar bis zum 30. Juni 2021 aufwendig überarbeitet werden; das Grundproblem löst er aber in dieser geplanten Ausgestaltung auch nicht: Wie ist haftungsrechtlich, organisatorisch und betriebswirtschaftlich mit denjenigen Fällen umzugehen, die schlichtweg aus Versorgungsgründen – <u>also wirklich aus sozialen Gründen</u> (!) – nicht ambulant operiert werden können.

  Keinem Krankenhausarzt ist es zuzumuten und es ist auch nicht gestattet, bei fehlender häuslicher Versorgung einen Patienten ambulant zu operieren. Pflegedienste bieten aber eine Übernachtbetreuung nicht an; Krankenkassen würden diese auch nicht ernsthaft zahlen wollen.

  Krankenhäuser aber dürfen ambulante Patienten nicht im stationären Bereich übernachten lassen – wie sollten sie es auch ihren Haftpflichtversicherungen erklären, wenn nachts ein ambulanter Patient im Krankenhaus stürzt. Hotelleistungen werden am Krankenhaus nicht angeboten; der Patient würde sie auch nicht extra bezahlen wollen.

Hier (wirklich nur) rein hypothetische Fragen:

- Was würde passieren, wenn ab dem 01. Januar 2020 unter der Wirkung des MDK-Reformgesetzes aus Angst vor Strafzahlungen alle potentiell und theoretisch ambulant zu operierenden Patienten nach dem §115b SGB V Katalog nicht mehr vom Krankenhaus versorgt werden?
- Stemmt diese große Nachfrage der vertragsärztliche Bereich alleine?
- Sind die niedergelassenen Ärzte dafür ausreichend ausgestattet?
- Wer organisiert die Wartelisten und kümmert sich um die Patienten?
- Sind Krankenhäuser eigentlich verpflichtet, ambulante Angebote am Krankenhaus vorzuhalten? Oder ist ihr Kerngeschäft nicht die stationäre Versorgung der Patienten?
- Sind Krankenhäuser verpflichtet, ambulante Operationen im Zentral-OP betriebswirtschaftlich nicht kostendeckend zu erbringen, wenn ambulante OP-Einheiten von den ohnehin nicht ausreichend ausgezahlten Investitionsförderungen der Bundesländer sowieso nicht gezahlt werden?
- Was werden die Krankenkassen und die Arbeitgeber sagen, wenn Patienten ob der aus den genannten Gründen nicht durchgeführten ambulanten Operationen am (ggf. nicht mehr vorhandenen) Standort Krankenhaus längere Warte- /Ausfalls- und Krankheitszeiten haben?

Ein letzter Hinweis: Haben sich die Politiker und Krankenkassenfunktionäre eigentlich auch Gedanken darüber gemacht, wie aufgrund der Strafzahlungen in naher Zukunft die Patienten in die Praxen drängen, die heute schon die Grundversorgung in zahlreichen Regionen nicht mehr ausreichend gewähren können.

Damit wir nicht falsch verstanden werden: Sicher gibt es Überkapazitäten im Krankenhaussektor. Man kann diese aber nicht dadurch beseitigen, dass man in aller Eile und ohne an die unmittelbaren Folgen zu denken Strafzahlungen für Krankenhäuser einführt. Patienten werden dann entweder nicht mehr aufgenommen und/ oder früher entlassen. Wer versorgt sie dann? Mit den vor- und nachstationären Sätzen, die seit 1995 (!) in ihrer Höhe unverändert sind und ohne ambulante Zulassungen kann ein Krankenhaus das nicht leisten.

Strukturplanung der Bundesländer - durch Krankenhausinsolvenzen?

Die Schlagzeilen unter *www.kliniksterben.de* lassen erkennen, dass in jeder Woche des letzten Quartals 2019 Krankenhäuser Insolvenz anmelden, Weihnachtsgehälter kürzen bzw. streichen oder ihre Kreditlinien vergrößern mussten:

- Woran diese fehlende Liquidität wohl liegen mag?
- Sind das die marktwirtschaftlichen Prinzipien des Fallpauschalensystems, weil die Kliniken schlecht gewirtschaftet haben?
- Oder trifft es die Krankenhäuser, die sich nicht adäquat gegen Kürzungen wehren können, da sie ihre Patienten stationär aufnehmen bzw. länger liegen lassen, wenn die fachärztliche und ambulante Behandlung und Betreuung vor Ort mangels Anbieter einfach nicht gewährleistet werden kann?

Über die angebliche Falschabrechnung, die größtenteils auf eine unterstellte Fehlversorgung zurückzuführen ist, haben wir uns schon ausführlich geäußert (s. dazu: *„Mehr als 96 Prozent der Krankenhausabrechnungen sind korrekt*")!

Stur vor sich herschauende und keinen Argumenten zugängliche Gesundheitsökonomen ziehen in Talkshows zur besten Sendezeit über die angebliche Überversorgung und Qualitätsdefizite in der Deutschen Krankenhauslandschaft (s. Studie der Bertelsmann Stiftung) her.

Gebetsmühlenartig mit den ewig gleichen Phrasen zum angeblichen Umgang mit mindestmengenbewehrten Eingriffen in Deutschland (die von den Krankenkassen bei Nichterreichung der Mindestmenge schon lange nicht mehr gezahlt werden!) bleiben diese Experten immer die Antwort schuldig, wer diese zu Unrecht aufgenommenen Patienten in der Zukunft im Rahmen der Notfallversorgung (am dann nicht mehr vorhandenen Krankenhaus) denn eigentlich versorgen soll.

Natürlich kann man zukünftig ambulante Leistungsangebote in der leerstehenden Immobilie des alten Krankenhauses oder am Wohnort schaffen – wenn sich das die potentiellen Investoren bei der sich ständig ändernden Gesetzgebung und fehlender Planbarkeit noch trauen.

Dazu müssten dann aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Zulassungen mitmachen (wollen), das ambulante Angebot vor Ort erst geschaffen und die diese Leistung erbringenden Ärzte und Pflegekräfte erst einmal gefunden und auskömmlich bezahlt werden.

Ohne die Krankenhäuser wird das Angebot der Medizinischen Versorgungszentren unserer Auffassung nach nicht steigen:

- Wer soll denn die inhaltliche, organisatorische und haftungsrechtliche Verantwortung übernehmen? Die privaten Gesellschaften, die sich aktuell vom Krankenhausmarkt zurückziehen? Vielleicht auch Hedgefonds?

Diese hier exemplarisch am Beispiel des MDK-Reformgesetzes aufgezeigten Probleme im Zusammenspiel mit anderen im Monatstakt neben- und nacheinander erlassenen Gesetzen lassen befürchten, dass sich die Situation im deutschen Gesundheitswesen tatsächlich weiter verschlechtern wird.

Erinnert sei beispielsweise an die Pflegekostenausgliederung durch das InEK, ohne dass vorher mal vernünftig darüber nachgedacht wurde, wie sich eigentlich das Pflegebudget mit den Leistungen „der Pflege am Bett" zusammensetzt. Kein Krankenhaus (und auch keine Krankenkasse) weiß aktuell, ob es bzw. sie zu den Gewinnern oder Verlierern gehört. Das passt zur Gesundheitspolitik 2019/2020.

Das Bundesgesundheitsministerium hat im Aktionismus und Profilierungsehrgeiz den Blick für das Ganze verloren. Resultieren wird eine „Flurbereinigung" ohne Konzept und ohne Orientierung an den regionalen Versorgungsnotwendigkeiten.

KAYSERS CONSILIUM GmbH
Marienstraße 24
47623 Kevelaer

www.kaysers-consilium.de
02832 404010
info@kaysers-consilium.de

Dr. med. Heinz-Georg Kaysers
Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. med. Andreas Stockmanns
Gesundheitsökonom (ebs)