

Stellungnahme von Prof. Dr. Andreas Beivers zum

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(3)
gel. ESV zur öAnh am 14.10.2019 -
MDK-Reform
04.10.2019

Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

BT-Drucksache 19/13397

sowie die dazugehörige

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

BT-Drucksache 19/13547

anlässlich der öffentlichen Anhörung als Einzelsachverständiger am **14. Oktober 2019 im Deutschen Bundestag, Ausschuss Gesundheit** in Berlin.

Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers

Professor für Volkswirtschaftslehre, Studiendekan Gesundheitsökonomie

Assoziierter Wissenschaftler am RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11a

80797 München

beivers@hs-fresenius.de

I. Hintergrund

Seit Jahren besteht ein intensiver Diskurs über die Methodik und das Volumen der Krankenhausabrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Hintergrund ist u.a., dass die Anzahl der Abrechnungsprüfungen durch den MDK in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat, was zu einem nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenhäusern auf der einen, und bei den Krankenkassen auf der anderen Seite führt. Gleichzeitig ist ein Anstieg der sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen zu beobachten, wodurch wertvolle und knappe Ressourcen der Selbstverwaltung sowie der Justiz ineffizient gebunden werden. Die Zahl von 2,6 Mio. Abrechnungsprüfungen im Jahr 2018 – mit einem Rückforderungsvolumen von insgesamt knapp 3 Mrd. Euro – zeigen den Reformbedarf in diesem Bereich deutlich auf (Augurzky et al. 2019). Richtigerweise reagierte daher die Bundesregierung am 23.09.2019 mit dem Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz). Sicherlich werden nun richtige und wichtige neue Wege beschritten, um dem „Prüfwahn“ der vergangenen Jahre entgegenzuwirken. Dem Problem wird aber nicht wirklich auf den Grund gegangen. Die folgende Kurzstellungnahme versucht in den zentralen Punkten eine Bewertung aus gesundheitsökonomischer wie auch ordnungspolitischer Sicht vorzunehmen.

II. Bewertung ausgewählter Aspekte des Gesetzentwurfes

Zunächst gilt subsumierend festzuhalten, dass das MDK-Reformgesetz auf den aktuellen Handlungsbedarf reagiert. Einzelne Elemente, wie die **Abschaffung der Rechnungskorrektur**, die **Einführung bundesweiter Statistiken** und eines **digitalen Datenaustauschs zwischen Krankenhaus und Medizinischen Diensten** weisen aus gesundheitsökonomischer Sicht in die **richtige Richtung**. So wird beispielsweise durch die **Vorgabe einer maximalen Prüfquote** pro Krankenhaus und Quartal, die unterhalb derjenigen des Status quo liegen soll, der **Prüfaufwand unmittelbar reduziert** (siehe auch Augurzky et al. 2019). Auch sind Strukturprüfungen auf gesicherter Grundlage grundsätzlich ein richtiger Weg, eine abschließende Rechnungsstellung schafft Sicherheit für die Beteiligten (Waser 2019). In Punkto **Strukturprüfungen** wird jedoch der zentrale **Aspekt der Indikationsqualität außer Acht gelassen** (s. Punkt III).

Die vorgesehene Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe für Krankenhäuser ist ein guter Ansatz, um einen Großteil der Streitigkeiten im Bereich der primären wie auch sekundären Fehlbelegung zu vermeiden. Das dahinterstehende, strukturelle Problem fehlender intersektoraler Vergütungssysteme wird damit jedoch nicht gelöst (Beivers 2019). Auch das prüfanfällige Thema der „unteren Grenzverweildauer“ im DRG-System wurde bedauerlicherweise abermals nicht angegangen.

Leider ergeben sich durch den aktuellen Gesetzesentwurf inklusive der vorliegenden Änderungsanträge auch neue, **zu erwartende Fehlanreize**. So kann auch laut Augurzky et al. 2019 eine maximale Prüfquote je Krankenhaus den Effekt entfalten, dass ein mögliches Upcoding der Krankenhäuser nur eingeschränkt feststellbar ist und nach Überschreitung der Prüfquote selbst eindeutige Falschabrechnungen nicht mehr zurückgefordert werden können. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Sanktionierung von Krankenhäusern kann zwar eine abschreckende Wirkung entfalten, gleichzeitig aber auch den Anreiz bieten, den Streitwert eines Falles zu erhöhen. So könnten bereits heute auffällige Krankenhäuser von **taktischem Verhalten profitieren**, zu Lasten korrekt abrechnender Kliniken (Demmler 2019).

Ähnlich verhält es sich mit der **Abschaffung der Möglichkeit zur Aufrechnung durch die Krankenkassen**: Aufgrund der Tatsache, dass in den kommenden Jahren – u.a. durch die Effekte des demografischen Wandels sowie einer schwindenden Wirtschaftskraft der deutschen Industrie (siehe auch Gemeinschaftsprognose #2-2019) – eine schwierigere Haushaltslage der gesetzlichen Krankenkassen zu erwarten ist, werden Krankenkassen noch mehr als heute dazu gezwungen sein, bei strittigen Rechnungen vor dem Sozialgericht zu klagen, was eine **Zunahme der Sozialgerichtsverfahren erwarten lässt** (Waser 2019, Augurzky et al 2019).

Die beabsichtigte, neue **Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes (MD)** ist im Detail ein weiteres Problemfeld, auch wenn der Ansatz vom Gesetzgeber grundsätzlich richtig ist. So werden die Medizinischen Dienste – unter Beibehaltung der föderalen Struktur – künftig als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts geführt. Spannend bleibt, wie die vorgesehenen Verwaltungsräte/-innen geschlechterparitätisch zu berufen sind und wie man v.a. ehrenamtliche Schlichtungsausschussmitglieder finden möchte, die dann über eine große Fülle von Verfahren zu bestimmen haben. Es bleibt zu hoffen, dass sich hier nicht nur ein Kreis von „Ehemaligen und Pensionären“ zusammenfindet, denn aktive Persönlichkeiten mit den gesuchten Qualifikationsprofilen und institutioneller Unabhängigkeit sind nicht im Übermaß auf dem Markt vorhanden. Fraglich ist, warum man nicht den Weg des InEK gegangen ist. Dieses gehört paritätisch den Krankenkassen und den Krankenhäusern, wird von beiden finanziert und ist von allen Seiten hoch angesehen und akzeptiert (Beivers 2019).

Summa summarum bleibt festzuhalten, dass der Entwurf des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen leider nur an der Oberfläche kratzt, aber die eigentlichen Probleme wie Indikationsqualität (Stichwort: Zweitmeinung), Neujustierung des Vergütungssystems sowie die Schaffung einer neuen, echten Vertrauensbasis leider zu wenig gelöst werden (Beivers 2019). Das Gutachten von Augurzky et al. zeigt weitere Maßnahmenbündel im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung auf, wie beispielsweise ein Scoringmodell, Stichprobenprüfungen oder die Etablierung eines Prüfrechthandels, die berücksichtigungswert sind (siehe dazu im Detail auch Augurzky et al. 2019).

III. Ordnungspolitischer Anpassungsbedarf und erste Lösungsansätze

Im Rahmen der Bewertung des MDK-Reformgesetzes scheint es aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht nur wichtig, zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes Stellung zu beziehen, sondern vor allem auch eine ordnungspolitische Einordnung vorzunehmen und neue Lösungsansätze aufzuzeigen.

Wie bereits dargestellt, besteht im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung Handlungsbedarf. Es scheint jedoch, dass der Gesetzgeber damit nur die aktuellen Symptome bekämpft, anstatt sich den grundlegenden Fragen und Fehlanreizen in dem Bereich der Abrechnung zu widmen. Der **eigentliche Grund zunehmender Abrechnungsstreitigkeiten** ist nämlich in den **falschen Anreizen** zu suchen, die **den Krankenhäusern durch das Vergütungssystem gesetzt werden**. Will man daher eine nachhaltige Lösung des Problems, bedarf es einer **tiefgreifenden ordnungspolitischen Anpassung des Vergütungssystems**.

Die ab dem Jahr 2003 eingeführten DRGs stellten damals eine grundlegende Neuausrichtung der Krankenhausvergütung dar und sollten das ehemals vorherrschenden Selbstkostendeckungsprinzip endgültig ablösen (Neubauer 2003). Die Auswirkungen und die dadurch entstandenen, neuen Fehlanreize, die sich auch in der Thematik der Krankenhausabrechnungsprüfung widerspiegeln, werden derzeit von der (Gesundheits-)Politik, der Öffentlichkeit wie auch in der (gesundheitsökonomischen) Wissenschaft kontrovers diskutiert. Unbestritten bedarf es hier einer Reihe von Anpassungen.

Zentrale Eckpunkte sind dabei aus gesundheitsökonomischer Sicht v.a. eine **Lösung der Investitionskostenproblematik**, die **Etablierung intersektoraler Vergütungsanreize**, die Schaffung neuer **Finanzierungsmodelle für Vorhalteleistungen** sowie auch die **Integration preislicher Steuerungselemente in das um Qualitätsaspekte erweiterte Fallpauschalensystem** (Beivers 2019a, Beivers und Emde 2019).

Bereits in der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) versucht, bestehende Fehlanreize zu internalisieren. Mit dem durch das KHSG beschlossenen Fixkostendegressionsabschlag (FDA) versuchte der Gesetzgeber ein neues „(Mengen-)Steuerungsinstrument“ einzuführen. Daneben ist u.a. auch das im Versorgungstärkungsgesetz geregelte, stärkere Recht der Patientinnen und Patienten auf Zweitmeinung zu nennen, womit der Gesetzgeber versuchte, die Indikationsqualität zu verbessern (Beivers 2019a, Beivers und Emde 2019).

Betrachtet man die Entwicklung des Casemix-Volumens, so scheinen die Steuerungseffekte erste Wirksamkeit zu zeigen. Mit Blick auf die Entwicklung der Anzahl der Abrechnungsprüfungen durch den MDK hingegen nicht.

Die derzeit in der 19. Legislaturperiode parallel zum MDK-Reformgesetz stattfindenden Eingriffe in das Fallpauschalensystem – wie beispielsweise der „Pflexit“ – sind jedoch aus **gesundheitsökonomischer Sicht sicherlich kein zielführender Weg** um die Probleme zu lösen und können vielmehr als **ordnungspolitischer Irrweg** bezeichnet werden. Pflegepersonalkosten künftig unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten und damit die Vergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen einerseits und einer Pflegepersonalkostenvergütung andererseits umzustellen, ist der falsche Weg (Beivers 2019a, Beivers und Emde 2019). Was die Pflegepersonalkosten angeht, ist dies als ein Rückfall in das Selbstkostendeckungsprinzip der 1990er Jahre zu bewerten.

Durch die Selbstkostendeckung im Krankenhaus schafft man starke Fehlanreize dafür, dass möglichst viele Aufgaben der Pflege zugeordnet werden und außerdem Pflegekräfte aus anderen Segmenten, in denen es keine Selbstkostendeckung gibt, wie z.B. in der Reha und Altenpflege, abgezogen werden. **Eine langfristige und erforderliche Stärkung der Pflege in Deutschland bleibt dadurch aus** und der bereits heute bestehende Fachkräftemangel wird sich unnötig weiter zuspitzen. So zeigt auch das im Entwurf des MDK-Reformgesetzes zu findende Vorhaben, „die **Kosten für Leiharbeit im Rahmen des Pflegebudgets nur bis zum Tariflohn vergüten** zu wollen“, wie weit der Gesetzgeber hier von der aktuellen, **personalpolitischen Realität des Krankenhausbetriebes entfernt** ist – auch wenn das Vorhaben an sich argumentativ nachvollziehbar ist.

In der Gesamtschau der aktuellen Vorhaben, wird das Vergütungssystem leider handlungsunfähig und dient keinesfalls mehr zur Steuerung und zur Setzung von struktur- und wegweisenden Anreizen. Vielmehr scheint der ordnungspolitische Kompass zu fehlen. **Daher läuft man Gefahr, das zugegebenermaßen anpassungsbedürftige deutsche Fallpauschalensystem am Ende zu zerstören** (Beivers 2019a, Beivers und Emde 2019). **Damit wird jedoch auch das Problem der Krankenhausabrechnungsprüfung am Ende nur noch komplexer und weniger steuerbar.**

Dass die im MDK-Reformgesetz vorgesehene „Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe für Krankenhäuser“ zwar sinnvoll ist, aber viel zu kurz greift, wurde bereits thematisiert. Hintergrund ist, dass das derzeitige Fallpauschalensystem die ambulant-stationäre Verzahnung erschwert. **Das gewichtigste Hindernis zur vollständigen Umsetzung einer integrierten Versorgung ist die sektorenspezifische Vergütung.** Als Folge dessen findet lediglich eine Optimierung der Leistungserstellung innerhalb jedes Sektors statt. Eine ganzheitliche sektorenübergreifende Optimierung unterbleibt dagegen.

Dem Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode folgend soll sich dieser Problematik die Bund-Länder-Arbeitsgruppe annehmen, die bis zum Jahr 2020 unter anderem Vorschläge für die Einführung einer sektorenübergreifenden Vergütung machen soll. Bei der Diskussion um das Zusammenwachsen der Sektoren – sprich der **Suche nach sektorenübergreifenden, hybriden Vergütungsmodellen** – kommt man aber nicht voran, solange der Gesetzgeber nicht klare Definitionen vorgibt (Beivers 2018, Beivers 2019a).

Eine Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe für Krankenhäuser löst das strukturelle Problem fehlender intersektoraler Vergütungssysteme leider nicht: Solange für die Krankenhäuser kein relevanter Anreiz besteht, wo immer möglich ambulant bzw. teilstationär zu arbeiten und sich dies für sie auch lohnt, wird hier wenig passieren (Beivers 2019). Eine Lösungsoption kann die Einführung von **Capitationmodellen** sein, die eine sektorenunabhängige Vergütung darstellen. Mittelfristig sollten solche Modelle regional erprobt werden können, um Erfahrungen damit zu sammeln. Zentral sind hierfür klar definierte Qualitätsstandards (Indikations-, Struktur- und Prozessqualität) und messbare Ergebnisparameter (Beivers und Emde 2019).

Zumindest das Thema Strukturqualität findet im MDK-Reformgesetz einen thematischen Einzug, um durch sogenannte „Strukturprüfungen“ die Anzahl der Abrechnungsprüfungen zu reduzieren. Es schneit in diesem Zusammenhang jedoch beinahe paradox, dass wir in unserem System immer versuchen, Leistungen, die bereits erbracht wurden, auf ihre Sinnhaftigkeit, Notwendigkeit und Qualität (hier: Strukturqualität) zu prüfen, anstatt zu Beginn der „Wertschöpfungskette“ zu hinterfragen, ob der Eingriff eigentlich medizinisch nötig bzw. sinnvoll ist. Daher sollte viel mehr Wert auf einen **Ausbau der Indikationsqualität** gelegt werden.

So wäre beispielsweise durchaus denkbar, dass Leistungserbringer – vor (elektivem) Behandlungsbeginn – bei den Kostenträgern oder dem Medizinischen Dienst eine Art „**Voranfrage**“ stellen können, um zu Beginn der Wertschöpfungskette eine „**Freigabe**“ hierfür zu bekommen, die dann ex post nicht mehr auf ihre Notwendigkeit hin geprüft werden muss. Um einen großen Verwaltungsaufwand zu verhindern, müssen **klare Kriterien und Algorithmen** vorliegen, die eine Prüfung (als eine Art „strukturierte Zweitmeinung“) ermöglichen. Dies sollte automatisiert, d.h. **digital, z.B. unter Einsatz künstlicher Intelligenz** erfolgen.

Sicherlich ist dies nicht sofort, und zunächst nur für gewisse, elektive Leistungen möglich. Doch würde es Sinn machen, in den Indikationsgebieten, in denen ein großes Prüfvolumen besteht, mit der Etablierung derartiger Verfahren zu beginnen. Dies könnte einen großen Teil der Prüfproblematik gänzlich lösen. Dies, in Kombination mit einer Neujustierung des Fallpauschlensystems, v.a. in puncto intersektorale Vergütungsmodelle, wäre der ordnungspolitisch richtig zu wählende Weg, und nicht vereinzelte, dirigistische Eingriffe (Beivers 2019).

Vielleicht wäre es sinnvoller, die Kraft und Mühe, die man gerade für den „Pflexit“ aufbringt, in eine zukunftsweisende Neujustierung des DRG-Systems zu investieren. Das könnte eine große Anzahl an Problemen lösen und vielleicht sogar Teile des geplanten MDK-Reformgesetzes obsolet machen.

Quellenverzeichnis

Augurzky, B., Korfhage, T., Reif, S., Reifferscheid, A. (2019), Reformvorschläge für die Krankenhausabrechnung und MDK-Abrechnungsprüfung: Projektbericht im Auftrag des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek), Institute for Health Care Business/RWI Consult, 19. September 2019, Essen.

Beivers, A. (2018), Hybrid-DRGs: Äpfel und Birnen, *Gesundheit und Pflege*, Rechtszeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 5, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S. 161-164.

Beivers, A. (2019), Kommentar zum Orientierungswert: Auf ein Neues: Die Prüfung der Prüfungsreform, Bibliomed Verlag, Melsungen, online im Internet, URL: <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/38609-auf-ein-neues-die-pruefung-der-pruefungsreform/>, Abrufdatum: 04.10.2019.

Beivers, A. (2019a), Entgeltsystem-Reform: Mehr Ordnung bitte!“, in: *f&w führen und wirtschaften*, Ausgabe 4/2019, Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen, S. 308-311.

Beivers, A., Emde, A. (2019), DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, Springer Verlag, in Bearbeitung.

Demmler, G. (2019), Reform der Krankenhausabrechnungsprüfung: Änderungsbedarf aus Sicht einer Krankenkasse, Vortrag auf dem 6. Dialog Gesundheitswirtschaft Bayern, 23. Juli 2019, München.

Neubauer, G. (2003), Ordnungspolitische Neuorientierung der Krankenhausversorgung auf der Basis von diagnosebezogenen Fallpauschalen, in: Klusen, N., Straub, C. [Hrsg.], *Bausteine für ein neues Gesundheitswesen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Band. 6, Baden-Baden, S. 91-107.

Projektgruppe Gemeinschaftsdiagnose [Hrsg.] (2019), *Gemeinschaftsprognose #2-2019*, Herbst 2019: Industrie in der Rezession – Wachstumskräfte schwinden, Halle (Saale), online abrufbar unter: http://gemeinschaftsdiagnose.de/wp-content/uploads/2019/10/GD_H19_Langfassung.pdf, Abrufdatum: 04.10.2019.

Waser, M.-P. (2019), MDK-Reformgesetz: Die bayerische Sicht, Vortrag auf dem 6. Dialog Gesundheitswirtschaft Bayern, 23. Juli 2019, München.