

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(13)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019

10.10.2019



ENTWURF EINES GESETZES FÜR BESSERE UND UNABHÄNGIGERE PRÜFUNGEN – MDK-REFORMGESETZ

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER
BUNDESREGIERUNG VOM 23. SEPTEMBER 2019

10. OKTOBER 2019

INHALT

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN	3
Zur Kommentierung	3
<hr/>	
REGELUNGSINHALTE IM EINZELNEN	4
§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus	4
Absatz 1 und 1a (neu): Auftrag eines gemeinsamen Gutachtens	4
Absatz 2, Satz 6 (neu): Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1	5
§§ 279 ff. Neuorganisation der Medizinischen Dienste	6
§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen	6
Absatz 1 Satz 5 (neu) befähigung des DIMDI	6
Absatz 1 Satz 7 (neu) Inkraftsetzung der ICD und des OPS durch das BMG	7
Absatz 1 Satz 8 (neu) Verfahrensordnung des DIMDI	7

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 23. September 2019.

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz – sollen insbesondere eine Stärkung der Medizinischen Dienste (MD), die Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit, die Schaffung von Anreizen für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen, eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie die Herstellung von mehr Transparenz über das Prüfgeschehen erreicht werden.

Die KBV begrüßt die Neuorganisation und die hierdurch geschaffene Unabhängigkeit der MD. Bei der Besetzung der Verwaltungsräte sehen wir jedoch Änderungsbedarf und sprechen uns deshalb für die Berücksichtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen aus.

Die vorgeschlagenen Anpassungen des Gesetzes betreffen jedoch auch den vertragsärztlichen Bereich. Sowohl in § 115b SGB V als auch in § 295 SGB V werden Anpassungen vorgesehen.

Aus Sicht der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) widerspricht das MDK-Reformgesetz den Vereinbarungen im Vertrag zum Ambulanten Operieren und sonstigen stationersetzenden Eingriffen im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V (AOP-Vertrag), die eine Vereinheitlichung des ambulant-stationären Schnittstellenbereichs vorsehen.

Der Gesetzentwurf sieht für Vertragsärzte und Krankenhäuser, nach Einschätzung der KBV ohne sachlichen Grund, unterschiedliche Regelungen in Bezug auf das Prüfgeschehen vor. Zusätzlich wird vorgegeben, dass der Katalog des AOP-Vertrages auf Basis eines gemeinsamen Gutachtens unabhängig vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu beschließen ist, was eine Abkehr vom bisherigen System bedeutet und ebenfalls der vereinbarten Harmonisierung entgegenwirken kann.

Im Rahmen der Anpassungen in § 295 Absatz 1 SGB V soll das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) befähigt werden, strukturelle und technische Anforderungen im OPS festzulegen. Darüber hinaus ist es im Gesetzentwurf vorgesehen, dass die ICD-10 sowie der OPS zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG unmittelbar verbindlich werden. Dafür soll sich das DIMDI eine Verfahrensordnung geben.

ZUR KOMMENTIERUNG

Die einzelnen Regelungsinhalte werden im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen und steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

REGELUNGSGEHALTE IM EINZELNEN

§ 115B AMBULANTES OPERIEREN IM KRANKENHAUS

ABSATZ 1 UND 1A (NEU): AUFTRAG EINES GEMEINSAMEN GUTACHTENS

Bewertung

Damit Krankenhäuser ambulante Behandlungsmöglichkeiten besser nutzen und ausbauen können, soll der Katalog für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe des AOP-Vertrages ausgebaut und regelmäßig weiterentwickelt werden. Hierzu ist in Absatz 1a zunächst eine dreiseitige Beauftragung eines gemeinsamen Gutachtens vorgesehen, auf dessen Grundlage der Katalog des AOP-Vertrages zu vereinbaren ist. Die bisher verwendeten Ausdrücke „ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe“ werden in diesem Zusammenhang um den Begriff „stationsersetzende Behandlungen“ erweitert, was eine unkoordinierte Weiterentwicklung des Kataloges losgelöst vom EBM nach sich ziehen würde.

Derzeit wird der Katalog auf Basis des EBM entwickelt und beschlossen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass der Leistungsumfang und die Vergütung von ambulanten Operationen kongruent zu den übrigen ambulanten Leistungen im EBM abgebildet sind. Durch die vorgeschlagene Anpassung in § 115b SGB V soll jedoch der Katalog des AOP-Vertrages unabhängig vom EBM ausgearbeitet werden. Aufgrund eines solchen Vorgehens kann es zu einem wachsenden Finanzbedarf für die Vergütung von ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich kommen. Dieser zusätzliche Finanzbedarf darf nicht zu Lasten der übrigen ambulanten Versorgung gehen. Um negative Auswirkungen auf die ambulante Versorgung zu vermeiden, sollten daher die Leistungen des ambulanten Operierens generell im vertragsärztlichen Bereich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden.

Vor diesem Hintergrund sollten Absatz 1, der danach neu eingefügte Absatz 1a und Absatz 2 folgendermaßen angepasst werden:

Änderungsvorschläge

„(1) „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, **und** sonstiger stationsersetzender Eingriffe ~~und stationsersetzender Behandlungen~~,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe ~~und stationsersetzenden Behandlungen~~ aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, **und** stationersetzenden Eingriffen ~~und stationersetzenden Behandlungen~~ untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe ~~und stationersetzende Behandlungen~~ konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtenauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtenauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.“

„(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, **und** stationersetzenden Eingriffe ~~und stationersetzende Behandlungen~~ zugelassen.“

An § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 wird folgende Nr. 7 angefügt:

„7. Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe nach § 115b Abs. 1 Nr. 1.“

ABSATZ 2, SATZ 6 (NEU): PRÜFUNG DURCH DEN MEDIZINISCHEN DIENST NACH § 275 ABSATZ 1 NUMMER 1

Bewertung

Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigte Steigerung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfungen erfolgt zum Nachteil des vertragsärztlichen Bereichs.

Durch die vorgeschlagene Erweiterung in § 115b Absatz 2 SGB V werden Abrechnungen von Krankenhäusern nicht mehr durch die MD geprüft. Im Gegensatz dazu können Abrechnungen von operativ tätigen Vertragsärzten weiterhin von den zuständigen Einrichtungen überprüft werden. Gründe, welche diese ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten, sind besonders vor dem Hintergrund der harmonisierenden Regelungen in den Grundsätzen des AOP-Vertrages nicht ersichtlich. Diese sehen einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe zwischen vertragsärztlichem Versorgungsbereich und Krankenhausbereich sowie die Förderung der Zusammenarbeit vor. Durch die vorgeschlagene Anpassung jedoch werden Krankenhäuser und Vertragsärzte unterschiedlich gestellt.

Vor diesem Hintergrund sollte der durch das MDK-Reformgesetz neu angefügte Satz 6 gestrichen werden.

Alternativ könnte die Abrechnungsprüfung für den gesamten Bereich des AOP-Vertrages ausgesetzt werden.

Änderungsvorschlag

~~„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“~~

§§ 279 FF. NEUORGANISATION DER MEDIZINISCHEN DIENSTE

In den §§ 279 ff. SGB V wird der medizinische Dienst neu organisiert und unabhängig von den Krankenkassen ausgestaltet. Hierzu wird nach § 279 Abs. 3 SGB V der Verwaltungsrat der medizinischen Dienste sowie in § 282 Abs. 2 SGB V der Verwaltungsrat des medizinischen Dienstes Bund neu besetzt. Die Vertreter des Verwaltungsrates werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon vier Vertreter auf Vorschlag der Landesärztekammern (§ 279 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V). Dementsprechend werden in § 282 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V vier der auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern benannten Vertreter gewählt.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Neuorganisation und die hierdurch geschaffene Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Bei der Besetzung der Verwaltungsräte sehen wir jedoch Änderungsbedarf. Die Vertreter der Landesärztekammern sind ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfes deshalb benannt, weil sie die Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte des Landes darstellen. Auch wenn der MDK für die Begutachtung von Krankenhäusern zuständig ist, darf die Expertise der niedergelassenen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte nicht fehlen.

Die für die niedergelassenen Vertragsärzte zuständigen Organisationen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen nach § 75 Absatz 1 SGB V die vertragsärztliche Versorgung sicher und übernehmen die Gewähr dafür, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Um diese Aufgaben wahrnehmen zu können, ist es auch notwendig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Verwaltungsrat des MDK vertreten sind. Die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen können im Verwaltungsrat des MDK die leistungsrechtlich notwendige Expertise einbringen. Daher sollte der Verwaltungsrat auch mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen besetzt werden.

§ 295 ABRECHNUNG ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

ABSATZ 1 SATZ 5 (NEU) BEFÄHIGUNG DES DIMDI

Bewertung

Im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfes wird durch die Ergänzung in § 295 Absatz 1 eine neue Regelung aus dem § 301 Absatz 2 SGB V übertragen. Darin ist klargestellt, dass der OPS auch abstrakt-generelle Voraussetzungen festlegen kann, die unabhängig vom Einzelfall erfüllt sein müssen, damit eine bestimmte Leistung erfüllt werden kann. Das DIMDI würde somit im Rahmen des § 295 Absatz 1 SGB V befähigt werden, insbesondere strukturelle Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung festzulegen.

Das DIMDI als Herausgeber der Klassifikationen trägt die Verantwortung für eine eindeutige, klar abgrenzbare Abbildung der Diagnosen und Prozeduren nach neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten. Dies erfolgt über die Arbeitsgruppen des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit (KKG) in Beratung u. a. mit den Bundesorganisationen der Selbstverwaltung und den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Spezielle Belange zur Verwendung der Codes in den einzelnen Geltungs- (ambulant/stationär) und Regelungsbereichen (Abrechnungs-/Qualitäts-/Strukturvorgaben) sollten aus Sicht der KBV weiterhin in den entsprechenden Gremien der Selbstverwaltung geregelt werden. Die KBV spricht sich gegen die Gesetzesanpassung aus.

Vor diesem Hintergrund sollte der durch das MDK-Reformgesetz neu angefügte Satz 5 gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

~~„In dem Schlüssel nach Satz 4 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“~~

ABSATZ 1 SATZ 7 (NEU) INKRAFTSETZUNG DER ICD UND DES OPS DURCH DAS BMG

Bewertung

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Klarstellung vor, dass die ICD-10 sowie der OPS zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG unmittelbar verbindlich werden. Normenverträge der Vertragsparteien bedarf es damit nicht mehr.

Eine zeitgleiche verbindliche Umsetzung mit in Kraft treten der Klassifikationen ist aus Sicht der KBV für einen reibungslosen Ablauf in Praxen, Kliniken sowie bei Kosten- und Rententrägern unabdingbar. Für die ICD-10-GM wird dies jährlich durch die KBV gemäß § 295 Abs. 4 SGB V sichergestellt. Die Fertigstellung des OPS als Grundlage des Anhangs 2 des EBM Ende Oktober des jeweiligen Jahres gibt ein extrem enges Zeitfenster zur Bereitstellung der Gebührenordnungstammdateien bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und in den Praxisverwaltungs- sowie Krankenhausentgeltsystemen vor, um die gesetzlichen Anforderungen der Abrechnung sicherzustellen. Trotz wiederholter Optimierung der Abläufe, gemeinsam mit dem DIMDI und den OPS-weiterverarbeitenden Bundesinstitutionen, ist für die ambulante Anwendung des OPS, je nach Umfang der Anpassungen, eine zeitgleiche verbindliche Umsetzung mit in Kraft treten des OPS nicht zu realisieren. Die KBV spricht sich gegen die Aufhebung spezifischer Regelungen durch die Vertragspartner aus.

Vor diesem Hintergrund sollte der durch das MDK-Reformgesetz neu angefügte Satz 7 gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

~~„Von dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 2 sowie der Operationen- und Prozedureschlüssel nach Satz 4 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.“~~

ABSATZ 1 SATZ 8 (NEU) VERFAHRENSORDNUNG DES DIMDI

Bewertung

Das DIMDI soll sich eine Verfahrensordnung geben, die einer Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und auf der Internetseite des DIMDI veröffentlicht werden soll.

Bei der Überarbeitung der Klassifikationen sind Anforderungen zur Anwendung der Codes u. a. im Rahmen der Abrechnung nach § 295 SGB V und der Entgeltsysteme zu berücksichtigen. Entsprechende Kriterien sind bereits in den Gesichtspunkten für zukünftige Revisionen des OPS des KKG festgelegt und auf der Internetseite des DIMDI veröffentlicht. Die Überarbeitung und Präzisierung dieser Vorgaben in einer Verfahrensordnung sind prinzipiell zu begrüßen. Dies sollte in Abstimmung und unter Einbeziehung des KKG erfolgen.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.