Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

Berlin kompakt

Nr. 6 // 13. Mai 2019

Gesetzentwurf: BMG plant Neuorganisation des MDK

MDK-Reformgesetz

02.05.2019
Referentenentwurf

11.06.2019
Verbändeanhörung BMG

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat seine Pläne für eine Reform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der Abrechnungsprüfung im Krankenhaus vorgelegt. Im Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) ist vorgesehen, die Medizinischen Dienste künftig von den Krankenkassen abzukoppeln und ihre organisatorischen Strukturen grundlegend zu verändern. Die Krankenhausabrechnung soll strukturell verändert und strittige Kodier- und Abrechnungsfragen reduziert werden. Die Regelungen im Einzelnen:

Reform der Medizinischen Dienste

Neue Rechtsform für den Medizinischen Dienst

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden künftig ausnahmslos Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die föderale Struktur der MDK soll dabei erhalten bleiben. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) wird vom GKV-Spitzenverband gelöst und künftig als Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) arbeiten. Die bisherigen Aufgaben des MD Bund bleiben erhalten. Zusätzlich wird der MD Bund künftig Beschlüsse über die Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste (MD) fassen. Diese Aufgabe kam bislang dem GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem MDS zu.

Zum Download
Referentenentwurf
MDK-Reformgesetz

Mit der veränderten Rechtsform und der Abkopplung von den Krankenkassen soll die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes gestärkt und ihre Aufgabenwahrnehmung vereinheitlicht werden.

Die Vereinheitlichung des Rechtsstatus sowie die Beibehaltung der föderalen Struktur ist sinnvoll. Die Neureglung entspricht dem Positionspapier des Verwaltungsrates der BARMER vom 19.09.2018. Ebenso erscheint die Loslösung des heutigen MDS vom GKV-Spitzenverband nachvollziehbar, weil der MD Bund von den MD in den Ländern getragen wird. Die Abkoppelung der MD von den Krankenkassen ist hingegen kritisch zu sehen, weil diese direkt operativ mit den MD zusammenarbeiten.

Neubesetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste

Die Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MD sollen anders besetzt werden. So sollen sie sich künftig nicht nur aus Vertretern der Selbstverwaltung der Krankenkassen, sondern auch aus Vertretern der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe zusammensetzen. Hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte sind nicht mehr in die Verwaltungsräte wählbar. Mitglieder des Verwaltungsrates, der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände können nicht benannt werden. Es gilt eine Karenzzeit von zwölf Monaten.

Der Verwaltungsrat des MD Bund besteht künftig aus 16 Mitgliedern, die durch die Verwaltungsräte der MD in den Ländern gewählt werden. Die Besetzung soll analog der Besetzung bei den MD gestaltet werden (sechs Vertreter der Krankenkassen, sechs Patientenvertreter und vier Vertreter der Pflegeberufe und Ärzte). Mit der Neubesetzung der Verwaltungsräte solle stärker als bisher das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in den Verwaltungsräten abgebildet werden, so die Begründung im Gesetzentwurf.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Die Neubesetzung der Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes sieht die BARMER kritisch. Die Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in der Sozialwahl legitimierten Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung hat sich bewährt. Die ehrenamtlichen Selbstverwalter vertreten, anders als Vertreter etwa der Selbsthilfegruppen, die Interessen aller Patientinnen und Patienten. Es bedarf daher keiner Aufwertung von berufsständischen Interessen oder nicht demokratisch legitimierten Betroffenenvertretern in den MD-Verwaltungsräten. Die geplante Neubesetzung steht dem gesetzlichen Ziel des Medizinischen Dienstes als fachlich unabhängige Beratungs- und Begutachtungsinstitution zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen.

Finanzierung und Aufsicht des Medizinischen Dienstes

Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden weiterhin allein von den Krankenkassen durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel werden im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen im Einzugsbereich des MD aufgeteilt. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage. Auch der MD Bund wird über die Kassen finanziert. Aufsicht über die MD führen die Länder. Sie sollen zukünftig auch die Haushalte der MD prüfen und genehmigen. Der MD Bund untersteht künftig nicht mehr dem GKV-Spitzenverband, sondern wird durch das Bundesministerium für Gesundheit beaufsichtigt.

Da die Kassen auch weiterhin allein für die Finanzierung des Medizinischen Dienstes zuständig sind, sollten ihre Mitwirkungsrechte nicht verringert werden. Wenn die Organisationsreform wie geplant umgesetzt wird, müssen die Leistungserbringer und Patientenorganisationen zur Finanzierung herangezogen werden.

Krankenhausabrechnungsprüfung

Einführung von Prüfquoten

Ab dem Jahr 2020 werden die Krankenhausabrechnungsprüfungen der Krankenkassen zunächst auf 10 Prozent der Rechnungen begrenzt. Im darauffolgenden Jahr werden krankenhausindividuelle Prüfquoten für die Krankenkassen eingeführt, welche sich an der Abrechnungsqualität des einzelnen Krankenhauses orientieren sollen: Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen von 60 Prozent und mehr wird die Prüfquote auf 5 Prozent reduziert; bei einem Anteil korrekter Abrechnungen von unterhalb 40 Prozent wird die Prüfquote auf bis zu 15 Prozent erhöht. Krankenhäuser mit einem Anteil zwischen 40 und 60 Prozent müssen nicht nur die Differenz zum korrekten Abrechnungsbetrag zahlen, sondern zusätzlich noch einen Aufschlag (Strafzahlung) in Höhe von 25 Prozent des Korrekturbetrages. Krankenhäuser mit einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent müssen einen Aufschlag von 50 Prozent des Korrekturbetrages zahlen.
Die Zuordnung der Krankenhäuser zu der jeweiligen Prüfquote soll dabei anhand des GKV-Durchschnitts erfolgen. Ziel der Neuregelungen ist es, die Anreize für eine korrekte Abrechnung zu erhöhen.

Prüfquoten, die sich an der Abrechnungsqualität eines Krankenhauses orientieren, sind grundsätzlich sinnvoll. Positiv ist, dass erstmals ein sanktionsbewehrter Anreiz für Krankenhäuser eingeführt wird, korrekt abzurechnen.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Nicht nachzuvollziehen ist allerdings, weshalb die Prüfquote im Jahr 2020 für alle Krankenhäuser auf lediglich 10 Prozent reduziert wird: Bereits heute sind schlecht und überhöht abrechnende Krankenhäuser bekannt. Diese sind aktuell mit berechtigten Prüfquoten von deutlich über 10 Prozent belegt. Daher sollte für Einzelfälle die Möglichkeit höherer Prüfquoten geschaffen werden. Wenn offensichtliche Hinweise auf eine Falschabrechnung vorliegen, müssen diese Fälle darüber hinaus auch weiterhin unabhängig von Prüfquoten über den Medizinischen Dienst nachprüfbar sein.

Systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

Um immer wieder auftretende strittige Kodier- und Abrechnungsfragen im Krankenhausbereich beschleunigt zu klären, wird die Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene reformiert. In Zukunft muss der Schlichtungsausschuss innerhalb von acht Wochen entscheiden. Die Anzahl der Antragsberechtigten wird ausgeweitet, konkrete Beratungsthemen werden vorgegeben.

Grundsätzlich wird die Neustrukturierung des Schlichtungsausschusses Bund begrüßt. Die vorgesehene zügige Klärung von strittigen Kodier- und Abrechnungsfragen mit Relevanz liegt im Interesse von Kostenträgern und Krankenhäusern. Ob innerhalb der vorgegebenen Zeitschiene und der Vielzahl zu klärender Fragestellungen eine sachgerechte und qualitativ ausreichende Entscheidungsfindung möglich sein wird, bleibt abzuwarten.

Einführung von Strukturprüfungen

Der Gesetzentwurf schafft eine Rechtsgrundlage für die Prüfung struktureller Voraussetzungen der Leistungserbringung (Strukturprüfung). Damit werden erstmals einzelfallunabhängige Prüfungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von Operationen- und Prozedurenschlüsseln geregelt. Bevor Krankenhäuser entsprechende Leistungen abrechnen, müssen sie künftig eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst oder durch einen anderen Gutachterdienst vornehmen lassen.

Die Einführung von prospektiven Strukturprüfungen entspricht einer langjährigen Forderung der BARMER. Diese Prüfungen sind Voraussetzung für die Sicherstellung einer messbaren Versorgungsqualität. Um die Neutralität der Gutachten sicherzustellen, sollten diese allerdings ausschließlich dem Medizinischen Dienst vorbehalten sein.

Rechnungsstellung eines Krankenhauses ist zukünftig abschließend

Bislang haben Krankenhäuser die Möglichkeit, Rechnungen gegenüber den Krankenkassen nach Rechnungsstellung, während einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst sowie teilweise gar nach Einleitung eines Gerichtsverfahrens noch zu korrigieren. Dies führt zu einer unnötigen Ressourcenbindung bei der Abrechnungsprüfung, wie es im Gesetzentwurf heißt. Um die Verfahren zu erleichtern und zu beschleunigen, werden Korrekturen von Krankenhausrechnungen zukünftig grundsätzlich ausgeschlossen.

Die Regelung wird zu einer erheblichen Verfahrenserleichterung und Entbürokratisierung beitragen.

Neufassung und Erweiterung des Katalogs ambulanter Operationen

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung werden beauftragt, den Katalog für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe zu erweitern und künftig in regelmäßigen Abständen an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Grundlage dafür ist ein gemeinsam zu beauftragen-

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

des Gutachten, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht werden soll.
Mit der Regelung sollen im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär" bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser genutzt und ausgebaut werden. Durch verstärkt ambulante Behandlungen in den Krankenhäusern soll häufigen Prüfanlässen entgegengewirkt werden.

Die Regelung ist ein richtiger Schritt. Die BARMER hatte in ihrem kürzlich veröffentlichten 10-Punkte-Papier zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung gefordert, eine einheitliche Vergütung für definierte Leistungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schaffen. Wird eine eigene Vergütungssystematik geschaffen, die für Ärzte und Krankenhäuser gleichermaßen gelten soll, muss auch ein einheitlicher Rahmen für die Bedarfsplanung und den Versorgungsauftrag geschaffen werden.

BMG legt Gesetz zur Apothekenversorgung vor

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken vorgelegt. Mit dem Gesetz soll die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken gestärkt werden. Im Vorfeld hatte der Minister bereits in Eckpunkten die Vorstellungen des BMG dargelegt (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 5 vom 08.04.2019). Die Regelungen im Einzelnen:

Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

08.04.2019
Referentenentwurf

07.05.2019
Einreichung Stellungnahme Länder beim BMG

23.05.2019
Verbändeanhörung BMG

Einheitliche Apothekenabgabepreise für Arzneimittel

Zentrale Maßnahme des Gesetzentwurfs ist die Wiederherstellung des Prinzips einheitlicher Apothekenabgabepreise für Arzneimittel, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Mit dieser Regelung könnten insbesondere ausländische Versandapotheken zukünftig keine Boni mehr auf verschreibungspflichtige Arzneimittel gewähren. Der Versandhandel soll jedoch nicht verboten werden.
Im Jahr 2016 hatte der Europäische Gerichtshof entschieden, dass die deutsche Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln gegen das europäische Recht verstößt. Seitdem können Versandhändler mit Sitz etwa in den Niederlanden Rabatte auf gesetzliche Zuzahlungen gewähren, inländische Apotheken jedoch nicht.

Die vorgeschlagene Regelung stellt einen konstruktiven Kompromiss dar: Ein früher diskutiertes, vollständiges Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist nicht mehr vorgesehen, so dass der Versandhandel als sinnvolle Ergänzung zur Versorgung der Bevölkerung erhalten bleiben kann. Die aktuell bestehende Diskriminierung inländischer Apotheken wird dabei jedoch beseitigt.

Zum Download
Referentenentwurf Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Erhöhung der Apothekenvergütung

Durch eine bessere Honorierung von Nacht- und Notdiensten sowie bei der Betäubungsmittelabgabe sollen die Vor-Ort-Apotheken gezielt gefördert werden. Für die Erhöhung des Nacht- und Notdiensthonorars sind 40 Mio. Euro jährlich vorgesehen, die Mehrbelastung für die GKV durch die Erhöhung der Betäubungsmittelgebühr beträgt ca. 15 Mio. Euro jährlich.

Eine isolierte Erhöhung der Notdienstpauschale und der Betäubungsmittelgebühr ist nicht zielführend. Bereits im Dezember 2017 hatte das Bundeswirtschaftsministerium in

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

einem Gutachten zum Apothekenhonorar festgestellt, dass eine allgemeine Erhöhung der Apothekenvergütung nicht zielführend sei. Vielmehr muss eine umfängliche Neuordnung der Apothekenvergütung auf der Grundlage von nachvollziehbaren Daten und Analysen erfolgen.

Zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen
Die Vor-Ort-Apotheken sollen zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen erbringen mit dem Ziel, ihre Rolle in der Arzneimittelversorgung zu stärken. Dazu ist vorgesehen, dass GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband bestimmte Dienstleistungen wie die Arzneimitteltherapiesicherheit oder Medikationsanalyse definieren. Deren Finanzierung soll durch einen neuen Festzuschlag von 20 Cent je abgegebener Packung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels erfolgen.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass bei den zusätzlichen pharmazeutischen Dienstleistungen, welche noch gar nicht definiert und festgelegt sind, bereits eine Vergütung durch einen neuen Festzuschlag bestimmt wird. Hier sollten die Verhandlungen zwischen Kassen und Apothekern abgewartet werden.

Die Grenze muss weg!

In der Diskussion: Das 10-Punkte-Papier der BARMER zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung

Zum Download
10-Punkte-Papier der BARMER

Mit ihrem 10-Punkte-Papier hat die BARMER Vorschläge für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung vorgelegt. „Die BARMER will einen Anstoß geben, wie die Ressourcen im Gesundheitswesen am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert werden können", sagte der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. Christoph Straub bei der Erläuterung des Konzepts vor der Presse.
Das Thema werde in Fachkreisen bereits lange diskutiert, so Straub, doch fehle bislang der Mut, grundlegende strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen anzugehen. Straub begrüßte die Einrichtung einer Bund-Länder-AG, die Vorschläge für die sektorenübergreifende Versorgung unterbreiten soll.

* Veranstaltung der BARMER am 25.04.2019 in Berlin: Können? Wollen? Machen? Sektorenübergreifende Zusammenarbeit vor bekannten Herausforderungen

Kernelemente des 10-Punkte-Papiers, das bei einer Veranstaltung der BARMER in Berlin* vorgestellt wurde, sind eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, eine einheitliche Vergütung und die Gründung Regionaler Versorgungsverbünde. Dabei bezieht sich das Konzept der BARMER vor allem auf die fachärztlichen Leistungen an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus. Ausgenommen sind die hausärztliche Versorgung und hochspezialisierte Leistungen.

Abkehr von der getrennten Planung ambulanter und stationärer Leistungen
Beendet werden sollen die bislang getrennten Planungszuständigkeiten für die ambulante und die stationäre Versorgung. Der Gesetzgeber soll stattdessen Rahmenvorgaben für eine einheitliche Planung vorgeben. Nur so können Fehlanreize vermieden werden, die aus dem Nebeneinander zweier Sektoren entstehen.
Voraussetzung für eine gemeinsame Planung von ambulant und stationär erbrachten Leistungen ist die Ermittlung des tatsächlichen Leistungsbedarfs. Dazu müssen nach Auffassung der BARMER bundesweite Referenzwerte ermittelt werden, am besten durch eine neutrale Stelle wie das Statistische Bundesamt. An diesem „empirischen Anker" sollen sich

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

die Bundesländer bei ihrer regionalen Versorgungsplanung – in zukünftig verpflichtenden gemeinsamen Landesgremien – orientieren.

Zum Download
Vortrag Prof. Dr. Leonie Sundmacher

Prof. Dr. Leonie Sundmacher vom Fachbereich Health Services Management der Ludwig-Maximilians-Universität München vertrat auf der Veranstaltung der BARMER ebenfalls die Meinung, dass der Versorgungsbedarf einer Region nicht durch die Verhältniszahlen wiedergegeben wird – der aktuellen Bezugsgröße für die Planung von Behandlungskapazitäten. Prof. Sundmacher verantwortet ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegeben wurde. Es sei schwierig, so Sundmacher, den tatsächlichen Leistungsbedarf zu bestimmen. Doch die Daten lägen auf der Straße, sie müssten nur ausgewertet und interpretiert werden. In ihrem Vortrag stellte Prof. Sundmacher deutliche Bezüge zu den Vorschlägen des 10-Punkte-Papiers der BARMER her.

Finanzielle Mittel intelligenter einsetzen – Einheitliche Vergütung schaffen

Ein weiterer Bestandteil des 10-Punkte-Papiers ist ein einheitliches Vergütungssystem für definierte Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Dabei gehe es nicht darum, Kosten zu senken, so Prof. Straub. Vielmehr könnten auf diese Weise die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen umverteilt und intelligenter eingesetzt werden. Denn nicht jede Leistung im ambulanten und im stationären Bereich sei angemessen vergütet.

Schaffung Regionaler Versorgungsverbünde – vor allem im ländlichen Raum

Eine bessere Kooperation der unterschiedlichen Gesundheitsberufe über die aktuell bestehenden Sektorengrenzen hinweg sowie die Nutzung aller Ressourcen einer Region sind besonders im ländlichen Raum wichtig für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Die BARMER empfiehlt deshalb die Gründung von Regionalen Versorgungsverbünden.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, forderte bei der Podiumsdiskussion, dass sich die Beschäftigten im Gesundheitswesen einer Region zusammenschließen müssten. Versorgungsaufträge sollten zudem an regionale Zusammenschlüsse gegeben werden. Gerlach betonte zudem, dass die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung „vor Ort" angesiedelt sein sollte, je spezialisierter medizinische Leistungen seien, umso zentralisierter müsse sie sein. Das bedeute auch, dass den Menschen weitere Wege zugemutet werden müssten. Die Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, Susanna Karawanskij unterstrich, dass man sich in ihrem Bundesland jeden Standort einzeln ansehe. Unter Einsatz von Mitteln des Krankenhaus-Strukturfonds wolle man keinen Abbau, sondern den Umbau von Standorten. Dazu bräuchten die politisch Verantwortlichen aber auch die nötigen Steuerungsinstrumente.

Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik