

Berlin, 28.05.2019

**Gemeinsame Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten (DGVS),
des Berufsverbands Gastroenterologie Deutschland (BVG D)
und des Berufsverbands der Niedergelassenen Gastroenterologen (bng)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige
Prüfungen - MDK-Reformgesetz**

Die DGVS, der bng und der BVGD begrüßen ausdrücklich den Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums, der das Ziel hat, die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) zu stärken und ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten. Es ist notwendig und zeitgerecht, Anreize für eine leistungsgerechte Vergütung von Leistungen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung zu schaffen, aber auch die Qualität der Leistung, die Effizienz und die Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung zu verbessern.

Repräsentation von Ärzten und Pflege in den MD Verwaltungsräten

Um diese Ziele zu erreichen, ist eine Umwandlung der MDK in medizinische Dienste (MD) mit Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und dem Bundesgesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde zielführend, deren Verwaltungsrat als entscheidendes Gremium etabliert wird. Kritisch ist zu sehen, dass der Verwaltungsrat aus jeweils sechs stimmberechtigten Vertretern der Krankenkassen und der Patientenvertreter sowie vier stimmberechtigten Vertretern "auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern" zusammengesetzt wird (§279 Abs. 3 des Referentenentwurfs) und damit Ärztinnen bzw. Ärzte zumindest nicht ausdrücklich vorgesehen sind. Um die Qualität sachgerechter Entscheidungsprozesse der MD und des MD Bund zu garantieren, halten wir es für zwingend erforderlich, dass ärztliche Fachvertreter mindestens paritätisch zu den Vertretern der Pflege in den Verwaltungsräten berücksichtigt werden und dies nicht nur in der Begründung (II.2), sondern auch im Gesetz explizit ausgeführt wird.

Definition der Qualität zusammen mit den Fachgesellschaften

Eine Konzentration der geplanten MD auf Strukturprüfungen mit dem Grundsatz "ambulant vor stationär" kann einer Patienten-orientierten Medizin gerecht werden - wenn dies auf dem Boden einer qualitätsgesicherten Umsetzung geschieht. Das für die Weiterentwicklung des ambulanten Operierens (AOP) geplante Gutachten kann dabei nicht die alleinige Grundlage für eine wissenschaftlich begründete und ärztlich akzeptierte Definition von ambulant statt stationär zu erbringenden Leistungen sein. Das durch die drei Auftraggeber KBV, GKV-Spitzenverband und DKG beauftragte Gutachten darf keinesfalls ausschließlich wirtschaftlichen Interessen folgen, sondern die Erbringung der Leistungen mit der erforderlichen Qualität muss ebenfalls adressiert werden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Wir in Klinik und Praxis tätigen Gastroenterologen haben es uns zur gemeinsamen Aufgabe gemacht, diese Qualität evidenzbasiert zu definieren. Für die Endoskopie haben wir bereits 2015 in der Leitlinie "Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie" Strukturvoraussetzungen beschrieben

und kontinuierlich weiterentwickelt, die auch bei der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens berücksichtigt werden sollten.

Wir durch die Fachgesellschaft DGVS und die Verbände BVGD und bng repräsentierten Gastroenterologen sehen das Potenzial für eine Reorganisation der AOP. Für die Gastroenterologie könnten dies beispielsweise Prozeduren wie Ultraschalluntersuchungen und Endosonographien (endoskopischer Ultraschall, EUS), auch mit ausgewählten perkutanen oder EUS-gesteuerten Punktionen, sein. Diese und weitere diagnostische und therapeutische Prozeduren können bei geeigneten Patienten unter Berücksichtigung prozedurenbezogener, aber auch patientenindividueller und sozialer Umfeldfaktoren (wie Alter, Gebrechlichkeit und Wohnungssituation) ambulant durchgeführt werden.

Wir stehen nicht nur für die weitere Ausgestaltung der Neuregelungen zur Verfügung, sondern sehen die Einbindung der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für zwingend erforderlich an, um die Qualität der ambulant durchgeführten Prozeduren im Rahmen der weiteren Umsetzung zu sichern.

In diesem Zusammenhang schlagen wir vor, dass die für SGBV §275 Abs. 5 vorgeschlagenen Änderungen gestrichen werden und folgender Wortlaut gewählt wird: "Die Ärztinnen und Ärzte und die Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinisch-fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und die pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen."

Leistungsgerechte Vergütung durch Erweiterung des DRG-Systems um AOP-DRGs

Das Potenzial für die Kostenträger mit Einsparung von 120 Millionen Euro pro 1% der in den ambulanten Bereich verlagertes Leistungserbringung wird von den Verbänden der Gastroenterologie erkannt. Die Erweiterung des bisherigen Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe ist daher auch im Sinne einer wirtschaftlichen medizinischen Leistungserbringung sinnvoll. Sie erfordert aber eine leistungsgerechte Vergütung dieser Prozeduren für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Hierzu müssen aus unserer Sicht die erbrachten Leistungen über ICD und OPS erfasst und in eine "ambulante DRG" ("AOP-DRG") überführt werden. Diese Kodierung erlaubte wie bisher eine Preisbildung und Anpassung – beispielsweise unter Einschluss eines Vorschlagsverfahrens – an den jeweiligen Stand der Wissenschaft und medizinische Standards. Die Instrumente hierfür werden im Referentenentwurf skizziert. Die "ambulante DRG" kann allerdings nur umgesetzt werden, wenn Instrumente für eine Qualitätssicherung aufgenommen werden und die leistungsgerechte Vergütung durch eine Kalkulation der entstehenden Kosten in Analogie zur DRG dynamisiert wird.

Eine Kostenkalkulation in der neuen AOP-DRG darf nicht die notwendigen, qualitätsgesicherten Strukturvoraussetzungen für eine ambulante Leistungserbringung außer Acht lassen, die eine leistungsgerechte Vergütung ermöglicht. Die für das AOP notwendigen personellen und Materialkosten, aber auch die Infrastrukturkosten müssen für Krankenhäuser und Vertragsärzte durch Zugang zu den entsprechenden Fonds oder Pauschalen vergütet werden. Ein "lernendes" System analog zur stationären DRG kann hier als "AOP-DRG" modellhaft zu einer leistungsgerecht vergüteten Versorgung mit gesicherter Qualität im deutschen Gesundheitswesen führen.