

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) (BT-Drs. 19/13397)

25.09.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Prüfung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes.....	4
Artikel 1 Nummer 23 (§ 275d SGB V)	4
2.1. Beabsichtigte Neuregelung	4
2.2. Stellungnahme	4
2.3. Änderungsvorschlag	4
3. Wahrnehmung der Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes	4
Artikel 1 Nummer 25 (§ 278 Absatz 2 SGB [neu] V)	4
3.1. Beabsichtigte Neuregelung	4
3.2. Stellungnahme	5
3.3. Änderungsvorschlag	5
4. Besetzung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes.....	6
Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 [neu] SGB V)	6
4.1. Beabsichtigte Neuregelung	6
4.2. Stellungnahme	6
4.3 Änderungsvorschlag	7
5. Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	7
Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Absatz 2 [neu] SGB V)	7
5.1. Beabsichtigte Neuregelung	7
5.2. Stellungnahme	8
5.3. Änderungsvorschlag	9
6. Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des Personals im OPS und Weiterentwicklung zur Qualitätssicherung	10
Artikel 1 Nummer 29a und c (§ 301 Absatz 2 SGB V)	10
6.1. Beabsichtigte Neuregelung	10
6.2. Stellungnahme	10
6.3. Änderungsvorschlag	11

1. Einleitung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt ausdrücklich die angestrebte größere Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und betrachtet das neue Organisationskonzept als zielführend.

Die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste soll u. a. dadurch gestärkt werden, dass Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die organisatorischen Strukturen der Medizinischen Dienste integriert werden. Die BPtK ist überzeugt, dass die Berücksichtigung der Leistungserbringersicht zu einer unabhängigen und fachlich hochwertigen Beratungs- und Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste beitragen kann. Neben dem ärztlichen und pflegerischen Sachverstand ist auch der psychotherapeutische Sachverstand bei der Neustrukturierung der Medizinischen Dienste unverzichtbar.

Entsprechend des Beitrags, den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Gesundheitsversorgung leisten, sollten die Landespsychotherapeutenkammern neben den Landesärztekammern sowie Verbänden der Pflegeberufe bei der Benennung des Verwaltungsrats der Medizinischen Dienste berücksichtigt werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer sollte zudem bei der Erstellung von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Der Gesetzentwurf trägt auch den Veränderungen in den Gesundheitsberufen Rechnung, indem er den Kreis der für die Wahrnehmung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Berechtigten um die Gesundheitsberufe erweitert, die bereits heute in den Medizinischen Diensten tätig sind. Neben Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsberufen sind dies auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Gemäß ihrer Qualifikation als akademischer Heilberuf nimmt diese Berufsgruppe verantwortliche Aufgaben der Begutachtung und Beratung im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen wahr. Sie sollten deshalb explizit Erwähnung finden.

Änderungsbedarf sieht die BPtK darüber hinaus bei den Regelungen zur Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Es sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass bei der Weiterentwicklung Merkmale in den OPS aufgenommen werden sollen, die vor allem dem Zweck der Qualitätssicherung dienen, z. B. Patientenmerkmale oder inhaltliche Beschreibungen von Leistungen.

Die weiteren strukturellen und organisatorischen Regelungen des Gesetzentwurfs können dazu beitragen, dass der Prüfaufwand in den Krankenhäusern sowie Abrechnungsstreitigkeiten verringert werden. Die damit verbundene Reduzierung des bürokratischen Aufwands bedeutet auch wieder mehr Zeit für die Patientenversorgung.

2. Prüfung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes

Artikel 1 Nummer 23 (§ 275d SGB V)

2.1. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der Medizinische Dienst die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung von OPS-Komplexbehandlungskodes vorab und außerhalb von Einzelfallprüfungen überprüft. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

2.2. Stellungnahme

Die BPtK begrüßt, dass die Prüfung der Erfüllung von Strukturmerkmalen in OPS-Komplexkodes zukünftig vorab erfolgen soll und damit der Aufwand, der durch Einzelfallprüfungen entsteht, entfällt und mehr Planungssicherheit in Bezug auf die Abrechenbarkeit von bestimmten Leistungen für die Krankenhäuser entsteht. Dies betrifft auch die Leistungserbringung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, da die OPS-Kodes in diesem Geltungsbereich in besonderem Maße Strukturmerkmale enthalten, deren Prüfung im Einzelfall in der Vergangenheit zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand geführt hat, der letztlich auch zulasten der Patientenversorgung gegangen ist.

2.3. Änderungsvorschlag

Keiner

3. Wahrnehmung der Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes

Artikel 1 Nummer 25 (§ 278 Absatz 2 SGB [neu] V)

3.1. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung legt fest, dass die Fachaufgaben der Medizinischen Dienste von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen werden sollen. Bei Begutachtungen, an denen unter-

schiedliche Berufsgruppen beteiligt sind, soll unabhängig von der Beteiligung anderer Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegen.

3.2. Stellungnahme

Bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung arbeiten bereits heute Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Sie verfügen über eine Approbation und sind damit zur Ausübung der Heilkunde befähigt. Sie können psychische Erkrankungen diagnostizieren, Indikationen stellen und behandeln. In der vertragsärztlichen Versorgung sind sie den Fachärztinnen und Fachärzten gleichgestellt.

Bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung nehmen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten deshalb vielfältige Aufgaben wahr. Sie beraten den GKV-Spitzenverband zu Fragen im Zusammenhang mit der Psychotherapie-Richtlinie und zur ambulanten Psychotherapie im Allgemeinen. Auch Fragen zum Kostenerstattungsverfahren Psychotherapie werden von ihnen beantwortet. Im stationären Bereich beziehen sich ihre gutachterlichen Tätigkeiten u. a. auf die Beurteilung stationärer Behandlungsbedürftigkeit oder die Prüfung von Leistungsvoraussetzungen für die Abrechnung von OPS-Kodes. Aus diesen Gründen sollten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neben den Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegefachkräften ausdrücklich bei den Berufsgruppen, die die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahrnehmen, benannt werden und bei ausschließlich psychotherapeutischen Sachverhalten die Gesamtverantwortung übernehmen können.

3.3. Änderungsvorschlag

§ 278 Absatz 2 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(2) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**, 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. Bei der Begutachtung ausschließlich psychotherapeutischer Sachverhalte kann die Gesamtverantwortung auch bei Psychotherapeutinnen*

und Psychotherapeuten liegen. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.“

4. Besetzung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes

Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 [neu] SGB V)

4.1. Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes soll zukünftig aus 23 Mitgliedern bestehen, von denen 16 Mitglieder von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Krankenkassen gewählt werden. 7 Mitglieder sollen von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde benannt werden, davon 5 Mitglieder auf Vorschlag der Patientenvertretung sowie 2 Mitglieder jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landesärztekammern sowie der Landespflegekammern oder maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe. Die Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen erhalten kein Stimmrecht.

4.2. Stellungnahme

Die BPtK begrüßt, dass die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste auch durch eine veränderte Besetzung des Verwaltungsrats unterstützt werden soll. Insbesondere auch die Aufnahme der Patientenvertretung sowie das Vorschlagsrecht der von der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes besonders betroffenen Berufsgruppen findet die Zustimmung der BPtK. Befürwortet wird ebenfalls, dass die hälftige Vertretung durch Frauen erfolgen soll.

Neben Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegeberufen sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als eigener Heilberuf an der Versorgung psychisch kranker Menschen maßgeblich beteiligt. Auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit bestimmten somatischen Erkrankungen, wie z. B. onkologischen Erkrankungen oder Diabetes mellitus, kann die Berücksichtigung psychischer Komorbiditäten eine wichtige Rolle spielen. Insofern sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei Fragen der Versorgung im Bereich psychischer und auch somatischer Erkrankungen von den Aufgaben der Medizinischen Dienste betroffen. Neben den Verbänden der Pflegeberufe und der Landesärztekammern sollten deshalb auch die Landespsychotherapeutenkammern beim Vorschlagsrecht der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für die Besetzung des Verwaltungsrats berücksichtigt und die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsange-

gehörigen von zwei auf drei erhöht werden. Die Ergänzung wirkt sich aufgrund der Verweisung in § 282 Absatz 2 Nummer 3 (neu) SGB V mittelbar auch auf die Wahl des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes Bund aus.

4.3 Änderungsvorschlag

§ 279 Absatz 3 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Verwaltungsrat besteht aus ~~23-24~~ Vertretern. (...)"

§ 279 Absatz 5 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

„(5) **Sieben-Acht** Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon
1. fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene sowie
2. **zwei drei** Vertreter **jeweils zur Hälfte anteilig** auf Vorschlag der Landespfliegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, ~~und~~ der Landesärztekammern **und der Landespsychotherapeutenkammern.**"

5. Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Absatz 2 [neu] SGB V)

5.1. Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) soll die Kompetenz zum Erlass von Richtlinien erhalten. Vor dem Erlass von Richtlinien sind der GKV-Spitzenverband, die Bundesärztekammer, die Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Patientenvertretung, die Vereinigungen der Leistungserbringer, die maßgeblichen Verbände und Fachkreise sowie der Bundesbeauftragte für den Datenschutz anzuhören, soweit sie von der konkreten Richtlinie betroffen sind.

5.2. Stellungnahme

Die BPtK begrüßt, dass die Richtlinienkompetenz auf den MD Bund übergehen soll. Die Regelung ist redaktionell dahingehend zu ergänzen, dass auch die Bundespsychotherapeutenkammer in den Kreis der Stellungnahmeberechtigten aufgenommen wird.

Laut der Gesetzesbegründung sollen die wesentlichen von den Richtlinien betroffenen Beteiligten zu einer Stellungnahme berechtigt sein. Bei der Bestimmung der Anhörungsberechtigten hat der Gesetzgeber sich, wie in der Gesetzesbegründung erläutert, an den Verfahrensregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) orientiert. Das ist sachgerecht. Die Stellungnahmerekte bei Beschlüssen des G-BA ergeben sich insbesondere aus §§ 91, 92 SGB V. § 91 Absatz 5 SGB V legt allgemein fest, dass bei Beschlüssen des G-BA die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer bzw. die Bundeszahnärztekammer immer dann ein Stellungnahmerekht haben, wenn die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten berührt ist. § 92 berechtigt bestimmte Leistungserbringerrinnen und Leistungserbringer sowie Herstellerinnen und Hersteller (z. B. die maßgeblichen Organisationen der Hebammen, der häuslichen Krankenpflege oder der Hospizarbeit) zur Abgabe einer Stellungnahme bei ausgewählten Richtlinien. Die Parallelvorschrift für die Richtlinien des MD Bund sollte entsprechend angepasst werden und die Bundespsychotherapeutenkammer als Stellungnahmeberechtigte einbeziehen.

Die Richtlinien des Medizinischen Dienstes als Grundlagen der MDK-Begutachtungen betreffen auch die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

So finden die Begutachtungsanleitungen zu stationären Leistungen sowie zu den Anspruchsvoraussetzungen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auch Anwendung im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen. So betrifft z. B. die Arbeitshilfe „Begutachtung des OPS-Komplexkodes Multimodale Schmerztherapie“ Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzstörungen, bei denen Psychotherapie ein unverzichtbarer Bestandteil der multimodalen Behandlung ist.

Ein weiteres Beispiel ist die Begutachtungsanleitung „Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V“. Ambulante Soziotherapie ist eine koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke und kann gemäß der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA auch zeitgleich mit einer Psychotherapie stattfinden. In der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes gibt es diesbezüglich jedoch missverständliche Ausführungen, die in der Anwendung zu Fehlinterpretationen und unzuläss-

sigen Leistungsausschlüssen führen können und unter Einbeziehung psychotherapeutischen Sachverstands hätten vermieden werden können. So heißt es zum einen, dass ambulante Psychotherapie nicht *überwiegend gleichzeitig* mit Soziotherapie in Anspruch genommen werden dürfe, was den Eindruck erweckt, dass ambulante Psychotherapie eigentlich die Leistung Soziotherapie ausschließt. Zum anderen heißt es, wenn ein Versicherter bzw. eine Versicherte ausreichend motiviert und belastbar sei, um eine ambulante Psychotherapie eigenständig in Anspruch nehmen zu können, sei keine Indikation zur Verordnung von Soziotherapie gegeben. Dies ist insoweit missverständlich, dass die Inanspruchnahme der Psychotherapie ggf. regelhaft gelingt, aber die Soziotherapie für die Inanspruchnahme von ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen immer noch erforderlich sein kann.

Darüber hinaus können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zukünftig von Begegutachtungsrichtlinien zur Strukturprüfung betroffen sein, sofern diese auch für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik gelten, da sie neben Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften zu den maßgeblichen Berufsgruppen in diesen Einrichtungen zählen.

5.3. Änderungsvorschlag

§ 283 Absatz 2 Satz 2 (neu) SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:

- 1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,*
- 2. der Bundesärztekammer, **der Bundespsychotherapeutenkammer**, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,*
- 3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,*
- 4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und*
- 5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.“*

6. Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des Personals im OPS und Weiterentwicklung zur Qualitätssicherung

Artikel 1 Nummer 29a und c (§ 301 Absatz 2 SGB V)

6.1. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass das DIMDI in den OPS-Kodes verbindliche Voraussetzungen für die Abrechnung festlegt und sich für die Festlegung der OPS-Kodes eine Verfahrensordnung gibt. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und soll im Internet auf der Seite des DIMDI veröffentlicht werden.

6.2. Stellungnahme

Die BPtK begrüßt, dass mit der vorgeschlagenen Änderung festgeschrieben wird, dass auch Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des Personals in den OPS-Kodes als Voraussetzung für die Leistungserbringung festgelegt werden können. Aus Gründen der Rechtsklarheit sollte dies jedoch ausdrücklich im Gesetz klargestellt werden.

Neben der Frage, ob auch Anforderungen an die Strukturqualität in den OPS-Kodes verankert werden können, wird bei der Weiterentwicklung des OPS immer wieder angezweifelt, inwieweit Merkmale, die vor allem dem Zweck der Qualitätssicherung dienen, z. B. Patientenmerkmale oder inhaltliche Beschreibungen von Leistungen, Aufnahme in den OPS finden sollen. Diese Frage stellt sich insbesondere für die OPS-Kodes zur Anwendung in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG (Psychiatrische und Psychosomatische Einrichtungen). Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-SV, PKV und DKG) beauftragt, jährlich gemeinsame Vorschläge für den Operationen- und Prozedurenschlüssel für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu machen (§ 9 Absatz 7 Bundespflegesatzverordnung). Er hat damit das Ziel verfolgt, den OPS so weiterzuentwickeln, dass er geeignet ist, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen herzustellen – auch unter Berücksichtigung der in hochwertigen Leitlinien beschriebenen Standards – und damit ebenfalls zu Zwecken der Qualitätssicherung nutzbar wird. Auch das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit nennt Aspekte der Qualitätssicherung als einen Grund für die Aufnahme neuer OPS-Schlüssel (siehe Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS, Fassung vom 19. Februar 2019).

Die Erfahrungen mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des OPS im Rahmen des Vorschlagsverfahrens beim DIMDI aus den vergangenen Jahren haben jedoch gezeigt, dass dieses Ziel aufgrund der divergierenden Interessen der Beteiligten und aufgrund unzureichender inhaltlicher Rahmenvorgaben nicht erreicht wurde. Die BPtK schlägt deshalb vor, in § 301 Absatz 2 Satz 4 (neu) zu ergänzen, dass in den OPS-Kodes auch Merkmale, die (ausschließlich) zu Zwecken der Qualitätssicherung genutzt werden, festgelegt werden sollen.

Um zu gewährleisten, dass die in § 301 Absatz 2 Satz 3 (neu) festgelegten Anforderungen in OPS-Kodes auch im Rahmen des Verfahrens zur Weiterentwicklung des OPS umgesetzt werden, sollte in der Verfahrensordnung ausdrücklich geregelt sein, wie diese Ziele erreicht werden können.

6.3. Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 2 Sätze 3 und 4 (neu) SGB V werden wie folgt gefasst:

„In dem Schlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden. Hierzu gehören insbesondere strukturelle Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung sowie weitere Merkmale zur Qualitätssicherung.“

§ 301 Absatz 2 Satz 6 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach Satz 2 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information unter Berücksichtigung der Anforderungen zur Qualitätssicherung nach § 301 Absatz 2 Satz 3 eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“