

08.11.2019 Politik

Krankenkassen fordern eine Abspaltung vom Medizinischen Dienst

Krankenkassen direkt



© iStock/Stefanie Keller

Der Medizinische Dienst wird künftig organisatorisch von den Krankenkassen gelöst und als unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet. Zudem wird die Prüfung der Krankenhausabrechnung einheitlicher und transparenter gestaltet. Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen sollen systematisch vermindert werden. Dies regelt das “Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz”, was der Deutsche Bundestag am 07.11.2019 in 2./3. Lesung beschlossen hat.

Im Vordergrund der Organisationsreform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung steht für Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die Neutralität des Dienstes bei seinen Prüfungen. Um effektiv, glaubwürdig und handlungsfähig zu bleiben, so der Minister, werde der Medizinische Dienst von den Krankenkassen losgelöst und eigenständig organisiert. Eine über zwanzig Jahre währende Debatte zur Unabhängigkeit des medizinischen Dienstes würde damit zu einer Entscheidung geführt, betonte Spahn nach dem Beschluss des Bundestages.

Das Gesetz soll am 01.01.2020 in Kraft treten. Es bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates. Wichtige Einzelregelungen des Gesetzes sind:

Organisationsreform MDK

- Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stellen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung “Medizinischer Dienst” (MD) geführt.
- Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst und erhält die Kompetenz zum Erlass der Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste.

- Die Besetzung der Verwaltungsräte der MD wird neu geregelt. Künftig werden auch Vertreter der Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein.

Krankenhausabrechnungsprüfung

- Künftig soll die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Dazu wird ab dem Jahr 2020 eine maximale Prüfquote je Krankenhaus bestimmt, die den Umfang der Prüfungen begrenzt. Ab 2021 wird die Höhe der Prüfquote durch die Qualität der Abrechnungen bestimmt. Die Krankenhäuser, die schlecht abrechnen, werden mehr geprüft als gut abrechnende.
- Eine schlechte Abrechnungsqualität hat negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus.
- Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen werden systematisch reduziert. Dazu werden durch verschiedene Maßnahmen bestehende Blockaden des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene aufgelöst.
- Statt Strukturen und Ausstattungen von Krankenhäusern in vielen Einzelfällen zu prüfen, wird das Verfahren in einer Strukturprüfung gebündelt.
- Unnötige Prüffelder im Bereich der neuen Pflegepersonalkostenvergütung werden vermieden.
- Der Katalog für sog. “ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe” (AOP-Katalog) wird erweitert. Dadurch können die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern künftig konsequenter genutzt und dem heute noch häufigsten Prüfanlass entgegengewirkt werden.
- Eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser ist künftig nur noch in festgelegten Ausnahmefällen zulässig.
- Durch Einführung einer bundesweiten Statistik soll das Abrechnungs- und Prüfgeschehen transparenter werden.

Weitere Änderungen

Darüber hinaus sieht das MDK-Reformgesetz die folgenden wesentlichen Änderungen vor:

- Im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wird eine Förderung von mindestens 250 angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vorgesehen.
- Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm wird um weitere drei Jahre verlängert. Damit werden Krankenhäuser weiterhin bei der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal unterstützt, um die entsprechenden Vorgaben des Infektionsschutzrechts

besser umsetzen zu können. Bei dieser Verlängerung wird ein neuer Schwerpunkt gesetzt, der auf den sachgerechten Einsatz von Antibiotika abzielt.

- Im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Personalkosten für die Pflege am Bett aus der pauschalierenden Vergütung wird zu Gunsten der Krankenhäuser der Umfang pflegeentlastender Maßnahmen von 3 Prozent auf 4 Prozent erhöht. Die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten können dann neben den tatsächlichen Pflegepersonalkosten zusätzlich im Pflegebudget berücksichtigt werden.
- Das Verfahren zum Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse wird für die Mitglieder einfacher und einheitlicher gestaltet. Bürokratie wird abgebaut, indem elektronische Meldeverfahren genutzt werden. Die bisherige Mindestbindungsfrist wird von 18 auf zwölf Monate verkürzt.
- Die studentische Krankenversicherung wird weiterentwickelt und ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Hochschulen und Krankenkassen eingeführt. Die bisherige Begrenzung bis zum 14. Fachsemester wird zugunsten der Studierenden gestrichen.
- Der schrittweise Abbau überschüssiger Finanzreserven von Krankenkassen ist bereits ab dem Haushaltsjahr 2020 verpflichtend anzuwenden. Somit profitieren deren Versicherte zeitnah bei der Festlegung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge.
- Mit einer Geschlechterquote bei der Listenaufstellung im Rahmen der Sozialwahlen soll eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Verwaltungsräten der Krankenkassen erreicht werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat künftig seine öffentlichen Sitzungen live im Internet zu übertragen sowie in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung zu stellen. Damit soll die Transparenz seiner Entscheidungen weiter verbessert werden.
- Die Unterstützungsmöglichkeiten und die Finanzierung der Patientenverbände auf Landesebene werden verbessert.

Quelle: Krankenkassen direkt, Postfach 71 20, 53322 Bornheim, www.krankenkassen-direkt.de, 08.11.2019