

Kleine Anfrage

der Fraktion der CDU/CSU

Auswirkungen des MDK-Reformgesetzes und des neuen Vertrags für Ambulantes Operieren 2023 auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland

Steigende Gesundheitsausgaben, zunehmender Personalmangel und eine im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern hohe Anzahl an stationären Behandlungsfällen in Deutschland sind Anlass für die Bundespolitik, die ambulante Versorgung zu stärken. Um dies zu erreichen, wurde 2020 mit dem MDK-Reformgesetz (MDK = Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) die Grundlage für eine Überarbeitung des Vertrags für Ambulantes Operieren (sog. AOP-Vertrag) und die Einführung einer sektorengleichen Vergütung geschaffen (vgl. u. a. www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz.html).

In § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wurde festgelegt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bis zum 31. Januar 2022 einen neuen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen festlegen und eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte erarbeiten sollen.

Zur Umsetzung des § 115b Absatz 1 SGB V wurden die oben genannten Verhandlungspartner zu einer Beauftragung eines Gutachtens verpflichtet, das an das IGES-Institut vergeben wurde. Dieses IGES-Gutachten wurde im März 2022 veröffentlicht. Es schlägt u. a. eine Verdopplung der Zahl der im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen und die Einführung eines umfangreichen Systems von neun fachlich begründeten Kontextfaktoren vor. Diese Kontextfaktoren sollen als Entscheidungsgrundlage für eine stationäre versus ambulante Behandlung dienen und dadurch Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) minimieren (www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf).

Am 22. Dezember 2022 haben die GKV, die DKG und die KBV den neuen AOP-Vertrag geschlossen. Es ist aus Sicht der Verfasser nicht nachzuvollziehen, warum in diesem Vertrag die von der Fachöffentlichkeit breit begrüßten Empfehlungen des IGES-Gutachtens nicht umgesetzt wurden. Erreicht werden sollten eine Stärkung der Ambulantisierung und eine Entschlackung der MD-Prüfungen. Das Gegenteil ist nach Einschätzung der Verfasser nun der Fall: Während das IGES-Gutachten vorschlägt, die Liste der ambulanten Operationen von ca. 2 500 Prozeduren auf ca. 5 000 in etwa zu verdoppeln, enthält der neue AOP-Katalog nur ca. 200 neue Leistungen. In der Durchsicht der Kontextfaktoren zum AOP-Vertrag 2023 findet sich zudem eine Auflistung von Erkrankungen, die nach Einschätzung der Verfasser medizinisch nicht nachvoll-

ziehbar Lücken aufweist (z. B. Berücksichtigung der akuten Cholezystitis, jedoch keine Berücksichtigung der akuten Cholangitis, einer lebensbedrohlichen Entzündung der Gallenwege). Nach Einschätzung der Fachöffentlichkeit (z. B. www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/01/B-DGVS-STN-AOP-Katalog-2023_Kontextfaktoren_18.01.2023-Final.pdf) wird dies zu erheblichen Versorgungslücken führen. Die Differenzierung von ambulant und stationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten wird nach Überzeugung der Fragesteller mit erheblich erhöhtem bürokratischem Aufwand verbunden und einer ganzheitlichen medizinischen Einschätzung entzogen. Es ist nach Einschätzung der Verfasser zu erwarten, dass stationäre Behandlungen nicht bezahlt werden, auch wenn der Arzt eine solche Behandlung befürwortet. Die Verantwortung für die ambulante Versorgung alter und chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die durch die rigide formulierten Kontextfaktoren nicht erfasst werden, trägt die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt.

Im AOP-Vertrag für 2023 werden die bisherigen Vergütungsstrukturen aufrechterhalten, obwohl Expertisen und Gutachten sowie die klinische Erfahrung der letzten Jahrzehnte und der Vergleich mit den Nachbarstaaten gezeigt haben, dass diese ein wesentliches Hemmnis für eine ambulante Leistungserbringung vieler der bereits im alten AOP-Katalog enthaltenen Leistungen war. So weist bereits das IGES-Gutachten darauf hin, dass für eine sachgerechte Vergütung ambulanter Leistungen eine Schweregraddifferenzierung notwendig ist. Ein Gutachten des Institute for Health Care Business GmbH (hcb) unter der Leitung von Prof. Dr. Boris Augurzky, Mitglied der Regierungskommission für die Krankenhausreform, das bereits im Dezember 2021 veröffentlicht wurde, hat anhand von Leistungs- und Abrechnungsdaten ein ähnliches Modell als Basis für eine sektorengleiche Versorgung entwickelt (www.dgvs.de/wp-content/uploads/2022/02/AOP-Gutachten-Verguetungssystematik_final_14.01.22.pdf). Zum Jahresende wurden diese Vorschläge durch die Ergebnisse des vom Bund geförderten Innovationsfondsprojektes „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ ergänzt. Die Forschergruppe empfiehlt, aus Kostendaten kalkulierte sektorengleiche Pauschalen für Leistungskomplexe zu erstatten, wenn in dieser ambulanten Versorgungsform Leistungen erbracht werden (www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf). Es liegen also valide Analysen dazu vor, wie erreicht werden kann, dass Leistungen in der ambulanten Versorgung auch ankommen.

Wenn Leistungen weder stationär noch ambulant kostendeckend erbracht werden können, entsteht entweder das Risiko einer Versorgungslücke – wie die aktuellen Proteste der HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte (siehe u. a. www.pharmazeutische-zeitung.de/hno-aerzte-wollen-kinder-ops-aus-protest-aussetzen-137977/seite/alle/) dies bereits andeuten – oder von Fehlanreizen, diese nicht kostendeckenden Leistungen durch eine andere, für die Krankenhäuser ökonomisch attraktivere Art der Leistungserbringung zu ersetzen (www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/01/B-DGVS-STN-AOP-Katalog-2023_Kontextfaktoren_18.01.2023-Final.pdf).

Das Jahr 2023 bringt weitere neue Regelungen: Stationäre Fälle, die aktuell als Ein-Tagesfälle behandelt werden, dürfen bei stationärer Ein-Tagesfallabrechnung als tagesklinische Behandlung erbracht werden (§ 115e SGB V). Voraussetzung dafür ist eine stationäre Behandlung von mindestens sechs Stunden im Krankenhaus. Diese Leistungen betreffen nur Leistungen, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Ein stationärer Behandlungsgrund muss vorliegen. Bis Ende März 2023 soll entschieden werden, welche Leistungen bzw. Leistungskomplexe im Rahmen des § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung) überführt werden sollen. Das fragmentierte Nebeneinanderbestehen der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für eine ambulante Leistungserbringung lässt ein übergeordnetes Konzept vermissen.

Wir fragen die Bundesregierung

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte und wie viele Pflegekräfte stehen nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland heute zur Verfügung, und wie viele werden nach Einschätzung der Bundesregierung aufgrund der demographischen Entwicklung voraussichtlich in 15 Jahren für die Versorgung zur Verfügung stehen?

Inwiefern wird sich dies auf die ärztliche Versorgung bzw. auf die Versorgung mit Pflegekräften insbesondere im ländlichen Raum auswirken?

2. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Krankheitslast in Deutschland, d. h. wie viele Menschen werden beispielsweise an ausgewählten Tumorerkrankungen oder Erkrankungen des Kreislaufsystems oder des Verdauungssystems nach Einschätzung der Bundesregierung ab 2023 pro Jahr erkranken, und wie hoch wird diese Krankheitslast in 15 Jahren sein?
3. Welche Auswirkungen wird die Entwicklung der Krankheitslast ab 2023 und in 15 Jahren auf die Zahl der Menschen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung nach Einschätzung der Bundesregierung haben?
4. Wie viele Krankenhausbehandlungen und wie viele ambulante Behandlungen werden nach Einschätzung der Bundesregierung heute und wie viele werden voraussichtlich in 15 Jahren pro Jahr in Deutschland durchgeführt?
5. Hat die Bundesregierung Kenntnisse über die verfügbaren Kapazitäten einer ambulanten Versorgung sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch an den Krankenhäusern, d. h., wie viele Patientinnen und Patienten können heute maximal ambulant behandelt werden?
6. Wie schätzt die Bundesregierung die verfügbaren Kapazitäten einer auch barrierefrei zugänglichen ambulanten Versorgung ein vor dem Hintergrund, dass nach dem Anfang 2021 erschienenen Dritten Teilhabebericht der Bundesregierung die meisten Arztpraxen nicht barrierefrei zugänglich sind (www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=5), und welche Maßnahmen wird sie ergreifen, um diese Situation zu verbessern?
7. Wie viele Behandlungen, die aktuell im Krankenhaus durchgeführt werden, sollen nach Einschätzung der Bundesregierung mit dem Wirksamwerden der neuen Regelungen in den §§ 115e und 115f SGB V sowie dem AOP-Vertrag in Zukunft ambulant durchgeführt werden?

Welches Einsparvolumen geht nach Kenntnis der Bundesregierung mit diesen Schritten zur Ambulantisierung einher?

8. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, welche Leistungen der neue AOP-Katalog beinhaltet, die bereits bisher in den früheren AOP-Katalogen enthalten waren, aber nicht ambulant erbracht wurden?

Verfügt die Bundesregierung über Kenntnisse darüber, welche direkten Kosten diese Leistungen verursachen und ob diese Leistungen bei Vergütung entsprechend dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) kostendeckend erbracht werden konnten bzw. können?

Wenn diese Leistungen nicht kostendeckend erbracht werden konnten bzw. können, wie beurteilt die Bundesregierung das Risiko einer Versorgungslücke durch den neuen AOP-Vertrag?

9. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, welche Patientengruppen davon betroffen sind, dass durch den neuen AOP-Vertrag Leistungen nur noch im Rahmen sehr eng gesetzter Kontextfaktoren stationär erbracht werden können?
10. Ist der Bundesregierung bewusst, dass u. a. komplizierte endoskopische Untersuchungen nun ambulant erfolgen sollen, selbst wenn sauerstoffpflichtige Lungenerkrankungen oder fortgeschrittene Herzerkrankungen vorliegen?
Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen?
11. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass bei bestimmten Leistungen eine schonende weniger invasive Erbringung zugunsten von invasiveren und für die Patientinnen und Patienten belastenderen Eingriffen verdrängt werden können?
Wie sieht die Bundesregierung das Risiko von Fehlanreizen?
12. Können nach Auffassung der Bundesregierung erfolgreiche Ambulantisierungsmodelle in unseren europäischen Nachbarschaftsländern, auf die das IGES-Gutachten hinweist und im Rahmen derer insbesondere Anreizsysteme wie eine gleich hohe Vergütung ambulanter wie stationärer Eingriffe erfolgreich eingeführt worden sind, auch für Deutschland ein sinnvolles Modell sein?
13. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die Strukturen für komplexe Eingriffe in der ambulanten Versorgung vorgehalten werden müssen, worauf das IGES-Gutachten hinweist?
14. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die im Begründungstext zum damaligen MDK-Gesetzentwurf gemachte Einschätzung, dass je 1 Prozent der stationären Fälle, die ambulant behandelt werden, Einsparungen in Höhe von rund 120 Mio. Euro für die Krankenkassen erreicht werden können, heute tatsächlich ein?
Werden diese in die ambulante Versorgung reinvestiert?
15. Reicht nach Einschätzung der Bundesregierung der bestehende gesetzliche Rahmen aus, um eine sektorenübergreifende Versorgung mit einer einheitlichen und sachgerechten Vergütung zu schaffen?
16. Welche Auswirkungen hat nach Einschätzung der Bundesregierung eine zunehmende ambulante Leistungserbringung, insbesondere auch mit Facharztstandard auf die ärztliche Weiterbildung?
Welche Folgen ergeben sich daraus für die Finanzierung der Weiterbildung?

Berlin, den 20. März 2023

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion