

Krankenhausabrechnungen weiter uneingeschränkt prüfen – Soziale Selbstverwaltung nicht schwächen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

9. Oktober 2019

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(5)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -
MDK-Reform
09.10.2019

Zusammenfassung

Die soziale Selbstverwaltung darf auch im Bereich der Medizinischen Dienste nicht weiter geschwächt werden, sondern sollte, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, gestärkt werden. Zwar ist zu begrüßen, dass die Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr – wie ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehen – als Minderheit in den Verwaltungsräten der zukünftigen Medizinischen Dienste (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes Bund (MD-Bund) vorgesehen sind. Richtig wäre hingegen, dass sie auch weiterhin ausschließlich in den Verwaltungsräten vertreten sind und über die Verwendung der Beitragsmittel allein bestimmen.

Es ist abzulehnen, dass Mitglieder des Verwaltungsrates der geplanten MD und des MD Bund nicht gleichzeitig Mitglied im Verwaltungsrat einer Krankasse sein dürfen. Diese Unvereinbarkeitsregelung bedeutet eine nicht hinnehmbare weitere Schwächung der sozialen Selbstverwaltung und eine Abwertung der Sozialwahlen.

Für die geplante Neuorganisation der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) besteht zudem kein Anlass. Die organisatorische Anbindung der Medizinischen Dienste an die Krankenkassen ist sinnvoll und gerechtfertigt und stellt keinen Interessenkonflikt

dar. Eine faire und gerechte Leistungsgewährung an die Versicherten ist ureigenes Interesse der Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung und wird durch die unabhängige Aufgabenwahrnehmung der Gutachter der MDK garantiert.

Die Einschränkung der Prüfungen von Krankenhausabrechnungen stellt einen ungeRechtfertigten Eingriff in das operative Geschäft der Krankenkassen dar und nimmt im Ergebnis finanzielle Ausfälle zu Lasten der Krankenkassen in Kauf. Allein im Jahr 2020 wird dies die Beitragszahler mindestens 1,2 Mrd. € kosten, denn in dieser Größenordnung werden künftig fehlerhafte Klinikabrechnungen von den Krankenkassen durchgewunken werden müssen.

Statt Prüfquoten einzuführen sollten die Ursachen der Falschabrechnungen der Krankenhäuser angegangen werden, also entweder die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nachkommen oder grundsätzlich auf eine monetarische Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen umgestellt werden.

Im Einzelnen

Besetzung der Verwaltungsräte beibehalten

Der politische Kurs des Bundesgesundheitsministeriums, die soziale Selbstverwaltung zu schwächen, wird mit diesem Gesetzentwurf



weiter fortgesetzt. Wie bereits im Referentenentwurf des Faire-Kassenwahl-Gesetzes wird auch hier die im Koalitionsvertrag vereinbarte Stärkung der Selbstverwaltung ins Gegenteil verkehrt.

Die Arbeitgeber und Versicherten müssen als Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin ohne Beteiligung von Patientenvertretern und Berufsvertretern über die Verwendung ihrer Beitragsmittel mitbestimmen können. Es ist nicht hinnehmbar, dass die nach dem Gesetzentwurf konzipierten MD und der geplante MD-Bund einerseits auch zukünftig von den Arbeitgebern und Versicherten vollständig finanziert werden müssen, aber diese andererseits keine ausschließliche Entscheidungskompetenz in zentralen Belangen dieser Organisationen mehr besitzen sollen.

Zudem ist es abzulehnen, dass Mitglieder des Verwaltungsrates der geplanten MD und des MD Bund nicht gleichzeitig Mitglied im Verwaltungsrat einer Krankenkasse sein dürfen. Diese Unvereinbarkeitsregelung führt zu einer mangelnden Legitimation, weil die Mitglieder der MD-Verwaltungsräte dann nicht mehr durch Sozialwahlen von den Beitragszahlern gewählt worden wären. Mit der vorgesehenen Unvereinbarkeitsregelung geht zugleich ein Erfahrungs- und Wissensverlust einher. Die soziale Selbstverwaltung würde im Ergebnis weiter geschwächt werden.

Bei der geplanten Neuorganisation der Verwaltungsräte wird zudem verkannt, dass die Interessen und die Sicht der Patientinnen und Patienten bereits heute hinreichend einbezogen sind. Zum einen sind die Vertreter der Versicherten in der Selbstverwaltung auch die Vertreter der erkrankten und pflegebedürftigen Versicherten. Zum anderen verfügen die heutigen MDK über Beiräte, die mit Vertreterinnen und Vertretern von Patientenorganisationen und den Pflegeverbänden besetzt sind und neue Impulse und Perspektiven für die Beratungen in den MDK geben können. Überdies besteht für Patientenorganisationen die Möglichkeit des Beitritts als fördernde Mitglieder des Verwaltungsrats des MDS. Wenn die Patientenvertreter darüber hinaus auch noch

in die Verwaltungsräte aufgenommen würden, hieße das, einer Gruppe Mitbestimmungsrechte zu geben, die einseitig an höheren Ausgaben, nicht hingegen an der notwendigen Wirtschaftlichkeit der Versorgung interessiert ist.

Die Einbindung der Berufsvertreter aus den Pflegeberufen und der Ärzteschaft ist nicht nachvollziehbar. Durch die Einbeziehung der Leistungserbringer droht eine interessengeleitete Einflussnahme, die im Ergebnis zu einer Verteuerung der Versorgung führt.

Loslösung des neuen MD-Bund vom GKV-SV abzulehnen

Die geplante organisatorische Loslösung des neuen MD-Bund vom GKV-SV – trotz vollständiger Weiterfinanzierung des neuen MD-Bund durch die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung – ist abzulehnen. Im Ergebnis müssten beim GKV-SV neue Gremien zur Überprüfung der Tätigkeit der geplanten MD und des MD-Bundes geschaffen werden, um die gewissenhafte Verwendung der Beitragsgelder sicherzustellen. Dies würde im Ergebnis zu vermeidbaren Doppelstrukturen führen.

Zweifel an der Unabhängigkeit unbegründet

Der Vorwurf einer mangelnden Unabhängigkeit der heutigen MDK geht fehl. Die Gutachterinnen und Gutachter der MDK sind bei ihren medizinischen und pflegerischen Bewertungen ausschließlich ihrem ärztlichen bzw. pflegfachlichen Gewissen unterworfen. Die Begutachtungen werden frei von Wettbewerbsinteressen oder Einflussnahmen der Leistungsanbieter, Krankenkassen, Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten oder aus der Gesundheitspolitik durchgeführt. Die unabhängige Aufgabenwahrnehmung garantiert eine faire und gerechte Leistungsgewährung an die Versicherten.

Diese gerechte Leistungsgewährung und damit eine gewissenhafte Verwendung der Beitragsmittel nach objektiven Kriterien ist das originäre Interesse der Gemeinschaft der Bei-



tragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit ist eine organisatorische Anbindung der medizinischen Dienste an die Krankenkassen sinnvoll und gerechtfertigt und stellt keinen Interessenkonflikt dar.

Die Arbeitsweise der MDK ist im Grundsatz etabliert und bei den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung breit akzeptiert. Lediglich die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Begutachtungen für Patientinnen und Patienten könnte bei einzelnen Prüfungsergebnissen weiter verbessert werden. Ein guter Ansatzpunkt hierfür könnte die Nutzung der elektronischen Patientenakte darstellen. Dies könnte auch hilfreich sein, um weiteren ungerechtfertigten Vorwürfen an den MDK von vornherein besser entgegenzutreten zu können.

Im Übrigen setzen andere Sozialversicherungen wie die Renten- und Unfallversicherung, aber auch der öffentliche Dienst bei medizinischen Begutachtungen regelmäßig von ihnen bestellte Einrichtungen bzw. Ärzte ein, ohne dass hierin ein Interessenskonflikt gesehen wird. Auch insofern wirkt der erhobene Vorwurf an den MDK willkürlich.

Korrekte Krankenhausabrechnungen herbeiführen

Die gewissenhafte Verwendung der Beitragsmittel sollte insbesondere im kostenintensiven stationären Bereich bestmöglich sichergestellt werden. Dabei ist eine Überprüfung der Krankenhausabrechnungen unabdingbar, zumal dadurch bisher seitens der Krankenkassen immense Rückforderungen realisiert werden konnten. Von den 2,6 Mio. geprüften Krankenhausabrechnungen im Jahr 2018 hat sich jede zweite geprüfte Abrechnung als falsch erwiesen und zu Rückerstattungsansprüchen geführt.

Mit der geplanten Begrenzung der Zahl der Abrechnungsprüfungen werden finanzielle Ausfälle der Krankenkassen bewusst in Kauf genommen. Durch die Reduzierung der Prüfungen auf 10 % der Abrechnungen werden sich die Prüfungen um ca. ein Drittel im Vergleich zum heutigen Volumen verringern und

damit auch die Rückforderungen der Krankenkassen niedriger ausfallen. Dies wird die Beitragszahler nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes allein im Jahr 2020 mindestens 1,2 Mrd. € kosten, denn in dieser Größenordnung werden künftig fehlerhafte Klinikabrechnungen von den Krankenkassen durchgewunken werden müssen. Dieser nicht gerechtfertigte Eingriff in das operative Geschäft der Krankenkassen ist daher abzulehnen.

Abzulehnen ist auch das geplante Aufrechnungsverbot, da es dazu führen würde, dass Rückforderungen aktiv von den Krankenkassen eingeklagt werden müssten, der Verwaltungsaufwand massiv steigen und die Gerichte unnötig belastet würden.

Zu begrüßen ist, dass ein Anreiz für korrekte Abrechnungen gesetzt wird, indem die Prüfquote bei einem hohen Anteil fehlerhafter Abrechnungen erhöht und bei einem niedrigen Anteil gesenkt wird.

Grundsätzlich muss die duale Finanzierung der Krankenhäuser überdacht werden, um die primären Ursachen für den Abrechnungsbruch im stationären Sektor anzugehen. Da die Länder ihrer Finanzierungsverantwortung für Investitionen immer weniger nachkommen, sollte eine Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen angedacht werden – unter gleichzeitiger Übernahme der Krankenhausplanung und des Sicherstellungsauftrags.

Kontraproduktive Beschränkung der Zeitarbeit unterlassen

Der Änderungsantrag 26 würde zu einer Beschränkung der Pflegemöglichkeiten in den Krankenhäusern und zu einer systemwidrigen Einschränkung der Nutzung von Zeitarbeit führen.

Zeitarbeit ist gerade im Bereich der Pflege eine Möglichkeit, Personalengpässe zu vermeiden und damit in Krankenhäusern die Pflege von Patienten sicher zu stellen. Zeitarbeit ermöglicht, den Menschen, die in diesen Einrichtungen eingesetzt werden, die eigene Bereitschaft und die eigenen Fähigkeiten zu



überprüfen und zu verbessern, diese wichtige Arbeit zu verrichten. In der Pflegebranche ist der Einsatz von Zeitarbeitskräften wie in allen Branchen bereits durch das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz streng geregelt. Auch der Arbeitnehmerschutz gebietet keine Beschränkung des Einsatzes von Zeitarbeit in solchen Einrichtungen.

Vor diesem Hintergrund sollte die Deckelung der Kosten für den Einsatz von Zeitarbeitskräften, die die Krankenhäuser selbst treffen oder die Bereitstellung von Behandlungskapazitäten erheblich beschränken würde, unterbleiben.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 20 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.