

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)102(6)**  
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -  
MDK-Reform  
09.10.2019

## Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere  
Prüfungen – MDK-Reformgesetz

(BT-Drucks. 19/13397)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.  
Abteilung Sozialpolitik  
Linienstraße 131  
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, den 09.10.2019

## 1. Grundsätzliche Anmerkungen

Die Loslösung der Medizinischen Dienste (MD) von den Krankenkassen war ursprünglich eine gute Idee. Leider wurde daraus aus Sicht der Patienten und Pflegebedürftigen eine mutlose Reform! Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die MD nicht wesentlich unabhängiger von den Kassen. In den Verwaltungsräten der Dienste werden die Krankenkassen deutlich mehr Vertreter stellen als die Patienten und Pflegebedürftigen. An der Alleinherrschaft der Kassen ändert sich dadurch nichts.

Die Unabhängigkeit der MD ist zentral für Pflegebedürftige und Patienten. Ihre Gutachten entscheiden darüber, welchen Pflegegrad und damit wieviel Unterstützung jemand bekommt. Sie können eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung außer Kraft setzen und kranke Patienten damit in die Arbeitslosigkeit schicken. Die Gutachten bestimmen zudem über den Umfang von Hilfsmitteln und häuslicher Pflege.

Neben der Unabhängigkeit der MD ist auch die Qualität der Gutachten zentral für Pflegebedürftige und Patienten. Leider sehen wir in der Rechtsberatung immer wieder Gutachten, die fachfremd erstellt wurden. In denen beispielsweise ein Augenarzt orthopädische Fragestellungen begutachtet. Zudem leidet die Qualität der Gutachten stark unter der Begutachtung nach Aktenlage ohne persönliche Inaugenscheinnahme der Patienten. Dabei kommt bei den Patienten immer wieder der Verdacht auf, dass der MD der verlängerte Arm der Krankenkassen ist und nur dazu dient, Kosten einzusparen. Das erschüttert das Vertrauen in unseren Sozialstaat.

Der MD muss daher mehr Ressourcen in eine persönliche Begutachtung und weniger in die Abrechnungsstreitigkeiten mit Krankenhäusern stecken. Dafür sind die angedachten Maßnahmen zur Reduzierung der Krankenhausrechnungsprüfung ein wichtiger Schritt. Falsche Krankenhausabrechnungen dienen dazu die fehlenden Investitionskosten der Länder zu kompensieren. Sie dienen aber auch dazu Profite für die Anteilseigner zu generieren. Mittelfristig sollten die Krankenhäuser aus dem Wettbewerb genommen werden. Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie im Krankenhaus die medizinisch notwendigen Leistungen erhalten und nicht operiert oder beatmet werden, damit die Bilanz stimmt.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu ausgewählten Punkten Stellung.

## 2. Zu den Regelungen im Einzelnen

### 2.1. Einheitliche Rechtsform der MD

Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) sind künftig nicht mehr Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, sondern eigenständige Körperschaften öffentlichen Rechts. Die föderale Struktur der heutigen MDK wird beibehalten.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Leider führt die neue Rechtsform nicht zur Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Wir begrüßen zwar die Idee der Loslösung von den Krankenkassen, diese wird jedoch mit dem geplanten Gesetzesentwurf nicht gelingen. Je härter der Wettbewerb und das betriebswirtschaftliche Verhalten der Krankenkassen, desto dringender braucht es jedoch einen tatsächlich unabhängigen Medizinischen Dienst.

### 2.2. Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD

Die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MD wird grundlegend neu geregelt. Künftig werden nicht nur Vertreter der Selbstverwaltung der Krankenkassen, sondern auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Damit wird stärker als bisher das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im Verwaltungsrat der MD abgebildet.

Hierzu wird gesetzlich vorgegeben, dass die über die MD aufsichtführenden Länder sieben Vertreter für die Verwaltungsräte der MD benennen. Die Benennung der einzelnen Vertreter durch die Länder erfolgt auf der Grundlage von Vorschlägen der nachfolgenden Organisationen:

- Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene (fünf Vertreter) und
- maßgebliche Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene sowie Landesärztekammern (zwei Vertreter ohne Stimmrecht).

Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände, insbesondere die Erfordernisse an die fachliche Qualifikation, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung zu bestimmen. Die Benennung von Personen, die zu mehr als insgesamt zehn Prozent durch Dritte finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung erbringen, ist ausgeschlossen.

16 weitere Vertreter werden von den Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK in dem bisher geübten Verfahren gewählt.

Zur weiteren Stärkung der Unabhängigkeit der MD von den Krankenkassen sind hauptamtliche Kassenmitarbeiter künftig nicht mehr in die Verwaltungsräte der MD wählbar und die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat eines MD und im Verwaltungsrat einer Krankenkasse oder eines Krankenkassenverbands schließen sich aus.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Vertreter von Patienten, Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung sind seit einigen Jahren in Beiräten der Verwaltungsräte der MDK beteiligt. Dies hat zu einem besseren Austausch und Verständnis beigetragen. Im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebegutachtungsassessments konnten Hinweise aus der Perspektive der Pflegebedürftigen für den Ablauf der neuen Begutachtungen eingebracht werden. Dadurch wurden die Gutachten jedoch nicht unabhängig von den Krankenkassen. Daher wäre es nun wichtig, tatsächlich für eine strukturelle Unabhängigkeit von den Krankenkassen zu sorgen. Leider werden die Vertreter der Krankenkassen mit 16 Personen deutlich stärker repräsentiert sein als die Patienten und Pflegebedürftigen, die lediglich fünf Vertreter stellen können. Dies führt dazu, dass die MD nicht unabhängiger von den Krankenkassen werden. Wir fordern, dass Krankenkassen und Patienten die gleich Anzahl an Vertretern und damit gleiche Stimmrechte in den Verwaltungsräten erhalten!

Neue Regelungen zur Anerkennung der Organisationen und Verbände sind nicht erforderlich. Diese sind bereits ausreichend in den § 140f SGB V und § 118 SGB XI geregelt. Zudem kann es unserer Ansicht nach nicht gewollt sein, dass Einzelpersonen ihre persönlichen finanziellen Verhältnisse offenlegen müssen. Die Formulierung im neuen § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V des Gesetzentwurfs spricht jedoch von Vertretern, die nicht zu mehr als zehn Prozent von Dritten, die Leistungen für die GKV oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen, finanziert sein dürfen.

Wir begrüßen den Ausschuss hauptamtlicher Krankenkassenmitarbeiter und Mitglieder verschiedener Verwaltungsräte. Dies ist jedoch nur ein kleiner Schritt in die richtige Richtung.

Es ist außerdem sachlich richtig, die berufsständigen Vertreter der Pflege und der Ärzte einzubeziehen und nicht die Leistungserbringer. Die Einbeziehung von Pflegediensten, Krankenhäusern und Kassenärztlicher Vereinigung hätte eine zweite Selbstverwaltung geschaffen. Diese Verhandlungen finden bereits im G-BA und im Qualitätsausschuss statt. Leider erhalten die Vertreter der Pflege und der Ärzte jedoch kein Stimmrecht. Dies verstärkt das Ungleichgewicht zu Gunsten der Krankenkassen. Grundsätzlich sollte allen Vertretern in den Verwaltungsräten ein Stimmrecht zustehen.

Abgesehen davon, sind wir als maßgeblicher Verband der Patienten, Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Menschen mit Behinderung in allen Bundesländern bereit, diese wichtige Aufgabe in den Verwaltungsräten wahrzunehmen.

### 2.3. Angemessene Finanzierung der MD

Die Verwaltungsräte der MD stellen den vom Vorstand vorgelegten Haushaltsplan fest. Durch die neue Besetzung der Verwaltungsräte werden die MD auch bezüglich der Feststellung ihrer Haushalte unabhängiger. Zur Sicherung einer angemessenen Haushaltsaufstellung werden die Haushalte der MD künftig von den aufsichtführenden Ländern zu prüfen und zu genehmigen sein. Die umlagebasierte Finanzierung der MD mit für alle Krankenkassen einheitlichen mitgliederbezogenen Beträgen wird beibehalten, um weiterhin einen Einfluss einzelner Krankenkassen über ihr Auftragsverhalten auf die Finanzierung der MD auszuschließen. Die häufig diskutierte Umstellung auf Auftragsgebühren für die Krankenkassen wird nicht umgesetzt.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die Genehmigung der Haushalte durch die Länder ist folgerichtig. Auftragsgebühren setzen Anreize für betriebswirtschaftlich arbeitende Krankenkassen, die den MD nur dann beauftragen, wenn Einsparungen zu erwarten sind. Also wenn es um Leistungsablehnungen oder Krankenhausabrechnungen geht. Unserer Auffassung nach sollte der Medizinische Dienst perspektivisch immer dann eingeschaltet werden, wenn es medizinische oder pflegerische Unklarheiten gibt. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine unabhängige Finanzierung wichtig.

### 2.4. Neuorganisation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS)

Der MDS wird vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst und – wie die MD – künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt, deren Mitglieder die MD sind. Der Verwaltungsrat des MD Bund wird von den Verwaltungsräten der MD gewählt.

Der MD Bund nimmt weiterhin die Aufgabe der Koordination und der Förderung der Aufgabenwahrnehmung und der Zusammenarbeit der MD in medizinischen und organisatorischen Fragen sowie die sozialmedizinische Beratung des GKV-Spitzenverbands, z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), wahr.

Als neue Aufgabe des MD Bund kommt die Beschlussfassung über die Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der MD hinzu, die nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband erfolgt. Dabei muss der MD Bund den betroffenen maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene die Gelegenheit zur Stellungnahme geben. Diese sind in die Entscheidung einzubeziehen. Alle Richtlinien werden künftig vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt, d. h. auch die bislang nicht genehmigungspflichtigen Richtlinien für die Tätigkeit der MD für die gesetzliche Krankenversicherung. Der MD Bund wird – systemkonform – nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband, sondern durch eine Umlage der ihn bildenden MD finanziert.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wir begrüßen die strukturelle Unabhängigkeit des neuen MD Bund. Dies ist jedoch ebenfalls nur ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Eine tatsächliche Unabhängigkeit wird durch die Besetzung des Verwaltungsrats verhindert.

Die Richtlinien regeln die Umsetzung und offene Detailfragen zu Leistungsansprüchen. Gerade bei Ermessensentscheidungen wird über Richtlinien eine einheitliche Entscheidungsgrundlage geschaffen, die verhindern kann, dass von Kasse zu Kasse bzw. von Gutachter zu Gutachter unterschiedliche Hürden beim Leistungszugang bestehen. Bisher waren diese Richtlinien teilweise nicht mal öffentlich zugänglich. Wir erhoffen uns durch die neue Richtlinienkompetenz des MD Bund mit Beteiligung von Patientenorganisationen mehr Neutralität und Transparenz.

## **2.5. Weitere ergänzende Maßnahmen zur Stärkung der Unabhängigkeit und der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung der MD**

- Es werden gesetzliche Vorgaben zur Erarbeitung von Richtlinien für die Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten, zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD für die Krankenkassen sowie zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der MD-Tätigkeit und des hierfür eingesetzten Personals geschaffen.
- Zur Stärkung der Rechte der Versicherten wird bei Ablehnung von Leistungsträgern aufgrund fehlender medizinischer Erforderlichkeit, bei deren Prüfung die Krankenkassen auf eine Beteiligung des MD verzichtet haben, in dem Fall, in dem die Krankenkasse dem Widerspruch der Versicherten nicht entsprechen will, verbindlich die Einschaltung des MD vorgegeben.
- Bei jedem MD und beim MD Bund wird eine unabhängige Ombudsperson eingeführt, an die sich MD-Beschäftigte bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte oder Versicherte bei Beschwerden über den MD vertraulich wenden können und die dem Verwaltungsrat des jeweiligen MD sowie der zuständigen Aufsicht regelmäßig und bei gegebenem Anlass berichtet.
- Zur Stärkung der Transparenz der Tätigkeit der MD erfolgt eine regelmäßige Berichterstattung des MD Bund auf der Grundlage von Berichten der MD über die Zahl und die Ergebnisse der versichertenbezogenen Stellungnahmen der MD, die Personalausstattung der MD und über die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtung für die Krankenkassen.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wir begrüßen die regelhafte Einschaltung des MD bei Widersprüchen. Die Fälle sind offensichtlich umstritten, sonst würden die Patienten keinen Widerspruch einlegen. Dabei sollte nicht erneut die Krankenkasse entscheiden, sondern ein unabhängiger Arzt oder Pfleger eingeschaltet werden. Auch die Ombudsperson und die Statistik werden begrüßt.

Wir bedauern, dass der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft entgegen des Referentenentwurfs nicht einbezogen wird. Eine Einbeziehung wäre folgerichtig, da auch hier von einer Unabhängigkeit von der Krankenkasse nicht die Rede sein kann.

Insgesamt wünschen wir uns aber den ganz großen Wurf eines einheitlichen sozialmedizinischen Dienstes. Es hätte sich angeboten, neben dem Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft, auch die sozialmedizinischen Dienste der Renten- und Unfallversicherung sowie der Arbeits- und Sozialämter zu integrieren und unabhängig zu gestalten. Zwar stellt sich dort nicht das Ausgangsproblem von betriebswirtschaftlich arbeitenden Versicherungen, die Patienten würden jedoch sehr von einem einheitlichen Dienst profitieren.

Heute werden dieselben Gesundheitsprobleme mehrfach von verschiedenen Diensten begutachtet. Der MD urteilt über die Arbeitsunfähigkeit und die Notwendigkeit einer Rehabilitation. Der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung beurteilt dann wiederum die Notwendigkeit einer Rehabilitation und die Erwerbsfähigkeit. Vor allem Patienten, die psychisch erkrankt sind, leiden darunter sich immer wieder fremden Ärzten offenbaren zu müssen. Teils kommen die Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen, sodass der Patient keine Leistungen erhält.

## 2.6. Aufgabenwahrnehmung des MD Bund in der sozialen Pflegeversicherung

Die Medizinischen Dienste nehmen auch für die soziale Pflegeversicherung wichtige Aufgaben wahr.

Während die organisatorischen Grundlagen für den Aufbau und die Arbeit der MD und des MD Bund im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschaffen werden, werden ihre konkreten Aufgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung unmittelbar im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) bestimmt. Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der MD werden auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband, sondern durch den MD Bund erlassen. Dabei gilt, dass Richtlinienaufgaben, die beide Bereiche berühren, etwa zur Personalbedarfsermittlung oder zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter, einheitlich bearbeitet werden. Auch Richtlinien, die besonders im Interesse der Versicherten stehen, wie etwa zur Pflegebegutachtung und zu den Qualitätsprüfungen in der Pflege, werden in Zukunft ebenfalls durch den MD Bund unter Beteiligung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen erarbeitet. Darüber hinaus wird hinsichtlich der zusammenfassenden Qualitätsberichterstattung des MD Bund bestimmt, dass der bisherige dreijährige Rhythmus ab dem Jahr 2020 auf einen zweijährigen Berichtszeitraum umgestellt wird.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die Folgeänderungen im SGB XI sind richtig. Besonders begrüßen wir die neue Richtlinienkompetenz für den MD Bund und erhoffen uns eine höhere Unabhängigkeit, speziell bei den Themenstellungen, die direkt die Belange pflegebedürftiger Menschen betreffen.



Konsequenterweise muss auch Medicproof von den privaten Versicherungen abgetrennt werden. Hier bestehen bei der Pflegebegutachtung dieselben Interessenkonflikte. Wenn die Zahl der hochaltrigen und von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen in der PKV steigt, bestehen Anreize die Begutachtung zu verschärfen. Die einfachste und auch sozialpolitisch richtige Lösung wäre die Zusammenführung der beiden Zweige der Pflegeversicherung.

## 2.7. Stärkung der Anreize für eine korrekte Krankenhausabrechnung

Die Anreize für eine korrekte Abrechnung des einzelnen Krankenhauses werden gestärkt. Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses bestimmt zukünftig den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die MD. Hierzu wird ab dem Jahr 2020 eine zulässige Prüfquote je Krankenhaus bestimmt:

1. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen von 60 Prozent oder mehr beträgt die krankenhausesbezogene Prüfquote bis zu fünf Prozent,
2. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent beträgt die krankenhausesbezogene Prüfquote bis zu zehn Prozent,
3. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent beträgt die krankenhausesbezogene Prüfquote bis zu 15 Prozent.

Zusätzlich hat eine schlechte Abrechnungsqualität zukünftig auch negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die Zahlen zeigen, wie schlecht es derzeit um die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser steht. Strafzahlungen schaffen Anreize richtig abzurechnen. Das behebt allerdings nicht die Ursache: Krankenhäuser rechnen falsch ab, um die fehlenden Investitionskosten der Länder auszugleichen. Leider rechnen die Krankenhäuser nicht nur falsch ab, sie behandeln auch falsch um die Auslastung zu erhöhen. Daher sollte der MD zukünftig auch Indikationsstellungen überprüfen dürfen.

## 2.8. Systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

Der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene soll Kodier- und Abrechnungsfragen verbindlich klären. Dies ist allerdings erst einmal gelungen, auch weil GKV und DKG ihn nicht anrufen. Daher wird der Kreis derer, die die Schlichtungsstelle anrufen können, auf alle Betroffenen ausgeweitet. Es werden Fristen bestimmt und die Liste der MDK-Gemeinschaft und der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) mit derzeit rund 90 dissidenten Punkten wird direkt zur Entscheidung vorgelegt. Über diese muss bis zum 31. Dezember 2020 entschieden werden. Die Regelungen zielen insgesamt darauf ab, vielfach bestehende Konflikte



und eine unnötige Ressourcenbindung in Krankenhäusern, bei Krankenkassen und bei den MD zu vermeiden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die Abrechnungsstreitigkeiten blockieren die Sozialgerichte. Dringende Verfahren zu Erwerbsminderungsrenten oder angemessenen Kosten der Unterkunft bleiben liegen. Dadurch leben Menschen monate- und jahrelang in Armut und Unsicherheit. Wir begrüßen die Stärkung der Schlichtungsstelle daher sehr.

## **2.9. Keine Prüfung der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten**

Ab 2020 ist die Vergütung für die Pflege nicht mehr in den DRG Pauschalen enthalten, sondern wird tagesgenau abgerechnet. Damit könnte die Verweildauer wieder ein Streitpunkt bei den Krankenhausabrechnungen werden. Eine durch einzelne Kostenträger veranlasste Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verweildauer würde lediglich zu einer Umverteilung zwischen den Kostenträgern, nicht aber zu einer insgesamt verminderten Zahlung führen. Ohne einen Ausschluss dieses Prüffelds ist zu erwarten, dass die Krankenkassen hier in hoher Zahl Prüfaufträge an den MD erteilen würden. Da dies nicht Sinn und Zweck der MD-Prüfungen sein kann und darf, wird gesetzlich vorgegeben, dass eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verweildauer im Rahmen des Pflegebudgets unzulässig ist. Die Entstehung unnötigen Prüfaufwands wird damit vermieden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wir begrüßen diese Regelung, denn sie hat hoffentlich einen positiven Nebeneffekt: blutige Entlassungen werden reduziert. Die Patienten können wieder so lange im Krankenhaus bleiben, wie es pflegerisch und sozial-medizinisch notwendig ist. Vor allem für ältere, alleinstehende Patienten muss erst die Anschlussversorgung geklärt sein, bevor sie entlassen werden können.

## **2.10. Reduzierung des Prüfumfangs der primären Fehlbelegung**

Die Frage nach der stationären Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung) macht einen großen Teil der Prüfungen des MD aus. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten werden heute vielfach noch nicht konsequent genug genutzt. Seit dem Jahr 2005 wurde der Katalog ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe nur marginal überarbeitet. Der in der Zwischenzeit eingetretene medizinische und medizinisch-technische Fortschritt und die damit vielfach einhergehenden gestiegenen Möglichkeiten für ambulante und stationsersetzende Behandlungen werden in dem bestehenden Katalog nicht hinreichend berücksichtigt. Das nicht realisierte ambulante Potenzial wird dabei, bezogen auf alle Krankenhausfälle, mit einem Anteil im niedrigen zweistelligen Prozentbereich der stationären Fälle teils als beträchtlich eingeschätzt. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass das ambulante Po-

tenzial zwischen einzelnen medizinischen Fachgebieten und Indikationen deutlich unterschiedlich ausfällt.

Mit dem Ziel, bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser zu nutzen und auszubauen sowie durch die Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser zugleich der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegenzuwirken, werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, einen Katalog für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe auf der Grundlage eines gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachtens zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu vereinbaren und künftig in regelmäßigen Abständen an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Katalog ist zudem jenseits von operativen Eingriffen auch um stationersetzende Behandlungen zu ergänzen. Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Katalogs ambulant statt stationär durchführen, unterliegen nicht der Prüfung durch den MD.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Eine Verschiebung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich muss mit der entsprechenden Verschiebung von Ressourcen einhergehen, sonst verschärfen sich Unter- und Überversorgung.

Wir wissen aus den bisherigen Erfahrungen mit ambulanten Operationen, dass trotz des Anstiegs dieser keine Ressourcen im stationären Sektor abgebaut wurden. Die Betten wurden mit anderen Fällen weiterhin ausgelastet. In Anbetracht der starken regionalen Unterschiede im Bettenangebot ist von angebotsinduzierter Nachfrage auszugehen. Das bedeutet für die Patienten, dass sie überflüssigerweise stationär aufgenommen werden und schlimmstenfalls überflüssige Operationen erhalten. Eine weitere Öffnung der ambulanten Behandlungen im Krankenhaus wird ohne eine entsprechende Krankenhausplanung, die die Betten reduziert, die Über- und Fehlversorgung noch weiter verstärken. Krankenhäuser werden nur nach Bettenanzahl, nicht nach Ärzten geplant. Daher können sie, wie in der Vergangenheit geschehen, wenn sich die Liegedauer verkürzt mehr Ärzte einstellen, um mehr Operationen durchzuführen. Diese Ärzte fehlen gleichzeitig in der ambulanten Versorgung. Während die Zahl der in Deutschland tätigen Ärzte immer weiter steigt, fehlen gleichzeitig Haus- und Kinderärzte, insbesondere auf dem Land.

Auch in der ambulanten Versorgung kommt es durch den Trend zu ambulanten Operationen zu Fehlallokationen. Die Bedarfsplanung begrenzt die Zahl der Ärzte, um einer angebotsinduzierten Nachfrage entgegenzuwirken. Wenn die begrenzten Ärzte nun in ihrer begrenzten Zeit lukrative ambulante Operationen durchführen, fehlen sie für die Grundversorgung. Besonders deutlich wird dies bereits bei den Augenärzten. Sie sind nicht mehr in ausreichender Anzahl konservativ tätig. Die Vertragsarztsitze werden durch operierende Augenärzte blockiert, die keine normalen Kontrollen durchführen. Die gleiche Entwicklung findet gerade bei Kinderärzten statt. Kinderpneumologen beispielsweise waren früher nur in Krankenhäusern tätig. Für asthmakranke Kinder ist es eine deutliche Verbesserung, dass sie nun ambulant spezial-fachärztlich behandelt werden können. Dadurch fehlen die Vertragsarztsitze aber für normale U-Untersuchungen und Hand-Mund-Fuß-Erkrankungen.

Ambulante Operationen und stationersetzende Maßnahmen dürfen nur weiter ausgebaut werden, wenn die korrespondierenden pflegerischen und unterstützenden Leistungen sichergestellt sind. Bei uns häufen sich die Berichte, dass Krankenhäuser ihre neuen Möglichkeiten im Entlassmanagement nicht nutzen. Häusliche Krankenpflege und Hauswirtschaft werden nicht verordnet, geschweige denn organisiert. Notwendige Medikamente und Hilfsmittel werden ebenfalls nicht verordnet. Teilweise wird nicht mal der Krankentransport nach Hause organisiert. Die Stationen verfügen angeblich weder über das Wissen über ihre neuen Rechte, noch über den notwendigen Drucker für die Formulare.

Bei der vor- und nachstationären Behandlung müssen die Fristen für die Verordnung von Krankentransport der Versorgungsrealität angepasst werden.

## 2.11. Öffentlichkeit der G-BA Sitzungen

Um die Öffentlichkeit der Sitzungen des G-BA zu stärken und damit die Transparenz seiner Entscheidungen weiter zu verbessern, wird dem G-BA aufgegeben, seine öffentlichen Sitzungen live im Internet zu übertragen sowie in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung zu stellen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wir begrüßen grundsätzlich die Übertragung des G-BA-Plenums im Internet. Allerdings wird dies erfahrungsgemäß nicht zu mehr Transparenz der Entscheidungen beitragen. Bereits heute sind diese Sitzungen für die Öffentlichkeit kaum zu verstehen. Diskussionen und Entscheidungen finden in den nicht-öffentlichen Unterausschüssen und Arbeitsgemeinschaften statt. In den veröffentlichten Dokumenten finden sich die kontroversen Positionen und Argumente nicht wieder. Das Wesen der Selbstverwaltung ist es so lange vertraulich zu diskutieren, bis ein Konsens gefunden wurde. Dadurch werden die Entscheidungsprozesse sehr lang und für die Öffentlichkeit nicht mehr nachvollziehbar. Wir als Patientenvertretung würden kürzere Diskussionen, die eher zu einer Abstimmung führen, begrüßen.

## 2.12. Gebärdendolmetscher werden nicht mehr durch die Fallpauschale vergütet

Um Probleme im Zusammenhang mit der Erstattung der Kosten für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung zu vermeiden, wird festgelegt, dass die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern in Krankenhäusern nicht mehr im Rahmen der Krankenhausbehandlung durch die Fallpauschalen vergütet, sondern unmittelbar zwischen dem Gebärdensprachdolmetscher und den Kostenträgern abgerechnet werden.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wir begrüßen die Ausgliederung der Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern aus den Fallpauschalen der Krankenhausbehandlung. Die Verfügbarkeit eines solchen Dolmetschers ist für viele Menschen mit Hörbehinderung die einzige Möglichkeit die Ihnen zustehende ärztliche Versorgung wahrzunehmen. Die barrierefreie Kommunikation muss daher sichergestellt sein. Bisher weigern sich jedoch viele Krankenhäuser die Kosten bei stationärem Aufenthalt zu übernehmen. Dies geht zulasten der Patienten und der Sozialgerichte. Durch die Abrechnung direkt mit den Krankenkassen erhoffen wir uns einen besseren Zugang zur Krankenhausversorgung für Menschen mit Hörbehinderung.

### **2.13. Finanzreserven der Krankenkassen**

Zur gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven der Krankenkassen werden ergänzende und klarstellende Regelungen getroffen, durch die insbesondere eine einheitliche und klare Rechtsauslegung sichergestellt werden soll.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK befürchtet, dass diese Maßnahmen zu einer weiteren Risikoentmischung zwischen den Krankenkassen führen. Krankenkassen, die im Wettbewerb stehen, versuchen natürlich einzusparen wo es geht. Zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität kommt es dadurch nicht. Die Krankenkassen führen lediglich einen Beitragswettbewerb um junge, gesunde Versicherte. Menschen mit aufwendiger Hilfsmittelversorgung bleiben hingegen auf der Strecke. Sie können die Krankenkasse praktisch kaum wechseln und bleiben dadurch in den „Restkassen“ zurück.

Wir sind weiterhin gegen einen Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen. Die Finanzüberschüsse sollten zurück in den RSA fließen und dort sollte eine Anpassung der Zuweisungen erfolgen.