

Stellungnahme



DGB

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)102(16)

gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -

MDK-Reform

11.10.2019

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung

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

09.09.2019

1. Grundsätze und MDK-Reform

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen in Deutschland. Er nimmt in der vorliegenden Positionierung Stellung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung, der sich vorrangig mit der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) sowie mit der Reduzierung der Prüfverfahren von Krankenhausabrechnungen befasst. Laut Begründung des Gesetzesentwurfes soll die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen gestärkt und, damit einhergehend, die Qualität der Erfüllung der den MDK übertragenen Aufgaben verbessert werden. Zur Erreichung dieses Zieles soll die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der MDK diversifiziert und für eine Mitwirkung der Krankenkassen verschlossen werden, während gleichzeitig eine organisatorische Reform der MDK und des MDS hin zu vereinheitlichten Körperschaften, die aus dem Handlungsbereich der Krankenkassen bzw. des GKV- Spitzenverbandes entfernt werden, erfolgen soll. Angesichts der oben genannten Zielsetzung stellen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften jedoch fest, dass die geplanten Organisationsreformen der Unabhängigkeit und Qualität der Aufgabenerbringung durch die MDK bzw. den MDS keinesfalls zu-träglich sein werden.

Die MDKs und der MDS sind als sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienste der Kranken- und Pflegeversicherung damit beauftragt, die Leistungen beider Versicherungszweige nach objektiven medizinischen Kriterien für alle Versicherten zu gleichen Bedingungen zu prüfen, verfügbar zu machen und so die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Angesichts dieses Aufgabenspektrums und der damit einhergehenden Bedeutung für die notwendige Verwirklichung des Solidaritätsprinzips in der Frage der Versorgung von Erkrankten und zu Pflegenden ist der MDK für die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität ein wesentlicher Baustein.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und
Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de



Dazu gehört ebenso, dass die MDKs die Aufgabe der Krankenkassen, auf gesunde Lebensverhältnisse ihrer Versicherten hinzuwirken, indem sie diese aufklären, beraten und Leistungen zahlen, auf Basis des Wirtschaftlichkeitsprinzips ausführt, sodass die jeweiligen Krankenkassenleistungen sowohl ausreichend als auch zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Dasselbe gilt für die Aufgabenwahrnehmung des MDK als für die Begutachtung des Pflegebedarfs zuständige Institution im Rahmen der Pflegeversicherung, die Pflegebedürftige unter anderem mit Sachleistungen unterstützt. Zudem werden durch sie auch die Leistungserbringungen gegenüber den Versicherten durch Krankenhäuser und weitere Versorgungseinrichtungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit überprüft – und damit auch die ordnungsmäße Verwendung der Beitragsgelder durch die Leistungserbringer. Die MDKs sind somit für die Sicherstellung einer komplexen, ineinandergreifenden und bedarfsgerechten Versichertenversorgung zuständig. Damit dies nach objektiven und am Versichertenbedarf ausgerichteten Kriterien erfolgt, gewährleisten die Verwaltungsräte der MDK als wichtige Gremien der sozialen Selbstverwaltung durch die Sozialpartner eine umfassende Integration der Versicherteninteressen in die praktische Versorgung. Dies geschieht unter Ausschluss der Beeinflussung durch Leistungsanbieter oder anderen Interessengruppen, sodass die MDK bereits heute sowohl durch eine ausgeprägte Unabhängigkeit gegenüber Beeinflussungen durch Dritte als auch durch eine sachgerechte und notwendige Integration der Sozialpartner in ihren Strukturen geprägt sind.

Der MDS berät die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene – insbesondere den GKV-Spitzenverband – in Leistungs-, Versorgungs-, Qualitäts- und Strukturfragen. Er erstellt für den GKV-Spitzenverband zu grundsätzlichen Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Diese nutzt der GKV-Spitzenverband, um seinen Aufgaben und den Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder in anderen Gremien gerecht werden zu können. Auch unterstützt der MDS den GKV-Spitzenverband direkt als Berater in Gremienberatungen oder Verhandlungen. Zudem fertigt der MDS Berichte und Statistiken an, die die Begutachtungen der MDK und speziell die Entwicklung in der Pflege-Qualität und Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen darstellen.

Diese Grundlagen der Aufgabenübertragung an MDK und MDS sollen durch den vorliegenden Gesetzesentwurf offensichtlich vollständig umgestellt werden. Leitende Prinzipien bilden dabei einmal mehr die beabsichtigte Schwächung der Institution der Sozialen Selbstverwaltung in den Sozialversicherungssystemen sowie die Ausklammerung der Rolle der Sozialpartner als wichtige Bestandteile des Sozialstaatsprinzips wie auch als Träger der Sozialversicherungen. Die als Stärkung der Unabhängigkeit bezeichnete Verkörperschaftlichung und Loslösung beider Institutionen von den



Krankenkassen dient aus Sicht des DGB tatsächlich in erster Linie dazu, die ministerielle und politische Einflussnahme im durch einen verschärften Wettbewerb gekennzeichneten Gesundheitssektor auf Kosten der Sozialversicherungen auszuweiten. Dies ist für den DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften weder begründbar noch hinnehmbar.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften betonen demgegenüber, dass die bereits existierende Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowohl aufgrund ihrer Bedeutung für das Sozialstaatsprinzip als auch für die Versichertenversorgung unangetastet bleiben muss. Die ehrenamtliche Delegation von Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften fördert zudem bereits die Unabhängigkeit der MDK von betriebswirtschaftlichen Interessen der Kassenverwaltungen, die erst durch den gesetzlich verschärften Kassenwettbewerb zur Realität wurden. Versichertenorientierung und Versorgungsqualität sind bereits jetzt prägende Merkmale der erbrachten Aufgabenerfüllung der MDK und des MDS, weshalb sie auch, anders als durch Titel und Zielrichtung des Gesetzesentwurf suggeriert, weder bessere Prüfungen noch eine Neugestaltung der zugrundeliegenden Organisationsstrukturen erforderlich machen.

2. Inhalte des Gesetzesentwurfs

Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen sollen ihre föderale Struktur beibehalten, dabei allerdings von der sozialen Selbstverwaltung und ihren Sozialversicherungsträgern entkoppelt werden. Sie sollen künftig als Medizinische Dienste (MD) firmieren. Als solche sollen sie keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr sein, sondern als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts konstituiert werden. Hauptamtlich bei den Krankenkassen bzw. bei deren Spitzenverbänden Beschäftigte sollen künftig nicht mehr in die Verwaltungsräte der MDKen bzw. des MDS entsandt werden dürfen. Ebenso sollen Mitglieder von Verwaltungsräten der Krankenkassen bzw. von deren Verbänden davon ausgeschlossen werden, auch im Verwaltungsrat eines MD Mitglied zu sein.

Die Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MDK werden künftig zusammengesetzt aus Vertreterinnen und Vertretern, die von den Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Ersatzkassen, der Bahn-BKK und der DRV Knappschaft Bahn-See benannt werden, ferner aus Verbänden / Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patientinnen und Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und



der pflegenden Angehörigen sowie Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene sowie aus maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe auf Landesebene sowie der Landesärztekammern.

Die Finanzierung der MD soll weiterhin umlagebasiert durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. Die jeweiligen Haushalte der MD sollen durch die Verwaltungsräte den Geschäftsführungen vorgelegt und durch die aufsichtsführenden Länder geprüft und genehmigt werden.

Der MDS soll vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst und wie die MD künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt werden. Der Verwaltungsrat des MD Bund soll durch die Verwaltungsräte der MD gewählt werden, während die bisherige Mitgliederversammlung des MDS entfallen soll. Die Medizinischen Dienste (MD) sollen im neuen als Mitglieder des MD Bund fungieren und in diesem die Richtlinien und Ziele der Arbeit der einzelnen MD mit festlegen. Alle Richtlinien sollen künftig vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden, worunter auch die bislang nicht genehmigungspflichtigen Richtlinien für die Tätigkeit der MD für die gesetzliche Krankenversicherung fallen. Der MD Bund soll künftig nicht mehr durch den GKV Spitzenverband, sondern durch eine Umlage der ihn bildenden MD finanziert werden. Die Aufsicht über die MD soll künftig bei den Ländern liegen, der MD Bund soll durch das Bundesgesundheitsministerium beaufsichtigt werden.

Der Gesetzesentwurf sieht weiterhin die Schaffung gesetzlicher Vorgaben zur Erarbeitung von Richtlinien für die Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten vor. Dies umfasst ebenfalls die Erfordernisse der Qualitätssicherung sowie der statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der MD-Tätigkeit und des hierfür eingesetzten Personals. Sollten Leistungsanträge von Versicherten aufgrund fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt werden und gibt die Krankenkasse einem Widerspruch der Versicherten ohne optionale Einschaltung der MD nicht statt, so ist in der Konsequenz die verbindliche Einschaltung des MD vorgesehen. Auch soll eine unabhängige Ombudsperson etabliert werden, an die sich MD-Beschäftigte bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte oder Versicherte bei Beschwerden über den MD wenden können. Diese soll den Verwaltungsräten des jeweiligen MD und der entsprechenden Aufsicht regelmäßig und bei gegebenem Anlass berichten.



Für den Bereich der Krankenhausabrechnung sollen stärkere Anreize für korrekte Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen gesetzt werden. In der Folge sollen die Prüfverfahren von Krankenhausabrechnungen durch die MD reduziert werden, so dass ab 2021 nur noch zulässige quartalsbezogene Prüfquoten je Krankenhaus feststehen sollen. Der Umfang der zulässigen Prüfungen soll sich danach richten, wie ein Krankenhaus bei bisherigen Abrechnungsprüfungen abgeschnitten hat: Wurden in der Vergangenheit (quartalsweise betrachtet) weniger fehlerhafte Abrechnungen festgestellt, soll auch die Prüfquote für die Zukunft niedriger ausfallen. Rechnungsstellungen von Krankenhäusern sollen künftig grundsätzlich abschließend erfolgen; ebenso sollen Abrechnungsprüfungen durch die MD fallabschließend sein. Aufrechnungen von Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser sollen künftig für unzulässig erklärt werden, um erhebliche Liquiditätsrisiken der Krankenhäuser bei umfassenden Aufrechnungen in Verbindung mit dem Erlöschen von Vergütungsforderungen durch diese zu vermeiden.

Die Erfüllung der strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung soll künftig in einer in regelmäßigen Abständen durchzuführenden Strukturprüfung per Rechtsgrundlage gebündelt werden. Statt der bisherigen Einzelfallprüfung durch die MDKs auf das Vorhandensein struktureller Voraussetzungen zur Leistungserbringung durch ein Krankenhaus soll künftig eine standardisierte Prüfmethode angewendet werden, die als Voraussetzung für das Anbieten und Abrechnen von Leistungen gilt. Von dieser Prüfung ausgeschlossen werden soll die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte. Dadurch soll der Gefahr der Entstehung unnötiger Prüffelder im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung entgegengewirkt werden.

Die Rücklagen der Krankenkassen und ihre Möglichkeiten, diese aufzubauen, sollen durch einen gegenüber dem Referentenentwurf neu in den Gesetzesentwurf eingefügten Absatz stärker als bisher begrenzt werden

3. Stellungnahme zu den Inhalten des Gesetzesentwurfs

3.1. Reorganisation der MDK und des MDS

Der DGB kann nachvollziehen, dass die bisher übliche Unterscheidung der Rechtsformen der MDK und des MDS zwischen Körperschaften öffentlichen Rechts und eingetragenen Vereinen zugunsten einer Verkörperschaftlichung aller MD und des MD Bund aufgehoben werden sollen. Damit werden sowohl einheitliche Handlungsgrundlagen und Rechtsprinzipien aller MD zum Nutzen der Versicherten verbindlich gemacht als auch die Gemeinwohlorientierung der MD und des MD Bund institutionell gestärkt. Um den differenzierten Erfordernissen einer regionalen Versorgungs-



landschaft gerecht bleiben zu können, ist es unerlässlich, dass die MD weiterhin dezentral organisiert sind. Der DGB erkennt daher zunächst die beabsichtigte Beibehaltung der föderalen Gliederung der Medizinischen Dienste als sachlich begründet an. Die mit dieser Festschreibung verbundene Anbindung der Aufsicht über die MD an die Gesundheitsministerien der Länder stärkt jedoch nicht zwingend die Erfordernisse der Gemeinwohlorientierung und Sicherstellung der Versorgungsqualität im notwendigen Maße, da bereits heute Unterschiede im Aufsichtshandeln der einzelnen Länder festzustellen sind. Deshalb regt der DGB an, regelmäßige Konsultationen der MDK mit den zuständigen Ausschüssen der Landesparlamente in allen Bundesländern festzuschreiben. Dies trägt einerseits der Bedeutung kommunaler Versorgungsstrukturen Rechnung, andererseits wird hierdurch die demokratische Legitimation sozialstaatlichen Aufsichtshandelns gestärkt.

Die beabsichtigte Abkoppelung der bisherigen MDK und des MDS von den Krankenkassen sieht der DGB weder als sachlich begründet noch als zweckdienlich an. Die bisher gültige, operative Anbindung beider Ebenen an die Krankenkassen bzw. an den GKV-Spitzenverband rechtfertigt sich allein schon aus dem Erfordernis einer nahtlosen Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten. Dies gilt insbesondere auch für den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, dessen erfolgreiches Wirken unmittelbar mit seiner historisch und organisatorisch bedingten Anbindung an die DRV KBS verknüpft ist und der ein Muster für die künftige, unter Demografiegesichtspunkten spartenübergreifende, patientenorientierte (in den Bereichen Prävention, Reha, Teilhabe, Rente, Gesundheitsversorgung, Pflege etc.), Begutachtung darstellen kann.

Wird den Krankenkassen insgesamt die operative Nähe zum alltäglichen Handeln der medizinischen Dienste genommen, wäre ein logischer Bruch zwischen den Beitragserbringern der Solidargemeinschaft GKV und der durch ihre Institutionen veranlassten Beitragsverwendung impliziert. Stattdessen würde das Prüf- und Aufsichtshandeln im alltäglichen Geschäft der MDK einer Vielzahl verschiedener Interessenlagen unterworfen, was letztlich vielleicht den Wettbewerb befördern, aber nicht den Versicherten dienen würden. Angesichts des politisch gewollten Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist aus Sicht des DGB eine sozialversicherungsträger-nahe Lösung jenseits des Wettbewerbs in der Frage der Anbindung der MDK und des MDS erforderlich. In der jetzigen Form ist diese Wettbewerbsneutralität gewahrt. Diese würde durch einen Ausschluss von hauptamtlichen Mitarbeitern der Kassenverwaltungen gestärkt.



Ebenso kritisiert der DGB die beabsichtigte Neubesetzung der Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes. Das Ziel, den personellen Einfluss der Krankenkassen auf die Verwaltungsräte der MDK zu beschneiden, ist weder einer etwaigen Stärkung der Unabhängigkeit der medizinischen Dienste noch einer Berücksichtigung der Interessen der Versicherten dienlich. Dass künftig nur noch eine begrenzte Zahl von Vertretern und Vertreterinnen von Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs-, und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK in die Verwaltungsräte der MD gewählt werden sollen, ist angesichts der geplanten Unvereinbarkeit von Verwaltungsratsfunktionen in einer Krankenkasse mit Verwaltungsratsfunktionen eines MD sowie der Nichtwählbarkeit von Hauptamtlichen in Letztere eine in der Praxis kaum aufzulösende Anforderung: wer wäre anstelle von Selbstverwaltern fachlich und formal geeignet bzw. käme überhaupt in Frage, um unter den genannten Voraussetzungen in die Verwaltungsräte der MD entsandt zu werden? Aus Sicht des DGB muss dieses Erfordernis in erster Linie mit einer Anpassung der Sozialwahlen, die künftig eine unmittelbare Delegation sozialpartnerschaftlicher Mandatsträger in die Verwaltungsräte ermöglicht, einhergehen. Hierzu hat der Gesetzgeber die nötigen Voraussetzungen zu schaffen, um auf die durch den Gesetzesentwurf veränderten Rahmenbedingungen im Interesse der Beitragserbringer und der Solidargemeinschaft GKV zeitnah reagieren zu können.

Der DGB hält es für dringend erforderlich, das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung insgesamt sowie spezifisch auf Ebene der MDK und des MDS zu stärken, um deren Wettbewerbsneutralität und Dezentralität auch bei Reform der ausschlaggebenden Gesetzesgrundlage zu gewährleisten. Hierfür sollte insbesondere die Dualität der Sozialpartner maßgeblich sein, da diese von einzelwirtschaftlichen Interessen unabhängig agieren und zugleich die Konstituenten der Solidargemeinschaft GKV repräsentieren.

Im Übrigen ist es zunächst zu begrüßen, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Degradierung der Verwaltungsratsmitglieder im GKV-Auftrag zur Minderheitenfraktion nicht in den Gesetzesentwurf übernommen wurde. Dort findet sich nun ein geplantes Verhältnis von 16 Verwaltungsratsmitgliedern im Auftrag der Kassen gegenüber 7 durch die aufsichtsführenden Ländern benannten Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen (5) sowie Vertretern der Pflegeberufe und der Landesärztekammern (2). Damit bleibt die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der MD mehrheitlich an übergeordneter Bedeutung der GKV für die Finanzierung und Überprüfung der Gesundheitsversorgung orientiert. Dieser angemessenen Struk-



— tur steht jedoch weiterhin grundsätzlich entgegen, dass für die Integration zusätzlicher Stakeholder und Interessenträger in die Verwaltungsräte der MD weder eine inhaltliche begründete, noch durch Sozialwahlen abgesicherte Grundlage besteht. Bereits heute ist sichergestellt, dass die maßgebliche Mitwirkung der Versicherten im Rahmen der durch die Sozialversicherungswahlen legitimierten Strukturen der Sozialen Selbstverwaltung ebenso umfassend die Bedürfnisse und Belange der Patientinnen und Patienten abbilden. Hinzu kommen für Patientenvertretungsorganisationen und berufsständische Organisationen die bereits vorhandenen Beiräte. Durch diese Konstruktion wird aktuell eine umfassende Interessenberücksichtigung, aber auch Unabhängigkeit der MDKen gewährleistet, die durch die geplante Einbindung von berufsständischen Interessen oder Betroffenenvertretern keinerlei Ergänzung erfahren würde. Zudem wird durch diesen Schritt die demokratische Legitimation der Verwaltungsräte geschwächt, da dort bisher maßgeblich durch Sozialwahlen gewählte Verwaltungsratsmitglieder ihre Aufgaben wahrnehmen. Um die Stärkung von Patientenvertretungen im Rahmen der Arbeit der MD zu erreichen, wäre die Festschreibung regelmäßiger Konsultationen mit regionalen Selbsthilfegruppen, deren Unabhängigkeit durch die Landesgesetzgeber sicherzustellen ist, sinnvoll, um regionalen Versorgungsstrukturen Rechnung zu tragen.

Der DGB hält es für dringend erforderlich, das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung insgesamt sowie spezifisch auf Ebene der MDK und des MDS zu stärken, um deren Wettbewerbsneutralität und Dezentralität auch bei Reform der ausschlaggebenden Gesetzesgrundlage zu gewährleisten. Hierfür sollte insbesondere die Dualität der Sozialpartner maßgeblich sein, da diese von einzelwirtschaftlichen Interessen unabhängig agieren und zugleich die Konstituenten der Solidargemeinschaft GKV repräsentieren. Daher bietet eine Delegation durch Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften mittelbar über die Verwaltungsräte der Krankenkassen oder unmittelbar über die Sozialpartner in die Verwaltungsräte der MDK Sicherheit für größere Unabhängigkeit.

Einer Finanzierung der künftigen Medizinischen Dienste im Umlageverfahren der Krankenkassen aus Beitragsmitteln der Versicherten sowie einer abgeleiteten Finanzierung des MD Bund durch die MD ist aus denselben Gründen abzulehnen. Beabsichtigt der Gesetzgeber tatsächlich eine weitergehende Einbindung nicht unabhängiger Interessenträger wie z.B. berufsständischer Organisationen, so sind diese auch entsprechend ihrer anteiligen Repräsentanz in den Verwaltungsräten der MD zu deren Finanzierung heranzuziehen. Grundsätzlich führt die Idee, Vertretern der Leistungserbringerseite ein Abstimmungsrecht über die MDK- Haushalte, die durch GKV-Versichertenbeiträge erbracht werden, einräumen zu wollen, jedoch gänzlich in die



Irre. Eine sach- und bedarfsgerechte, dem Wohl der Versicherten verpflichtete Beitragsmittelverwaltung steht im Widerspruch zum Eigeninteresse der Leistungserbringer und ihrer Verbände, diese Beitragsmittel im größtmöglichen Umfang zum Umsatz der eigenen Angebote und Leistungen zu mobilisieren.

Die gesetzliche Festschreibung einer Personalbemessungsgrenze für die neu zu schaffenden MD bzw. den MD Bund ist aus Sicht des DGB zudem erforderlich, um die personelle Handlungsfähigkeit der genannten Institutionen wie auch den Schutz der dort Beschäftigten vor Arbeitsverdichtung und Überlastung, die angesichts der Notwendigkeit regelmäßiger Prüfverfahren und einer erwartbar zunehmenden Anzahl von Pflegebegutachtungen absehbare Entwicklungen sind, zu gewährleisten.

Richtigerweise sind die sozialmedizinischen Dienste (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (DRV KBS) nicht mehr Gegenstand des Gesetzesentwurfs. Diese notwendige Korrektur wird durch den DGB begrüßt.

3.2. Krankenhausabrechnungsprüfungen

Grundsätzlich ist die im Gesetzesentwurf enthaltene Idee der Schaffung sanktionsbewehrter Anreize für Krankenhäuser, eigene Abrechnungen korrekt durchzuführen, zu begrüßen. Die kontinuierlich hohe Zahl an festgestellten Mängeln, die im Zuge der Überprüfung von Krankenhausabrechnungen durch die MDK beanstandet wurden, verdeutlichen die Notwendigkeit, eine stete und dichte Kontrolle der Leistungserbringerseite in diesem Zusammenhang aufrechtzuerhalten. Daher ist es nicht nachvollziehbar, weshalb bei der durch das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigten Prüfquotenregelung eine erstmalige Grenze von 10 Prozent im Jahr 2020 bei allen bundesweit zu prüfenden Krankenhäusern festgelegt wurde. Eine derart niedrig angesetzte Quote ignoriert sowohl das bereits heute evidente Vorhandensein von Häufungen fehlerhafter Abrechnungen bei bestimmten Einrichtungen als auch die Fortschreibung des Trends zu immer mehr fehlerhaften Abrechnungen. Diese belaufen sich aktuell auf 2,8 Milliarden Euro und sind somit beitragsatzrelevant.

Gleichzeitig erkennt der DGB die Notwendigkeit an, die Beschäftigten in den Krankenhäusern wie auch die Beschäftigten der MDKs und des MDS vor der durch die gehäuften Prüfungen entstehenden zusätzlichen Arbeitsverdichtungen und den damit verbundenen Belastungen zu schützen. Insbesondere bei gehäuften Prüfungen sind erhebliche Mehrbelastungen für viele Beschäftigte die Folge. Der DGB schlägt



deshalb vor, randomisierte Prüfungen aller Krankenhäuser aufgrund einer bundesweit einheitlichen, jedoch höher als 10 Prozent liegenden Prüfquote als Standardverfahren festzuschreiben. Abweichend davon sollen jedoch anlassbezogene Einzelfallprüfungen zulässig sein, wenn beispielsweise seitens StaatsanwältInnen, WhistleblowerInnen oder ähnlichen Hinweisgebern konkrete Verdachtsmomente auf fehlerhafte Abrechnungen vorliegen.

Der DGB stellt in Frage, dass mit einer solchen Prüfsystematik wirkungsvolle Kontrollen erzielt werden können bzw. überhaupt beabsichtigt sind, solange deutlich erkennbar ist, dass die Reduktion der absoluten Zahl an Prüfungen abgesenkt werden soll. Die geplante Obergrenze von maximal 15 Prozent aller Abrechnungen stellt einen niedrig bemessenen Grenzwert dar, der seitens zu prüfender Einrichtungen in erster Linie für die begründete Sicherheit sorgen dürfte, dass die Chancen einer umfassenden Aufarbeitung fehlerhafter Abrechnungen kaum realistisch sind. Die geplante Deckelung der Höhe von zu verhängenden Strafzahlungen auf 1.500 Euro dürfte zudem kaum zur spürbaren Entfaltung von Sanktionen beitragen.

3.3 Ergänzende Maßnahmen zur Stärkung von Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung

Im Gesetzesentwurf ist geregelt, dass die Rechnungsstellung eines Krankenhauses grundsätzlich abschließend zu sein hat. Eine spätere Revisionskorrektur wäre somit nicht mehr möglich, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbaren. Wiederholte Rechnungsänderungen und eine damit einhergehende unnötige Ressourcenbindung bei der Abrechnungsprüfung können so vermieden werden. Deshalb hält der DGB diese Regelung für sachgerecht. Die Abrechnungsprüfung durch die MD soll künftig fallabschließend sein, sodass nach Abschluss einer Abrechnungsprüfung keine Revisionskorrekturen durch das Krankenhaus und auch keine weiteren Prüfungen durch die Krankenkassen und die MD möglich sind. Dies würde aus Sicht des DGB helfen, Verzögerungen und Aufwände bei den Abrechnungsmodalitäten zu minimieren.

Sondereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, die anstelle von Abrechnungsprüfungen pauschale Rabatte vorsehen, bieten keinen Anreiz, richtig zu kodieren und abzurechnen. Vielmehr bergen sie die Gefahr der Förderung der Unwirtschaftlichkeit, was dem gesetzgeberischen Zweck widerspricht. Der DGB kann nachvollziehen, dass die Unzulässigkeit von Sondereinbarungen durch die Normierung eines ausdrücklichen Verbots hervorgehoben wird.

Durch die Einführung einer bundesweiten Statistik soll mehr Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen hergestellt werden. Gegenstand der Statistik sind



insbesondere die Prüfquoten, die Prüfanlässe und die Prüfergebnisse. Die Verantwortung für die neue Statistik wird dem GKV-Spitzenverband übertragen, wobei die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden sollen, dem GKV-Spitzenverband die erforderlichen Daten zu übermitteln. Der DGB hält die vorgesehene Regelung im Sinne weiterer Nachsteuerungsmöglichkeiten durch den Gesetzgeber für regelungs-immanent folgerichtig. Eine Meldung der Daten sollte jedoch an den MDS erfolgen.

3.4 Einführung einer Gesetzgrundlage für einheitliche Strukturprüfungen

Zur Einführung einer Grundlage für einheitliche Strukturprüfungen macht der Gesetzgeber von seiner Gesetzgebungskompetenz entsprechend Artikel 74 Absatz 1 Nr. 12 GG. Gebrauch. Das Ziel der Vereinheitlichung und damit Vereinfachung von Strukturprüfungen ist aus Sicht des DGB vertretbar, sofern damit eine Verbesserung der Versorgungsqualität und ein unmittelbarer Versichertennutzen einhergehen. Jedoch könnte eine solche Überprüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen in den vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 SGB V (OPS-Komplexbehandlungskodes) im Vorfeld der Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen potentiell zur Folge haben, dass unter Umständen einzelne Behandlungen unberücksichtigt bleiben und die Krankenkassen in der Folge auf den Kosten sitzen bleiben. Maßgeblich dabei ist, nach welchen Kriterien die Strukturprüfungen erfolgen. Das könnte in folgender Konstellation relevant werden: Der Versicherte wird in ein Krankenhaus eingeliefert und erst im Behandlungsverlauf stellt sich durch die konkrete Diagnose heraus, dass eine spezielle Behandlungsmethode erforderlich ist und eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgen muss. Die Strukturprüfung muss dementsprechend eine Gewährleistung notwendiger Leistungserbringungen gegenüber Versicherten auch dann sicherstellen, wenn diese aufgrund von Folgediagnosen oder späteren Behandlungserfordernissen nicht durch die erst-aufnehmende Einrichtung erbracht werden können. Hierzu sind regional übergreifende Strukturversorgungspläne, die eine ineinander übergreifende Versorgung der Versicherten durch Einrichtungen mit komplementärer Leistungserbringung sicherstellen, erforderlich.

Darüber hinaus soll eine Einzelfallprüfung im gestuften Prüfsystem nach § 275c Absatz 1 bis 4 SGB V eingeführt werden. Mit der zukünftigen Einzelfallprüfung im Rahmen eines gestuften Prüfsystems haben Krankenhäuser in Folge einer schlechten Abrechnungsqualität unter Umständen Aufschläge zu zahlen. Diese Konsequenz ist aus dem Erfordernis der Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität der Versicher-



ten heraus zu begrüßen. Grundsätzlich spricht sich der DGB dafür aus, Einzelfallprüfungen auch bei Vorliegen der formalen Voraussetzungen einer bestimmten Komplexbehandlung weiterhin zu ermöglichen.

3.5 Aufgabenwahrnehmung des MD Bund in der sozialen Pflegeversicherung

Über die geplanten neuen Konstellationen in den Verwaltungsräten der MD sowie des MD Bund und des GKV-Spitzenverbands droht eine gravierende Einschränkung der Kontrollmöglichkeiten was die Richtlinienaufgaben zur Personalbedarfsermittlung, zur Pflegebegutachtung sowie zu den Qualitätsprüfungen in der Pflege betrifft. Hier werden künftig nicht mehr der sozialen Selbstverwaltung angehörende Versicherten- und Arbeitgebervertreter, sondern Leistungserbringer über die Belange der Versicherten entscheiden, und sich somit selbst kontrollieren. Der DGB sieht deshalb in der Änderung der Gremienbesetzung eine akute Gefahr. Überdies sind die Regelungen ein weiterer Angriff auf die soziale Selbstverwaltung, um diese aus den Gremien der GKV und der MDKen zu verdrängen. Das Argument, hier mehr Unabhängigkeit der MDKen zu generieren, ist dabei absolut nicht schlüssig. Bereits heute ist eine Beeinflussung der MDKen durch die Verwaltungsräte in Bezug auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten ausgeschlossen.

3.6 Reduzierung des Prüfumfangs der primären Fehlbelegung

Die Frage nach der stationären Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung) macht einen großen Teil der Prüfungen des MDK aus. Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Katalogs ambulant statt stationär durchführen, unterliegen nicht der Prüfung durch den MD. Doch 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. Deshalb hält der DGB die im Gesetzesentwurf skizzierte Regelung, um 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 für sachgerecht. Dazu werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, einen Katalog für ambulante Operationen und stationsersetzende 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.

3.7 Richtlinienkompetenz

Durch den Gesetzesentwurf ist vorgesehen, dass die Richtlinienkompetenz vom GKV-Spitzenverband auf den neu zu schaffenden MD Bund übergehen soll. Richtlinien sollen demnach künftig unter „angemessener“ fachlicher Beteiligung der MD erfolgen, während Richtlinien zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD künftig durch den MD Bund im Benehmen mit dem GKV Spitzenverband verabschiedet werden sollen. Einerseits bewegt sich der Gesetzesentwurf damit minimal in Richtung einer gestärkten Berücksichtigung der Interessen und Auffassungen der GKV bei der Bewertung leistungs- und vertragsrechtlicher Fragestellungen, was im Sinne eines kohärenten und gesicherten Prüfhandelns sinnvoll erscheint. Im Grundsatz bleibt so jedoch das Problem bestehen, dass durch den Gesetzesentwurf eine Parallelebene zur Festschreibung von Begutachtungsgrundlagen und Rechtsauslegungen geschaffen wird, die bisher alleine durch die Krankenkassen und den GKV-SV definiert wurde. Mit der künftig alleine durch das Bundesministerium für Gesundheit zu erfolgenden Genehmigung sämtlicher Richtlinien für die Tätigkeit der MD (auch solcher, die bisher nicht genehmigungspflichtig für die MDK waren) bleibt erkennbar, dass es hierbei in erster Linie um eine Ausweitung ministerialer Steuerungs- und Kontrollkompetenzen über die praktische Gesundheitsversorgung geht. Dies ist aus Sicht des DGB abzulehnen, da nicht erkennbar ist, wie diese Ausweitung zur qualitativen Verbesserung des Prüfhandelns der MD beitragen soll.

3.8 Regelung zur Obergrenze der Rücklagen der Krankenkassen

Der Gesetzesentwurf sieht, vor, eine kassenseitige Anhebung des individuellen Zusatzbeitragssatzes künftig auszuschließen, solange die nicht die für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen finanziellen Mittel die durchschnittlichen monatlichen Gesamtausgaben überschreiten. Diese Festschreibung stellt aus Sicht des DGB einen weiteren unsachgemäßen und nicht hinnehmbaren Eingriff in die Finanzautonomie der sozialen Selbstverwaltung dar. Ebenfalls wird hierdurch der Destabilisierung der Finanzlage der Kassen im GKV-System, der bereits



durch die bisher unvollendete Morbi-RSA-Reform, die Beseitigung der Haftungskaskade, das verpflichtende Abschmelzen der Kassenreserven durch das GKV-VEG, die Erleichterung des Wettbewerbs innerhalb des GKV-Systems und die massive Ausgabenausweitung zugunsten der Leistungserbringerseite durch die zuletzt beschlossenen Gesetze Vorschub geleistet wurde, weiter verstärkt. Angesichts dieses Gesamtbildes hält der DGB es für völlig unannehmbar, nun auch noch die Fähigkeit der Krankenkassen zur Rücklagenkonsolidierung beschneiden zu wollen. Da diese Maßnahme einen neuerlichen Eingriff in die Kompetenzen der Sozialen Selbstverwaltung bedeutet, liegt die völlige Missachtung der Bedeutung dieser sozialstaatlichen Institution durch das Bundesministerium für Gesundheit ein weiteres Mal auf der Hand. Den im Koalitionsvertrag enthaltenen Erklärungen zur beabsichtigten Stärkung der Sozialen Selbstverwaltung steht das aktive Beschneiden der vorhandenen Rechtsgrundlagen diametral entgegen. Die Bundesregierung wird daher dringend dazu aufgefordert, endlich dafür Sorge zu tragen, dass die durch das BMG orchestrierte schrittweise Aushöhlung und Beseitigung der sozialen Selbstverwaltung und der ihr zustehenden Kompetenzen und Handlungsgrundlagen ein Riegel vorgeschoben wird.