

# ***Entscheidungskompetenz der sozialen Selbstverwaltung erhalten – Krankenhausabrechnungen weiter uneingeschränkt prüfen***

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

28. Mai 2019

## ***Zusammenfassung***

Die soziale Selbstverwaltung darf auch im Bereich der Medizinischen Dienste nicht weiter geschwächt und abgeschafft werden, sondern sollte, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, gestärkt werden. Es müssen auch weiterhin ausschließlich die Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung in den Verwaltungsräten der zukünftigen Medizinischen Dienste (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes Bund (MD-Bund) vertreten sein. Durch die geplante Neuorganisation der Verwaltungsräte und die Einbeziehung von Leistungserbringern und Leistungsempfängern droht ein Verlust der bisherigen Unabhängigkeit. Erwägungen der Wirtschaftlichkeit der Versorgung treten in den Hintergrund, so dass im Ergebnis eine Verteuerung der Versorgung und eine Mehrbelastung der Beitragszahler droht.

Für die 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. Stattdessen sollten die Ursachen des Abrechnungsbetruges der Krankenhäuser angegangen werden, also entweder die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nachkommen oder grundsätzlich auf eine monistische 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 Referentenentwurf weiter fortgesetzt. Wie bereits im Referentenentwurf des Faire-Kassenwahl-Gesetzes wird auch hier die im Koalitionsvertrag vereinbarte Stärkung der Selbstverwaltung ins Gegenteil verkehrt. Neben sechs Patientenvertretern und vier Berufsvertretern sollen



nur sechs Vertreter auf Vorschlag der Selbstverwaltungen der Krankenkassen Mitglied im Verwaltungsrat der neuen MD und des neuen MD-Bund sein.

Die Arbeitgeber und Versicherten müssen als Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin über die Verwendung ihrer Beitragsmittel mitbestimmen können und dürfen nicht zu Minderheiten in den Verwaltungsräten der zukünftigen MD bzw. des MD-Bund gemacht werden. Es ist nicht hinnehmbar, dass die nach dem Referentenentwurf konzipierten MD und der geplante MD-Bund einerseits auch zukünftig von den Arbeitgebern und Versicherten vollständig finanziert werden müssen, aber andererseits keine ausschließliche bzw. mehrheitliche Entscheidungskompetenz in zentralen Belangen dieser Organisationen mehr besitzen sollen.

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 sind.

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.

Dass die Benennung der Verwaltungsratsmitglieder der MD durch die oberste Landesbehörde erfolgen soll, die zugleich die Rechtsaufsicht innehat, widerspricht dem Grundsatz der Selbstverwaltung per se. Vielmehr verlieren die MD(K) damit ihre bisherige Unabhängigkeit, indem sie unter die Kontrolle der Landes- und Bundespolitik gebracht werden.

Es ist außerdem fraglich, ob der Verwaltungsrat des MD-Bund, dem die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) übertragen werden soll, in seiner vorgesehenen neuen Zusammensetzung für eine untergesetzliche Normsetzung überhaupt hinreichend demokratisch legitimiert ist. Dies gilt insbesondere für die Vertreter der Patientenorganisationen, da sie nicht durch einen den Sozialwahlen vergleichbaren Auswahlprozess bestimmt worden sind und lediglich selbst definierte Ziele verfolgen. Selbst die geplanten sechs Vertreter aus der Selbstverwaltung der Krankenkassen sollen lediglich von den Verwaltungsräten der Krankenkassen vorgeschlagen werden, dürfen aber selbst nicht (gewähltes) Mitglied eines Verwaltungsrats einer Krankenkasse sein.

### ***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.



pflegefachlichen 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 Beitragszahler 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. 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 Abrechnungsbeitrag 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.

### **Ansprechpartner:**

**BDA | DIE ARBEITGEBER**  
Bundesvereinigung der  
Deutschen Arbeitgeberverbände

**Soziale Sicherung**  
T +49 30 2033-1600  
[soziale.sicherung@arbeitgeber.de](mailto:soziale.sicherung@arbeitgeber.de)