

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

21.05.2019

### 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 zu einem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums, 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 zuträglich 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](http://www.dgb.de)

**Knut Lambertin**  
Referatsleiter Gesundheitspolitik  
Grundsatzfragen

knut.lambertin@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-706  
Telefax: +49 30 - 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2  
D - 10178 Berlin  
[www.dgb.de](http://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 Referentenentwurf 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 Referentenentwurfs suggeriert, weder bessere Prüfungen noch eine Neugestaltung der zugrundeliegenden Organisationsstrukturen erforderlich machen.

## **2. Inhalte des Referentenentwurfs**

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 (sechs Vertreter) 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 (sechs Vertreter) sowie aus maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe auf Landesebene sowie der Landesärztekammern (vier Vertreter).

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 Referentenentwurf 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.

Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (DRV KBS) sollen ebenfalls in das MD-System integriert werden. Dessen Kompetenzen im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung sollen auf die MD übergehen, was damit begründet wird, dass der SMD als institutioneller Teil der DRV KBS dort die vergleichbaren Aufgaben des MDK wahrnimmt. Vorgesehen ist zudem



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.

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.

Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder abgesichert haben, sollen künftig als „anderweitige Absicherung“ im Krankheitsfall gesetzlich anerkannt werden. Begründet wird dies damit, dass diese Gemeinschaften sich erheblich von Solidargemeinschaften unterscheiden, die erst nach Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall gegründet worden sind. – sie hätten teilweise bereits jahrzehntelang ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt, das im Einklang mit der Rechtslage stand.



### **3. Stellungnahme zu den Inhalten des Referentenentwurfs**

#### **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 Versorgungslandschaft 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 MDKs 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. 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 bereits heute eine umfassende Interessenberücksichtigung, aber auch Unabhängigkeit gewährleistet, die durch die geplante Einbindung von berufsständischen Interessen oder Betroffenenvertretern keinerlei inhaltliche Ergänzung erfahren würde. Zudem würde durch diesen Schritt die demokratische Legitimation der entsprechenden Verwaltungsräte geschwächt, da dort maßgeblich durch Sozialwahlen gewählte Mitglieder auf einer entsprechenden demokratischen Grundlage ihre Aufgaben wahrnehmen. Perspektivisch wäre gegebenenfalls eine Festschreibung regelmäßiger Konsultationen mit regionalen Selbsthilfegruppen, deren Unabhängigkeit durch die Landesgesetzgeber sicherzustellen wäre, 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.

### 3.2. Krankenhausabrechnungsprüfungen

Grundsätzlich ist die im Referentenentwurf 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, ist also 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.

### 3.3 Ergänzende Maßnahmen zur Stärkung von Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung

Im Referentenentwurf ist geregelt, dass die Rechnungsstellung eines Krankenhauses grundsätzlich abschließend zu sein hat. Eine spätere Rechnungskorrektur 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 Rechnungskorrekturen 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.

Sondervereinbarungen 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 Sondervereinbarungen 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 regelungsimmanent 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 Versicherten 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 Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Form der Absicherung

Eine gesetzliche Anerkennung von „Solidargemeinschaften“ als anderweitige Form der Absicherung ist aus Sicht des DGB weder sinnvoll noch begründbar. Die Solidar-



gemeinschaft GKV bietet bereits echte Solidarität und gesetzlich abgesicherte Rundumversorgung für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und deren Familienangehörige, während das durch den Referentenentwurf angesprochenen Prinzip der „Solidargemeinschaft“ auf eine exklusive und individualisierte Form der Absicherung zielt. Sogenannte Solidargemeinschaften konstituieren sich durch eine Selektion ihrer Mitglieder auf Basis ihrer individuellen Gesundheits- und Kostenrisiken. Die ihren Mitgliedern in Aussicht gestellte Versorgungsleistung basiert auf dem impliziten Ausschluss schlechter Risiken bei Annahme all jener KandidatInnen, die sowohl angemessene Beitragsmittel als auch vertretbare Gesundheitsrisiken aufweisen. Sie sind damit, anders als durch die Namensgebung suggeriert, nicht solidarisch, sondern in höchstem Maße elitär.

Die Solidarität innerhalb der GKV ist eins von zwei rechtlich bedeutsamen Unterscheidungsmerkmalen zum System der privaten Krankenversicherung. Bedeutsam, weil durch den EuGH juristisch geprüft wurde, ist zudem, dass ein Abbau dieser Merkmale, bspw. im Sinne einer Aufweichung des Solidaritätsprinzips, die Privatisierung der öffentlichen, gesundheitlichen Daseinsvorsorge auf Grundlage des EU-Wettbewerbsrechts ermöglichen würde. Vor diesem Hintergrund ist eine leichtfertige rechtliche Anerkennung des Solidaritätsbegriffs durch Solidargemeinschaften abzulehnen.

### 3.6 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 MDKs zu verdrängen. Das Argument, hier mehr Unabhängigkeit der MDKs zu generieren, ist dabei absolut nicht schlüssig. Bereits heute ist eine Beeinflussung der MDKs durch die Verwaltungsräte in Bezug auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten ausgeschlossen.

### 3.7 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 MDK. 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 Referentenentwurf 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 stationsersetzende Behandlungen zu ergänzen.