



**Gewerkschaft der  
Sozialversicherung**

Bundesgeschäftsstelle  
Müldorfer Straße 23  
53229 Bonn

4. Juni 2019

## **Stellungnahme der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS) zu dem Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz**

### **Allgemeine Bewertung**

Mit dem vorliegenden Entwurf wird eine tiefgreifende Veränderung der Organisation der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und des Medizinische Dienstes des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen (MDS) angestrebt. Als Interessenvertretung der Beschäftigten in der Sozialversicherung legt die GdS großen Wert darauf, dass bei diesen Umbrüchen neben den Belangen der Versicherten auch die berechtigten Interessen der über 9000 Beschäftigten\* bei den Medizinischen Diensten in den Blick genommen werden.

Grundsätzlich begrüßt die GdS die organisatorischen Reformmaßnahmen und sieht die Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste durchaus positiv. Stark kritikwürdig allerdings ist der geplante Umbau des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS). An dieser Stelle muss dringend nachgesteuert werden. Auch die Änderung der Prüfquoten von Krankenhausabrechnungen sieht die GdS im Sinne der Solidargemeinschaft kritisch.

\* Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

## **Stellungnahme zu Einzelvorschriften des Gesetzentwurfs**

### **I. Einheitliche Rechtsform der MD**

In Zukunft stellen die Medizinischen Dienste keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden zu eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Stärkung der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes, die im Koalitionsvertrag verlangt wird, soll auf diese Weise verwirklicht werden.

Es soll so einem Vorwurf entgegentreten werden, der dem MDK in den letzten Jahrzehnten immer wieder entgegenschlug: mangelnde Unabhängigkeit von den Krankenkassen. Und auch wenn dieser Vorwurf und das Misstrauen der Öffentlichkeit gegenüber dem MDK – und im Speziellen gegenüber dessen Beschäftigten – sicherlich unberechtigt waren, ist eine Stärkung des Vertrauens in die Arbeit des MDK wohl nur möglich, wenn tatsächlich eine organisatorische Trennung erfolgt.

Mit der vorgesehenen Trennung gehen allerdings Konsequenzen für die Mitbestimmungsrechte der Beschäftigten bei den Medizinischen Diensten einher, die im vorliegenden Entwurf bisher nicht geregelt werden. Wenn die Medizinischen Dienste in den neuen Bundesländern und der MDS in Zukunft Körperschaften des öffentlichen Rechts werden, ändert sich die rechtliche Grundlage für die Mitarbeitervertretung. Mit dem Stichtag der Überführung in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts hört die zuständige Mitarbeitervertretung (d. h. der jeweilige Betriebsrat) auf, zu existieren. Das Betriebsverfassungsgesetz sieht keinen Weiterbestand vor, auch nicht übergangsweise. Um eine Zeit ohne arbeitsfähige Mitarbeitervertretung zu vermeiden, schlägt die GdS folgende Übergangsregelungen vor:

- Es wird eine Übergangszeit von maximal sechs Monaten nach dem Stichtag festgelegt, in welcher der Betriebsrat die Aufgaben der Mitarbeitervertretung nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt.
- Der Betriebsrat ist befugt, innerhalb eines Zeitraums von jeweils drei Monaten vor und nach dem Stichtag den Wahlvorstand zur Wahl eines Personalrates zu bestellen und dabei die Vorschriften des jeweils geltenden Personalvertretungsgesetzes einschließlich der dazu erlassenen Wahlordnung anzuwenden.
- Der Betriebsrat stellt seine Tätigkeit an dem Tag ein, an dem der Personalrat sich neu konstituiert hat.

### **II. Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD**

Die Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste soll grundlegend neu geregelt werden. Künftig werden nicht nur Vertreter der Selbstverwaltung der Krankenkassen, sondern auch Vertreter der Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzte und Pflegeberufe die Verwaltungsräte bilden. Grundsätzlich

teilt die GdS die Hoffnung, dass mit dieser Maßnahme das berechnigte Interesse der Versicherten an einer sachgerechten und zeitnahen Bearbeitung ihrer Anliegen künftig besser berücksichtigt wird.

Dass die Neubenennung der Verwaltungsräte allerdings innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erfolgen soll, hält die GdS für überstürzt. Die letzten Sozialwahlen, aus denen mittelbar die Selbstverwaltung des Medizinischen Dienstes hervorging, liegen noch keine zwei Jahre zurück. Eine Entmachtung der nach geltendem Recht konstituierten Verwaltungsräte vor Ablauf der Amtsperiode sieht die GdS daher kritisch und spricht sich für eine längere Übergangsperiode aus.

### **III. Integration des SMD der KBS in das MD-System**

Der Entwurf sieht vor, dass der SMD der DRV KBS in das MD-System integriert wird, indem seine Aufgaben für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung auf die MD übergehen. Aus Sicht der GdS werden die Besonderheiten, die den SMD auszeichnen, allerdings nicht ausreichend berücksichtigt und die Interessen der rund 1000 Beschäftigten des SMD vernachlässigt.

Wenn der Gesetzgeber davon spricht, dass die „Aufgaben [des SMD] für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung auf die MD übergehen“ muss kritisch angemerkt werden, dass dies eine Vielzahl an Konsequenzen nach sich zieht, die die Arbeitsfähigkeit des SMD gefährden. Denn bisher ist es so, dass sowohl Fragen der Kranken- und Pflegeversicherung als auch der Rentenversicherung zum Aufgabengebiet des SMD gehören und in den meisten Fällen von denselben Personen bearbeitet werden. Eine Herauslösung eines bestimmten Teils von Aufgaben führt zu noch nicht absehbaren Folgewirkungen, auch was die Attraktivität des SMD als Arbeitgeber angeht. Die GdS hat die Befürchtung, dass funktionierende Strukturen auf Kosten der Versicherten und der Beschäftigten des SMD zerschlagen werden, ohne dass ein Plan für die Zukunft des SMD existiert. Ein Beispiel: Die SMD beschäftigen eine Reihe an Schreibkräften und Medizinisch-Technischen Assistenten. Dies ist bei vielen der MDK, allerdings nicht im selben Maße, der Fall. Die GdS fordert, dass diese Arbeitsplätze nicht gefährdet werden.

Die GdS weist darüber hinaus darauf hin, dass Beschäftigte des SMD, die vor dem 1. Oktober 2005 eingestellt wurden, knappschaftlich rentenversichert sind. Wenn diese Beschäftigten nun zu einem der neuen Medizinischen Dienste überführt werden, stellt sich die drängende Frage, ob die erworbenen Ansprüche auf die knappschaftliche Rente erhalten bleiben und wie sich eine Weiterversicherung gestaltet. Die GdS fordert eine Übergangsregelung, bei der kein SMD-Beschäftigter rentenversicherungsrechtlich schlechter gestellt ist als im aktuellen System.

Zu beachten ist ebenfalls, dass der SMD Beamte beschäftigt, welche derzeit noch unter das Bundesbeamtengesetz fallen. Mit einer Verlagerung auf die regionalen Medizinischen Dienste dürfte deshalb eine Verschiebung auf Landesebene einhergehen.

Die zu befürchtenden negativen Auswirkungen für die betroffenen Beamten sind durch Übergangsvorschriften dringend abzufedern.

#### **IV. Stärkung der Anreize für korrekte Krankenhausabrechnung**

In Zukunft soll die Abrechnungsqualität von Krankenhäusern den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Heißt: Je weniger die Abrechnungen der Krankenhäuser zu beanstanden sind, desto weniger soll kontrolliert werden. Dazu wird ab dem Jahr 2020 eine maximale Prüfquote je Krankenhaus bestimmt.

In § 275 c Abs. 2 SGB V werden diese Prüfquoten festgelegt. Ist der Anteil der korrekten Abrechnungen von Krankenhäusern größer als 60 Prozent, wird eine geringere Prüfquote festgelegt. Ähnliches gilt für mögliche finanzielle Sanktionen bei Fehlabbrechnungen. Auch hier wird eine Mindestquote von 60 Prozent genannt. Die Berufserfahrung unserer Mitglieder zeigt allerdings, dass die angestrebten 60 Prozent schon heute von nahezu allen Krankenhäusern erreicht werden. Um hier auch zukünftig Anreize zu einer regelhaften korrekten Abrechnung für die Klinken zu schaffen, sollten die Hürden höher gesetzt werden. Eine regelmäßige Evaluation der Auswirkungen der neuen Prüfquoten ist darüber hinaus unumgänglich.

Angemerkt sei an dieser Stelle auch, dass in anderen Bereichen der Sozialversicherung (z. B. DRV Bund, DRV KBS) ausnahmslos jede Krankenhausabrechnung geprüft wird. Im Sinne des wirtschaftlichen Umgangs mit Versichertengeldern ist eine möglichst hohe Prüfquote deshalb ein anzustrebendes Ziel.

Eine entsprechende Personalausstattung der Medizinischen Dienste ist dazu unverzichtbar – gerade auch vor dem Hintergrund der massiven Arbeitsbelastung der Beschäftigten der einzelnen MDK, die sich insbesondere durch die Pflegestärkungsgesetze und das neue Begutachtungsverfahren nochmals verschärft hat.

Offen bleibt in dem vorgelegten Entwurf, wie entschieden werden soll, welche Abrechnungen überprüft werden, wenn die Krankenkassen mehr Prüfaufträge erhalten, als nach der Quotierung zulässig ist. Es handelt sich bei den Krankenhäusern ja um unterschiedliche Auftraggeber, die sich untereinander nicht abstimmen. Erfahrungsgemäß lassen kleinere Krankenkassen nahezu alle Abrechnungen von den Medizinischen Diensten prüfen, weil sie keine eigenen Überprüfungen leisten können. Große Kassen haben hingegen eigene Abteilungen, die selbst Abrechnungen prüfen, und legen dementsprechend nur einen gewissen Prozentsatz der Abrechnungen dem MDK vor. Die Frage lautet: Soll der MD künftig die Überprüfung ablehnen (müssen), wenn die Quote erfüllt ist – unabhängig davon, welche Kasse wie viele Prüfaufträge erfüllt hat?