

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere  
Prüfungen – MDK-Reformgesetz

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 04.06.2019

## 1. Grundsätzliche Anmerkungen

Die Loslösung der Medizinischen Dienste (MD) von den Krankenkassen ist eine mutige Reform für die Patienten und Pflegebedürftigen!

Neben der Unabhängigkeit ist auch die Qualität der Gutachten entscheidend. Wir sehen in der Rechtsberatung immer wieder Gutachten, die fachfremd erstellt wurden, in denen beispielsweise ein Augenarzt orthopädische Fragestellungen begutachtet. Die Qualität der Gutachten leidet stark unter der Begutachtung nach Aktenlage ohne persönliche Inaugenscheinnahme der Patienten. Der MD muss mehr Ressourcen in konkrete Begutachtung von Patienten stecken und weniger in die Abrechnungsstreitigkeiten mit Krankenhäusern. Dafür sind die an-gedachten Maßnahmen zur Reduzierung der Krankenhausrechnungsprüfung ein wichtiger Schritt. Mittelfristig sollten die Krankenhäuser aus dem Wettbewerb genommen werden. Falsche Krankenhausabrechnungen dienen dazu die fehlenden Investitionskosten der Länder zu kompensieren. Sie dienen aber auch dazu Profite für die Anteilseigner zu generieren.

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.

## 2. Zu ausgewählten Punkten

### 2.1. Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste

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. Der MDS wird zum Medizinischen Dienst Bund.

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

Wir begrüßen die geplante Unabhängigkeit sehr. Die Gutachten des MDK sind zentral für Pflegebedürftige und Patienten. Sie 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 über den Umfang von Hilfsmitteln und häuslicher Pflege. Dabei kommt bei Patienten immer wieder der Verdacht auf, dass der MDK der verlängerte Arm der Krankenkassen ist und nur dazu dient, Kosten einzusparen. Das erschüttert das Vertrauen in unseren Sozialstaat. Krankenkassen, die im Wettbewerb stehen, versuchen natürlich wo es geht einzusparen. Desto härter der Wettbewerb und das betriebswirtschaftliche Verhalten der Krankenkassen ist, desto dringender braucht es einen unabhängigen Medizinischen Dienst.

## 2.2. Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD

Die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MDK 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. Die Länder benennen die Mitglieder der Verwaltungsräte der MD auf Vorschlag der maßgeblichen Organisationen:

- Verwaltungsräte bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Ersatzkassen, der BAHN-BKK und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (benannt werden können sechs Vertreter),
- Verbände/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 (benannt werden können sechs Vertreter), und
- maßgebliche Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene sowie die Landesärztekammern (benannt werden können vier Vertreter).

Das Benennungsverfahren entspricht dem Verfahren, das die Länder für die bei den MDK eingerichteten Beiräten bereits durchgeführt haben.

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. Die Gutachten wurden aber nicht unabhängig von den Krankenkassen. Daher folgt nun folgerichtig die strukturelle Unabhängigkeit von den Krankenkassen. Wir als maßgeblicher Verband der Patienten, Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Menschen mit Behinderung sind in allen Bundesländern bereit diese wichtige Aufgabe im Verwaltungsrat zu übernehmen.

Es ist 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.

### 2.3. Angemessene Finanzierung der MD

Die unabhängigen MD werden weiterhin durch eine mitgliederbezogene Abgabe der Krankenkassen finanziert. Der Gesamthaushalt wird vom Verwaltungsrat beschlossen und durch die Länderaufsicht genehmigt. Die häufig diskutierte Umstellung auf Auftragsgebühren für die Krankenkassen wird nicht umgesetzt.

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

Die Genehmigung durch die Länder ist folgerichtig. Auftragsgebühren setzen Anreize für betriebswirtschaftlich arbeitende Krankenkassen, den MD nur dann zu beauftragen, wenn Einsparungen zu erwarten sind. Also wenn es um Leistungsablehnungen geht oder um Krankenhausabrechnungen. Unserer Auffassung nach soll der Medizinische Dienst perspektivisch immer dann eingeschaltet werden, wenn es medizinische oder pflegerische Unklarheiten gibt. Daher 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-Spitzenverbandes, 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 unter angemessener Mitwirkung der MD hinzu, die nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband erfolgt. Es werden zudem systematische Anhörungserfordernisse für die Beschlussfassung über diese Richtlinien geschaffen. 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. 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 im Verwaltungsrat mehr Neutralität und Transparenz.

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

- Zur Stärkung der Rechte der Versicherten wird bei Ablehnung von Leistungsanträgen aufgrund fehlender medizinischer Erforderlichkeit, bei deren Prüfung die Krankenkassen auf eine Beteiligung des MD verzichtet haben, in dem Fall, dass 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.
- Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS) wird in das MD-System integriert, indem seine Aufgaben für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung auf die MD übergehen. Dies ist notwendig, weil der SMD als institutioneller Teil der DRV KBS – historisch bedingt – für die DRV KBS die Aufgaben des MDK wahrnimmt, sodass es dem SMD bereits an der formellen Unabhängigkeit von der Krankenkasse fehlt.

### Bewertung des Sozialverbands VdK

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

Die Einbeziehung des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft ist folgerichtig.

Hier böte sich die Chance aus dem großen Wurf der Unabhängigkeit der MDK, den ganz großen Wurf eines einheitlichen Sozialmedizinischen Dienstes zu machen und gleichzeitig die sozialmedizinischen Dienste der Renten- und Unfallversicherung sowie der Arbeits- und Sozialämter zu integrieren. Zwar stellt sich dort nicht das Ausgangsproblem von betriebswirtschaftlich arbeitenden Versicherungen, aber die Patienten würden von einem einheitlichen Dienst profitieren.

Heute werden dieselben Gesundheitsprobleme mehrfach von verschiedenen Diensten begutachtet. Der MDK 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 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 unter angemessener Mitwirkung der MD 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 unabhängigen Medizinischen Dienst 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 unabhängig 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 krankenhausbazogene 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 krankenhausbazogene Prüfquote bis zu zehn Prozent,
3. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent beträgt die krankenhausbazogene 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 anzurechnen. Das behebt allerdings die Ursache nicht: 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

Die Schlichtungsstelle auf Bundesebene soll Kodier- und Abrechnungsfragen verbindlich klären. Das ist allerdings erst einmal gelungen, auch weil GKV und DKG sie nicht anrufen.

Daher wird der Kreis derer, die die Schlichtungsstelle anrufen können, auf alle Betroffenen ausgeweitet. Es werden Fristen festgelegt und die Liste der MDK-Gemeinschaft mit offenen Fragen wird direkt zur Entscheidung vorgelegt.

### **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. Schaffung einer Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen

Bisher werden strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung (z. B. Verfügbarkeit bestimmter Diagnose- oder Behandlungsmöglichkeiten) regelhaft im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft. Dies führt zu erheblichem Aufwand und teils auch zu fehlender Planbarkeit bei den Krankenhäusern wie den Krankenkassen bezüglich der Abrechnungsbefugnis für bestimmte Leistungen. Die Prüfung, ob ein Krankenhaus erforderliche strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung erfüllt, ist zukünftig nicht mehr in jedem Einzelfall vorzunehmen. Vielmehr sind die strukturellen Voraussetzungen in einer in regelmäßigen Abständen (z. B. ein- oder zweijährig) durchzuführenden Strukturprüfung abzuklären. Krankenhäuser, die nach einer Strukturprüfung die strukturellen Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

## 2.10. 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 kann die Verweildauer wieder ein Streitpunkt bei den Krankenhausabrechnungen werden. Da die Krankenhäuser aber ein zuvor verhandeltes Pflegebudget erhalten, das die Krankenkassen nur prozentual mit den Tagessätzen abbzahlen, würde dies nur zu einer Verschiebung der Kosten der Krankenkassen untereinander führen. Das Krankenhaus erhält das zuvor verhandelte Pflegebudget. Um dies zu verhindern, wird die Verweildauer aus den zu prüfenden Sachverhalten ausgenommen.

### **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.

## 2.11. Mehr ambulante Operationen und stationersetzende Leistungen

Die Frage nach der stationären Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung) macht einen großen Teil der Prüfungen des MDK aus. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten werden heute vielfach noch nicht konsequent genug genutzt. Seit dem Jahr 2005 wurde der Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe nur marginal überarbeitet. Der in der Zwischenzeit eingetretene medizinische und medizinisch-technische Fortschritt und die damit vielfach einhergehenden gestiegenen Möglichkeiten für ambulante und stationersetzende 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 ambu-

lante Potenzial 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 dadurch 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 entsprechenden Betten reduziert, zu Über- und Fehlversorgung führen. Da Krankenhäuser nur nach Betten geplant werden und nicht nach Ärzten, können sie, wie in der Vergangenheit geschehen, mehr Ärzte einstellen um mehr Operationen durchzuführen, wenn die Liegedauer sich verkürzt. Diese Ärzte fehlen gleichzeitig in der ambulanten Versorgung. Während die Zahl der in Deutschland tätigen Ärzte immer weiter steigt, fehlen gleichzeitig Hausärzte und Kinderärzte, insbesondere auf dem Land.

Auch in der ambulanten Versorgung kommt es durch den Trend zu ambulanten Operationen zu Fehlallokationen. Durch die Bedarfsplanung ist die Zahl der Ärzte begrenzt, um einer angebotsinduzierten Nachfrage entgegenzuwirken. Wenn die begrenzten Ärzte nun in ihrer begrenzten Zeit lukrative ambulante Operationen durchführen, fehlen Ärzte für die Grundversorgung. Besonders deutlich wird das bereits bei den Augenärzten. Es fehlen konservativ tätige Augenärzte. Die Vertragsarztsitze werden durch operierende Augenärzte blockiert, die keine normale Kontrolle machen. 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 spezialfachärztlich behandelt werden können, die Vertragsarztsitze fehlen 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 si-

chergestellt sind. Bei uns häufen sich die Berichte, dass Krankenhäuser ihre neuen Möglichkeiten im Entlassmanagement nicht nutzen. Häusliche Krankenpflege und Hauswirtschaft wird nicht verordnet, geschweige denn organisiert. Notwendige Medikamente und Hilfsmittel werden 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.

## 2.12. 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. Kontroversen und Entscheidungen werden in die nicht-öffentlichen Unterausschüsse und Arbeitsgemeinschaften verlagert. In den veröffentlichten Dokumenten finden sich die kontroversen Positionen und Argumente nicht mehr wieder. Das Wesen der Selbstverwaltung ist es so lange vertraulich zu diskutieren, bis ein Konsens gefunden wurde. Dadurch werden die Entscheidungsprozesse sehr lang. Wir als Patientenvertretung würden kürzere Diskussionen, die eher zu einer Abstimmung führen, begrüßen.

## 2.13. Zulassung von Solidargemeinschaften (§ 176)

Vor Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht bestanden in Deutschland kleinere Solidargemeinschaften, die gegenseitig für ihre Krankheitskosten aufkamen. Es gab in der Folge langwierige Rechtsstreitigkeiten, ob diese eine Krankenversicherung ersetzen, so wie beispielsweise die freie Heilfürsorge für Polizisten. Die BARMER hat in einer Grundsatzentscheidung eine dieser Solidargemeinschaften als gleichwertige Absicherung anerkannt.

Mit dieser Gesetzesreform sollen Solidargemeinschaften, die bereits vor 2007 bestanden und einen Schutz auf mindestens dem Niveau der GKV bieten, generell als gleichwertige Absicherung anerkannt werden. Die Möglichkeit besteht nur für Menschen, die nicht gesetzlich pflichtversichert sind.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wir lehnen es grundsätzlich ab, dass sich Menschen mit einem besseren Einkommen und geringerem Erkrankungsrisiko der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung entziehen, zumal wenn wie in dieser Konstellation für den Notfall der Insolvenz dieser sehr kleinen Vereine ein Rückkehrisiko in die GKV besteht.