

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

**Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)**

Berlin, 04. Juni 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Medizinischer Dienst – § 278 SGB V	3
Medizinischer Dienst Bund - § 281 SGB V	3
Verwaltungsrat und Vorstand – § 279 SGB V	5
Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand – § 281 SGB V	5
Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund – § 283 SGB V	7
Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund – § 53d SGB XI	8

Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 10.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 305.000 Arbeitsplätze und ca. 23.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.050 Pflegediensten, die ca. 230.000 Patienten betreuen, und 4.950 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 303.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Medizinischer Dienst – § 278 SGB V

Medizinischer Dienst Bund – § 281 SGB V

A) Beabsichtigte Regelung

In jedem Bundesland wird ein Medizinischer Dienst (MD) und auf Bundesebene ein Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) als Körperschaft des öffentlichen Rechts geschaffen. Es können gemeinsame medizinische Dienste für mehrere Länder errichtet werden. In Ländern, in denen mehrere Medizinische Dienste bestehen, kann diese Aufteilung beibehalten werden.

Die Medizinischen Dienste sind Mitglied des Medizinischen Dienstes Bund.

B) Stellungnahme

Nach drei Jahrzehnten ist es richtig, einen prüfenden Blick auf Struktur und Arbeitsweise des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

(MDK) zu werfen. Der bpa hat daher die Vereinbarung des Koalitionsvertrages begrüßt, dass die Unabhängigkeit des MDK gewährleistet und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabewahrnehmung Sorge getragen werden soll. Der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen setzt dies weitestgehend um.

Grundsätzlich hält der bpa eine deutlichere Trennung zwischen dem MDK und den Krankenkassen für richtig. Durch die gesetzlich herbeigeführte größere Unabhängigkeit des MDK können potentielle Interessenkonflikte entschärft werden. Dies kann das Vertrauen der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen und der Pflegeeinrichtungen in die Arbeit des MDK steigern. Entscheidend ist jedoch, dass diese formell ausgeweitete Unabhängigkeit in der Praxis auch gelebt wird. Es darf keinesfalls weiter der Eindruck entstehen, dass der MDK als Erfüllungsgehilfe der Kranken- und Pflegekassen auftritt. Um dies sicherzustellen, muss eine Lockerung der im Referentenentwurf vorgesehenen Beschränkungen des Einflusses der Kassenvertreter ausgeschlossen werden. Darüber hinaus sollte als vertrauensbildende Maßnahme eine Einbeziehung der Leistungserbringer in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund erfolgen (siehe S. 6).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Verwaltungsrat und Vorstand – § 279 SGB V Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand – § 281 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Organe der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund sind die Verwaltungsräte und Vorstände.

Die Verwaltungsräte bestehen aus 16 Mitgliedern. Sechs werden auf Vorschlag der Krankenkassen, sechs auf Vorschlag der Betroffenenorganisationen und vier auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und Landesärztekammern gewählt.

Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände sind bzw. in den letzten zwölf Monaten waren, können nicht benannt werden. Gleiches gilt für Beschäftigte der Krankenkassen oder ihrer Verbände.

Die Verwaltungsräte sollen paritätisch mit Männern und Frauen besetzt sein.

B) Stellungnahme

Gemäß der Begründung soll der „Verwaltungsrat das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gleichmäßiger abbilden und den Hauptakteuren gleichberechtigte Mitspracherechte ermöglichen. Es wird damit sichergestellt, dass die Interessen aller wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können.“ Durch die bisherige Ausgestaltung sind jedoch die Leistungserbringer von der Mitsprache vollkommen ausgeschlossen.

Die Pflegeeinrichtungen sind von der Arbeit der MD im besonderen Maße betroffen. Es ist im Sinne der Vertrauensbildung und des Interessenausgleiches daher dringend angezeigt, dass auch diese in den Verwaltungsräten angemessen vertreten sind. Um zugleich die Trägervielfalt zu würdigen, bedarf es je zwei Sitze für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Die Gesamtzahl der Sitze des Verwaltungsrates sollte dementsprechend von 16 auf 18 erhöht werden. Dies erlaubt darüber hinaus eine gleichmäßigere Verteilung der Bänke. Ein Drittel wären Kassenvertreter, ein Drittel Betroffenenvertreter und ein Drittel Leistungserbringer sowie Berufsverbände.

C) Änderungsvorschläge

§ 279 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V wird wie folgt geändert:

Der Verwaltungsrat besteht aus ~~46~~ **18** Vertretern. Die Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon

1. sechs Vertreter auf Vorschlag der Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen, der BAHN-BKK und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,

2. sechs Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene, ~~sowie~~

3. ~~vier~~ **zwei** Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern ~~sowie~~.

4. vier Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene und der Landeskrankenhaussellschaften.

§ 282 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus ~~46~~ **18** Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon

1. sechs Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1,

2. sechs Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2, ~~und~~

3. ~~vier~~ **zwei** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3- ~~und~~

4. vier Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4.

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund – § 283 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund sorgt für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste. Er erlässt darüber hinaus Richtlinien, die u.a. die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste mit den Krankenkassen, die Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung, die Beauftragung externer Gutachter sowie die statische Erfassung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und die diesbezügliche Berichterstattung regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene sowie weitere Maßgebliche Verbände und Fachgesellschaften muss die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben werden, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind.

B) Stellungnahme

Die Übertragung der Zuständigkeit zum Erlass der hier genannten Richtlinien auf den MD Bund wird durch den bpa begrüßt. Es stärkt die Unabhängigkeit von den Krankenkassen.

Der bpa begrüßt darüber hinaus die Erarbeitung von Richtlinien, die eine größere Transparenz über die Arbeit der MD herstellen sollen.

Die Beteiligung der Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene ist sachgerecht. Um eine angemessene Berücksichtigung im Beteiligungsprozess zu gewährleisten, sollte der MD Bund die Ablehnung von Forderungen begründen müssen. Die Begründungen sind zu veröffentlichen.

C) Änderungsvorschlag

Der MD Bund muss die Ablehnung von Forderungen der Stellungnahmeberechtigten begründen. Die Begründungen sind zu veröffentlichen.

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund – § 53d SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund koordiniert die Durchführung der Aufgaben der Medizinischen Dienste in pflegfachlichen und organisatorischen Fragen. Er berät den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben.

Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien, die u.a. die Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren, die Beauftragung externer Gutachter sowie die statische Erfassung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und die diesbezügliche Berichterstattung im Bereich der sozialen Pflegeversicherung regeln.

Unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen erlässt der Medizinische Dienst Bund u.a. Richtlinien zur Durchführung einer einheitlichen Begutachtung, zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a SGB XI, über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 SGB XI sowie zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen nach § 114c SGB XI.

B) Stellungnahme

Analog der Übertragung der Zuständigkeit zum Erlass von Richtlinien im SGB V auf den MD Bund erfolgt eine solche auch im SGB XI. Dies wird vom bpa dem Grunde nach begrüßt.

Anders als in § 283 Absatz 2 Satz 2 SGB V erfolgt hier jedoch keine explizite Nennung des Beteiligungsrechts der Leistungserbringer. Lediglich in der Begründung findet sich der Hinweis, dass bestehende Beteiligungsregelungen unberührt blieben und sich weiterhin an den Stellen im SGB XI fänden, an denen die jeweiligen Richtlinien verankert sind.

Zur Klarstellung der Beteiligungsrechte der Leistungserbringer sollte aus Sicht des bpa eine ausdrückliche Nennung dieser Rechte hier im Gesetz erfolgen. Dies gilt umso mehr, als das bis dato nicht bei allen genannten Richtlinien eine Beteiligung der Leistungserbringer vorgesehen ist. Um eine angemessene Berücksichtigung im Beteiligungsprozess zu gewährleisten, sollte der MD Bund die Ablehnung von Forderungen begründen müssen. Die Begründungen sind zu veröffentlichen.

Die Übertragung der Zuständigkeit zum Erlass von Richtlinien auf den MD Bund darf nicht dazu führen, dass es zu einer Abkoppelung der Qualitätsanforderungen von den existierenden vertraglichen Vereinbarungen zwischen der Kostenträger und Leistungserbringer kommt. Bei der Erarbeitung von Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen muss stets zuerst die Umsetzbarkeit in der pflegerischen Praxis betrachtet werden. Es ist wenig hilfreich immer neue Vorgaben zu schaffen, die zwar die Qualität der Versorgung nicht erhöhen, aber durch zusätzliche bürokratische Pflichten Pflegekräfte unnötig binden.

C) Änderungsvorschlag

§ 53d Abs. 3 SGB XI wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

Der Medizinische Dienst Bund hat

- 1. den maßgeblichen Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,**
- 2. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und**
- 3. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit bei Richtlinien, die die Verarbeitung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen,**

Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind, und die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen.