

VERTRETUNG VON PATIENTEN, PFLEGEBEDÜRFTIGEN UND VER- BRAUCHERN STRUKTURELL STÄRKEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)

4. Juni 2019

Impressum

Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V.

Team

Gesundheit und Pflege

Rudi-Dutschke-Straße 17

10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN	5
1. Zur weiteren Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste: umfassende Transparenz schaffen	5
2. Neue Systematik der Krankenhausabrechnungsprüfung sollte wissenschaftlich evaluiert und gegebenenfalls nachjustiert werden	6
3. Stimme der Verbraucher, Patienten und Pflegebedürftigen im Gesundheitswesen braucht strukturelle Stärkung	7
4. Mehr Transparenz in der gemeinsamen Selbstverwaltung schaffen	8

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) unterstützt die Ziele des MDK-Reformgesetzes,

- die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste (MD) zu stärken
- und die Krankenhausabrechnungsprüfung effektiver und effizienter zu gestalten.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vielfältige zielorientierte Maßnahmen vor, um diese Zielsetzungen auch zu erreichen.

Dass Krankenhäuser mit vielen fehlerhaften Abrechnungen nun erstmals mit finanziellen Einbußen rechnen müssen, begrüßt der vzbv ausdrücklich. Bisher blieben auch Manipulationen ungeahndet. Die Krankenhäuser mussten lediglich nachgewiesenermaßen falsche Forderungen zurückzahlen und eine fehlerhafte Abrechnung hat sich mit hin risikolos „gelohnt“. Die Kosten für die Kontrolle lagen und liegen aber bei den Krankenkassen und damit bei den Versicherten. Es sollte daher darüber nachgedacht werden, die Krankenhäuser regelhaft an den Kosten für die Kontrolle zu beteiligen, damit sie ein eigenes Interesse daran haben, das Abrechnungswesen funktionstüchtig zu gestalten.

Der vzbv regt an, dass Maßnahmen und Zielerreichung jeweils evaluiert werden. Alle vorgesehenen Statistiken und Berichte, etwa zur Personalsituation der Medizinischen Dienste oder den Maßnahmen zur Qualitätssicherung, sollten veröffentlicht werden. Aufgrund der hohen Komplexität und der bisher nicht abschließend abschätzbaren Auswirkungen und Anpassungsreaktionen empfiehlt der vzbv bei der Evaluation der Krankenhausabrechnungsprüfung eine wissenschaftliche Begleitung. Ziel sollte es sein, das Prüfinstrumentarium nachschärfen und verbessern zu können.

Die Neubesetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste leistet einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Unabhängigkeit von den Krankenkassen und gleichermaßen zur stärkeren Berücksichtigung der Interessen von Verbraucherinnen und Verbrauchern¹ in den Entscheidungsgremien der Medizinischen Dienste. Mit den zunehmenden Aufgaben im Gesundheitswesen muss jedoch auch eine strukturelle Stärkung der Mitwirkung einhergehen, insbesondere auch auf Länderebene.

Um die Gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen funktionstüchtiger zu gestalten, regt der vzbv weitere Maßnahmen an, die zu mehr Transparenz der Entscheidungsfindung führen. So sollte zum Beispiel genau wie im obersten Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, dem Gemeinsame-Bundesausschuss (G-BA), auch im Qualitätsausschuss Pflege die Öffentlichkeit der Sitzungen gelten.

¹ 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.

II. EINLEITUNG

Die Medizinischen Dienste beurteilen die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) aus medizinischer und pflegerischer Sicht. Die erstellten Gutachten sind die Basis für Leistungsentscheidungen der Kranken- und Pflegekassen. Die Medizinischen Dienste leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Versicherten eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche medizinische wie pflegerische Versorgung erhalten. Im Zuge neu definierter Aufgaben, zum Beispiel in der Pflege, der demographischen Entwicklung und der kontinuierlich steigenden Zahl von Abrechnungsprüfungen nimmt die Zahl der Gutachten der Medizinischen Dienste stetig zu.

Da die Medizinischen Dienste gegenwärtig organisatorisch eng an die Krankenkassen gebunden sind – sie sind Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und ihre Verwaltungsräte rekrutieren sich aus Verwaltungsräten der Krankenkassen sowie hauptamtlichen Kassenmitarbeitern – wird ihre Neutralität zunehmend in Frage gestellt. Eine stärkere Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste wird seit langem auch vom vzbv gefordert. Ein weiteres Problem, mit dem sich Medizinische Dienste, Krankenkassen und Krankenhäuser konfrontiert sehen, ist die immer weiter steigende Zahl der Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich, die einen stetig steigenden Anteil der Tätigkeit der Medizinischen Dienste ausmachen und erhebliche Ressourcen binden.

Beide Problemfelder greift der vorliegende Gesetzentwurf auf. Das MDK-Reformgesetz sieht zum einen Maßnahmen zur Stärkung der Medizinischen Dienste und insbesondere zur Stärkung ihrer Unabhängigkeit von den Krankenkassen vor. Zum anderen sollen die Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich zielgenauer und effizienter gestaltet werden.

Im Detail sind die folgenden wesentlichen Neuregelungen vorgesehen:

- Die MD werden zu eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts.
- Die Verwaltungsräte werden mit je sechs Vertretern der Krankenkassen, sechs Vertretern von Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherschutzorganisationen sowie vier Vertretern der Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammer neu besetzt.
- Hauptamtliche Krankenkassenmitarbeiter und Mitglieder der Verwaltungsräte der Kassen und ihrer Verbände können nicht in die Verwaltungsräte der MD berufen werden.
- Die Richtlinienkompetenz für die Arbeit der MD geht vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) auf den MD Bund über.
- Ombudspersonen werden in allen MD bestellt.
- 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.

- ❖ Die Zahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen wird im Allgemeinen auf zehn Prozent der Abrechnungen begrenzt, bei mehr als 60 Prozent nicht korrekter Abrechnungen in der Prüfung auf bis zu 15 Prozent und bei weniger als 40 Prozent auf fünf Prozent.
- ❖ Durch einen Sanktionsmechanismus (Zahlung von Aufschlägen) wird erstmals ein finanzieller Anreiz geschaffen, damit Krankenhäuser korrekt abrechnen.
- ❖ Die Zahl der Einzelprüfungen soll unter anderem durch Strukturprüfungen, die systematische Klärung von wiederkehrenden Kodier- und Abrechnungsfragen und die Überarbeitung des Katalogs für ambulante Operationen deutlich reduziert werden.
- ❖ Für das Abrechnungs- und Prüfgeschehen wird eine bundesweite Statistik etabliert.

Außerdem sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Plenumsitzungen des G-BA künftig live im Internet übertragen werden und auch nachträglich in einer Mediathek abrufbar sind.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) führt am 11. Juni 2019 eine Verbändeanhörung zum vorliegenden Gesetzentwurf durch. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, zu den geplanten Neuregelungen aus Verbrauchersicht Stellung nehmen zu können. Im Folgenden wird auf einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs, die für Verbraucher von besonderer Relevanz sind, detaillierter eingegangen.

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. ZUR WEITEREN STÄRKUNG DER UNABHÄNGIGKEIT DER MEDIZINISCHEN DIENSTE: UMFASSENDE TRANSPARENZ SCHAFFEN

Gutachten des Medizinischen Dienstes sind eine wesentliche Grundlage für Leistungsentscheidung der Kranken- und Pflegekassen. Verbraucher müssen auf die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste vertrauen können. Das gilt insbesondere für das wettbewerblich ausgerichtete System der GKV in Deutschland.

Die fachliche Unabhängigkeit der für die Medizinischen Dienste tätigen Ärzte ist bereits normiert und wird im Rahmen dieses Gesetzentwurfs für gutachterlich tätige Pflegekräfte entsprechend geregelt. Die Medizinischen Dienste sind als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen jedoch bisher organisatorisch sehr eng mit den Kassen verbunden. Auch die Verwaltungsräte sind bis jetzt ausschließlich mit Vertretern der sozialen Selbstverwaltung und zu einem geringeren Anteil mit Mitarbeitern der Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände besetzt.

Der Bundesrechnungshof (BRH) hatte wiederholt angemahnt, dass sich die individuellen Interessen der Kassen auch auf die Medizinischen Dienste auswirken; zuletzt in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestags.² Der BRH fand Anhaltspunkte dafür, dass die Krankenkassen bestrebt seien, die zu entrichtenden Umlagen aus kassenindividuellem Interesse möglichst niedrig zu halten. Er beman-

² Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2017/2017-bericht-medizinischer-dienst-der-krankenversicherung> (abgerufen am 31. Mai 2019)

gelte, dass die Medizinischen Dienste in vielen Fällen für die zu bewältigenden Aufgaben nicht hinreichend mit finanziellen Mitteln ausgestattet seien und nicht über ausreichende Personalkapazitäten verfügten. Aufgrund dessen griffen Medizinische Dienste auch vermehrt auf externe Gutachter zurück.

Mit dem vorliegenden Entwurf reagiert der Gesetzgeber auf diese Problemlage. Der vzbv bewertet die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Stärkung der Unabhängigkeit der medizinischen Dienste ausgesprochen positiv. Mit den verschiedenen vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen kann die notwendige organisatorische aber auch finanzielle Unabhängigkeit von den Krankenkassen erreicht werden.

Wichtig und sachgerecht sind darüber hinaus die verschiedenen Transparenzinstrumente, die im Rahmen des MDK-Reformgesetz zusätzlich geschaffen werden sollen: eine Statistik über die Stellungnahmen der Medizinischen Dienste und ihre Personalausstattung sowie eine systematische Qualitätssicherung der Gutachtertätigkeit. Sie ermöglichen es, zu evaluieren, ob die geplanten Maßnahmen die vom BRH beschriebenen Defizite beheben können, und die Medizinischen Dienste in die Lage versetzt werden, ihren umfangreichen und wachsenden Aufgaben gerecht werden zu können.

Eine umfassende, leicht nachvollziehbare, länderspezifische und bundesweit vergleichbare Veröffentlichung der Kennzahlen und Berichte sollte dann zum Pflichtprogramm einer unabhängigen Prüforganisation gehören.

Erfreulich ist außerdem die Einführung einer Ombudsperson bei den Medizinischen Diensten. Bisher konnten sich Verbraucher bei Problemen und Beschwerden nur an ihre Kranken- oder Pflegekasse als Ansprechpartner wenden. Auch die Beschwerden, die bei den Ombudspersonen eingehen, sollten länderspezifisch und bundesweit veröffentlicht werden. So können eventuelle Problemfelder leichter identifiziert werden.

2. NEUE SYSTEMATIK DER KRANKENHAUSABRECHNUNGSPRÜFUNG SOLLTE WISSENSCHAFTLICH EVALUIERT UND GEGEBENENFALLS NACHJUSTIERT WERDEN

Der Krankenhausbereich ist einer der gewichtigsten Ausgabenposten in der GKV. Insgesamt entfallen auf die stationäre Versorgung im Krankenhaus rund 75 Milliarden Euro. Das entspricht einem Anteil von knapp 35 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der GKV.³

Die Krankenkassen berichten, dass mehr als die Hälfte der auffälligen und dann von den Medizinischen Diensten geprüften Abrechnungen im Jahr 2017 fehlerhaft waren. Insgesamt mussten die Krankenhäuser 2,8 Milliarden Euro Versichertengelder an die Krankenkassen zurückzahlen.⁴ Ganz erhebliche Personalressourcen der Medizinischen Dienste entfallen auf die Krankenhausabrechnungsprüfung. Auch die Sozialgerichte sehen sich mit steigenden Verfahrenszahlen konfrontiert. Umso wichtiger ist eine effektive und effiziente Krankenhausabrechnungsprüfung.

³ GKV-SV, Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2017, Amtliche Statistik KJ 1: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp (abgerufen am 3. Juni 2019)

⁴ Vgl. Pressemitteilung des GKV-SV, Krankenhausabrechnungen: Argumentationspapier der Krankenkassen benennt Probleme und zeigt Lösungen auf : https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_843648.jsp (abgerufen am 3. Juni 2019)

Dass Krankenhäuser mit vielen fehlerhaften Abrechnungen nun erstmals mit finanziellen Einbußen rechnen müssen, begrüßt der vzbv daher ausdrücklich. Bisher blieben auch Manipulationen ungeahndet. Die Krankenhäuser mussten lediglich nachgewiesenermaßen falsche Forderungen zurückzahlen und eine fehlerhafte Abrechnung hat sich mithin risikolos „gelohnt“. Die Kosten für die Kontrolle lagen und liegen aber bei den Krankenkassen und damit bei den Versicherten. Es sollte daher darüber nachgedacht werden, die Krankenhäuser regelhaft an den Kosten für die Kontrolle zu beteiligen, damit sie ein eigenes Interesse daran haben, dass Abrechnungswesen funktionstüchtig zu gestalten.

In den flankierenden Maßnahmen zur Reduktion der Vielzahl an Einzelprüfungen – insbesondere durch Strukturprüfungen, die abschließende Klärung wiederkehrender Abrechnungs- und Kodierfragen – sieht der vzbv weitere Potenziale, um die Krankenhausabrechnung effektiver und effizienter zu gestalten.

Insgesamt sind die wechselseitigen Anpassungsreaktionen in diesem komplexen Feld schwer abzusehen. Der Gesetzentwurf sieht daher bereits vor, dass der GKV-SV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) dem BMG nach vier Jahren einen Bericht zu den Auswirkungen der Neuregelungen im Bereich der Krankenhausabrechnung vorlegen müssen. Um im Sinne der Versicherten ein zielgenaues Prüfinstrumentarium zu entwickeln, regt der vzbv eine wissenschaftliche Begleitung dieser komplexen Evaluation an. Auf diese Weise können die Auswirkungen der Maßnahmen von Beginn an gezielt abgeschätzt und Instrumente wie die fixen Prüfhöchstquoten oder der Sanktionsmechanismus gegebenenfalls nachgeschärft oder weitere Verbesserungen vorgenommen werden.

Eine wichtige Regelung des Gesetzentwurfs ist nach Auffassung des vzbv, dass Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung insgesamt nicht zulässig sind. Die Krankenkassen haben bei dieser auch vom Bundesrechnungshof kritisierten Praxis keinerlei Kontrollmöglichkeiten.⁵ Dieses Vorgehen widerspricht einem wirtschaftlichen Umgang mit Versichertengeldern in ganz grundsätzlicher Weise.

3. STIMME DER VERBRAUCHER, PATIENTEN UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN IM GESUNDHEITSWESEN BRAUCHT STRUKTURELLE STÄRKUNG

Aus der eigenen Betroffenheit, der organisierten Selbsthilfe und aus der Beratung verfügen die Organisationen der Patientenvertretung über umfangreiches Wissen um die Bedürfnisse und die drängendsten Probleme der Patienten und Pflegebedürftigen in der Versorgung.

⁵ Vgl. BRH, Bericht an das BMG, Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnerkürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/2018-ergaenzungsband/langfassungen/2018-bemerkungen-ergaenzungsband-nr-05-krankenkassen-und-krankenhaeuser-vereinbaren-unzulaessige-pauschale-rechnerkuerzungen-in-millionenhoeh-e-und-umgehen-abrechnungspruefungen-pdf> (angerufen am 3. Juni 2019).

2004 wurde § 140f SGB V geschaffen, um dieses Wissen in den G-BA einzubringen. Die Betroffenenbeteiligung in der Pflege nach § 118 SGB XI folgte später. Die Einführung der Patienten- und Betroffenenbeteiligung hat sich bewährt, und zwar nicht nur für die Betroffenen, sondern für alle Beteiligten in der Gemeinsamen Selbstverwaltung und für die Fortentwicklung des Gesundheitswesens insgesamt.

Der vzbv begrüßt ausdrücklich die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Zusammensetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund. Sie ist ein Garant für die Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen und ein logischer Schritt um die Beteiligung von Patienten, Betroffenen und Verbrauchern weiterzuentwickeln. Bereits jetzt unterstützen Vertreterinnen einzelner Verbraucherzentralen die Medizinischen Dienste in den Pflegebeiräten in konstruktiver und vertrauensvoller Zusammenarbeit.

Damit ehrenamtliche Vertreter in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens Hauptamtlichen auf Augenhöhe begegnen können, ist jedoch eine strukturelle Stärkung ihrer Arbeit auf Landes- und Bundesebene notwendig. Das gilt besonders vor dem Hintergrund der stetig wachsenden Aufgaben im Bereich der Vertretung von Patienten- und Betroffeneninteressen, wie die Vertretung in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste. Im Bereich der Betroffenenvertretung nach § 118 SGB XI fehlt es bisher gänzlich an den notwendigen Unterstützungsinstrumenten, um die Beteiligung wirkungsvoll zu organisieren. Zumindest ein erster Schritt wäre es daher, in § 118 SGB XI die gleichen Unterstützungsregelungen wie in § 140 f SGB V gesetzlich zu verankern.

4. MEHR TRANSPARENZ IN DER GEMEINSAMEN SELBSTVERWALTUNG SCHAFFEN

Die Selbstverwaltung entscheidet über wesentliche finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und in der Pflege in Deutschland. Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich ist der G-BA. Hier wird die medizinische Versorgung der Verbraucher über Verträge, Richtlinien und einheitliche Vorgaben organisiert und in Teilen über den Leistungskatalog der GKV entschieden. Der vzbv unterstützt Bestrebungen, die zu mehr Transparenz hinsichtlich der Entscheidungen und Entscheidungsprozesse in der Selbstverwaltung führen.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass die Sitzungen des Beschlussgremiums des G-BA, die bereits öffentlich sind, künftig live im Internet übertragen werden, wie etwa im Bundestag üblich. Außerdem sollen sie in einer Mediathek verfügbar gemacht werden. Ein Schritt zu mehr Transparenz. Mehr Transparenz ist jedoch in vielen Bereichen der Selbstverwaltung notwendig. Die gleiche Öffentlichkeit sollte zum Beispiel auch für die gemeinsame Selbstverwaltung in der Pflege gelten.

Um Transparenz über die Arbeit des Qualitätsausschusses Pflege zu schaffen, fordert der vzbv, die Öffentlichkeit der Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses herzustellen. Auch die dort gefertigten Beschlüsse und Beschlussfassungen sollten grundsätzlich öffentlich sein. Dies schafft die Möglichkeit, Entscheidungsprozesse besser nachvollziehen zu können und gegebenenfalls auch Kritik an den Verfahren im Ausschuss zu üben. Geschützte Denk- und Kommunikationsbereiche sind weiterhin in den vorbereitenden Arbeitsgruppen vorhanden.