

## **Stellungnahme des VDAB**

**zum Referentenentwurf für ein Gesetz für  
bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK  
Reformgesetz**

VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit  
Referat Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser  
53107 Bonn

Ausschließlich per E-Mail an:  
**215@bmg.bund.de**

**HAUPTSTADTBÜRO**

Reinhardtstraße 19  
10117 Berlin  
Fon 030 / 20 05 90 79-0  
Fax 030 / 20 05 90 79-19  
E-Mail berlin@vdab.de  
Internet www.vdab.de

Berlin, 29. Mai 2019

**Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen –  
MDK-Reformgesetz**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz.

**Vorbemerkung**

Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) begrüßt die Intention des Gesetzes. Die Regelungen gehen jedoch nicht weit genug.

Die fehlende Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste ist seit vielen Jahren ein zentraler Kritikpunkt des VDAB. Deshalb ist ein umfangreiches MDK-Reformgesetz längst überfällig. Der Inhalt des aktuellen Gesetzentwurfs führt allerdings nicht zur vollständigen Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Der Gesetzgeber setzt einseitig auf die rechtliche Unabhängigkeit, indem die Dienste zu Körperschaften des öffentlichen Rechts werden. In der Praxis bleibt es jedoch bei einer Scheinselbstständigkeit, denn die Kassen sind weiterhin einziger Auftraggeber und damit der einzige Finanzier der Prüfdienste. Eine echte Unabhängigkeit würde entstehen, wenn sich der Medizinische Dienst als freier zugelassener Prüfdienst am Markt zusammen mit anderen Institutionen behaupten müsste und die Einrichtungen aus verschiedenen zugelassenen Prüfdiensten auswählen könnten. Dies ist im Bereich von Rehabilitationseinrichtungen längst Praxis. Mit dem Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts wird stattdessen das Monopol der Medizinischen Dienste zementiert.

Zu bemängeln sind zudem die inkonsistenten Regelungen hinsichtlich der Befugnisse des Medizinischen Dienstes Bund. Im SGB V scheint es kein Durchgriffsrecht auf die Landesebene mehr zu geben. Damit ist eine Einheitlichkeit in der Struktur nicht gewährleistet. Hier bedarf es dringend Anpassungen an die Regelungen des SGB XI.

Schließlich wird in den Erläuterungen zu Problem und Ziel deutlich, wie ungleich der Umgang mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist. Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sind bei jedem Abrechnungsfehler sofort mit dem Vorwurf des Abrechnungsbetrugs konfrontiert, während für Krankenhäuser im Gesetzentwurf das Ziel der „Schaffung von Anreizen für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen“ formuliert wird. Hier besteht dringender Klarstellungsbedarf im Interesse der Akzeptanz in der Pflegebranche.

## Zu den Regelungen im Einzelnen:

### SGB V

#### § 275c Abs. 1

Das Entrichten einer Aufwandspauschale ist grundsätzlich begrüßenswert. Es wäre sachgerecht und ein Gebot der Gleichbehandlung, auch bei ungerechtfertigten Anlassprüfungen in Pflegeeinrichtungen eine Aufwandspauschale zu gewähren.

Regelungsvorschlag: §79 Abs. 1 SGB XI neuer Satz fünf: *„Falls die Anlassprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Pflegekasse der Einrichtung eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 € zu entrichten.“*

#### § 278

##### Abs. 1

Unabhängigere Prüfungen sehen wir mit der Neuregelung des Medizinischen Dienstes nicht gewährleistet, indem die Dienste zu Körperschaften des öffentlichen Rechts werden. Es bleibt im Grunde bei einer Scheinselbstständigkeit, denn die Kassen sind weiterhin einziger Auftraggeber und damit der einzige Finanzier der Prüfdienste. Eine echte Unabhängigkeit kann nur entstehen, wenn sich der Medizinische Dienst als freier zugelassener Prüfdienst am Markt zusammen mit anderen Institutionen behaupten müsste und die Einrichtungen aus verschiedenen zugelassenen Prüfdiensten auswählen könnten. Möglich wäre dies durch die Einführung eines Akkreditierungsverfahrens, welchen es Institutionen ermöglicht, nach gesetzlich vorgegebenen Qualitätsstandards selbst Prüfdienste zu errichten.

### **Abs. 3**

Das Bestellen einer unabhängigen Ombudsperson ist zu begrüßen. Es sollte jedoch auch die Möglichkeit für geprüfte Einrichtungen geschaffen werden, sich an die Ombudsperson wenden können.

Regelungsvorschlag: „[...] als auch Versicherte sowie die durch den Medizinischen Dienst zu prüfenden Institutionen bei Beschwerden [...]“

Die Vorschrift lässt zudem ein Verfahren zur Bestellung der Ombudsperson vermissen. Um deren Unabhängigkeit zu wahren, sollte die Bestellung in einem transparenten Verfahren Regelung finden.

### **§ 279**

#### **Abs. 2 Nr. 4**

Unklar bleibt das konkrete inhaltliche Zusammenspiel der Richtlinien des MD Bund mit den Richtlinien der MD in den Ländern. Die Abgrenzung zwischen Regelungen zur Tätigkeit und zur Erfüllung der Aufgaben erscheint wenig konkret und schlüssig. Oberstes Ziel muss eine qualitätsgesicherte einheitliche Qualitätsprüfung über alle Bundesländer sein. Mit einer Aufspaltung der Richtlinienkompetenz zwischen dem MD Bund und den MD in den Ländern steigt das Risiko widersprechender uneinheitlicher Regelungen. Wir sehen dafür auch keine zwingende Notwendigkeit. Die Aufgaben des bisherigen MDK basieren im Pflegebereich auf den Regelungen des SGB XI und SGB V. Dies impliziert auch eine bundesweit einheitliche Durchführung der Tätigkeiten. Dies betrifft neben der Begutachtungspraxis auch die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen. Nur daran kann in der Folge auch ein professionelles Qualitätsmanagement anknüpfen. Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes können nur überall gleich sein. Im Sinne einer notwendigen Transparenz und Vergleichbarkeit sind eigene, gegebenenfalls abweichende Richtlinien in den Ländern nicht zielführend. Das notwendige Durchgriffsrecht auf die Landesebene zur Sicherstellung einer einheitlichen und transparenten Struktur durch den Medizinischen Dienst Bund ist ebenfalls nicht geregelt.

Wir schlagen deshalb die Streichung der Regelung vor. Sollte die Streichung nicht erfolgen, kann nur eine strikte Umsetzung der Empfehlungen und Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund möglich sein.

Zum anderen fehlt ein Beteiligungsverfahren der Leistungserbringerverbände bei der Ausgestaltung der Richtlinien.

**Ein Beteiligungsverfahren bei Erlass von Richtlinien der MD auf Landesebene entsprechend der Regelung für den MD Bund in § 283 Abs.2 Satz 2 ist nicht vorgesehen. Wir fordern, ein Beteiligungsverfahren auch für die Verbände auf Landesebene zu etablieren, soweit es bei der Regelung in Nr. 4 bleibt.**

### **Abs. 3**

Nach dem Regelungszweck soll der Verwaltungsrat aus allen relevanten Beteiligten in der Versorgung bestehen. Insofern erschließt sich uns nicht, warum die Leistungserbringer bei der Besetzung nicht berücksichtigt werden, die Arbeitnehmerseite über die Verbände der Pflegeberufe dagegen schon.  
Vorschlag: Ergänzung in Abs. 3 Nr. 3 um „Verbände der Leistungserbringer in der Pflege“.

### **§ 280 Abs. 4**

Gesetzsystematisch ist diese Regelung allein den MD in den Ländern zuzuordnen. Eine Regelung zur Aufsicht über den MD Bund fehlt dagegen gänzlich. **Wir halten es für unververtretbar, gerade die Institution angesichts ihrer Bedeutung keiner Aufsicht zu unterstellen und regen deshalb eine entsprechende Regelung an.**

### **§ 283 Abs. 2**

#### **Nr. 2**

Die Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung ist essentiell. Darum würden wir es begrüßen, wenn alle Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund erlassen werden würden. Eine Richtlinienkompetenz auf Landesebene erschließt sich uns daher nicht, siehe § 279 Abs. 2 Nr. 4.

#### **Nr. 6**

Wir fordern hier eine Klarstellung, was unter einer systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste zu verstehen ist. Wir erwarten, dass die Prüfer die gleichen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen müssen, wie die Geprüften. Die MD in den Ländern und der MD Bund müssen deshalb zwingend einer externen Qualitätssicherung unterstehen. Reine interne Audits (wie bisher) können dafür keinesfalls ausreichend sein. Wir plädieren deshalb für eine gesetzliche Verpflichtung zur externen Qualitätssicherung und -kontrolle durch zertifizierte Institute, wie sie eigentlich schon im Bereich der Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen vorgesehen war, allerdings nie praktiziert wurde.

## Artikel 2 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

### § 17c Abs. 2 Nr. 2

Die in der Vorschrift geforderte Entwicklung der Digitalisierung ist in der Konsequenz auch im Pflegebereich umzusetzen.

## SGB XI

### § 53d Abs. 3

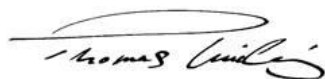
#### Nr. 3 – 5

Bei der Erstellung der Richtlinien sind neben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen auch zwingend die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer zu beteiligen. Die Vorschrift ist dahingehend zu ändern.

Der letzte Passus des Absatzes drei ist auf die Regelungen des SGB V zu übertragen. Hier ist ein Durchgriffsrecht geregelt, was im SGB V gänzlich fehlt, jedoch für ein einheitliches Vorgehen und Transparenz unumgänglich ist.

Wir hoffen, mit unseren Anmerkungen wichtige Hinweise für das weitere Gesetzgebungsverfahren gegeben zu haben und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Knieling

Bundesgeschäftsführer