

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Im Folgenden nimmt der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) zu den die Medizinischen Dienste betreffenden Regelungen im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung Stellung. Die Medizinischen Dienste auf Bundes- und Landesebene hatten sich über das Lenkungsgrremium der MDK-Gemeinschaft bereits im Zusammenhang mit der Vorlage des Eckpunktepapiers auf gemeinsame Vorschläge für Änderungen und Aktualisierungen von Vorschriften des 9. Kapitels des SGB V verständigt. Diese Vorschläge sind dem BMG mit Schreiben vom 23. August 2006 durch den VdAK als dem für die Medizinischen Dienste federführenden Verband übersandt worden und liegen insoweit dem BMG neben dieser Stellungnahme vor.

Der MDS begrüßt, dass ein Teil der Anliegen der Medizinischen Dienste im jetzigen Entwurf des GKV-WSG berücksichtigt wurde. Die Änderung im § 281 Absatz 1, die die Mitgliederzuordnung für die Umlageerhebung der Medizinischen Dienste nach dem Wohnortprinzip regelt, entspricht einer langjährigen Forderung der Medizinischen Dienste und beseitigt bisher bestehende Unklarheiten im Gesetz. Die im § 281 Absatz 1a i.V.m. § 275 Absatz 4 vorgesehene Regelung, nach der alle Leistungen der Medizinischen Dienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Absatz 4 übertragenen Aufgaben durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten sind, bedarf nach unserer Auffassung allerdings einer Ergänzung, für die im folgenden ein Vorschlag unterbreitet wird.

Die im Entwurf vorgesehene Konkretisierung der Beratungs- und Koordinierungsfunktion für den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände trägt zur Klarheit von Zuständigkeiten und Kompetenzen bei und wird insoweit ebenfalls begrüßt. Wir halten es aber für erforderlich, über die im jetzigen Gesetzentwurf vorgesehene allgemeine Formulierung hinaus die Richtlinienkompetenz in einem ergänzenden Absatz 3 zu konkretisieren, der weiter unten angeführt ist und dem Vorschlag entspricht, wie er dem BMG mit Schreiben vom 23. August übermittelt wurde.

Zu den Änderungen und Ergänzungen im Gesetzentwurf zu einzelnen Aufgabenbereichen der Medizinischen Dienste in den Absätzen 1c, 2 und 3 des § 275 nehmen wir ebenfalls im folgenden Stellung:

Zu Nr. 185 - § 275 Abs. 1 c (neu)

Der MDS begrüßt eine zeitnahe Prüfung von Krankenhausabrechnungen. Grundsätzlich positiv bewerten wir auch den in der Begründung zu § 275 Absatz 1c des Gesetzentwurfs zum Ausdruck gebrachten Hinweis auf eine stärkere Nutzung des Instruments der Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, nach der die Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 € zu entrichten hat, wenn die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, sollte überdacht werden. Die bisherigen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste zeigen schon heute eine gute Fallauswahl der Krankenkassen, die einen sehr hohen Anteil von weit über 40 % fehlerhafter Fälle hervorbringen. Die von den Krankenkassen dem MDK vorgelegten Prüffälle machen dabei bei weitem nicht die in der Gesetzesbegründung genannte Prüfquote von bis zu 45 % der Krankenhaushfälle aus. Nach unseren Recherchen liegt in den MDK vielmehr die Prüfquote bei ca. 10 % der Krankenhaushfälle.

Das DRG-Abrechnungssystem ist als lernendes System angelegt. Die Erfahrungen aus den Prüfungen auch der Fälle, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, tragen zu einer Optimierung dieses Systems bei. Insofern wäre die Einführung eines „Sanktionsbetrages“ nicht zielführend, weil sie die Prüfungen und deren Wirkungen ausschließlich an ökonomischen Kriterien misst.

Zu Nr. 185 b) – Änderung im § 275 Abs. 2 Nr. 1

Mit der vorgesehenen Änderung soll zukünftig die Notwendigkeit von medizinischen Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor Bewilligung nur noch durch Stichproben durch den MDK geprüft werden. Die Prüfung von Verlängerungsanträgen soll wie bisher regelmäßig durch den MDK erfolgen.

Aus Sicht des MDS wird mit dieser Regelung die an medizinisch-fachlichen Kriterien orientierte Steuerungsfunktion des MDK eingeschränkt. In Folge dieser Streichung der MDK-Einzelfallprüfung vor der Leistungsbewilligung erwartet der MDS eine medizinisch nicht begründete und damit wirtschaftlich fragwürdige Leistungsausweitung in den Bereichen der medizinischen Vorsorgeleistungen und der Leistungen zur Rehabilitation. Dies könnte gleichzeitig die vom Gesetzgeber beabsichtigte Verbesserung der Versorgung der Versicherten mit Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in das Gegenteil verkehren.

Die Regelung wird deshalb als nicht zielführend angesehen, weil sie einem verbesserten bedarfsgenauen Zugang vorsorge- und rehabilitationsbedürftiger Versicherten zu diesen Leistungen entgegensteht. Die Prüfung von Stichproben wird als alleinige Maßnahme nicht ausreichen, um die Indikations- und damit indirekt auch die Ergebnisqualität sicherzustellen. Dies wäre allenfalls in Verbindung mit echten Strukturprüfungen in den Einrichtungen vorstellbar.

Deshalb sollte es weiterhin bei den Möglichkeiten der Krankenkassen bleiben, den MDK bereits vor der Bewilligung solcher Maßnahmen im Einzelfall mit der Beratung und Begutachtung zu beauftragen und nicht nur auf Stichprobenprüfungen zu setzen.

Zu Nr. 189 b) Abs. 1 a) (neu)

Mit der vorgesehenen Neuregelung im neuen § 281 Abs. 1 a) sollen die Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben in der allgemeinen Beratung von den jeweiligen Auftraggebern durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte vergütet werden. Eine Verwendung von Umlagemitteln zur Finanzierung dieser Aufgaben soll dabei ausgeschlossen sein.

Abs. 1 a) (neu) regelt gesondert die Finanzierung von Beratungsleistungen der Medizinischen Dienste über aufwandsorientierte Nutzerentgelte in den Bereichen, die in § 275 Abs. 4 angeführt werden. Aus unserer Sicht sollte diese Regelungen nicht für solche Aufträge gelten, die Medizinischen Diensten von Krankenkassen oder ihren Verbänden gemeinsam und einheitlich erteilt werden. Vielmehr sollten diese weiterhin aus Mitteln der Umlage finanziert werden können.

Damit würde die derzeit gültige Praxis, nach der Beratungsleistungen der Medizinischen Dienste im Rahmen von Aufträgen im Zusammenhang mit § 275 Abs. 4, die Krankenkassen oder deren Verbände gemeinsam und einheitlich erteilen, umlagefinanziert werden, fortgeführt. Unter solche Beratungsleistungen fallen auf Landesebene z. B. die Bewertung von Krankenhausbedarfsplänen im Auftrag aller Landesverbände und auf Bundesebene z. B. die Unterstützung der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses im Auftrag aller Spitzenverbände. Deshalb wird folgende Fassung des § 281 Abs. 1 a) vorgeschlagen:

„(1a) Die Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Abs. 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen. Dies gilt nicht für solche Aufträge, die Medizinischen Diensten von Krankenkassen oder deren Verbänden gemeinsam und einheitlich erteilt werden.“

Zu Nr. 190 - § 282

Der MDS begrüßt die in Abs. 1 und Abs. 2 des § 282 vorgesehenen Konkretisierungen der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (künftig vorgesehen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) ¹.

Allerdings bleibt die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung hinter den Vorschlägen zurück, die die Bundes- und die Landesebene der Medizinischen Dienste im Konsens als Vorschlag zur Konkretisierung der Beratungs- und Koordinierungsfunktion des MDS dem BMG mit o. g. Schreiben übermittelt hatten. Um die notwendige Konkretisierung und Präzisierung der Koordinierungsfunktion des MDS zu erreichen, wird vorgeschlagen, in § 282 einen Absatz 3 einzufügen, in dem die Richtlinienkompetenz des MDS geregelt wird:

„(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien, insbesondere

1. zur Auswahl der Begutachtungsfälle sowie zur Sicherstellung einer einheitlichen Beratung und Begutachtung,
2. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Medizinischen Diensten,
3. zur Durchführung von über den Einzelfall hinausgehenden Strukturprüfungen,
4. zur Qualitätssicherung der Beratung und Begutachtung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen,
5. über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken sowie zum Verfahren zu deren Übermittlung,
6. zur Qualifizierung der Gutachter (Fort- und Weiterbildung).

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bereiten die Richtlinien in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vor. Sie sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Krankenkassen verbindlich. Im Übrigen können die Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen abgeben.“

Bisher war die Richtlinienkompetenz der Spitzenverbände – anders als dies § 53 a SGB XI für die Soziale Pflegeversicherung vorsieht – nur allgemein gefasst. Die Praxis hat aber gezeigt, dass es zur Klarstellung und Steigerung von Verbindlichkeit und Akzeptanz erforderlich ist, einzelne Bereiche konkret aufzulisten, für die Richtlinien zu erstellen sind. Dies gilt nach Nummer 1 vor allem für den Bereich der Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und Beratung in den MDK.

Nummer 2 enthält die bisher schon in § 282 Satz 3 enthaltene Kompetenz der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Erstellung einer Richtlinie zur Regelung der Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Medizinischen Diensten.

Nummer 3 sieht eine Richtlinienkompetenz auch für die Durchführung von Strukturprüfungen vor, die über den Einzelfall hinausgehen.

¹ Die Bildung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird von den Trägern des MDS abgelehnt. Siehe hierzu die gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände zum GKV-WSG.

Nummer 4 regelt Fragen zur einheitlichen Qualitätssicherung der Beratung und Begutachtung und zum Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen.

Um die Tätigkeit der Medizinischen Dienste in der Beratung und Begutachtung sowie deren Ergebnisse für die Krankenversicherung, aber auch für Politik und Öffentlichkeit abzubilden, erstellt der MDS bisher Statistiken. Erhebungsumfang und -form sind derzeit abhängig von der Bereitschaft eines jeden MDK, Daten dem MDS auf freiwilliger Basis zur Verfügung zu stellen, was nicht immer zu einheitlichen Verfahren geführt hat. Es ist deshalb zur Sicherung vergleichbarer Statistiken und einer effizienten Datenerhebung geboten, in Analogie zum Bereich der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 53 a Satz 1 Nr. 3 SGB XI) in einer Richtlinie nach Nummer 5 Klarheit über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken zu schaffen.

Nummer 6 nimmt die bislang schon im § 282 enthaltene Kompetenz der Spitzenverbände zum Abschluss einer Richtlinie über die Qualifizierung der Gutachterinnen und Gutachter im Rahmen der bundesweiten Fort- und Weiterbildung durch den MDS auf.

Die Funktion von Richtlinien ist es, dass sie von allen MDK und den Krankenkassen umgesetzt werden. Deshalb bedürfen Richtlinien entsprechender Akzeptanz. Satz 2 legt deshalb fest, dass Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vorbereitet und damit nicht einseitig vorgegeben werden. Dieses Vorgehen fördert zugleich die Praktikabilität und Umsetzbarkeit der Richtlinien.

Satz 3 schließlich stellt klar, dass die Richtlinien für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Krankenkassen verbindlich sind und damit umgesetzt werden müssen. Die Verbindlichkeit auch für die Krankenkassen an dieser Stelle in Satz 3 hervorzuheben korrespondiert mit der Regelung in § 210, nach der die Richtlinien für die Verbände und ihre Mitgliedschaften verbindlich sind.

Satz 4 nimmt die bisherige Regelung im § 282 Satz 4 auf.