Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(1)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -
MDK-Reformgesetz
25.09.2019

Bundes Psychotherapeuten Kammer

Stellungnahme

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

(BT-Drs. 19/13397)

25.09.2019

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
Fax: 030. 278 785 - 44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung ... 3

2. Prüfung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes ... 4

Artikel 1 Nummer 23 (§ 275d SGB V) ... 4

2.1. Beabsichtigte Neuregelung ... 4
2.2. Stellungnahme ... 4
2.3. Änderungsvorschlag ... 4

3. Wahrnehmung der Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes ... 4

Artikel 1 Nummer 25 (§ 278 Absatz 2 SGB [neu] V) ... 4

3.1. Beabsichtigte Neuregelung ... 4
3.2. Stellungnahme ... 5
3.3. Änderungsvorschlag ... 5

4. Besetzung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes ... 6

Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 [neu] SGB V) ... 6

4.1. Beabsichtigte Neuregelung ... 6
4.2. Stellungnahme ... 6
4.3 Änderungsvorschlag ... 7

5. Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund ... 7

Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Absatz 2 [neu] SGB V) ... 7

5.1. Beabsichtigte Neuregelung ... 7
5.2. Stellungnahme ... 8
5.3. Änderungsvorschlag ... 9

6. Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des Personals im OPS und Weiterentwicklung zur Qualitätssicherung ... 10

Artikel 1 Nummer 29a und c (§ 301 Absatz 2 SGB V) ... 10

6.1. Beabsichtigte Neuregelung ... 10
6.2. Stellungnahme ... 10
6.3. Änderungsvorschlag ... 11

1. Einleitung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt ausdrücklich die angestrebte größere Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und betrachtet das neue Organisationskonzept als zielführend.

Die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste soll u. a. dadurch gestärkt werden, dass Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die organisatorischen Strukturen der Medizinischen Dienste integriert werden. Die BPtK ist überzeugt, dass die Berücksichtigung der Leistungserbringersicht zu einer unabhängigen und fachlich hochwertigen Beratungs- und Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste beitragen kann. Neben dem ärztlichen und pflegerischen Sachverstand ist auch der psychotherapeutische Sachverstand bei der Neustrukturierung der Medizinischen Dienste unverzichtbar.

Entsprechend des Beitrags, den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Gesundheitsversorgung leisten, sollten die Landespsychotherapeutenkammern neben den Landesärztekammern sowie Verbänden der Pflegeberufe bei der Benennung des Verwaltungsrats der Medizinischen Dienste berücksichtigt werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer sollte zudem bei der Erstellung von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Der Gesetzentwurf trägt auch den Veränderungen in den Gesundheitsberufen Rechnung, indem er den Kreis der für die Wahrnehmung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Berechtigten um die Gesundheitsberufe erweitert, die bereits heute in den Medizinischen Diensten tätig sind. Neben Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsberufen sind dies auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Gemäß ihrer Qualifikation als akademischer Heilberuf nimmt diese Berufsgruppe verantwortliche Aufgaben der Begutachtung und Beratung im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen wahr. Sie sollten deshalb explizit Erwähnung finden.

Änderungsbedarf sieht die BPtK darüber hinaus bei den Regelungen zur Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Es sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass bei der Weiterentwicklung Merkmale in den OPS aufgenommen werden sollen, die vor allem dem Zweck der Qualitätssicherung dienen, z. B. Patientenmerkmale oder inhaltliche Beschreibungen von Leistungen.

Die weiteren strukturellen und organisatorischen Regelungen des Gesetzentwurfs können dazu beitragen, dass der Prüfaufwand in den Krankenhäusern sowie Abrechnungsstreitigkeiten verringert werden. Die damit verbundene Reduzierung des bürokratischen Aufwands bedeutet auch wieder mehr Zeit für die Patientenversorgung.

2. Prüfung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes

Artikel 1 Nummer 23 (§ 275d SGB V)

2.1. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der Medizinische Dienst die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung von OPS-Komplexbehandlungskodes vorab und außerhalb von Einzelfallprüfungen überprüft. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

2.2. Stellungnahme

Die BPtK begrüßt, dass die Prüfung der Erfüllung von Strukturmerkmalen in OPS-Komplexkodes zukünftig vorab erfolgen soll und damit der Aufwand, der durch Einzelfallprüfungen entsteht, entfällt und mehr Planungssicherheit in Bezug auf die Abrechenbarkeit von bestimmten Leistungen für die Krankenhäuser entsteht. Dies betrifft auch die Leistungserbringung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, da die OPS-Kodes in diesem Geltungsbereich in besonderem Maße Strukturmerkmale enthalten, deren Prüfung im Einzelfall in der Vergangenheit zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand geführt hat, der letztlich auch zulasten der Patientenversorgung gegangen ist.

2.3. Änderungsvorschlag

Keiner

3. Wahrnehmung der Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes

Artikel 1 Nummer 25 (§ 278 Absatz 2 SGB [neu] V)

3.1. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung legt fest, dass die Fachaufgaben der Medizinischen Dienste von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen werden sollen. Bei Begutachtungen, an denen unter-

schiedliche Berufsgruppen beteiligt sind, soll unabhängig von der Beteiligung anderer Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegen.

3.2. Stellungnahme

Bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung arbeiten bereits heute Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Sie verfügen über eine Approbation und sind damit zur Ausübung der Heilkunde befähigt. Sie können psychische Erkrankungen diagnostizieren, Indikationen stellen und behandeln. In der vertragsärztlichen Versorgung sind sie den Fachärztinnen und Fachärzten gleichgestellt.

Bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung nehmen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten deshalb vielfältige Aufgaben wahr. Sie beraten den GKV-Spitzenverband zu Fragen im Zusammenhang mit der Psychotherapie-Richtlinie und zur ambulanten Psychotherapie im Allgemeinen. Auch Fragen zum Kostenerstattungsverfahren Psychotherapie werden von ihnen beantwortet. Im stationären Bereich beziehen sich ihre gutachterlichen Tätigkeiten u. a. auf die Beurteilung stationärer Behandlungsbedürftigkeit oder die Prüfung von Leistungsvoraussetzungen für die Abrechnung von OPS-Kodes. Aus diesen Gründen sollten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neben den Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegefachkräften ausdrücklich bei den Berufsgruppen, die die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahrnehmen, benannt werden und bei ausschließlich psychotherapeutischen Sachverhalten die Gesamtverantwortung übernehmen können.

3.3. Änderungsvorschlag

§ 278 Absatz 2 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

> *„(2) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten,* ***Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,*** *Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.* ***Bei der Begutachtung ausschließlich psychotherapeutischer Sachverhalte kann die Gesamtverantwortung auch bei Psychotherapeutinnen***

und Psychotherapeuten liegen. *§ 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.“*

4. Besetzung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes

Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 [neu] SGB V)

4.1. Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes soll zukünftig aus 23 Mitgliedern bestehen, von denen 16 Mitglieder von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Krankenkassen gewählt werden. 7 Mitglieder sollen von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde benannt werden, davon 5 Mitglieder auf Vorschlag der Patientenvertretung sowie 2 Mitglieder jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landesärztekammern sowie der Landespflegekammern oder maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe. Die Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen erhalten kein Stimmrecht.

4.2. Stellungnahme

Die BPtK begrüßt, dass die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste auch durch eine veränderte Besetzung des Verwaltungsrats unterstützt werden soll. Insbesondere auch die Aufnahme der Patientenvertretung sowie das Vorschlagsrecht der von der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes besonders betroffenen Berufsgruppen findet die Zustimmung der BPtK. Befürwortet wird ebenfalls, dass die hälftige Vertretung durch Frauen erfolgen soll.

Neben Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegeberufen sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als eigener Heilberuf an der Versorgung psychisch kranker Menschen maßgeblich beteiligt. Auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit bestimmten somatischen Erkrankungen, wie z. B. onkologischen Erkrankungen oder Diabetes mellitus, kann die Berücksichtigung psychischer Komorbiditäten eine wichtige Rolle spielen. Insofern sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei Fragen der Versorgung im Bereich psychischer und auch somatischer Erkrankungen von den Aufgaben der Medizinischen Dienste betroffen. Neben den Verbänden der Pflegeberufe und der Landesärztekammern sollten deshalb auch die Landespsychotherapeutenkammern beim Vorschlagsrecht der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für die Besetzung des Verwaltungsrats berücksichtigt und die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsan-

gehörigen von zwei auf drei erhöht werden. Die Ergänzung wirkt sich aufgrund der Verweisung in § 282 Absatz 2 Nummer 3 (neu) SGB V mittelbar auch auf die Wahl des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes Bund aus.

4.3 Änderungsvorschlag

§ 279 Absatz 3 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(3) Der Verwaltungsrat besteht aus **~~23~~ 24** Vertretern. (…)“*

§ 279 Absatz 5 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(5) **~~Sieben~~ Acht** Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon*
1. fünf 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 im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene sowie
*2. **~~zwei~~ drei** Vertreter **~~jeweils zur Hälfte~~ anteilig** auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene**, ~~und~~** der Landesärztekammern **und der Landespsychotherapeutenkammern**.“*

5. Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Absatz 2 [neu] SGB V)

5.1. Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) soll die Kompetenz zum Erlass von Richtlinien erhalten. Vor dem Erlass von Richtlinien sind der GKV-Spitzenverband, die Bundesärztekammer, die Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Patientenvertretung, die Vereinigungen der Leistungserbringer, die maßgeblichen Verbände und Fachkreise sowie der Bundesbeauftragte für den Datenschutz anzuhören, soweit sie von der konkreten Richtlinie betroffen sind.

5.2. Stellungnahme

Die BPtK begrüßt, dass die Richtlinienkompetenz auf den MD Bund übergehen soll. Die Regelung ist redaktionell dahingehend zu ergänzen, dass auch die Bundespsychotherapeutenkammer in den Kreis der Stellungnahmeberechtigten aufgenommen wird.

Laut der Gesetzesbegründung sollen die wesentlichen von den Richtlinien betroffenen Beteiligten zu einer Stellungnahme berechtigt sein. Bei der Bestimmung der Anhörungsberechtigten hat der Gesetzgeber sich, wie in der Gesetzesbegründung erläutert, an den Verfahrensregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) orientiert. Das ist sachgerecht. Die Stellungnahmerechte bei Beschlüssen des G-BA ergeben sich insbesondere aus §§ 91, 92 SGB V. § 91 Absatz 5 SGB V legt allgemein fest, dass bei Beschlüssen des G-BA die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer bzw. die Bundeszahnärztekammer immer dann ein Stellungnahmerecht haben, wenn die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten berührt ist. § 92 berechtigt bestimmte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Herstellerinnen und Hersteller (z. B. die maßgeblichen Organisationen der Hebammen, der häuslichen Krankenpflege oder der Hospizarbeit) zur Abgabe einer Stellungnahme bei ausgewählten Richtlinien. Die Parallelvorschrift für die Richtlinien des MD Bund sollte entsprechend angepasst werden und die Bundespsychotherapeutenkammer als Stellungnahmeberechtigte einbeziehen.

Die Richtlinien des Medizinischen Dienstes als Grundlagen der MDK-Begutachtungen betreffen auch die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

So finden die Begutachtungsanleitungen zu stationären Leistungen sowie zu den Anspruchsvoraussetzungen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auch Anwendung im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen. So betrifft z. B. die Arbeitshilfe „Begutachtung des OPS-Komplexkodes Multimodale Schmerztherapie“ Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzstörungen, bei denen Psychotherapie ein unverzichtbarer Bestandteil der multimodalen Behandlung ist.

Ein weiteres Beispiel ist die Begutachtungsanleitung „Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V“. Ambulante Soziotherapie ist eine koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke und kann gemäß der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA auch zeitgleich mit einer Psychotherapie stattfinden. In der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes gibt es diesbezüglich jedoch missverständliche Ausführungen, die in der Anwendung zu Fehlinterpretationen und unzuläs-

sigen Leistungsausschlüssen führen können und unter Einbeziehung psychotherapeutischen Sachverstands hätten vermieden werden können. So heißt es zum einen, dass ambulante Psychotherapie nicht *überwiegend gleichzeitig* mit Soziotherapie in Anspruch genommen werden dürfe, was den Eindruck erweckt, dass ambulante Psychotherapie eigentlich die Leistung Soziotherapie ausschließt. Zum anderen heißt es, wenn ein Versicherter bzw. eine Versicherte ausreichend motiviert und belastbar sei, um eine ambulante Psychotherapie eigenständig in Anspruch nehmen zu können, sei keine Indikation zur Verordnung von Soziotherapie gegeben. Dies ist insoweit missverständlich, dass die Inanspruchnahme der Psychotherapie ggf. regelhaft gelingt, aber die Soziotherapie für die Inanspruchnahme von ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen immer noch erforderlich sein kann.

Darüber hinaus können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zukünftig von Begutachtungsrichtlinien zur Strukturprüfung betroffen sein, sofern diese auch für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik gelten, da sie neben Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften zu den maßgeblichen Berufsgruppen in diesen Einrichtungen zählen.

5.3. Änderungsvorschlag

§ 283 Absatz 2 Satz 2 (neu) SGB V ist wie folgt zu fassen:

> *„Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:*
> *1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,*
> *2. der Bundesärztekammer**, der Bundespsychotherapeutenkammer,** den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,*
> *3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,*
> *4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und*
> *5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.“*

6. Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des Personals im OPS und Weiterentwicklung zur Qualitätssicherung

Artikel 1 Nummer 29a und c (§ 301 Absatz 2 SGB V)

6.1. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass das DIMDI in den OPS-Kodes verbindliche Voraussetzungen für die Abrechnung festlegt und sich für die Festlegung der OPS-Kodes eine Verfahrensordnung gibt. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und soll im Internet auf der Seite des DIMDI veröffentlicht werden.

6.2. Stellungnahme

Die BPtK begrüßt, dass mit der vorgeschlagenen Änderung festgeschrieben wird, dass auch Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des Personals in den OPS-Kodes als Voraussetzung für die Leistungserbringung festgelegt werden können. Aus Gründen der Rechtsklarheit sollte dies jedoch ausdrücklich im Gesetz klargestellt werden.

Neben der Frage, ob auch Anforderungen an die Strukturqualität in den OPS-Kodes verankert werden können, wird bei der Weiterentwicklung des OPS immer wieder angezweifelt, inwieweit Merkmale, die vor allem dem Zweck der Qualitätssicherung dienen, z. B. Patientenmerkmale oder inhaltliche Beschreibungen von Leistungen, Aufnahme in den OPS finden sollen. Diese Frage stellt sich insbesondere für die OPS-Kodes zur Anwendung in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG (Psychiatrische und Psychosomatische Einrichtungen). Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-SV, PKV und DKG) beauftragt, jährlich gemeinsame Vorschläge für den Operationen- und Prozedurenschlüssel für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu machen (§ 9 Absatz 7 Bundespflegesatzverordnung). Er hat damit das Ziel verfolgt, den OPS so weiterzuentwickeln, dass er geeignet ist, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen herzustellen – auch unter Berücksichtigung der in hochwertigen Leitlinien beschriebenen Standards – und damit ebenfalls zu Zwecken der Qualitätssicherung nutzbar wird. Auch das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit nennt Aspekte der Qualitätssicherung als einen Grund für die Aufnahme neuer OPS-Schlüssel (siehe Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS, Fassung vom 19. Februar 2019).

Die Erfahrungen mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des OPS im Rahmen des Vorschlagsverfahrens beim DIMDI aus den vergangenen Jahren haben jedoch gezeigt, dass dieses Ziel aufgrund der divergierenden Interessen der Beteiligten und aufgrund unzureichender inhaltlicher Rahmenvorgaben nicht erreicht wurde. Die BPtK schlägt deshalb vor, in § 301 Absatz 2 Satz 4 (neu) zu ergänzen, dass in den OPS-Kodes auch Merkmale, die (ausschließlich) zu Zwecken der Qualitätssicherung genutzt werden, festgelegt werden sollen.

Um zu gewährleisten, dass die in § 301 Absatz 2 Satz 3 (neu) festgelegten Anforderungen in OPS-Kodes auch im Rahmen des Verfahrens zur Weiterentwicklung des OPS umgesetzt werden, sollte in der Verfahrensordnung ausdrücklich geregelt sein, wie diese Ziele erreicht werden können.

6.3. Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 2 Sätze 3 und 4 (neu) SGB V werden wie folgt gefasst:

> *„In dem Schlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.* ***Hierzu gehören insbesondere strukturelle Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung sowie weitere Merkmale zur Qualitätssicherung.“***

§ 301 Absatz 2 Satz 6 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

> *„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach Satz 2 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information* ***unter Berücksichtigung der Anforderungen zur Qualitätssicherung nach § 301 Absatz 2 Satz 3*** *eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“*

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(10.1)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
10.10.2019

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 10. Oktober 2019

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz BT-Drs. 19/13397

Inhalt

I. Vorbemerkung 3

II. Kommentierung im Detail 6

Krankenhausabrechnungsprüfung 6

1. Aufrechnungsverbot 6
2. Einführung quartalsbezogener Prüfquoten 8
   - 2.1 Erhöhung der Prüfquoten und Einführung einer Konvergenzregelung 9
   - 2.2 Verbindliche Frist zur Rechnungslegung durch die Krankenhäuser 11
   - 2.3 Prüffrist für Krankenkassen anpassen 12
   - 2.4 Stichtagsregelung aufnehmen - Prüfquote nur für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.01.2020 13
   - 2.5 Prüfverbünde als Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a SGB X ermöglichen 13
   - 2.6 Sanktionsmechanismen optimieren 14
3. Stärkung der Prüfverfahrensvereinbarung 16

Neuordnung der Medizinischen Dienste 17

1. Neugestaltung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste 17
2. Errichtung des Medizinischen Dienstes Bund 18

Übertragung der Richtlinienkompetenzen vom Spitzenverband Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen auf den Medizinischen Dienst Bund 20

Fixkostendegressionsabschlag 23

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) sieht sowohl eine Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung als auch weitreichende Änderungen in den Strukturen der Medizinischen Dienste vor. Die vor allem in letzter Zeit stark in die politische Öffentlichkeit geratenen strittigen Kodier- und Abrechnungsfragen sollen künftig vermieden, die Medizinischen Dienste vor allem unabhängiger, transparenter und patientenorientierter agieren. Auch wenn die Betriebskrankenkassen die Zielsetzungen des Gesetzentwurfes teilen, sehen sie bei den zur Zielerreichung gewählten Instrumenten (teilweise sogar erheblichen) Nachbesserungsbedarf. Grundsätzlich abzulehnen sind sowohl die Vorgabe einer Prüfquote bei der Krankenhausabrechnungsprüfung als auch Regelungen, die die Gestaltungsautonomie der sozialen Selbstverwaltung weiter einschränken.

Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfung

Eindeutig abzulehnen ist die vorgesehene erhebliche Reduktion der bisherigen Prüfmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen: So soll die zulässige Prüfquote pro Quartal im Jahr 2020 nur noch maximal zehn Prozent betragen. Ab dem Jahr 2021 soll die Obergrenze der pro Quartal zulässigen Prüfquote dann abhängig sein vom Anteil der korrekten Abrechnungen eines Krankenhauses im vorvergangenen Quartal. Dies ist ein richtiger Weg, um Anreize für eine korrekte Abrechnung zu setzen. Allerdings ist die vorgesehene, maximale Prüfquote von 15 Prozent zu niedrig angesetzt – sollte die Politik an einer Prüfquote festhalten wollen. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes bedeutet allein eine Prüfquote von zehn Prozent eine Mehrbelastung der GKV, konkret der Versicherten, von mindestens 1,2 Mrd. Euro.

Auch wenn in der Debatte um die Krankenhausabrechnungsprüfungen der Eindruck erweckt wird, die gesetzlichen Krankenkassen würden diese willkürlich durchführen, setzten sie damit in Wahrheit die gesetzlich verankerte Verpflichtung um. Hintergrund ist das Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 12 SGB V. Danach dürfen Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht erbracht werden und die Krankenkassen dürfen diese Leistungen nicht bezahlen.

Durch die Abrechnungsprüfung soll die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten, die entsprechend hierfür aufkommen muss, vor Schäden durch falsche Abrechnungen geschützt werden. Zahlen der MDK-Gemeinschaft zeigen, dass aktuell etwa jede fünfte Krankenhausrechnung geprüft wird. In den letzten Jahren habe sich dabei regelmäßig gezeigt, dass jede zweite geprüfte Rechnung fehlerhaft sei. Damit ist noch kein Gesamtüberblick über den Anteil tatsächlich falsch abgerechneter Behandlungen gegeben, was in der derzeitigen Diskussion berücksichtigt werden sollte.

Aktuell beträgt das Rückzahlungsvolumen, das die Krankenkassen im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfungen von den Krankenhäusern zurückfordern, ca. 3 Mrd. Euro jährlich. In diesem Umfang

werden demnach jährlich Ausgaben für stationäre Behandlungen durch die Korrektur der Rechnung zu Gunsten der Solidargemeinschaft zurückgefordert. Dies entspricht 0,23 Beitragssatzpunkten für die Versicherten. Zwar mögen Krankenhäuser z.B. auf Grund der unzureichenden Investitionskostenfinanzierungen der Länder finanziell getrieben sein, über Methoden wie eine Abrechnungsoptimierung die notwendigen Finanzmittel zu generieren. Dies sollte jedoch in ehrlichen Strukturdebatten adressiert und nicht auf dem Rücken der GKV-Versicherten ausgetragen werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen fordern seit Jahren, die Qualität der Abrechnungen der Krankenhäuser durch geeignete Anreize zu verbessern. Denn bislang fehlt der ökonomische Anreiz für Krankenhäuser korrekt abzurechnen. Eine Sanktionierung der Falschabrechnung, die Verbindlichkeit der Rechnungsstellung, eine Begrenzung der Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus und eine Abgrenzung der Prüfregime in Bezug auf Strukturprüfungen sowie fristbesetzte verbindliche Regelungen zum Datenaustausch sind dabei zentrale Elemente. Darüber hinaus sollte als Reaktion auf den Bericht des Bundesrechnungshofes aus dem letzten Jahr ein gesetzliches Verbot der pauschalen Abrechnungsvereinbarungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus umgesetzt werden. Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der vorliegende Gesetzentwurf diese Punkte aufgreift.

Im Zusammenhang mit der Neufassungen der Krankenhausabrechnungsprüfung, sollte der Gesetzgeber an diesen festhalten, möchten die Betriebskrankenkassen mit der vorliegenden Stellungnahme insbesondere auf die folgenden Punkte hinweisen bzw. die folgenden Änderungen anregen:

- Die Krankenkassen werden praktisch nicht die Möglichkeit haben, die maximal zur Verfügung stehenden Prüfquoten auch praktisch umzusetzen. Prüfbar sind nur „ganze“ Abrechnungen.
- Es ist zwar nachvollziehbar, dass über verschiedene Maßnahmen Prüfanlässen entgegengewirkt werden soll. Diese Maßnahmen greifen jedoch nur zeitlich verzögert bzw. gestaffelt. Für die ersten Jahre in einem neuen Prüfregime schlagen die Betriebskrankenkassen daher einige Anpassungen bzw. eine Konvergenzregelung in Bezug auf die Höhe der Prüfquoten vor.
- Innerhalb des neuen Prüfregimes mit vorgegebenen quartalsbezogenen Prüfquoten ist nach Auffassung der Betriebskrankenkassen auch eine verbindliche Frist zur Rechnungslegung durch die Krankenhäuer erforderlich. Ansonsten besteht die Gefahr strategischen Verhaltens zur Reduzierung der Prüfmöglichkeiten.
- In diesem Sinne sollte auch die Prüffrist der Krankenkassen weiter verlängert werden, von nunmehr drei auf vier Monate.
- Ebenfalls muss klargestellt werden, dass eine Prüfquote nur für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.01.2020 gilt.
- Letztlich ist nach Auffassung der Betriebskrankenkassen auch der Nachteil kleinerer Krankenkassen weiter zu reduzieren: Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass Krankenkassen

als Prüfgemeinschaften ihre ihnen einzeln zustehenden Prüfkontingente freiwillig bündeln und gemeinsam nutzen.

- Die vorgesehene und grundsätzlich zu begrüßende Sanktionierung festgestellter falscher Abrechnungen sollte so ausgestaltet werden, dass sie einen sinnvollen Höchst-, aber auch Mindestbetrag vorsieht. Auch für das Jahr 2020 sollte als Anreiz zur korrekten Abrechnung bereits ein (fixer) Sanktionsbetrag vorgesehen werden.
- Die Betriebskrankenkassen lehnen ab, dass die Krankenkassen mit dem Gesetzentwurf die Möglichkeit der Aufrechnung von Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen verlieren. Damit entfällt ein bewährtes Instrument, um Klagen zu vermeiden und zu einer schnellen Beilegung von strittigen Abrechnungsfragen zu gelangen. Ein grundsätzliches Verbot der Möglichkeit der Aufrechnung lehnen die Betriebskrankenkassen daher strikt ab. Das Instrument der Aufrechnung sollte vielmehr für bestimmte Fallkonstellationen auch weiterhin gezielt genutzt werden können.

Änderungen in den Strukturen der Medizinischen Dienste

Die Schwächung des Prinzips der sozialen Selbstverwaltung, die die Betriebskrankenkassen entschieden ablehnen, spiegelt sich insbesondere in der künftigen Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste wider. Zwar hat der Gesetzgeber im Vergleich zum Referentenentwurf Anpassungen vorgenommen, jedoch sprechen sich die Betriebskrankenkassen weiterhin dagegen aus, dass Beschäftigte der Krankenkassen oder ihrer Verbände überhaupt nicht und Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände nur unter Wahrung einer 12monatigen Karenzzeit in die Verwaltungsräte gewählt werden können. Damit fehlen zum einen Personen mit operativer Erfahrung und Expertise im Hinblick auf die Bedarfe der Versicherten. Zum anderen bringen gerade die ehrenamtlichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter sowohl die Erfahrungen aus der berufspraktischen Perspektive als auch aus ihrer Arbeit in den Verwaltungsräten der Krankenkassen mit. Der Anspruch des Gesetzgebers nach einer Professionalisierung der Arbeit der Medizinischen Dienste wird somit konterkariert. Auch halten die Betriebskrankenkassen eine anderweitige Öffnung hin zu Organisationen von Betroffenen und Pflegebedürftigen für sinnvoll.

II. Kommentierung im Detail

Krankenhausabrechnungsprüfung

1. Aufrechnungsverbot

(§ 109 Absatz 6 SGBV)

Die Betriebskrankenkassen lehnen das geplante Verbot der Aufrechnung von Rückforderungsansprüche der Krankenkassen gegen Krankenhäuser wegen überzahlter Vergütungen mit Rückforderungsansprüchen gegen Forderungen des Krankenhauses ab.

Die angeführten Argumente, Aufrechnungen führten zu Liquiditätsprobleme in Krankenhäusern, treffen aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht zu. Teilweise entsteht in der öffentlichen Debatte der Eindruck, dass Rechnungen, die sich im Nachhinein als fehlerhaft herausstellen, von der Krankenkasse nie bezahlt worden wären und Krankenhäuser auf ihre Vergütung warten müssten. Dies ist nicht der Fall.

Rechnungen werden nach Rechnungsstellung von der Krankenkasse zunächst vollständig bezahlt. Wenn sich allerdings im Nachhinein – etwa unterstützt durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) – herausstellt, dass eine vom Krankenhaus abgerechnete Leistung nicht oder nicht vollständig der Höhe nach begründet war, ist es nur folgerichtig, dass das Krankenhaus den zu viel erhaltenen Betrag an die Krankenkasse zurückbezahlt. Dies kann aktuell z.B. über die Kürzung des Auszahlungsbetrages einer neuen unstrittigen Rechnung auf einfachem Wege erfolgen. Aufrechnungen sind daher lediglich eine Form der Rückzahlung von Vergütungen, für dessen in Rechnungstellung es nach Prüfung keine Grundlage gab.

Das Instrument der Aufrechnung wird insbesondere dann genutzt, wenn Krankenhäuser nach einer bestimmten Frist nicht auf die Rechnungskorrektur reagieren und eine aktive Rückzahlung durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen unterbleibt. Für ausstehende Zahlungen werden durch die Krankenkasse keine Zinszahlungen geltend gemacht. Allerdings bedarf es vielmehr einer festgelegten Reaktionszeit, damit Krankenkassen Planungssicherheit haben. Ein solches Verfahren, welches sich auch derzeit in der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes widerspiegelt, erhöht die Disziplin im Sinne der Durchführung einer stringenten Abrechnungsprüfung auf beiden Seiten. Zudem setzt es sowohl einen Anreiz für eine schnelle und effiziente Beilegung von Prüffällen, als auch für eine wirtschaftliche Abarbeitung dieser Fälle.

Ein Aufrechnungsverbot hätte somit zur Folge, dass Anreize für ein aktives Mitwirken der Krankenhäuser an Rechnungskorrekturen und Rückzahlungen zu viel erhaltener Vergütung fehlen. Eine rein „freiwillige“ Vereinbarung zur Aufrechnung, so wie im Gesetzentwurf nunmehr vorgeschlagen, wird nicht

zum Tragen kommen. Dies gilt auch für die Vereinbarung zur Nutzung des Instrumentes der Aufrechnung etwa für Kleinstbeträge, offensichtliche Formfehler in der Rechnung etc. Die Krankenkassen müssten damit auch in diesen Fällen den Klageweg bestreiten.

Ein effizientes Abrechnungsverfahren setzt Anreize und Maßnahmen voraus, die mit dem Aufrechnungsverbot nunmehr wegfallen sollen. Die vorgesehene Regelung ist daher zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch am grundsätzlichen Aufrechnungsverbot festhalten wollen, sollte das Instrument Aufrechnung aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch eingeschränkt für bestimmte Konstellationen auch weiterhin genutzt werden können.

So bietet es sich an, die Möglichkeit der Aufrechnungen etwa in Verbindung mit der geplanten Einführung eines Falldialogs vor Klageerhebung (§17c Absatz 2b und § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 KHG) vorzusehen: So soll eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nach dem Willen des Gesetzgebers künftig nur möglich sein, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Auch diese Fälle sollten der Aufrechnung zugänglich sein. Zudem sollten die Fälle, die im Vorverfahren (Prüfverfahrensvereinbarung; siehe auch Kommentierung zu § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 KHG) erledigt werden, mittels Aufrechnung abgeschlossen werden können.

<u>Änderungsvorschlag:</u>

Streichung des neuen § 109 Absatz 6 SGB V

<u>Hilfsweise Änderung:</u>

§ 109 Absatz 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, die nach dem 1. Januar 2020 entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden**. Satz 1 gilt nicht für Ansprüche auf Rückforderungen, die nach § 17c Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erörtert wurden.“***

2. Einführung quartalsbezogener Prüfquoten

(§ 275c Absatz 2 SGBV)

Eine Begrenzung der Krankenhausabrechnungsprüfung mittels Prüfquoten bedeutet eine deutliche Einschränkung der Prüfmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zum Umfang der aktuell notwendigen Abrechnungsprüfung. Die begrenzten Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung führen zu einem Verbleib von zu Unrecht geleisteten Beitragsmitteln bei den Krankenhäusern, die zu beitragssatzrelevanten Mehrbelastungen bei den Krankenkassen führen.

Die vom Gesetzgeber vorgesehene maximale Prüfquote von 10 % pro Krankenhaus im Jahr 2020 unterschreitet deutlich die bisherige durchschnittliche Prüfquote über alle gesetzlichen Krankenkassen von mehr als 17 % (Datenzusammenführung für das Jahr 2017). Die fehlende Möglichkeit, in adäquatem Umfang Falschabrechnungen zu retaxieren, führt im Jahr 2020 zu Mehrausgaben der GKV von mindestens 1,2 Mrd. Euro.

Die Einschränkungen der Krankenhausabrechnungsprüfung der Krankenkassen durch Prüfquoten setzen gegenüber den Krankenhäusern zudem falsche ökonomischen Anreize. So mindert dies einerseits die Motivation der Krankenhäuser zu einer qualitativ hochwertigen und fehlerfreien Krankenhausabrechnung aufgrund der Tatsache, dass Falschabrechnungen in einem deutlich geringeren Anteil durch die Krankenkassen auffällig gestellt werden können. Gleichzeitig ermutigt es Krankenhäuser, erlösoptimierende Abrechnungsstrategien zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwenden.

Es besteht aus Sicht der Betriebskrankenkassen keinerlei Anlass anzunehmen, dass durch die Einführung von Sanktionszahlungen ab dem Jahr 2021 sich diese falsche Anreizsystematik grundlegend ändert. So lange die Summe der zusätzlich möglichen Erlöse durch nicht beanstandeter Falschabrechnung die Summe der zu leistenden Sanktionszahlungen überschreitet, besteht für die Krankenhäuser kein Grund zur Unterlassung von Falschabrechnung.

Die Betriebskrankenkassen lehnen aus den dargelegten Gründen jegliche Regelung zur Kontingentierung der Abrechnungsprüfung grundsätzlich ab.

<u>Änderungsvorschlag:</u>

Streichung des § 275c Absatz 2 SGB V

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung eines Prüfkontingents festhält, sprechen sich die Betriebskrankenkassen für nachstehende hilfsweise Änderungen und Ergänzungen aus:

2.1 Erhöhung der Prüfquoten und Einführung einer Konvergenzregelung

(§ 275c Absatz 2 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen sehen die im Gesetzentwurf vorgesehene Höhe der Prüfquoten grundsätzlich, aber insbesondere für das Jahr 2020, als unzureichend an. So werden

a. die im Gesetzentwurf geplanten Prüfquoten nur theoretisch erreicht werden können und

b. die vom Gesetzgeber vorgesehenen ergänzenden Regelungen zur Entlastung der Einzelfallprüfung mit erheblicher zeitlicher Verzögerung wirken.

a. Reale Prüfquote ist zu berücksichtigen

Die Regelung, dass im Jahr 2020 nicht mehr als zehn Prozent der Abrechnungen eines Quartals geprüft werden dürfen, suggeriert gleichzeitig, dass die Krankenkassen auch praktisch die Möglichkeit besitzen, zehn Prozent der Abrechnungen eines Quartals zu prüfen.

Diese Möglichkeit ist allerdings immer nur dann gegeben, wenn die Anzahl der Abrechnungen innerhalb eines Quartals durch zehn teilbar ist. In allen anderen Fällen kann die den Krankenkassen zugestandene Prüfquote von zehn Prozent praktisch überhaupt nicht realisierten werden.

Ursächlich für diesen Tatbestand ist, dass nur „ganze“ Abrechnungen geprüft werden können. Rechnet ein Krankenhaus mit einer Krankenkasse in einem Quartal z.B. 39 Fälle ab, ist die Krankenkasse nach dem vorliegenden Gesetzentwurf faktisch berechtigt, drei Fälle zu überprüfen. Dies entspricht einer realen Prüfquote von 7,7 %.

Die zusätzliche Prüfung einer weiteren Abrechnung in der Größenordnung von 0,9 Abrechnungen, wie sie sich aus der Quote von zehn Prozent ergibt, ist praktisch nicht umsetzbar. Dies bedeutet, dass die zehnprozentige Prüfquote fast durchgehend in der Prüfpraxis unterschritten wird.

Um den Krankenkassen also eine reale Prüfquote von 10 % in 2020 bzw. 5 %, 10 % oder 15 % ab 2021 überhaupt zu ermöglichen, sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Prüfquoten entsprechend zu erhöhen (z.B. im Jahr 2020 auf 15 %).

b. Konvergenzregelung zur Umsetzung von Prüfquoten

Gemeinsam mit Einführung der Prüfquoten sieht der Gesetzgeber im Rahmen des MDK-Reformgesetzes verschiedene Regelungen vor, die darauf abzielen sollen, dem Entstehen von Prüfanlässen entgegenzuwirken bzw. diese auszuschließen. Dazu zählt insbesondere die Neuorganisation der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V, die Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern nach § 115b SGB V sowie die Stärkung der Rolle des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Diese gesetzlichen Maßnahmen werden jedoch mit Blick auf die Reduktion von Einzelfallprüfungen erst schrittweise im Verlauf der Jahre 2020 bis 2022 wirken:

- Der Schlichtungsausschuss entscheidet erst bis zum 31.12.2020 über die bis Ende 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.
- Die Umsetzung der Neuregelungen zur Strukturprüfung ist erst ab dem Jahr 2021 vorgesehen.
- Die Vereinbarung eines Kataloges ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und Behandlungen sowie eine Vereinbarung über eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte sind erst bis zum 30.06.2021 zu schließen.

Der vom Gesetzgeber durch diese Maßnahmen vorgesehene Rückgang von Prüfanlässen wird somit weit überwiegend erst im oder nach dem Jahr 2021 umgesetzt werden können. Im Jahr 2020 besteht also noch nachhaltiger Prüfbedarf für die damit verbundenen Fragestellungen.

Gleichzeitig sollten die potenziellen Minderungen von Prüffällen durch diese Maßnahmen nicht überbewertet werden. So beträgt der Anteil der Prüfungen zwecks primärer Fehlbelegung (adressiert durch die Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern nach § 115b SGB V) und Strukturprüfung als Einzelfallprüfung (adressiert durch die Neuorganisation der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V) jeweils nur ca. ein Zehntel der von den Krankenkassen durch den MDK geprüften Fälle.

Um die realen Prüfquoten sowie Auswirkungen und das Zusammenwirken der tatsächlichen sowie jeweiligen auch zeitlich gestaffelt wirkenden gesetzlichen Maßnahmen zur Neugestaltung der Abrechnungsprüfung bei der Etablierung von Prüfquoten zu berücksichtigen, sollten

- die vorgesehenen Prüfquoten, insbesondere für das Jahr 2020 deutlich, aber mindestens auf 15 % erhöht werden und
- die Prüfquoten ausgehend vom derzeitigen Niveau im Rahmen einer **dreijährigen Konvergenz** in den Jahren 2020 bis 2022 schrittweise angepasst werden

2.2 Verbindliche Frist zur Rechnungslegung durch die Krankenhäuser

(§ 8 KHEntgG)

Derzeit besteht keine rechtlich verbindliche Frist, in der Krankenhäuser den Krankenkassen die Schlussrechnung zu einem Behandlungsfall vorlegen müssen. Im derzeitigen Rechtsrahmen zur Prüfung von Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst ist dies im Hinblick auf das Prüfrecht der Krankenkassen nicht erheblich.

Mit der geplanten Einführung von quartalsbezogenen Prüfquoten ändert sich das jedoch maßgeblich. Krankenhäuser erhalten durch die zeitlich unbegrenzte Flexibilität der Rechnungsstellung (Übermittlung der Schlussrechnung) die Möglichkeit, aktiv auf die Prüfquoten und damit die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen Einfluss zu nehmen und dies im Rahmen von erlösoptimierenden Abrechnungsstrategien zu nutzen.

So führt beispielhaft die Übermittlung von Schlussrechnungen weniger unkritischer Fälle im I. und II. Quartal 2021 zu einem hohen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen, verbunden mit einem geringen Retaxierungsvolumen sowie zu einer niedrigen Prüfquote für die Quartale III und IV 2021.

Kritische Fälle der Quartale I und II können aufgrund der fehlenden Frist zur Abrechnung durch das Krankenhaus per Schlussrechnung in die Quartale III und IV 2021 verschoben werden. Der Abrechnung einer Vielzahl kritischer ggf. auch hochpreisiger Fälle in den Quartalen III und IV kann die Krankenkasse jedoch aufgrund der nun für diese Quartale maßgeblichen niedrigen Prüfquoten nicht begegnen, da nur noch eine nicht ausreichende Teilmenge zur Prüfung an den MDK gegeben werden kann. Eine Vielzahl der vom Krankenhaus gebündelt übermittelten Fälle muss die Krankenkasse -wie vom Krankenhaus beabsichtigt- ungeprüft akzeptieren.

Die Wirkung eines ggf. hohen Anteils beanstandeter Rechnungen in den Quartalen III und IV 2021 durch hohe Prüfquoten in den Quartalen I und II 2022 kann das Krankenhaus durch die erneute Abrechnung leichter, weniger kostenintensiver und vor allem unkritischer Fälle in den Quartalen I und II 2022 deutlich abmildern. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung erhöhter Prüfquoten bei einem geringen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen wird damit strategisch durch „Quartals-Hopping“ leicht umgangen und setzt damit Fehlanreize zu Lasten eines korrekten Abrechnungsverhaltens sowie zu Lasten der Solidargemeinschaft gesetzlich Krankenversicherter.

Die Betriebskrankenkassen sehen daher zwingend die Notwendigkeit, eine verbindliche Frist für die Übermittlung der Schlussrechnung durch die Krankenhäuser einzuführen. Diese würde die dargestellten Fehlanreize minimieren und zu einem zeitlich gleichmäßigen Eingang an Schlussrechnungen beitragen.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte eine Frist den Krankenhäusern natürlich ausreichend Zeit gewähren, um krankenhausintern die Zusammenstellung aller notwendigen Unterlagen als Grundlage

einer korrekten Abrechnung zu ermöglichen. Hierzu wird eine Frist von sechs Wochen nach Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus als angemessen angesehen.

Änderungsvorschlag:

In § 8 KHEntgG wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

„Das Krankenhaus hat die Schlussrechnung spätestens sechs Wochen nach Entlassung des Patienten an die Krankenkasse zu übermitteln. Maßgeblich bei der Bestimmung der Frist ist der Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse.“

2.3 Prüffrist für Krankenkassen anpassen

(§275c Absatz 1 SGB V)

Für die Auswahl der für die Prüfquote maßgeblichen Abrechnungen/Fälle sieht der aktuelle Gesetzentwurf eine Frist zur Anzeige der Prüfung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) von spätestens drei Monate nach Rechnungseingang vor.

Ziel muss es sein, eine Gesamtbetrachtung aller Fälle erst nach Ablauf des zu betrachtenden Quartals für das jeweilige Krankenhaus durch die Krankenkasse zu ermöglichen und damit eine passgenaue Fallauswahl sicherzustellen. Die Gesamtschau z.B. der Fälle mit Rechnungseingang am 01.04.2020 sowie der Fälle mit Rechnungseingang am 30.06.2020 (jeweils Zuordnung zum Rechnungsquartal II/2020) ist im operativen Prüfgeschäft der Krankenkassen durch den beinah identischen Zeitpunkt von Fristende (der Fälle vom 01.04.2020) und Rechnungslegung (der Fälle vom 30.06.2020) in der aktuell vorgesehenen Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung jedoch faktisch unmöglich.

Fehlanreize zu Anwendung von Umgehungsstrategien durch Krankenhäuser, z.B. Rechnungsstellung generell nur am ersten und letzten Tag des Quartals, werden so geschaffen.

Die Betriebskrankenkassen sehen daher die Notwendigkeit, die Frist zur Auswahl der Prüfungen durch die Krankenkassen auf vier Monate zu erweitern.

Änderungsvorschlag:

§ 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens ~~drei~~ vier Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.“

2.4 Stichtagsregelung aufnehmen - Prüfquote nur für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.01.2020

(§ 275c Absatz 2 SGB V)

§ 275c Absatz 2 SGB V des Gesetzentwurfes sieht vor, dass das Datum der Schlussrechnung für die Zuordnung der Rechnungen zu einem Quartal ausschlaggebend ist. Damit werden Krankenhausfälle mit Aufnahme im Jahr 2019, für die jedoch unabhängig von der tatsächlichen Entlassung eine Schlussrechnung erst mit Datum des Jahres 2020 gestellt wird, bei der quartalsbezogenen Prüfquote berücksichtigt und somit kontingentiert.

Dies setzt erhebliche Fehlanreize dahingehend, dass Krankenhäuser Schlussrechnungen des Jahres 2019 bewusst zurückhalten und erst im Jahr 2020 zur Abrechnung bringen. Aber auch ohne bewusstes Zurückhalten von Rechnungen durch Krankenhäuser hat dies starken Einfluss auf die Kranken-hausausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2019. Schlussrechnungen für Fälle aus dem Dezember 2019 werden mit hoher Wahrscheinlichkeit fast vollständig erst Anfang des Jahres 2020 bei den Krankenkassen eingehen. Dadurch vermindert sich bereits für Krankenhausfälle des Jahres 2019 die Prüfquote deutlich, wodurch die Einsparungen der Krankenkassen aus der Krankenhausabrechnungsprüfung bereits für das Jahr 2019 sinken. Dies hat erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen. Hochrechnungen anhand von Daten großer Betriebskrankenkassen lassen darauf schließen, dass die gesamte GKV für das Jahr 2019 dadurch mit mehr als 100 Mio. Euro belastet würde.

Für die Betriebskrankenkassen ist es daher zwingend notwendig zu regeln, dass nur Schlussrechnungen von Fällen mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2020 der quartalsbezogenen Prüfquote unterliegen.

<u>Änderungsvorschlag:</u>

§ 275c Absatz 2 SGB V ist wie folgt zu ergänzen:

„[…] Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung. Satz 1 gilt nicht für Schlussrechnungen vollstationärer Krankenhausbehandlungen mit Aufnahmedatum vor dem 01.01.2020. [...]“

2.5 Prüfverbünde als Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a SGB X ermöglichen

Auch wenn durch den Gesetzentwurf nun die Möglichkeit mindestens einer Fallprüfung für Krankenkassen mit weniger als 20 Schlussrechnungen in einem Krankenhaus im Quartal vorgesehen ist, besteht auch weiterhin für Krankenkassen mit geringen Fallzahlen ein grundsätzlicher Nachteil. Aufgrund

der geringen absoluten Anzahl erlaubter Prüfungen, z.B. nur eine je Quartal bei weniger als 20 Schlussrechnungen, haben diese Krankenkassen keine Möglichkeit, auf strategisches Abrechnungsverhalten von Krankenhäusern adäquat zu reagieren.

Eine stärkere Flexibilität ohne Erhöhung der absolut möglichen Prüffälle wäre jedoch denkbar, wenn Krankenkassen ihre ihnen einzeln zustehenden Prüfkontingente freiwillig bündeln und gemeinsam nutzen dürften. Die praktische Umsetzung wäre grundsätzlich aufwandsarm möglich, z.B. lediglich durch Anzeige einer Prüfgemeinschaft der beteiligten Krankenkassen beim jeweiligen MDK. Da das Gesamtprüfkontingent der Prüfgemeinschaft aus der Summe der einzelnen Prüfkontingente der in der Prüfgemeinschaft zusammengeschlossenen Krankenkassen errechnet wird, sind weder gesonderte Aufwände bei der Berechnung der Prüfquoten notwendig, noch können dadurch in Summe mehr Fälle zur Prüfung an den MDK gegeben werden.

Prüfgemeinschaften ermöglichen lediglich insbesondere Krankenkassen mit niedrigen bis mittleren Fallzahlen die krankenkassenübergreifende flexible Nutzung eines gemeinsamen Prüfkontingents, um auf strategisches Abrechnungsverhalten von Krankenhäusern reagieren zu können.

Eine Organisation von Prüfgemeinschaften ist z.B. als Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Absatz 1a SGB X umsetzbar.

Änderungsvorschlag:

In § 275c wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„Die Krankenkassen können sich zu Prüfungsverbünden im Sinne einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Absatz 1a SGB X zusammenschließen. Dazu werden die nach Absatz 2 für die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen quartalsbezogenen Prüfquote einzeln ermittelten Prüfkontingente zu einem gemeinsamen Prüfkontingent addiert. Das so ermittelte gemeinschaftliche Prüfkontingent gilt als Obergrenze der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen, die der *Prüfverbund durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen darf. Prüfverbünde sind dem Medizinischen Dienst durch die jeweilige Arbeitsgemeinschaft jeweils vor Beginn eines Quartals anzuzeigen.“*

2.6 Sanktionsmechanismen optimieren

(§ 275c Absatz 3 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen es, durch einen finanziellen Sanktionsmechanismus erhöhte Anreize bei den Krankenhäusern zu schaffen, korrekter abzurechnen. Dabei ist es auch angemessen, diese Sanktionen in Abhängigkeit des krankenhausindividuellen Anteils korrekter Abrechnungen auszugestalten. Dennoch sehen die Betriebskrankenkassen folgende Anpassungsnotwendigkeiten, um eine optimale Anreizwirkung der Sanktionen zu erzielen:

- Einführung eines Mindestaufschlagbetrages,
- Aufschlagmechanismus mit Wirkung im Jahr 2020 sowie eine
- Anpassung des Höchstaufschlagbetrages.

Die Einführung eines Mindestaufschlagbetrages trägt dem Gedanken Rechnung, dass die Überprüfungen von Abrechnungen bei Krankenkassen und Medizinischen Diensten Aufwand verursachen. Kommt der Medizinische Dienst bei der Überprüfung einer durch die Krankenkassen auffällig gestellten Abrechnung zu dem Ergebnis, dass die Abrechnung durch das Krankenhaus fehlerhaft war, sollte das Krankenhaus in jedem Fall zumindest einen Teil des verursachten Aufwandes mittragen.

In Verbindung mit der Aufwandspauschale von 300 Euro, die auch Krankenkassen an Krankenhäuser zu leisten haben, sollte die Überprüfung eine fehlerfreie Abrechnung zum Ergebnis haben, kann damit eine sachgerechte Verteilung des Prüfaufwandes aller Beteiligten erreicht werden. Das Prüfsystem erfährt hierdurch eine weitere Harmonisierung.

Die Betriebskrankenkassen sehen entsprechend einen Mindestaufschlag von 300 EUR als notwendig an.

Der Aufschlagsbetrag von 300 Euro sollte dabei einerseits für alle fehlerhaften Krankenhausabrechnungen im Jahr 2020 als Sanktionsmechanismus wirken und gleichzeitig als Mindestbetrag der zu leistenden Aufschläge ab dem Jahr 2021 gelten.

Neben dem Mindestbetrag können die Betriebskrankenkassen einen vom Gesetzgeber vorgesehen Höchstbetrag eines Abschlages nachvollziehen. Damit können u.U. besondere Härtefälle im Einzelfall für Krankenhäuser vermieden werden.

Die Begrenzung des Abschlages auf 1.500 Euro wird jedoch als nicht sachgerecht und zu niedrig bewertet. Ein zu niedriger Höchstbetrag hebelt die Wirkung eines stringenten Abrechnungsverfahrens aus und minimiert das finanzielle Risiko einer Falschabrechnung. Gerade Abrechnungen von Hochkostenfällen sollten mit größter Sorgfalt erstellt werden, weil die Falschabrechnung solcher Fälle die Solidargemeinschaft in besonderem Maße belasten. Ein Maximalbetrag von mindestens 5.000 Euro wird daher als wichtiger Anreiz zur Vermeidung falscher Abrechnungen kostenintensiver Fälle als zwingend notwendig angesehen.

<u>Änderungsvorschlag:</u>

§ 275c Absatz 3 SGBV ist wie folgt zu fassen:

„(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt

a) 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2,

b) 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6,

***mindestens jedoch 300 Euro** und höchstens ~~1 500~~ 5 000 Euro. **Im Jahr 2020 beträgt der Aufschlag 300 Euro.** In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben."*

3. Stärkung der Prüfverfahrensvereinbarung

(Einfügung von Nummer 8 in § 17c Absatz 2 Satz 2 KHG)

Das Instrument des Falldialogs hat sich in der Krankenhausabrechnungsprüfung bewährt. Es kann bereits vor Einleitung einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst zur Lösung von Fällen in beiderseitigem Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse beitragen und damit die Anzahl der Prüfungen durch die Medizinischen Dienste verringern.

Um ein konsensorientiertes und niedrigschwelliges Verfahren zu etablieren, sollten die Vereinbarungspartner daher Regelungen zum Falldialog treffen. Damit würde eine Stärkung des Falldialoges und eine Stärkung der Prüfverfahrensvereinbarung unter Berücksichtigung des Willens des Gesetzgebers sowie eine Entlastung von Krankenhäusern und Sozialgerichten erreicht werden.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, den Falldialog als ein weiteres zu regelndes Element in der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG aufzuführen. Ein hiernach erfolgter Falldialog sollte stets der Aufrechnung zugänglich sein (siehe auch Begründung zu § 109 SGB V).

<u>Änderungsvorschlag:</u>

§ 17c Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz KHG wird um eine neue Nummer 8 ergänzt:

„8. den Falldialog"

Neuordnung der Medizinischen Dienste

Mit dem MDK-Reformgesetz plant der Gesetzgeber die Medizinischen Dienste aus der Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen und in eine eigenständige Struktur zu überführen. Die bisher noch als eingetragene Vereine existierenden Medizinischen Dienste werden in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt. Zentral in dieser Umgestaltung ist der Bruch mit dem bisher geltenden Prinzip der Selbstverwaltung. Daher lehnen die Betriebskrankenkassen diesen Schritt des Gesetzgebers ab. Wenngleich eine Vereinheitlichung der Strukturen der Medizinischen Dienste in Körperschaften des öffentlichen Rechts sinnvoll erscheint, so wird der Bruch mit dem Prinzip der Selbstverwaltung, die sich in der Besetzung der Verwaltungsräte widerspiegelt, abgelehnt. Zudem bleibt die neue Konstruktion von Körperschaften ohne Mitglieder rechtlich fragwürdig. Die Überführung der Medizinischen Dienste in eine vermeintliche Unabhängigkeit geht klar zulasten einer notwendigen Professionalität der Strukturen.

1. Neugestaltung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste

(§ 279 SGB V)

Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste werden nach dem Willen des Gesetzgebers neu ausgerichtet. Im Vergleich zum Referentenentwurf wurde die vom Gesetzgeber angestrebte Besetzung allerdings angepasst: So sollen den Verwaltungsräten künftig 23 Vertreter angehören, wovon 16 wiederum aus dem Kreis der Krankenkassen zu wählen sind. Daneben sollen sieben Vertreter durch die zuständige Landesaufsicht benannt werden, davon fünf auf Vorschlag der Verbände bzw. der Organisationen der Selbsthilfe und des Verbraucherschutzes sowie zwei auf Vorschlag der Ärztekammer und der Verbände der Pflegeberufe. Im Gegensatz zu den übrigen Vertretern sollen Letztere über kein Stimmrecht verfügen. Die Besetzung soll jeweils paritätisch nach Frauen und Männern erfolgen.

Diese Änderung im Vergleich zum Referentenentwurf wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Es bleibt allerdings darauf hinzuweisen, dass der Verwaltungsrat nicht über Fragen der Begutachtung entscheidet, sondern Entscheidungen über Finanz-, Personal- und Organisationsfragen trifft. Insofern scheint die vorgesehene Ausweitung des Verwaltungsrates nicht sachgerecht. Die Betriebskrankenkassen regen daher an, eine anderweitige Öffnung hin zu Organisationen von Betroffenen und Pflegebedürftigen zu prüfen.

Die Betriebskrankenkassen lehnen hingegen entschieden ab, dass weiterhin keine Beschäftigten der Krankenkassen benannt werden können. Dies gilt auch für die Vorgabe, dass Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände nur unter Wahrung einer 12monatigen Karenzzeit in die Verwaltungsräte gewählt werden können. Damit fehlen zum einen die wichtige Expertise zu den Bedarfen der Versicherten sowie zum anderen Personen mit operativer Erfahrung völlig. Gerade die ehrenamtlichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter bringen

sowohl die Erfahrung der berufspraktischen Perspektive als auch die Erfahrung aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen mit. Der Verwaltungsrat wird somit zum „Laiengremium“, was dem Anspruch und den Anforderungen an den Medizinischen Dienst als Institution nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nicht gerecht wird. Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel einer Professionalisierung der Medizinischen Dienste wird konterkariert. Ohnehin ist die Besetzung mit Hauptamtlichen aus den Krankenkassen kein Widerspruch, sondern folgt der Finanzierungslogik.

2. Errichtung des Medizinischen Dienstes Bund

(§ 281 ff. SGB V)

Durch Umgestaltung des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund (MDS) in den Medizinischen Bund erhalten die Medizinischen Dienste eine Dachorganisation. Damit wird der MD Bund nicht mehr Bestandteil des GKV-Spitzenverbandes sein und eigenständig durch die Medizinischen Dienste über eine Umlage finanziert. Der neue MD Bund regelt durch Richtlinien grundsätzlich die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste. Der Aufbau des MD Bund erfolgt analog dem der Medizinischen Dienste. Der Verwaltungsrat wird durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste gewählt.

Der Vorschlag des Gesetzgebers, den MDS aus dem GKV-Spitzenverband herauszulösen, lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Die Abkehr vom Prinzip der Selbstverwaltung konterkariert, wie bereits dargestellt, die professionellen Strukturen. Gleichwohl begrüßen die Betriebskrankenkassen den Schritt des Gesetzgebers eine Angleichung der Aufgabenwahrnehmung über den MD Bund herbeizuführen. Allerdings bedarf es dazu nicht der Ausgestaltung des MD Bund, sondern das geeignete Gremium hierfür ist der bereits bestehende Kooperationsrat. Dieser sollte als Alternative im Gesetz verankert und mit verbindlichen Entscheidungen für alle Medizinischen Dienste ausgestattet werden.

<u>Änderungsvorschlag:</u>

Streichung von § 281 ff. SGB V

(Neu) *§ 282a SGB V „Kooperationsrat der Medizinischen Dienste“*

(0) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund bildet mit den Medizinischen Diensten einen Kooperationsrat. Der Kooperationsrat trifft maßgebliche Entscheidungen, die für alle Medizinischen Dienste innerhalb von sechs Monaten Gültigkeit erlangen.

(1) Der Kooperationsrat wird durch je einen Arbeitnehmer- und einen Arbeitgebervertreter aus den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund, den Geschäftsführern der Medizinischen Dienste und dem geschäftsführenden Vorstand des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund gebildet.

(2) Stimmberechtigt sind die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter. Die Zahl der Stimmen der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter richtet sich nach dem Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen.

(3) Aus den Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern ist je ein Vorsitzender und stellvertretender Vorsitzender des Kooperationsrats zu wählen.

(4) Je ein Vertreter der Beiräte aus den Medizinischen Diensten und ein Vertreter der Verbände der Krankenkassen sind berechtigt, an den Sitzungen des Kooperationsrats teilzunehmen.

(5) Der Kooperationsrat gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Sitzungen werden durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund vorbereitet. Der Kooperationsrat tritt mindestens viermalig im Jahr zusammen.

(6) Der Kooperationsrat trifft insbesondere Festlegungen

zur Transparenz der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und deren Veröffentlichung,

zu einheitlichen informationstechnischen Systemen der Medizinischen Dienste,

zur einheitlichen Aufgabenerledigung sowie

zu einer einheitlichen Kommunikation der Medizinischen Dienste.

Übertragung der Richtlinienkompetenzen vom Spitzenverband Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen auf den Medizinischen Dienst Bund

(§§ 275b, 283 SGB V – n.F., § 53d SGB XI – n.F.)

Mit dem Gesetzentwurf werden insbesondere im Kontext der sozialen Pflegeversicherung und im Zusammenhang mit den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen auch bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege heute bestehende Richtlinienkompetenzen des Spitzenverbandes Bund der Kranken- bzw. Pflegekassen regelhaft auf den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) übertragen. Was grundsätzlich hinsichtlich des Anspruchs des Gesetzentwurfs, die Medizinischen Dienste zu stärken nachvollziehbar erscheint, wirft in der Einzelbetrachtung allerdings Widersprüche und fachliche Verwerfungen auf. Diese sollten nach Ansicht der Betriebskrankenkassen im weiteren Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden.

Ausweislich der Begründung zu § 53d Abs.3 SGB XI (n.F.) wird bspw. darauf verweisen, dass die hier genannten Richtlinien zukünftig federführend der MD Bund im Benehmen (im Referentenentwurf noch „unter Beteiligung“) mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu erlassen hat. Hierzu wird betont, dass diese Benehmensregelung die bisherige – durch fachliche Zusammenarbeit geprägte – Verfahrensweise zu allen genannten Richtlinien widerspiegeln würde. Insbesondere mit Blick auf die Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität n. § 114a Abs. 7 SGB XI und der Richtlinie zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen n. § 114c Abs.1 SGB XI muss allerdings konstatiert werden, dass die vorgenommene Kompetenzumkehrung allein aufgrund der hierdurch veränderten Rolle der Kranken- und Pflegekassen eben grundsätzlich nicht das bisherige sachgerechte Procedere spiegelt.

Die hier zu regelnden Sachverhalte beziehen sich direkt auf die neu zu entwickelnden Instrumente der Qualitätssicherung, -prüfung und -darstellung, welche der Qualitätsausschuss n. § 113b SGB XI zu beschließen hat. Die dort zu regelnden Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und –Darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements begründen in erster Linie das der Qualitätssicherung in der Pflege zugrundeliegende Verhältnis der Kostenträger zu den Leistungserbringern. Gemäß § 113b Abs. 2 S.9 SGB XI wirkt der MDS im Qualitätsausschuss Pflege in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen daher lediglich beratend und damit ohne Stimmrecht mit, während die Pflegekassen als maßgebliche Kostenträger – vertreten durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen – auch maßgeblicher stimmberechtigter Entscheidungsträger sind. Kennzeichen hierfür ist auch, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene als Vertreter der Pflegekassen und der Landesverbände der Pflegekassen im Qualitätsausschuss Pflege mit eigenem Stimmrecht beteiligt. Insofern mutet es widersprüchlich an, dass die Pflegekassen zu den im Sach- und Fachzusammenhang stehenden oben genannten Richtlinien nunmehr der federführenden Kompetenz des MD Bund unterliegen sollen. Außerdem werden die Qualitätsprüfungen n. § 114 SGB XI von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragt und ihnen

obliegt zudem das Verwaltungsverfahren n. § 114 Abs. 2 SGB XI, wenn bei den beauftragten Prüfungen Qualitätsmängel festgestellt werden. Auch in diesem Zusammenhang wird nach Ansicht der Betriebskrankenkassen die tragende Rolle der Pflegekassen hinsichtlich der Erstellung der betroffenen Richtlinien verkannt.

Zudem besteht ein weiterer Sachzusammenhang mit den Richtlinien n. § 275b Abs. 1 SGB V – bei welcher die zugrundeliegenden sogenannten „Anlassprüfungen" zudem auch von den Krankenkassen direkt beauftragt werden können. Hier gelten nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ebenfalls die bereits dargestellten Argumente, wobei ergänzend das Folgende berücksichtigt werden muss: Gerade hier sind die implementierten Abrechnungsprüfungen (wie auch im Bereich der SPV) maßgeblich für die resultierenden Maßnahmen der Krankenkassen bei Abrechnungsbetrug und der speziellen Arbeit der Fehlverhaltensstellen n. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI. Allein deshalb sollte dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Ansicht der Betriebskrankenkassen ein umfassendes Mitsprache- und auch Vetorecht bei der Erstellung und Weiterentwicklung der zugrundeliegenden Richtlinien zugestanden werden.

Entsprechend sollte aus der Sicht der Betriebskrankenkassen die in § 53d Abs. 3 SGB XI (n.F.) und in § 275b SGB V (n.F.) getroffene Novellierung der Richtlinienkompetenz entweder gestrichen oder aber die hier verortete Benehmensregelung in eine Einvernehmensregelung überführt werden. Ferner sei darauf verwiesen, dass beim oben genannten Beratungsrecht des MDS n. § 113b Abs. 2 S.9 SGB XI die Folgeänderung bzw. Umbenennung in „Medizinischer Dienst Bund" offenbar vergessen wurde.

Im Übrigen kann für die weiteren in § 53d Abs. 3 SGB XI (n.F.) genannten Richtlinien aus Sicht des BKK Dachverbandes ähnlich argumentiert werden kann. Beispielsweise betrifft die sogenannte Kostenabgrenzungs-Richtlinie n. § 17 Abs. 1b SGB XI die Kostenaufteilung zwischen Kranken-und Pflegekassen bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V beziehen und damit unmittelbar das Verwaltungshandeln der Kassen. Auch hier wäre deshalb zumindest die Überführung der „Benehmensregelung" in eine „Einvernehmensregelung" sachgerecht.

<u>Änderungsvorschlag:</u>

Sofern an der grundsätzlichen Umkehr der Richtlinienkompetenz in § 53d Abs. 3 SGB XI (n.F.) festgehalten wird, sollte § 53d Abs. 3 SGB XI (n.F.) in Artikel 10 Nr. 15 des Gesetzentwurfs wie folgt gefasst und hierzu in den die jeweiligen Einzelregelungen der hier adressierten Richtlinien entsprechend nachvollzogen werden:

„(3) Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien

zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,

zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,

zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,

zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,

zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c Absatz 1,

zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten und

zu den von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichten und Statistiken.

Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.“

Sofern an der grundsätzlichen Umkehr der Richtlinienkompetenz in Artikel 1 Nr. 25 zu § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 festgehalten wird, sollte Artikel 1 Nr. 22a) und aa) zu § 275b wie folgt geändert werden:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „abweichend von § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.“

Fixkostendegressionsabschlag

(§ 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 1 KHEntgG)

Seit dem Jahr 2017 und damit erstmals seit über einem Jahrzehnt entwickeln sich die Fallzahlen rückläufig. Dazu hat der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) als Instrument der Mengensteuerung einen wesentlichen Beitrag geleistet und bestehende Fehlanreize zur ökonomisch motivierten Mengenausweitung wirksam reduziert. Grundsätzlich wirken Ausnahmen dem Ziel einer effektiven Mengensteuerung entgegen.

Fixkostendegressionseffekte entstehen betriebswirtschaftlich gesehen bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen immer im Krankenhaus, unabhängig davon, aus welchen Gründen und in welchen Bereichen eine Leistungssteigerung eintritt. Bei einem richtig gefundenen Fixkostendegressionsabschlag ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen daher nicht notwendig, versorgungspolitisch auf Einzelleistungsebene durch Ausnahmetatbestände zu steuern. Ein grundsätzlicher Verzicht auf alle Ausnahmen zum FDA wäre daher folgerichtig. Dies würde das Streitpotenzial im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen deutlich minimieren und zu einer zwingend notwendigen Beschleunigung des Verhandlungsverlaufs beitragen.

Eine Erweiterung der Ausnahmetatbestände um Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung der Patientin oder des Patienten wird daher durch die Betriebskrankenkassen abgelehnt.

Dagegen sehen es die Betriebskrankenkassen als zielführend an, die Möglichkeit von Ausnahmetatbeständen zielgerichtet zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung auszurichten. Dazu sollten Leistungen, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 SGB V festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen im Rahmen von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V vereinbart werden, gesonderter Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, sofern dies von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG gemeinsam so vorgesehen wird. Damit können bei Bedarf die notwendigen Anreize zur Konzentration und Erbringung dieser Leistung im Rahmen von Qualitätsverträgen gesetzt werden, was zu einer höheren Spezialisierung und Qualität der Leistungserbringung führt. Solange Leistungen, die im Rahmen von Qualitätsverträgen erbracht werden, zwingend einem (vollen) Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, hemmt dies unter Umständen Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen Qualitätsverträge abzuschließen. Davon betroffen sind derzeit zum Beispiel Qualitätsverträge von Betriebskrankenkassen zur „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“.

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG

§ 4 Absatz 2a Satz 2 KHEntgG wird wie folgt [neu] gefasst:

„Im Übrigen können die Vertragsparteien abweichende Regelungen zur Höhe des zu erhebenden Vergütungsabschlags nach Satz 1 für Leistungen oder Leistungsbereiche nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V vereinbaren, für die im Rahmen von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V besondere Qualitätsanforderungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(10.2)*
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
10.10.2019

*Änderungsantrag 12 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.1 vom 01.10.2019

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 10.10.2019

zum Änderungsantrag 12 „Ausübung des Kassenwahlrechts“ der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz BT-Drs. 19/13397)

Die Betriebskrankenkassen stehen für Wettbewerb und unterstützen grundsätzlich die geplanten Änderungen zur Ausübung des Kassenwahlrechts, die eine Verbesserung im Sinne der Versicherten darstellen. Bevor der Gesetzgeber überlegt, den Wechsel einer Krankenkasse zu vereinfachen, muss er unter den Krankenkassen allerdings zwingend für gleiche Wettbewerbschancen sorgen. Denn die Änderungen zur Ausübung des Kassenwahlrechts würden zu einem Zeitpunkt in Kraft treten, zu dem die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) noch nicht greift und somit der Wettbewerb noch deutlich verzerrt ist. Das geplante **Inkrafttreten** der Änderungen sollte somit auf 2022 bzw. den Zeitpunkt, an dem die Reform des Morbi-RSA tatsächlich Wirkung zeigt, verschoben werden.

Darüber hinaus schlagen die Betriebskrankenkassen wenige, jedoch grundsätzliche Ergänzungen vor, um einen kohärenten Gesetzesrahmen zu schaffen, der der Intention des Gesetzgebers entspricht:

Trotz des vorgesehenen „sofortigen Wahlrechts“ bei jedem Arbeitgeber-/Statuswechsel werden bislang die Folgen einer sogenannten **Passivwahl** nicht beseitigt. Diese haben jedoch seit dem BSG-Urteil vom 11. September 2018, B 1 KR 10/18, an Bedeutung gewonnen. Beim „sofortigen Wahlrecht“ entsteht erneut eine **Bindungsfrist** unabhängig davon, ob die Wahl tatsächlich aktiv ausgeübt wurde. Das heißt, auch wenn der Versicherte beim Wechsel des Arbeitgebers bzw. beim Eintritt in die Selbständigkeit seine Krankenkasse nicht wechselt (Passivwahl), beginnt die Bindungsfrist von bisher 18 Monaten – neu 12 Monate – abermals. Eine Bindungsfrist im Falle einer Passivwahl ist dem Versicherten schwer zu vermitteln und sollte ausgeschlossen werden.
Die Betriebskrankenkassen schlagen vor den § 175 Absatz 4 um den Satz „*Als Wahl im Sinne von Satz 1 gelten nicht die Verfahren nach Absatz 3 Satz 2 und 3*“ zu ergänzen.

Bislang nicht vorgesehen ist, dass auch für die **Übermittlung der elektronischen Meldung** der neu gewählten Krankenkasse an die bisherige Krankenkasse eine **Frist** eingehalten werden sollte. Für ein reibungsloses Verfahren ist auch hier eine Frist von spätestens zwei Wochen zu verankern.

Die Betriebskrankenkassen weisen außerdem darauf hin, dass die vorgesehene Ergänzung des neuen Satz 3 (Nummer 10c Buchstabe d) Unterbuchstabe bb)) suggeriert, dass eine Kündigung der Mitgliedschaft auch erst nach Ablauf der Bindungsfrist eingereicht werden kann. Somit würde die Bindungsfrist nicht 12 Monate betragen, sondern sich zusätzlich um zwei weitere Kalendermonate verlängern.
Die gewählte Formulierung würde zu folgendem Gesetzeslaut führen: „*Nach Ablauf der Bindungsfrist ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.“* Da dies nicht mit der Intention des Gesetzgebers übereinstimmt, sollte der entsprechende Vorschlag (Unterbuchstabe bb)) gestrichen und der ursprüngliche Gesetzeslaut beibehalten werden. Somit bleibt gewährleistet, dass das Einreichen einer Kündigung auch während der Bindungsfrist erfolgen kann.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(11)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
10.10.2019

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) Drucksache 19/13397

Stand 23.09.2019

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum MDK-Reformgesetz.

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass der bisherige „Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)“ bzw. der „Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)“ zu Körperschaften öffentlichen Rechts umgestaltet werden sollen, wodurch unabhängige Institutionen entstehen. In den vergangenen Jahren wurden immer wieder Zweifel daran geäußert, ob abschlägige Bescheide des MDK rein fachlich oder strukturell begründet waren, oder dem Interesse der Krankenkassen dienten, Kosten zu sparen. Diese Zweifel können mit unabhängigen Strukturen ausgeräumt werden.

Der DPR begrüßt, dass ein/e Vertreter/in der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten ist. Nicht nachvollziehbar ist, weshalb die Vertreter/innen der Landespflege- und Landesärztekammer gegenüber dem Referentenentwurf von vier auf nunmehr zwei reduziert wurden. Weiterhin verfügen die Vertreter/innen der Landespflege- und Landesärztekammer über kein Stimmrecht. Angesichts der pflege- und medizinbezogenen Aufgaben der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund und der angestrebten Unabhängigkeit von Kasseninteressen erschließt sich die weiterhin bestehende Dominanz der Kassenvertreter/innen gegenüber den Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzten nicht. Der DPR bittet um erneute Prüfung dieser Regelungen.

Zu den Anmerkungen des DPR im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 7

§ 115b, Absatz 1 a) aa)

In Absatz 1 wird geregelt, dass ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen vereinbart werden soll.

Stellungnahme

In den vergangenen Jahren wurden Operationen bereits zunehmend in den ambulanten Bereich verlagert. Allerdings umfassen Operationen auch pflegerische Interventionen im Bereich der prä- und postoperativen Versorgung, für die im Krankenhaus Pflegefachpersonen vorgehalten werden. Bei einer Verlagerung von für Patienten/innen notwendigen Pflegeleistungen in den ambulanten Bereich muss die sachgerechte Durchführung entsprechender pflegerischer Interventionen gewährleistet sein. Dazu bedarf es einer ausreichenden Anzahl von Pflegefachpersonen in den ambulanten Pflegediensten, die zudem über die entsprechende Qualifikation zur Versorgung der Patienten/innen von den entsprechenden Operationen verfügen. Diese Interventionen müssen außerdem in dem Katalog Berücksichtigung finden. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die erforderlichen pflegerischen Interventionen im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V verordnet werden können.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Ergänzungen vor:

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen ***sowie ergänzender pflegerischer Interventionen,***

Die nachfolgenden Regelungen wären dann entsprechend anzupassen:

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe, ~~**und**~~ stationsersetzenden Behandlungen ***sowie ergänzende pflegerische Interventionen*** aufzunehmen, ...

Anpassung a) bb)

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen ***und pflegerischen*** Erkenntnisse anzupassen.

Anpassung b) Absatz 1a

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen ***und pflegerischen*** Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen ***sowie ergänzenden pflegerischen Interventionen*** untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen ***sowie ergänzende pflegerische Interventionen*** konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren ...

Anpassung c) Absatz 2 aa)

In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Eingriffe“ die Wörter „und stationsersetzenden Behandlungen ***sowie ergänzende pflegerische Interventionen***“ eingefügt.

c) Absatz 2 bb)

In Absatz 2 wird geregelt, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, nicht der Prüfung durch den MD unterliegen.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR sollten vereinbarte Strukturvorgaben, die die Pflege betreffen, geprüft werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den Satz zu streichen.

Nummer 21

§ 275 a)

In Absatz 1 wird geregelt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Medizinischer Dienst umbenannt wird.

Stellungnahme

Der „Medizinische Dienst“ nimmt Aufgaben in den Bereichen der Abrechnungssystematik von Krankenhäusern und Pflegediensten, der Qualitätsmanagementsysteme von Pflegeeinrichtungen und der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wahr. Diese aufgabenbezogene Ausrichtung auf Medizin und Pflege sollte sich auch in der Bezeichnung der Institution abbilden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den bisherigen „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ in „Medizinisch Pflegerischer Dienst“ umzubenennen.

d) Absatz 3

In diesem Absatz wird geregelt, dass der Medizinische Dienst den Krankenkassen das Ergebnis seiner Prüfung im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen hat, die auch dann nachvollziehbar begründet sein muss, wenn kein Behandlungsfehler festgestellt wird und dies zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Beurteilung von möglichen Behandlungsfehlern gegenüber den Versicherten stärkt.

e) Absatz 3b

In diesem Absatz wird geregelt, dass die Krankenkasse vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen hat, wenn sie den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt hat.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Feststellung der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln oder einer Dialysebehandlung, die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen oder die Beurteilung eines möglichen Schadens aufgrund von Behandlungsfehlern durch die Begutachtung des nunmehr unabhängigen Medizinischen Dienstes entsprechend fachlichen Kriterien verobjektiviert und nicht mehr nur den widersprüchlichen Einschätzungen der Versicherten und Krankenkasse überlässt.

Änderungsvorschlag

Versicherte müssen über diese Regelung informiert werden. Zudem muss geregelt werden, dass Personen, über die der Medizinische Dienst ein Gutachten erstellt, dieses Gutachten ebenfalls erhalten.

g) Absatz 5 aa)

In Absatz 5 wird geregelt, dass die Begutachtung des Medizinischen Dienstes insbesondere im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung auch durch Pflegefachpersonen erfolgen kann und dass die fachliche Unabhängigkeit auch für Pflegefachpersonen gilt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Beurteilung pflegerelevanter Aufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung auch Pflegefachpersonen zuordnet und deren fachliche Unabhängigkeit klarstellt und festschreibt.

Absatz 5 bb)

In diesem Absatz wird klargestellt, dass das Verbot, in die ärztliche Behandlung einzugreifen, ebenso für die pflegerische Versorgung gilt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass hier eine Gleichbehandlung der medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung erfolgt.

Nummer 23

§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Absatz 2 und 3

In Absatz 2 werden gestaffelte, quartalbezogene Prüfquoten je Krankenhaus in Abhängigkeit des Anteils korrekter Abrechnungen für die Krankenkassen vorgeschlagen. Ferner werden in Absatz 3 zwei Malusregelungen vorgesehen.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR dürfen sich Prüfquoten nicht nur auf das gesamte Haus beziehen. Diese Regelung muss auch auf Fachabteilungsebene übertragen werden. Strafzahlungen sind abzulehnen – es sei denn, es wurde absichtlich falsche Rechnung gestellt (z.B. nicht erbrachte OP-Leistungen): Häufig handelt es sich bei strittigen Abrechnungen um Interpretationsspielräume in der Kodierung bzw. fehlende Handzeichen, unzureichende Dokumentationen von Teamsitzungen u.Ä.

Bezüglich der Verweildauerprüfung Krankenhäuser ist zu bedenken, dass längere Liegezeiten der Multimorbidität von Patienten/innen und nicht ausreichender ambulanter und stationärer Nachsorgemöglichkeiten geschuldet sind.

Psychiatrie:

Korrekte Abrechnungen sind im Sinne der Solidargemeinschaft oberstes Gebot. Allerdings sind im Bereich der Psychiatrie die Leistungen nicht eindeutig und objektiv in dem „Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)“ und „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ beschrieben, sodass die Erstellung „zweifelsfrei korrekter“ Abrechnungen grundsätzlich fraglich ist. Zum einen können die Psych-OPS nicht durch objektive Faktoren bestimmt werden. Zum anderen sind im psychiatrischen Bereich die ICD-10-Kodierung und die Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit nicht immer eindeutig belegbar. Die Behandlung und ihre Dauer sind oft stark abhängig vom sozialen Kontext und den Eigenschaften der Patient/eninnen, die zu den unterschiedlichen Ausprägungen ein und derselben Erkrankung und somit zu einem unterschiedlichen Behandlungsbedarf führen.

Bereits jetzt zeigen sich große Unterschiede bei der Begutachtung: So werden z.B. gleichartige Verläufe mit vergleichbarer Dokumentation und Abrechnung teilweise völlig unterschiedlich beurteilt. Bei den Prüfungen des MDK wurden häufig erbrachte Leistungen im Kontext der Behandlung nicht berücksichtigt, sondern nur die Erfüllung von OPS-Anforderungen an die ärztliche und pflegerische Dokumentation. Zudem wurde die Verweildauer der Patienten/innen ohne nachvollziehbare Begründung gekürzt.

Die Koppelung der Prüfquote an den Anteil der korrekten Abrechnungen und die damit verbundenen Malusregelungen bedeutet für die psychiatrischen Krankenhäuser, dass Behandlungen, die aus fachlicher Sicht notwendig sind, nicht immer abgerechnet werden können und damit nicht finanziert werden.

Änderungsvorschlag

Psychiatrie:

Die Prüfquote für die Psychiatrie ist gesetzgeberisch fest auf ein überschaubares Maß, etwa fünf Prozent, zu begrenzen. Die Prüfquote muss von den Ergebnissen der Leistungsprüfung

unabhängig bleiben. Ausnahmen können Hinweise auf eine systematische Fehlabrechnung darstellen, die sich aber ausschließlich in Kodierungsfragen begründet. Hilfsweise muss für die Psychiatrie bis zu einer rechtssicheren Klärung von strittigen Finanzierungs- und Versorgungsfragen ein Moratorium eingerichtet werden.

Absatz 6 Ziffer 1

In Absatz 6 Ziffer 1 soll die Unzulässigkeit der einzelfallbezogenen Prüfung bei der Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a) geregelt werden. Eine entsprechende Ausweitung auf die Bundespflegesatzverordnung ist hier nicht vorgesehen. Eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung ist ebenfalls nicht geplant.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung.

Entsprechend der Regelungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurden für die psychiatrischen Krankenhäuser das Erlösbudget und die Erlössumme wiedereingeführt. Die PEPPs dienen nur als Abrechnungseinheit, d.h. als Abschlagszahlung auf das Erlösbudget.

Änderungsvorschlag

Hier muss eine Klarstellung erfolgen, dass sich die Unzulässigkeit der Prüfung in Bezug auf die Pflege auch auf den Bereich der Psychiatrie bezieht. Es sollte auch eine Klarstellung für das restliche Budget erfolgen.

§ 278 Medizinischer Dienst

Absatz 2

In Absatz 2 wird geregelt, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass bei der Begutachtung pflegefachlicher Sachverhalte die Gesamtverantwortung bei Pflegefachpersonen liegt.

Allerdings sollte bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung nicht bei den ärztlichen Gutachter/innen liegen, sondern entsprechend der Sachverhalte zwischen den Berufsgruppen Pflege und Medizin aufgeteilt werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Umformulierung des Absatz 2 vor:

Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die ~~***Gesamtv***~~Verantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ~~***ausschließlich***~~ pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

Absatz 3

In Absatz 3 wird geregelt, dass bei jedem Medizinischen Dienst eine unabhängige Ombudsperson bestellt wird, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung.

§ 279 SGB V Verwaltungsrat und Vorstand

Absatz 5 Ziffer 2

In Absatz 5 Ziffer 2 wird geregelt, dass zwei Vertreter/innen auf Vorschlag der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammer für den Verwaltungsrat benannt werden. Außerdem wird klargestellt, dass weder die Vertreter/innen der Landespflege- noch der Landesärztekammer über ein Stimmrecht verfügen.

Stellungnahme

Zwar begrüßt der DPR, dass auch ein/e Vertreter/in der Landespflegekammer als Vertreter/in der Berufsgruppe für den Verwaltungsrat benannt wird, allerdings kritisieren wir, dass es sich nunmehr nur noch um eine/n Vertreter/in und nicht mehr um zwei Vertreter/innen der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe handelt, wie es im Referentenentwurf vorgesehen war.

Die Regelung, dass weder die Vertreter/innen der Landespflege- noch der Landesärztekammer über ein Stimmrecht verfügen, bitten wir dringend zu überdenken. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die 16 Vertreter/innen, die von den Krankenkassen gewählt werden, stimmberechtigt sind, nicht aber die Vertreter/innen der Organisationen der Patienten/innen, Verbraucher/innen, Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzte. Durch dieses Ungleichgewicht und die geringe Anzahl in Absatz 5 genannten Vertreter/innen wird die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste nicht überzeugend umgesetzt.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, dass der Verwaltungsrat zumindest mit jeweils zwei Vertreter/innen der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und Landesärztekammern besetzt wird, wie im Referentenentwurf vorgesehen, und dass diese Vertreter/innen mit einem Stimmrecht ausgestattet werden.

§ 282 Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

Absatz 1 und 2

In diesen Absätzen wird geregelt, dass die Organe des Medizinischen Dienstes Bund der Verwaltungsrat und der Vorstand sind.

Stellungnahme

Damit bezieht sich die Kritik des DPR an der Reduktion der Vertreter/innen der Landespflege- und Landesärztekammer, und vor allem dem fehlenden Stimmrecht dieser Vertreter/innen (§ 279 Absatz 5 Ziffer 3), auch auf die Zusammensetzung des Verwaltungsrats und des Vorstandes des Medizinischen Dienstes Bund.

§ 283 Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Absatz 2

In Absatz 2 wird u.a. geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund verschiedenen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben hat. Unter Ziffer 2 werden u.a. die Bundesärztekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene genannt.

Stellungnahme

Der DPR spricht sich dafür aus, den DPR - bzw. die Bundespflegekammer nach deren Gründung - in die Formulierung aufzunehmen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor Ziffer 2 folgendermaßen zu formulieren:

2. der Bundesärztekammer und ***dem Deutschen Pflegerat,***

Artikel 10 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 5

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Absatz 3 d) aa)

In Absatz 3 ist bisher u.a. geregelt, dass die Pflegekasse die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiterleitet und dass dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen ist.

Stellungnahme

Der DPR schlägt vor, die Frist für die Mitteilung der Entscheidung über die Anträge an die Antragssteller/innen von 25 auf 30 Tage zu verlängern. Durch diese Änderung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass vom MD angeforderte Unterlagen tatsächlich bei der Begutachtung vorliegen, was aktuell wegen der kurzen Fristen oft nicht der Fall ist. Zudem käme der MD mit einigen weniger Pflegegutachter/innen aus. Den Antragsteller/innen entstehen keine Nachteile, weil sie ihr Geld ab Antragstellung erhalten; sie verlieren also nichts. Die Fristverlängerung würde Ressourcen sparen, um den Begutachtungsprozess besser abzubilden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Änderung in Absatz 3 Satz 2 vor:

Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens ~~***25***~~ ***30*** Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

Absatz 5a Satz 4 e)

In diesem Absatz wird geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Unterschied zum Referentenentwurf bei der Konkretisierung der Kriterien in den Begutachtungs-Richtlinien zu den Beeinträchtigungen in Modul 7 und 8 (außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung) nunmehr zu beteiligen ist und nicht wie bisher nur ins Benehmen zu setzen ist.

Stellungnahme

Da es sich bei der Konkretisierung der Begutachtungs-Richtlinien um eine rein pflegefachliche Aufgabe handelt, lässt sich die Beteiligung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nicht begründen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor diese Regelung zu streichen.

Absatz 7, Satz 1 g)

In Absatz 7 Satz 1 wird geregelt, dass die Aufgaben des Medizinischen Dienstes durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen werden.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR ist es Aufgabe entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen, Qualitätsprüfungen, Abrechnungsprüfungen und Begutachtungen zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit durchzuführen. Dazu arbeiten sie mit anderen geeigneten Gesundheitsfachberufen und damit auch mit Ärztinnen und Ärzten zusammen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Umformulierung in Absatz 7 Satz 1 vor:

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte ***~~oder Ärztinnen und Ärzte~~*** in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten ***Gesundheitsfachberufen*** ***~~Fachkräften~~*** wahrgenommen.“

§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Absatz 3 Ziffer 4

In Absatz 3 Ziffer 4 wird geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung erlässt.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR sollten Regelungen zu Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses nach § 113b SGB XI überführt werden. Da der Qualitätsausschuss die Entwicklung der QPR eng begleitet hat, wäre hier die entsprechende Regelungskompetenz gegeben.

Nummer 21

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Absatz 6 b) aa)

In Absatz 6 ist bisher geregelt, dass die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen regelmäßig über die Qualitätsprüfungen, Pflegequalität und die Qualitätssicherung berichten.

Stellungnahme

Mit den Berichten gemäß der Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 53a SGB XI alt bzw. § 53d neu liegen bereits zu den Themenbereichen, die in § 114a Abs. 6 genannten werden, aktuelle Veröffentlichungen vor.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt vor den Absatz 6 zu streichen

Absatz 7 c) aa)

In diesem Absatz wird geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich beschließt.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR gehört die Verabschiedung von Richtlinien über die Durchführung von Qualitätsprüfungen in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschuss Pflege und nicht in den des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen.

Änderungsvorschlag

Der **Qualitätsausschuss Pflege** ~~Medizinischer Dienst Bund~~ beschließt ~~im Benehmen mit dem Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.~~ zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.

Nummer 22

§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

Absatz 2 a)

In Absatz 2 ist bisher geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem BMG regelmäßig über die Erhebung von indikatorenbezogenen Daten und die Qualitätsprüfungen berichtet. Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

Stellungnahme

Die Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik gemäß § 114c Absatz 3 sollte aus Sicht des DPR in den Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI überführt werden.

Berlin, 10. Oktober 2019

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(12)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
10.10.2019

PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

Stellungnahme des VDAB

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK Reformgesetz

PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin

Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

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

Ausschließlich per E-Mail an:
gesundheitsausschuss@bundestag.de

Berlin, 10. Oktober 2019

Stellungnahme zum 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.

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

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 […]“*

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

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 ff

Nach dem Regelungszweck soll der Verwaltungsrat aus allen relevanten Beteiligten in der Versorgung bestehen. Insoweit 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. 5 Nr. 2 um „Verbände der Leistungserbringer in der Pflege“.

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

§ 280 Abs. 4

Gesetzessystematisch 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 unvertretbar, 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.

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

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

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(13)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019

10.10.2019

ENTWURF EINES GESETZES FÜR BESSERE UND UNABHÄNGIGERE PRÜFUNGEN – MDK-REFORMGESETZ

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG VOM 23. SEPTEMBER 2019

10. OKTOBER 2019

INHALT

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN **3**

Zur Kommentierung 3

REGELUNGSINHALTE IM EINZELNEN **4**

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus 4
Absatz 1 und 1a (neu): Auftrag eines gemeinsamen Gutachtens 4
Absatz 2, Satz 6 (neu): Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 5
§§ 279 ff. Neuorganisation der Mezinischen Dienste 6
§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen 6
Absatz 1 Satz 5 (neu) befähigung des DIMDI 6
Absatz 1 Satz 7 (neu) Inkraftsetzung der ICD und des OPS durch das BMG 7
Absatz 1 Satz 8 (neu) Verfahrensordnung des DIMDI 7

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 23. September 2019.

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz – sollen insbesondere eine Stärkung der Medizinischen Dienste (MD), die Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit, die Schaffung von Anreizen für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen, eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie die Herstellung von mehr Transparenz über das Prüfgeschehen erreicht werden.

Die KBV begrüßt die Neuorganisation und die hierdurch geschaffene Unabhängigkeit der MD. Bei der Besetzung der Verwaltungsräte sehen wir jedoch Änderungsbedarf und sprechen uns deshalb für die Berücksichtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen aus.

Die vorgeschlagenen Anpassungen des Gesetzes betreffen jedoch auch den vertragsärztlichen Bereich. Sowohl in § 115b SGB V als auch in § 295 SGB V werden Anpassungen vorgesehen.

Aus Sicht der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) widerspricht das MDK-Reformgesetz den Vereinbarungen im Vertrag zum Ambulanten Operieren und sonstigen stationsersetzenden Eingriffen im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V (AOP-Vertrag), die eine Vereinheitlichung des ambulant-stationären Schnittstellenbereichs vorsehen.

Der Gesetzentwurf sieht für Vertragsärzte und Krankenhäuser, nach Einschätzung der KBV ohne sachlichen Grund, unterschiedliche Regelungen in Bezug auf das Prüfgeschehen vor. Zusätzlich wird vorgegeben, dass der Katalog des AOP-Vertrages auf Basis eines gemeinsamen Gutachtens unabhängig vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu beschließen ist, was eine Abkehr vom bisherigen System bedeutet und ebenfalls der vereinbarten Harmonisierung entgegenwirken kann.

Im Rahmen der Anpassungen in § 295 Absatz 1 SGB V soll das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) befähigt werden, strukturelle und technische Anforderungen im OPS festzulegen. Darüber hinaus ist es im Gesetzentwurf vorgesehen, dass die ICD-10 sowie der OPS zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG unmittelbar verbindlich werden. Dafür soll sich das DIMDI eine Verfahrensordnung geben.

ZUR KOMMENTIERUNG

Die einzelnen Regelungsinhalte werden im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen und steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

REGELUNGSINHALTE IM EINZELNEN

§ 115B AMBULANTES OPERIEREN IM KRANKENHAUS

ABSATZ 1 UND 1A (NEU): AUFTRAG EINES GEMEINSAMEN GUTACHTENS

Bewertung

Damit Krankenhäuser ambulante Behandlungsmöglichkeiten besser nutzen und ausbauen können, soll der Katalog für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe des AOP-Vertrages ausgebaut und regelmäßig weiterentwickelt werden. Hierzu ist in Absatz 1a zunächst eine dreiseitige Beauftragung eines gemeinsamen Gutachtens vorgesehen, auf dessen Grundlage der Katalog des AOP-Vertrages zu vereinbaren ist. Die bisher verwendeten Ausdrücke „ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe“ werden in diesem Zusammenhang um den Begriff „stationsersetzende Behandlungen“ erweitert, was eine unkoordinierte Weiterentwicklung des Kataloges losgelöst vom EBM nach sich ziehen würde.

Derzeit wird der Katalog auf Basis des EBM entwickelt und beschlossen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass der Leistungsumfang und die Vergütung von ambulanten Operationen kongruent zu den übrigen ambulanten Leistungen im EBM abgebildet sind. Durch die vorgeschlagene Anpassung in § 115b SGB V soll jedoch der Katalog des AOP-Vertrages unabhängig vom EBM ausgearbeitet werden. Aufgrund eines solchen Vorgehens kann es zu einem wachsenden Finanzbedarf für die Vergütung von ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich kommen. Dieser zusätzliche Finanzbedarf darf nicht zu Lasten der übrigen ambulanten Versorgung gehen. Um negative Auswirkungen auf die ambulante Versorgung zu vermeiden, sollten daher die Leistungen des ambulanten Operierens generell im vertragsärztlichen Bereich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden.

Vor diesem Hintergrund sollten Absatz 1, der danach neu eingefügte Absatz 1a und Absatz 2 folgendermaßen angepasst werden:

Änderungsvorschläge

„(1) „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen**, und** sonstiger stationsersetzender Eingriffe ~~und stationsersetzender Behandlungen~~,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe ~~und stationsersetzenden Behandlungen~~ aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen**,** **und** stationsersetzenden Eingriffen ~~und stationsersetzenden Behandlungen~~ untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe ~~und stationsersetzende Behandlungen~~ konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtenauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist."

„(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen**,** **und** stationsersetzenden Eingriffe ~~und stationsersetzende Behandlungen~~zugelassen."

An § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 wird folgende Nr. 7 angefügt:

„7. Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe nach § 115b Abs. 1 Nr. 1."

ABSATZ 2, SATZ 6 (NEU): PRÜFUNG DURCH DEN MEDIZINISCHEN DIENST NACH § 275 ABSATZ 1 NUMMER 1

Bewertung

Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigte Steigerung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfungen erfolgt zum Nachteil des vertragsärztlichen Bereichs.

Durch die vorgeschlagene Erweiterung in § 115b Absatz 2 SGB V werden Abrechnungen von Krankenhäusern nicht mehr durch die MD geprüft. Im Gegensatz dazu können Abrechnungen von operativ tätigen Vertragsärzten weiterhin von den zuständigen Einrichtungen überprüft werden. Gründe, welche diese ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten, sind besonders vor dem Hintergrund der harmonisierenden Regelungen in den Grundsätzen des AOP-Vertrages nicht ersichtlich. Diese sehen einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe zwischen vertragsärztlichem Versorgungsbereich und Krankenhausbereich sowie die Förderung der Zusammenarbeit vor. Durch die vorgeschlagene Anpassung jedoch werden Krankenhäuser und Vertragsärzte unterschiedlich gestellt.

Vor diesem Hintergrund sollte der durch das MDK-Reformgesetz neu angefügte Satz 6 gestrichen werden.

Alternativ könnte die Abrechnungsprüfung für den gesamten Bereich des AOP-Vertrages ausgesetzt werden.

Änderungsvorschlag

~~„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1."~~

§§ 279 FF. NEUORGANISATION DER MEZINISCHEN DIENSTE

In den §§ 279 ff. SGB V wird der medizinische Dienst neu organisiert und unabhängig von den Krankenkassen ausgestaltet. Hierzu wird nach § 279 Abs. 3 SGB V der Verwaltungsrat der medizinischen Dienste sowie in § 282 Abs. 2 SGB V der Verwaltungsrat des medizinischen Dienstes Bund neu besetzt. Die Vertreter des Verwaltungsrates werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon vier Vertreter auf Vorschlag der Landesärztekammern (§ 279 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V). Dementsprechend werden in § 282 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V vier der auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern benannten Vertreter gewählt.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Neuorganisation und die hierdurch geschaffene Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Bei der Besetzung der Verwaltungsräte sehen wir jedoch Änderungsbedarf. Die Vertreter der Landesärztekammern sind ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfes deshalb benannt, weil sie die Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte des Landes darstellen. Auch wenn der MDK für die Begutachtung von Krankenhäusern zuständig ist, darf die Expertise der niedergelassenen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte nicht fehlen.

Die für die niedergelassenen Vertragsärzte zuständigen Organisationen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen nach § 75 Absatz 1 SGB V die vertragsärztliche Versorgung sicher und übernehmen die Gewähr dafür, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Um diese Aufgaben wahrnehmen zu können, ist es auch notwendig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Verwaltungsrat des MDK vertreten sind. Die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen können im Verwaltungsrat des MDK die leistungsrechtlich notwendige Expertise einbringen. Daher sollte der Verwaltungsrat auch mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen besetzt werden.

§ 295 ABRECHNUNG ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

ABSATZ 1 SATZ 5 (NEU) BEFÄHIGUNG DES DIMDI

Bewertung

Im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfes wird durch die Ergänzung in § 295 Absatz 1 eine neue Regelung aus dem § 301 Absatz 2 SGB V übertragen. Darin ist klargestellt, dass der OPS auch abstrakt-generelle Voraussetzungen festlegen kann, die unabhängig vom Einzelfall erfüllt sein müssen, damit eine bestimmte Leistung erfüllt werden kann. Das DIMDI würde somit im Rahmen des § 295 Absatz 1 SGB V befähigt werden, insbesondere strukturelle Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung festzulegen.

Das DIMDI als Herausgeber der Klassifikationen trägt die Verantwortung für eine eindeutige, klar abgrenzbare Abbildung der Diagnosen und Prozeduren nach neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten. Dies erfolgt über die Arbeitsgruppen des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit (KKG) in Beratung u. a. mit den Bundesorganisationen der Selbstverwaltung und den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Spezielle Belange zur Verwendung der Kodes in den einzelnen Geltungs- (ambulant/stationär) und Regelungsbereichen (Abrechnungs-/Qualitäts-/Strukturvorgaben) sollten aus Sicht der KBV weiterhin in den entsprechenden Gremien der Selbstverwaltung geregelt werden. Die KBV spricht sich gegen die Gesetzesanpassung aus.

Vor diesem Hintergrund sollte der durch das MDK-Reformgesetz neu angefügte Satz 5 gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

~~„In dem Schlüssel nach Satz 4 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“~~

ABSATZ 1 SATZ 7 (NEU) INKRAFTSETZUNG DER ICD UND DES OPS DURCH DAS BMG

Bewertung

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Klarstellung vor, dass die ICD-10 sowie der OPS zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG unmittelbar verbindlich werden. Normenverträge der Vertragsparteien bedarf es damit nicht mehr.

Eine zeitgleiche verbindliche Umsetzung mit in Kraft treten der Klassifikationen ist aus Sicht der KBV für einen reibungslosen Ablauf in Praxen, Kliniken sowie bei Kosten- und Rententrägern unabdingbar. Für die ICD-10-GM wird dies jährlich durch die KBV gemäß § 295 Abs. 4 SGB V sichergestellt. Die Fertigstellung des OPS als Grundlage des Anhangs 2 des EBM Ende Oktober des jeweiligen Jahres gibt ein extrem enges Zeitfenster zur Bereitstellung der Gebührenordnungsstammdateien bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und in den Praxisverwaltungs- sowie Krankenhausentgeltsystemen vor, um die gesetzlichen Anforderungen der Abrechnung sicherzustellen. Trotz wiederholter Optimierung der Abläufe, gemeinsam mit dem DIMDI und den OPS-weiterverarbeitenden Bundesinstitutionen, ist für die ambulante Anwendung des OPS, je nach Umfang der Anpassungen, eine zeitgleiche verbindliche Umsetzung mit in Kraft treten des OPS nicht zu realisieren. Die KBV spricht sich gegen die Aufhebung spezifischer Regelungen durch die Vertragspartner aus.

Vor diesem Hintergrund sollte der durch das MDK-Reformgesetz neu angefügte Satz 7 gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

~~„Von dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 2 sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 4 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.“~~

ABSATZ 1 SATZ 8 (NEU) VERFAHRENSORDNUNG DES DIMDI

Bewertung

Das DIMDI soll sich eine Verfahrensordnung geben, die einer Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und auf der Internetseite des DIMDI veröffentlicht werden soll.

Bei der Überarbeitung der Klassifikationen sind Anforderungen zur Anwendung der Kodes u. a. im Rahmen der Abrechnung nach § 295 SGB V und der Entgeltsysteme zu berücksichtigen. Entsprechende Kriterien sind bereits in den Gesichtspunkten für zukünftige Revisionen des OPS des KKG festgelegt und auf der Internetseite des DIMDI veröffentlicht. Die Überarbeitung und Präzisierung dieser Vorgaben in einer Verfahrensordnung sind prinzipiell zu begrüßen. Dies sollte in Abstimmung und unter Einbeziehung des KKG erfolgen.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(14)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
10.10.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) (BT-Drs. 19/13397) sowie zur Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrats (BT-Drs. 19/13547) und zu den Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf (BT-Drs. 19 (14) 104.1)

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) begrüßt, dass der Gesetzgeber eine Strukturreform vorgelegt hat, die grundsätzliche Reformen der Medizinischen Dienste (MD) angeht und Grundlagen für eine einheitliche Arbeitsweise der MDen schafft. Die gesetzliche Verankerung der unabhängigen Arbeit im Rahmen der Begutachtung für nicht-ärztliche Berufe leistet einen wichtigen Beitrag zur Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Zentral ist insbesondere die zukünftige Besetzung der Verwaltungsräte und hier vor allem die Rolle, die den maßgeblichen Organisationen der Selbsthilfe für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zukommt. Die BAGFW fordert das Parlament dazu auf, Besetzungsregelungen der Verwaltungsräte zu beschließen, wie sie im Referentenentwurf zu finden waren, mit einer dreiteiligen Besetzung. Bei der nun vorgesehenen überwiegenden Stimmmehrheit der Kassen wäre es folgerichtig, die aktuelle Benennung der Dienste als Medizinische Dienste der Krankenkassen beizubehalten.

Die BAGFW zeigt auf, an welchen Stellen der Gesetzgeber weitere Maßnahmen ergreifen kann. Sie fordert, dass Patientinnen und Patienten, über die der MDK ein Gutachten erstellt, dieses regelhaft zugestellt bekommen. Patientenorganisationen sollten ebenfalls Stellungnahme berechtigt sein, wenn es um die Erstellung von Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund geht. In mehreren Bereichen der Neuregelungen zum SGB XI fordern die in der BAGFW kooperierenden Spritzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Erarbeitung von Richtlinien nicht dem MD Bund, sondern dem Qualitätsausschuss Pflege zu übertragen, da sie sich seit langem dafür einsetzen, dass dem Qualitätsausschuss Pflege eine Rolle entsprechend dem Gemeinsamen Bundesausschuss im SGB V-Bereich zukommt.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

Artikel 1: Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches

§ 275 Begutachtung und Beratung

Die Stärkung der Versichertenrechte in § 275 Absatz 3, indem die Krankenkassen vor einer ablehnenden Leistungsentscheidung bei der medizinischen Erforderlichkeit von Hilfsmitteln oder bezüglich der Form der Dialyseversorgung im Einzelfall sowie bei Behandlungsfehlern nun zwingend den MD einzuschalten haben, ist zu begrüßen. Es bleibt allerdings offen, wie mit Fällen umgegangen wird, in denen Uneinigkeit zwischen Kasse und Versicherten darüber besteht, ob medizinische Gründe zur Ablehnung geführt haben oder nicht. Für Kassen besteht so der Anreiz, medizinisch entscheidungserhebliche Gründe aus ablehnenden Leistungsbescheiden heraus zu halten. Hier gilt es, die Patientenrechte zu stärken, indem man weitere Anforderungen mit Blick auf das Verwaltungsverfahrensrecht vorsieht. Die bzw. der Versicherte sollte in einer Rechtsbehelfsbelehrung durch eine gesetzliche Krankenkasse immer darauf hingewiesen werden müssen, dass sie/er ein Recht auf eine Begutachtung durch den MD hat, wenn ein negativer Leistungsentscheid medizinische Gründe hat. Rechtsbehelfsbelehrungen ohne einen entsprechenden Passus sollten als unvollständig gewertet werden. Ein Punkt, der aus Patientenperspektive eine Nachvollziehbarkeit getroffener Entscheidungen erschwert, liegt in der Trennung zwischen dem Medizinischen Dienst und den Kassen begründet. Aus Datenschutzgründen und, um die Vertraulichkeit der medizinischen Daten der Versicherten zu wahren, übermittelt der Medizinische Dienst den Krankenkassen keine medizinischen Details. Dies führt dazu, dass diese auch nicht in den ablehnenden Leistungsbescheiden der Krankenkassen auftauchen. Dadurch kann bei Patient/-innen der Eindruck entstehen, dass ihre medizinischen Belange nicht ausreichend berücksichtigt worden sind. Zur Stärkung der Patientensouveränität sollten Patientinnen und Patienten, über welche die Medizinischen Dienste ein Gutachten erstellen, dieses zur Kenntnis zugesandt bekommen.

Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass die Neuregelungen in § 275 Absatz 5 eigens kodifizieren, dass das bisher für Ärzt/innen geltende Recht auf eine fachlich unabhängige Tätigkeit auch auf nicht-ärztliche Beschäftigte des MD ausgeweitet wird. Hierzu gehören beispielsweise Pflegefachkräfte und Vertreter/innen anderer Heil- und Gesundheitsberufe. Dies stärkt die Unabhängigkeit der Begutachtung im SGB V und im SGB XI-Bereich.

Änderungsbedarf

(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. **Rechtsbehelfsbelehrungen, die mit einem negativen Leistungsbescheid durch gesetzliche Krankenkassen versandt werden, müssen in allen Fällen den Versicherten über sein Recht aufklären, dass ein Gutachten durch den Medizinischen Dienst zu erstellen ist, wenn die Leistung aus medizinischen Gründen abgelehnt wird, um Gültigkeit zu haben.**

(3c) Personen, über die der Medizinische Dienst ein Gutachten erstellt, erhalten eine Ausfertigung des erstellten Gutachtens. Dieses hat eine laienverständliche Erläuterung der zentralen Inhalte und Ergebnisse des Gutachtens zu enthalten.

§ 278 Medizinischer Dienst
Der Medizinische Dienst wird organisationsrechtlich und in Hinblick auf seinen Haushaltsrahmen unabhängiger. Für eine konsequente Umsetzung der Unabhängigkeit von den Krankenkassen bedarf es einer entsprechenden Besetzung der Verwaltungsräte. In Absatz 2 wird nochmals klargestellt, dass die Gutachter/innen des MD sich aus Ärzt/innen, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zusammensetzen können und dass die Gesamtverantwortung bei medizinischen Sachverhalten bei den Ärzt/innen und bei pflegerischen Sachverhalten bei den Pflegefachkräften liegt. Unklar ist, warum die Gesamtverantwortung bei Sachverhalten wie z.B. Hilfsmittelversorgung nicht bei den Angehörigen der entsprechenden Berufsgruppen liegt.

Besonders positiv zu bewerten ist die Einführung einer Ombudsperson und damit eines institutionalisierten Beschwerdemanagements. Sowohl die Versicherten als auch die Beschäftigten können sich mit ihren Beschwerden an diese Ombudsperson richten. Die regelmäßige zweijährige Berichtspflicht der Ombudsperson gegenüber dem Verwaltungsrat sollte auf eine einjährige Berichtspflicht verkürzt werden. Die Transparenz im neuen System des MD wird auch durch die neu eingeführte Berichtspflicht der Länder-MDen an den MDB Bund in Absatz 4 gestärkt.

Änderungsbedarf
(3) Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form ~~zwei~~jährlich und bei gegebenem Anlass. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.

§§ 279, 282 Verwaltungsrat und Vorstand der MDen sowie des MD Bund
Eine absolute Stimmmehrheit von durch Krankenkassen benannten Vertreter/innen, führt nicht dazu, dass die Medizinischen Dienste in ihrer Ausübung und in ihrer strategischen Ausrichtung unabhängig agieren können. Die vom Bundesgesundheitsministerium im Referentenentwurf vorgesehene Besetzung hätte diesen Zweck erfüllt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege fordert, dass die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste wie folgt besetzt werden: 6 Kassenvertreter/innen, 6 Patientenvertreter/innen und 4 Vertreter/innen von Pflegekammer und Ärztekammer. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass Vertretern von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen bestellt werden und ein Stimmrecht erhalten und dass mit dieser Bank auch die Interessen der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutz entsprechend vertreten sind. Des Weiteren ist sachgerecht, dass sich Mitglieder des Verwaltungsrats aus den Landesärztekammern bzw. Pflegekammern bzw. den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe rekrutieren. Die Gesetzesbegründung weist aus, dass die Zusammensetzung des Verwaltungsrats sicherstellen soll, dass „alle wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind“ in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können“ (S. 61).
Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass auf Landesebene Vorgaben für Organisationen der Patientenvertretung getroffen werden sollen, die im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste vertreten sein können. Hierbei seien Vorgaben mit Blick auf die fachliche Qualifikation, Unabhängigkeit, Organisationsform und Anforderungen an die Offenlegung zu treffen. Hierbei gilt es zu bedenken, dass wenn solche Vorgaben einmal kodifiziert sind, dass sie auf andere Bereiche ausstrahlen werden und hier ebenfalls Wirkung entfalten. Die vorgesehene Regelung würde voraussichtlich zu einem sehr divergenten

System an landesspezifischen Vorgaben führen. Dies gilt es zu verhindern. Es ist wichtig, dass Patientenorganisationen, die sowohl auf Landesebene aber auch bundesweit aktiv sind, nicht eine Vielzahl an unterschiedlichen landesrechtlichen Vorgaben zu erfüllen haben. Bedenkt man, dass der Gesetzgeber zugleich bundesweit eine Vorgabe hinsichtlich der Finanzierung der Vertreter in den Verwaltungsräten normieren möchte (zu nicht mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert, die Leistungen für die GKV oder die gesetzliche Pflegeversicherung erbringen), zeigt dies auf, dass auch bundesweite Vorgaben möglich sein sollten. Der Bundesrat hatte in seiner Stellungnahme ebenso darauf verwiesen, dass er hier bundesweite Vorgaben für sachgerecht hält. Die hier vorgesehene bundesweite Vorgabe zur Finanzierung sollte sich ebenso auf die benennenden Organisationen, wie auf die Vertreter beziehen. Wir schlagen vor, sich bei dieser Regelung auf bereits bestehende Offenlegungsvorgaben zu beziehen, wie sie beispielsweise vom Forum chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen Gesamtverband und durch die Mitglieder der BAG Selbsthilfe getroffen worden sind (siehe: www.bag-selbsthilfe.de/informationsportal-selbsthilfe-aktive/unabhaengigkeit-der-selbsthilfe/zuwendungen-von-wirtschaftsunternehmen-transparenzliste/). Auf diese Weise würden Vorgaben genutzt, auf die die Vielzahl der Patientenorganisationen bereits eingestellt ist. Hier gilt die Vorgabe, dass maximal 15% der Gesamteinnahmen von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft stammen dürfen.

Änderungsbedarf
§ 279 Abs. 5
(5) (…)
Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes legt die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 fest. ~~Sie bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 2 Nummer 1 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung.~~
Als Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 sind mindestens zwei Frauen und zwei Männer, als Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 sind jeweils eine Frau und ein Mann zu benennen. Ist eine Satz 5 entsprechende Benennung nicht möglich, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das mehrheitlich vertreten ist, als benannt, dass dem Verhältnis nach Satz 5 entsprochen wird; die Anzahl der Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 und 2 reduziert sich entsprechend. Die Vertreter nach Satz 1 **und die Organisationen, durch die sie benannt werden,** dürfen nicht zu mehr als **15** ~~10~~ Prozent **von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft** ~~Dritten~~ finanziert werden~~, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die Soziale Pflegeversicherung erbringen~~.

§§ 280, 281 Finanzierung, Haushalt und Aufsicht der Medizinischen Dienste und des MD Bund
Insbesondere der MD Bund wird im Unterschied zum MDS vom GKV-Spitzenverband organisatorisch unabhängig und auch in der Finanzierung vollständig aus dessen Strukturen herausgelöst. Das wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt. Die Finanzierung erfolgt nun aus der Umlage der MDen. Der Haushaltsplan der einzelnen MDen sowie des MD Bund unterliegt der Kontrolle durch die jeweilige Aufsichtsbehörde, was diese Unabhängigkeit unterstreicht.

§ 283 Aufgaben des MD Bund
Der neuen Rolle der MDen entspricht, dass der MD Bund künftig anstelle des GKV-Spitzenverbands die Richtlinien über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste erlässt. Von zentraler Bedeutung ist die Richtlinie über die systematische Qualitätssicherung der Tä-

tigkeit des MD (Nummer 6), da diese für die Versicherten einen hohen Stellenwert hat. Positiv bewertet wird, dass der Kreis der jeweils Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 283 Absatz 2 Satz 2 so offen formuliert ist, dass die jeweils von einer Regelung betroffenen Körperschaften und Organisationen Anhörungsrechte erhalten. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der Kreis der Stellungnahme berechtigten Organisationen um die maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen erweitert wurde. Dies war eine Forderung der BAGFW.

Artikel 7: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuches

Soweit es sich um redaktionelle Änderungen in Folge der neuen Bezeichnung der Medizinischen Dienste bzw. um Folgeänderungen des Übergangs der bisherigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes auf den MD Bund handelt, wird hier zu einzelnen Paragraphen nicht gesondert Stellung genommen.

§ 18 Absatz 3 Satz 11: Transparenz des Gutachtens
Die Sichtweise und Expertise der Betroffenenorganisationen sowie der Pflegeeinrichtungen auf die Transparenz der Darstellung und Verständlichkeit des Gutachtens ist nach Auffassung der BAGFW unverzichtbar. Ebenso sollte den Pflegeeinrichtungen, welche die Kunde/innen auf der Grundlage des Gutachtens bezüglich des Leistungsangebots beraten, Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Daher sollte den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen bei den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Änderungsbedarf
(3) (…) Der Medizinischen Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen **und unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen, sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen** in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens“..

§ 18 Absatz 5a Satz 4: Kriterien Module 7 und 8 der Begutachtungsrichtlinien
Nach dem Gesetzentwurf ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Unterschied zum Referentenentwurf bei der Konkretisierung der Kriterien in den Begutachtungs-Richtlinien zu den Beeinträchtigungen in Modul 7 und 8 (außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung) nicht mehr nur zu beteiligen, sondern sogar ins Benehmen zu setzen. Die Konkretisierung der Begutachtungs-Richtlinien stellt eine rein pflegefachliche Aufgabe dar, sodass die Beteiligung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nicht angemessen ist.

Änderungsbedarf
Die Neuregelung ist zu streichen.

§ 18 Absatz 7 Satz 1
Die Klarstellung, dass Pflegefachkräfte und Ärzt/innen in Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften die Begutachtung durchführen können, ist sachgerecht und wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt.

§ 114a Absatz 6: Bericht
Die Medizinischen Dienste sollen dem MD Bund künftig nicht nur im Abstand von drei, sondern von zwei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften, Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und Erkenntnisse zur Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung berichten. Seit 2007 werden alle Pflegeeinrichtungen *jährlich* geprüft und die Ergebnisse der Qualitätsprüfung nach § 115 Abs. 1a SGB XI sowie zu den künftig halbjährlich erhobenen Qualitätsindikatoren in der vollstationären Pflege im Internet veröffentlicht. Mit der Richtlinie nach § 53a Satz 1 Nr. 4 – alt bzw. § 53d Absatz 3 Nr. 4 neu zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen werden darüber hinaus *jährlich* Berichte der Medizinischen Dienste zur Umsetzung und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen veröffentlicht. Mit den Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI sowie der Veröffentlichung der Berichte gemäß des Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 53a SGB XI alt bzw. § 53d neu liegen zu allen in § 114a Abs. 6 genannten Themen wesentlich aktuellere Veröffentlichungen vor, als dies ein alle zwei Jahre erscheinender Bericht leisten kann. Der Bericht nach § 114a Abs. 6 hat durch diese neuen Entwicklungen somit für die Zukunft seinen Nutzen verloren.

Änderungsbedarf
Der Absatz 6 in § 114a ist ersatzlos zu streichen.

§ 114a Absatz 7: Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung
Nach § 114a Absatz 7 Satz 1 neu beschließen nun der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Auch hier ist es unserer Ansicht nach zu kurz gegriffen, wenn es zu einem Rollentausch zwischen MD Bund und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen kommt. Aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege gehört die Verabschiedung von Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 in den Kompetenzbereich des Qualitätsausschusses Pflege und ist dort zu verankern. Sollte dieser Vorschlag im Gesetzgebungsprozess keine Berücksichtigung finden, ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, an den Richtlinien nur zu beteiligen, jedoch nicht ins Benehmen zu setzen. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass aus dem Gesetzentwurf nicht klar hervorgeht, ob der Prüfdienst des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. gleichfalls ins Benehmen zu setzen oder nur zu beteiligen ist.

Änderungsbedarf
(7) Der ~~Medizinischer Dienst Bund~~ **Qualitätsausschuss Pflege** beschließt ~~im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.~~ zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiter-

entwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. ~~Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.~~ Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

Analog dazu ist § 53d Absatz 3 Ziffer 4 ersatzlos zu streichen.

§ 114c: Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus

In § 114c Absatz 1 neu geht die Regelungskompetenz für die Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf den MD Bund über. Die Berichtspflicht über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der ersten Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1, den neuen Qualitätsprüfungen in der vollstationären Pflege einschließlich der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen verbleiben dagegen beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Wir halten beides nicht für sachgerecht. Diese Kompetenzen, insbesondere die zur Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen, gehören unserer Auffassung nach in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses Pflege. Sollte dieser Vorschlag im Gesetzgebungsprozess keine Berücksichtigung finden, ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, an den Richtlinien nur zu beteiligen, jedoch nicht ins Benehmen zu setzen. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass aus dem Gesetzentwurf nicht klar hervorgeht, ob der Prüfdienst des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. gleichfalls ins Benehmen zu setzen oder nur zu beteiligen ist. Analog dazu ist § 53d Absatz 3 Ziffer 5 ersatzlos zu streichen.

Änderungsbedarf

(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 kann eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist. Der ~~Medizinische Dienst Bund~~ **Qualitätsausschuss Pflege** legt ~~im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.~~ bis zum 30. September 2019 in Richtli-

nien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung sichergestellt ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. ~~Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen~~. Die Kriterien nach Satz 2 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.
(…)

(3) Der **Qualitätsausschuss Pflege** ~~Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der **Qualitätsausschuss Pflege** ~~Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

C. Änderungsanträge

Änderungsantrag 4: Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten (§ 75a Absatz 9 SGB V)

Nach Angaben des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) werden in den nächsten 5 Jahren 25 Prozent der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland in den Ruhestand gehen. Schon jetzt besteht in vielen Regionen eine spürbare Unterversorgung mit Kinderärzten, sowohl im ländlichen, aber auch im städtischen Bereich. Auch im klinischen Bereich kommt es zur Unterversorgung, die eine wesentliche Ursache in der unzu-

reichenden Finanzierung hat, welche zur Schließung von Kinderkliniken und Kinderstationen führt. Aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege besteht im Bereich der Pädiatrie somit dringender Handlungsbedarf. Der Änderungsantrag sieht nun vor, dass künftig mindestens 250 der insgesamt 2000 Weiterbildungsstellen für die Kinder- und Jugendärzte vorzusehen sind. Nach dem Evaluationsbericht über die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGBV aus dem Jahr 2016 wurden bereits 216 Kinder- und Jugendärzte gefördert und gegenwärtig etwas mehr als 250. Da weiterhin ein akuter Mangel besteht, ist die im Änderungsantrag genannte Zahl von 250 Weiterbildungsstellen noch nicht ausreichend; sie sollte auf 400 Stellen, wie sie die Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendärzte vorsieht, erhöht werden.

Änderungsantrag 12: Vereinfachung Kassenwechsel (§§ 175, 304 SGB V)
Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Erleichterungen, die im Änderungsantrag für den Fall des Kassenwechsels für die Versicherten vorgesehen sind. Die Änderungen setzen auch die aktuelle Rechtsprechung um. Bisher müssen wechselwillige Mitglieder ihrer bisherigen Krankenkasse kündigen, einen Aufnahmeantrag bei der neuen Krankenkasse stellen, die schriftliche Kündigungsbestätigung ihrer alten Krankenkasse abwarten und diese an die neue Kasse übersenden. Bis die Kündigungsbestätigung vorliegt, ist der Kassenwechsel schwebend unwirksam, was für die Versicherten in Einzelfällen durchaus problematisch sein konnte. Die vorgesehenen Änderungen werden daher aus Versichertensicht als positiv bewertet.

Änderungsantrag 18: Erhöhung der Mitgliederzahl des Beirates beim Sozialmedizinischen -dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 283a Absatz 2 SGB V)
Wir begrüßen die Erweiterung des Beirats von sechs auf neun Verbände der maßgeblichen Organisationen für die Vertretung der Rechte von pflegebedürftigen Menschen und Patientinnen und Patienten nachdrücklich, weil dadurch das gesamte Spektrum der Interessen im Beirat weiterhin abgebildet wird.

D. Ergänzender Änderungsbedarf

Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen vereinfachen
Bei Anzeichen eines möglichen Rehabilitationsbedarfs sollten in Zukunft auch Pflegefachkräfte, therapeutische Fachberufe und klinisch arbeitende Sozialarbeiter mit Einverständnis der betroffenen Person einen Rehabilitationsbedarf ermitteln können und die Ergebnisse dem Rehabilitationsträger mitteilen. Dies gilt als Antragstellung. Der Reha-Träger kann den Bedarf weiterermitteln und entscheidet über den Antrag.

Berlin, 08.10.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de); Erika Stempfle (erika.stempfle@diakonie.de);
Verena Holtz (gesundheit@paritaet.org)

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(15)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
11.10.2019

Stellungnahme der

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

zum

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

- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 14. Oktober 2019 -

Als Dachverband von 117 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen begrüßt die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich das Ziel des Gesetzentwurfs, die Unabhängigkeit und Neutralität der Medizinischen Dienste zu stärken. Leider nahmen viele Versicherte bisher die Medizinischen Dienste eher als Teil der Krankenkassen wahr und nicht als unabhängige medizinische Sachverständige. Vor diesem Hintergrund wird die neue Ausgestaltung der Rechtsform der Medizinischen Dienste und die Herausnahme der Krankenkassen aus der Bezeichnung der Medizinischen Dienste explizit begrüßt.

Im Grundsatz gilt die positive Einschätzung des Entwurfes auch für die Umgestaltung der Verwaltungsräte. Gegenüber dem Referentenentwurf wurde jedoch die Gewichtung der Beteiligung in den Verwaltungsräten zugunsten der Krankenkassenvertreter verschoben, so dass diese die Verwaltungsräte nach wie vor dominieren dürften. Insoweit sieht die BAG SELBSTHILFE diese Maßnahme eher als ersten Schritt an, bei der ggf. im Sinne eines lernenden Systems nachgesteuert werden sollte.

Auch die Stärkung der Versichertenrolle durch die Einrichtung eines Beschwerdemanagements in Form einer Ombudsperson wird befürwortet. Bereits jetzt informieren viele MDKen im Internet über die Möglichkeit einer Beschwerde, allerdings in sehr unterschiedlicher Form. Insgesamt wird jedoch angeregt, dass auf diese Möglichkeit jeweils – etwa im Rahmen einer Begutachtung – hingewiesen werden muss, damit auch Personen, die nicht internetaffin sind, darauf aufmerksam werden.

Ausdrücklich begrüßt wird die Regelung zur Verbesserung der Unterstützung der Patientenvertretung auf Landesebene. Bisher waren die Unterstützungsmöglichkeiten auf der Landesebene häufig deutlich schlechter ausgestaltet; nur in Einzelfällen gab es Stabsstellen wie auf Bundesebene. Es steht zu hoffen, dass sich dies durch die Möglichkeit einer Einrichtung und Finanzierung der Stabsstelle durch die Landesausschüsse verbessern wird. Zumindest ist jedoch festgelegt, dass die Verbände Anspruch auf Aufwendungsersatz für koordinierende Tätigkeiten haben, was bereits zu einer Verbesserung der Situation beitragen dürfte. Insgesamt wird die vorgesehene Regelung als notwendige Hilfe zur Bewältigung der gestiegenen Verantwortung der Landesebene, insbesondere in den Bereichen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung, angesehen und begrüßt.

Auch die Herausnahme der Kostenübernahme der Gebärdendolmetscher aus den Fallpauschalen im stationären Bereich wird im Grundsatz sehr positiv gesehen; hier wird jedoch noch Ergänzungsbedarf gesehen, dessen Ausgestaltung in den nachfolgenden Vorschlägen enthalten ist.

Zu den Vorschlägen im Einzelnen:

1. **Gesetzentwurf**

   a. **Öffentlichkeit der Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses, Übertragung im Internet (§ 91 Abs. 7 SGB V)**

Durch die vorgesehene Übertragung der Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Internet wird aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE dem – immer wieder erhobenen - Vorwurf mangelnder Transparenz begegnet; die Regelung stärkt damit auch dessen Legitimationsbasis. In einigen Fällen dürfte dieses Vorgehen zudem auch der Arbeitserleichterung der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter dienen, etwa wenn sie sich über die stattgefundene Diskussion „ihres“ Tagesordnungspunktes aus ihrer Arbeitsgruppe informieren wollen. Insoweit wird die vorgesehene Regelung als zeitgemäße Weiterentwicklung des Öffentlichkeitsgrundsatzes begrüßt.

   b. **Vereinbarung eines Kataloges für ambulante Operationen, stationsersetzende Maßnahmen und der Maßgaben für die Notwendigkeit stationären Aufenthaltes (§ 115b SGB V)**

Die vorgesehene Fortschreibung des AOP-Kataloges auf der Grundlage eines noch zu erstellenden Gutachtens wird zwar an sich begrüßt; in Anbetracht der Tatsache, dass diese Vereinbarungen sowohl Belange der Patientensicherheit aber auch die Frage des Zugangs zur Krankenhausversorgung ganz grundlegend berühren, wird gefordert, dass für die Zukunft eine **Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen** nach § 140f SGB V gesetzlich vorgesehen wird.

Zugleich sollte die damit angestrebte stärkere Ambulantisierung nicht zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen. Dies bedeutet, dass der Patient dann, wenn Behandlungen (kostensparend) in den ambulanten Sektor verlagert werden, nicht verpflichtet sein

kann, zusätzlich die **Fahrtkosten** zu tragen. Leider ist aber das Bundessozialgericht[1] der Auffassung, dass der „AOP-Katalog“ nicht als taugliches Abgrenzungskriterium für stationsersetzende Maßnahmen taugt, sondern dass vielmehr jeweils eine Prüfung des Einzelfalles durchgeführt werden muss - mit den entsprechenden Prozessrisiken für die Patientinnen und Patienten.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte daher im Zuge dieser Änderung auch eine klarstellende Korrektur der Fahrtkostenregelung des § 60 Abs. 2 SGB V vorgenommen werden:

„4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a, ~~oder~~
5. bei Fahrten zu einem stationsersetzenden Eingriff oder einer stationsersetzenden Behandlung nach § 115b oder bei Fahrten zu einem ambulanten Eingriff bei Vorliegen eines in der Vereinbarung nach § 115b bestimmten allgemeinen Tatbestandes, bei dem an sich die stationäre Durchführung erforderlich sein kann. ~~wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung~~“

c. Einbeziehung der Medizinischen Dienste bei Ablehnungen von Leistungsanträgen (§ 275 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt diese Regelung. Sie erhofft sich davon, dass dadurch kostenintensive Sozialgerichtsverfahren vermieden werden können und PatientInnen zeitnäher die benötigten Leistungen erhalten.

Zu befürchten steht aber auch, dass sich Krankenkassen als Gegenstrategie bei ihren Leistungsablehnungen stärker auf rechtliche Gründe konzentrieren oder noch stärker als bisher versuchen, ihre Versicherten zur Rücknahme von Widersprüchen zu bewegen. Insgesamt wird es deswegen – neben einer Sanktion von letzterem Verhalten – nach wie vor

[1] BSG-Urteil vom 18.11.2014 – B 1 KR 8/13 R, BSG-Urteil vom 13.12.2016 – B 1 KR 2/16 R

für notwendig erachtet, dass sich auch Krankenkassen dem Qualitätswettbewerb stellen und ihre Ablehnungsquoten veröffentlichen müssen.

d. Beschwerdemanagement durch Ombudsstellen

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es sehr, dass es in Zukunft ein verpflichtendes Beschwerdemanagement durch die Einrichtung einer Ombudsstelle geben soll. Es wird jedoch angeregt, den MDKen aufzuerlegen, auf diese Möglichkeit z.B. bei der Begutachtung hinweisen zu müssen, damit auch Versicherte, die nicht internetaffin sind, überhaupt von dieser Möglichkeit erfahren. Bereits jetzt hat ja die Mehrzahl der MDKen auf ihren Homepages Möglichkeiten zur Beschwerde; gerade Menschen, die nicht internetaffin sind, profitieren jedoch von dieser Möglichkeit nicht.

d. Qualifikation der in den Medizinischen Diensten tätigen Ärzte (§ 278 Abs. 2 SGB V)

Um die Qualität der Gutachten weiter zu verbessern und kosten- und zeitaufwändige Widerspruchsverfahren zu vermeiden, sollten die Gutachten und Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE nur von qualifizierten und für das jeweilige Krankheitsbild sachverständigen Fachärzten erstellt werden dürfen (Herzerkrankungen vom Kardiologen, Stoffwechselstörungen vom Facharzt für Stoffwechsel- oder Ernährungsmedizin, etc.). Insbesondere bei Gutachten zu seltenen Krankheiten sollte zudem ein Nachweis der Expertise des Gutachters zu der entsprechenden Erkrankung erforderlich sein.

e. Patientenbeteiligung in den Medizinischen Diensten und deren Spitzenverband (§ 279 Abs. 5 SGB V)

Die Regelung einer Patientenbeteiligung in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste und deren Spitzenverband wird zwar ausdrücklich begrüßt; gleichzeitig wird bedauert, dass die Gewichtung im Verwaltungsrat – gegenüber dem Referentenentwurf - zugunsten der Gruppe der KrankenkassenvertreterInnen verlagert wurde. Es bleibt unklar, ob dies nicht weiterhin dazu führt, dass den Medizinischen Dienste weiterhin fehlende

Unabhängigkeit vorgeworfen wird. Hier sollte die Entwicklung beobachtet und ggf. nachgesteuert werden.

Soweit die Forderung des **Bundesrates nach einer bundeseinheitlichen Regelung** doch noch aufgenommen werden sollte, regt die BAG SELBSTHILFE an, sich an der Liste der Verbände nach § 118 SGB XI (siehe S. 78 des Gesetzentwurfes) zu orientieren – unter Hinzufügung der nur in § 140f aufgelisteten Verbände (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen). Denn auch wenn die Ausgestaltung der Verbände nach § 140f SGB V und 118 SGB XI sehr unterschiedlich aussieht, so verbergen sich doch weitgehend die gleichen Verbände dahinter. Der Vorteil des § 118 SGB XI als „modernere" Norm ist, dass dort die im Deutschen Behindertenrat enthaltenen Verbände (BAG SELBSTHILFE, VdK, SoVD, ISL) direkt genannt sind; da der Deutsche Behindertenrat keine Landesebene hat, erleichtert dies die Zuordnung auf Landesebene.

Unabhängig davon lehnt die BAG SELBSTHILFE die in der Gesetzesbegründung enthaltene **Berücksichtigung der UPD in den MDK-Verwaltungsräten** als Verbraucherschutzorganisation ab. Die UPD wird aktuell von einem Wirtschaftsunternehmen getragen, das finanzielle Eigeninteressen verfolgt, so dass hier auch Interessenkonflikte gesehen werden.

Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SLEBSTHILFE nochmals eine grundlegende **Neufassung des § 65b SGB V**, die sicher stellt, dass nur Patientenorganisationen als Träger der Unabhängigen Patientenberatung in Betracht kommen. Ferner sollte es eine dauerhafte und sichere Förderung der UPD geben, damit die Arbeit der UPD nicht immer wieder durch Ausschreibungsverfahren unterbrochen wird - mit entsprechenden Verlusten an erfahrenen Beratern.

f. Beteiligungs- und Stellungnahmerechte der Patienten-/ Pflegebedürftigenvertretung (§§ 283 SGB V, 118 SGB XI)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Festlegung, dass die entsprechenden Vertretungen an der Erarbeitung von Richtlinien (im Bereich des SGB XI weiterhin) zu beteiligen sind. So wird etwa bei der Ausgestaltung der Dienstleistungsrichtlinie deutlich, dass hier unmittelbar Patienteninteressen betroffen sind. Gleichzeitig wird darum gebeten festzulegen,

dass für entsprechende Stellungnahmeverfahren eine angemessene Frist eingeräumt wird. Gerade kleinen ehrenamtlichen Verbänden ist eine Mitwirkung bei Fristen von einigen Tagen oder einer Woche praktisch verwehrt; damit kann die Einholung von Betroffenenexpertise durch zu kurze Fristen faktisch ins Leere laufen. Vor diesem Hintergrund wird um entsprechende Klärung gebeten.

g. Gesetzentwurf Art. 4 Nr. 1 (§ 2 Abs. 2 S. 3 KHEntGG) und Änderungsantrag Nr. 29: Herausnahme der Gebärdendolmetscherleistungen aus den Fallpauschalen der somatischen und psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt ausdrücklich, dass die Dolmetscherassistenzleistungen aus der Fallpauschale herausgenommen werden und in die Zuständigkeit der Kostenträger überführt werden - wie dies im Übrigen bei ambulanten Behandlungen gemäß § 17 Absatz2 SGB I ebenfalls der Fall ist. In Krankenhäusern und Einrichtungen wurde ein solches Anliegen bisher nach den Erfahrungen unserer Verbände – entweder aus Unkenntnis der Pflicht zur Übernahme oder aus Kostengründen - oft geblockt, bis der Gesprächsanlass vorbei war.

Die Pflicht zur Kostenübernahme ergibt sich bereits aus § 17 Absatz 2 SGB I:

"Menschen mit Hörbehinderungen und Menschen mit Sprachbehinderungen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, in Deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen. § 5 der Kommunikationshilfenverordnung in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend."

Aus diesem Wortlaut ergibt sich jedoch auch der aus Sicht der BAG SELBSTHILFE notwendige **Änderungsbedarf**. Denn nur ein kleiner Teil der Menschen, die Dolmetscherassistenz benötigt, ist gebärdensprachorientiert. Lautsprachlich orientierte ertaubte Menschen benötigen Schriftdolmetscher, taubblinde Menschen kommunizieren über Lormen oder taktile Gebärden. Die Kommunikationshilfeverordnung Bund zum Behindertengleichstellungsgesetz gibt hierzu eine sehr gute Übersicht. Insoweit geht es nicht nur um

Gebärdensprachdolmetscher für gehörlose, gebärdensprachorientierte Menschen, sondern generell um Dolmetscherassistenz für Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigung.

Die BAG SELBSTHILFE schlägt deswegen vor, die Formulierung wie folgt abzuändern:

"die Leistungen von Dolmetscherassistenz der jeweiligen Kommunikationsform (Gebärdensprache, Schriftsprache, Lormen u.v.m.) bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung oder mit Sprachbehinderung"

Alternativ könnte auch der Wortlaut des § 17 Abs. 2 SGB I verwendet werden:

"die Leistungen von Dolmetscherassistenz für Deutsche Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationsformen bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung oder mit Sprachbehinderung".

Begrüßt wird ferner die Regelung im Änderungsantrag, dass Herausnahme der Gebärdensprachdolmetscherkosten **sowohl für somatische als auch für psychiatrische und psychosomatische Kliniken** gelten. Besonders große Schwierigkeiten der Gebärdensprachdolmetschereinsätze und ihre Kostenübernahmen gibt es allerdings vor allem den Bereich der somatischen Kliniken/Behandlungen betreffen. Da das Setting und Milieu im psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich gerade besonders auf die Situation gehörloser/ hörbehinderter Menschen ausgerichtet sein muss, was nicht durch Gebärdensprachdolmetscher ausgeglichen werden kann, gibt es bereits seit Jahrzehnten deutschlandweit zwei psychiatrische Kliniken mit einem spezialisierten Angebot für Gehörlose/Hörbehinderte. Insofern besteht der Bedarf zur Kostenübernahme der Gebärdensprachdolmetscherkosten durch die Krankenkassen ganz besonders im Bereich der somatischen Kliniken. Gleichwohl ist der Gleichlauf in der Herausnahme der Kosten aus den DRGs bei den verschiedenen Klinikarten sehr zu begrüßen.

Unabhängig von dem Entwurf ist es das Anliegen der BAG SELBSTHILFE, die **Umsetzung der Norm** zu evaluieren, also zu klären, ob die Kostenträger ihrer Verpflichtung nach §

17 Abs. 2 SGB I sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich hinreichend nachkommen. Hierzu könnte eine Berichtspflicht eingeführt werden.

2. Änderungsanträge

a. Änderungsantrag Nr. 3- Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt diese Normierung bereits vorhandener Regelungen. Dadurch wird auf eine rechtssichere Grundlage gestellt, was bereits seit Jahren gängige Praxis ist.

b. Änderungsantrag Nr. 11: Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Stärkung der Patientenvertretung auf Landesebene nachdrücklich. Bisher war die Unterstützung auf Bundesebene – auch durch die dort vorhandene Stabsstelle – deutlich besser ausgestaltet als in den Ländern. Nach der nunmehr vorgesehenen Regelung wird es den PatientenvertreterInnen und Organisationen in Zukunft möglich sein, entweder über eine Stabsstelle Unterstützung zu erhalten oder den Koordinierungsaufwand gegenüber den Landesausschüssen geltend zu machen. Dies stellt eine erhebliche Erleichterung für die meist ehrenamtlich geleistete Arbeit der PatientenvertreterInnen und ihrer Organisationen dar.

Diese Regelung wird auch deswegen als dringend notwendig angesehen, um der kontinuierlich gestiegenen und weiterhin steigenden Verantwortung auf Landesebene- insbesondere für die Bereiche Qualitätssicherung und Bedarfsplanung – gerecht werden zu können.

c. Änderungsantrag Nr. 12: Ausübung des Kassenwahlrechtes

Die erleichterte Kündigungsmöglichkeiten werden seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt.

Berlin, den 09.10.2019

stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(16)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
11.10.2019

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

09.09.2019

1. Grundsätze und MDK-Reform

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen in Deutschland. Er nimmt in der vorliegenden Positionierung Stellung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung, der sich vorrangig mit der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) sowie mit der Reduzierung der Prüfverfahren von Krankenhausabrechnungen befasst. Laut Begründung des Gesetzesentwurfes soll die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen gestärkt und, damit einhergehend, die Qualität der Erfüllung der den MDK übertragenen Aufgaben verbessert werden. Zur Erreichung dieses Zieles soll die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der MDK diversifiziert und für eine Mitwirkung der Krankenkassen verschlossen werden, während gleichzeitig eine organisatorische Reform der MDK und des MDS hin zu vereinheitlichten Körperschaften, die aus dem Handlungsbereich der Krankenkassen bzw. des GKV- Spitzenverbandes entfernt werden, erfolgen soll. Angesichts der oben genannten Zielsetzung stellen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften jedoch fest, dass die geplanten Organisationsreformen der Unabhängigkeit und Qualität der Aufgabenerbringung durch die MDK bzw. den MDS keinesfalls zuträglich sein werden.

Die MDKen und der MDS sind als sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienste der Kranken- und Pflegeversicherung damit beauftragt, die Leistungen beider Versicherungszweige nach objektiven medizinischen Kriterien für alle Versicherten zu gleichen Bedingungen zu prüfen, verfügbar zu machen und so die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Angesichts dieses Aufgabenspektrums und der damit einhergehenden Bedeutung für die notwendige Verwirklichung des Solidaritätsprinzips in der Frage der Versorgung von Erkrankten und zu Pflegenden ist der MDK für die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität ein wesentlicher Baustein.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de

Verantwortlich: Markus Hofmann, Abteilungsleiter Sozialpolitik, DGB- Bundesvorstand

Dazu gehört ebenso, dass die MDKen die Aufgabe der Krankenkassen, auf gesunde Lebensverhältnisse ihrer Versicherten hinzuwirken, indem sie diese aufklären, beraten und Leistungen zahlen, auf Basis des Wirtschaftlichkeitsprinzips ausführt, sodass die jeweiligen Krankenkassenleistungen sowohl ausreichend als auch zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Dasselbe gilt für die Aufgabenwahrnehmung des MDK als für die Begutachtung des Pflegebedarfs zuständige Institution im Rahmen der Pflegeversicherung, die Pflegebedürftige unter anderem mit Sachleistungen unterstützt. Zudem werden durch sie auch die Leistungserbringungen gegenüber den Versicherten durch Krankenhäuser und weitere Versorgungseinrichtungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit überprüft – und damit auch die ordnungsmäße Verwendung der Beitragsgelder durch die Leistungserbringer. Die MDKen sind somit für die Sicherstellung einer komplexen, ineinandergreifenden und bedarfsgerechten Versichertenversorgung zuständig. Damit dies nach objektiven und am Versichertenbedarf ausgerichteten Kriterien erfolgt, gewährleisten die Verwaltungsräte der MDK als wichtige Gremien der sozialen Selbstverwaltung durch die Sozialpartner eine umfassende Integration der Versicherteninteressen in die praktische Versorgung. Dies geschieht unter Ausschluss der Beeinflussung durch Leistungsanbieter oder anderen Interessengruppen, sodass die MDK bereits heute sowohl durch eine ausgeprägte Unabhängigkeit gegenüber Beeinflussungen durch Dritte als auch durch eine sachgerechte und notwendige Integration der Sozialpartner in ihren Strukturen geprägt sind.

Der MDS berät die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene – insbesondere den GKV-Spitzenverband – in Leistungs-, Versorgungs-, Qualitäts- und Strukturfragen. Er erstellt für den GKV-Spitzenverband zu grundsätzlichen Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Diese nutzt der GKV-Spitzenverband, um seinen Aufgaben und den Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder in anderen Gremien gerecht werden zu können. Auch unterstützt der MDS den GKV-Spitzenverband direkt als Berater in Gremienberatungen oder Verhandlungen. Zudem fertigt der MDS Berichte und Statistiken an, die die Begutachtungen der MDK und speziell die Entwicklung in der Pflege-Qualität und Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen darstellen.

Diese Grundlagen der Aufgabenübertragung an MDK und MDS sollen durch den vorliegenden Gesetzesentwurf offensichtlich vollständig umgestellt werden. Leitende Prinzipien bilden dabei einmal mehr die beabsichtigte Schwächung der Institution der Sozialen Selbstverwaltung in den Sozialversicherungssystemen sowie die Ausklammerung der Rolle der Sozialpartner als wichtige Bestandteile des Sozialstaatsprinzips wie auch als Träger der Sozialversicherungen. Die als Stärkung der Unabhängigkeit bezeichnete Verkörperschaftlichung und Loslösung beider Institutionen von den

Krankenkassen dient aus Sicht des DGB tatsächlich in erster Linie dazu, die ministerielle und politische Einflussnahme im durch einen verschärften Wettbewerb gekennzeichneten Gesundheitssektor auf Kosten der Sozialversicherungen auszuweiten. Dies ist für den DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften weder begründbar noch hinnehmbar.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften betonen demgegenüber, dass die bereits existierende Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowohl aufgrund ihrer Bedeutung für das Sozialstaatsprinzip als auch für die Versichertenversorgung unangetastet bleiben muss. Die ehrenamtliche Delegation von Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften fördert zudem bereits die Unabhängigkeit der MDK von betriebswirtschaftlichen Interessen der Kassenverwaltungen, die erst durch den gesetzlich verschärften Kassenwettbewerb zur Realität wurden. Versichertenorientierung und Versorgungsqualität sind bereits jetzt prägende Merkmale der erbrachten Aufgabenerfüllung der MDK und des MDS, weshalb sie auch, anders als durch Titel und Zielrichtung des Gesetzesentwurf suggeriert, weder bessere Prüfungen noch eine Neugestaltung der zugrundeliegenden Organisationsstrukturen erforderlich machen.

2. Inhalte des Gesetzesentwurfs

Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen sollen ihre föderale Struktur beibehalten, dabei allerdings von der sozialen Selbstverwaltung und ihren Sozialversicherungsträgern entkoppelt werden. Sie sollen künftig als Medizinische Dienste (MD) firmieren. Als solche sollen sie keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr sein, sondern als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts konstituiert werden. Hauptamtlich bei den Krankenkassen bzw. bei deren Spitzenverbänden Beschäftigte sollen künftig nicht mehr in die Verwaltungsräte der MDKen bzw. des MDS entsandt werden dürfen. Ebenso sollen Mitglieder von Verwaltungsräten der Krankenkassen bzw. von deren Verbänden davon ausgeschlossen werden, auch im Verwaltungsrat eines MD Mitglied zu sein.

Die Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MDK werden künftig zusammengesetzt aus Vertreterinnen und Vertretern, die von den Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts,- Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Ersatzkassen, der Bahn-BKK und der DRV Knappschaft Bahn-See benannt werden, ferner aus Verbänden / 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 sowie aus maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe auf Landesebene sowie der Landesärztekammern.

Die Finanzierung der MD soll weiterhin umlagebasiert durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. Die jeweiligen Haushalte der MD sollen durch die Verwaltungsräte den Geschäftsführungen vorgelegt und durch die aufsichtsführenden Länder geprüft und genehmigt werden.

Der MDS soll vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst und wie die MD künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt werden. Der Verwaltungsrat des MD Bund soll durch die Verwaltungsräte der MD gewählt werden, während die bisherige Mitgliederversammlung des MDS entfallen soll. Die Medizinischen Dienste (MD) sollen im neuen als Mitglieder des MD Bund fungieren und in diesem die Richtlinien und Ziele der Arbeit der einzelnen MD mit festlegen. Alle Richtlinien sollen künftig vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden, worunter auch die bislang nicht genehmigungspflichtigen Richtlinien für die Tätigkeit der MD für die gesetzliche Krankenversicherung fallen. Der MD Bund soll künftig nicht mehr durch den GKV Spitzenverband, sondern durch eine Umlage der ihn bildenden MD finanziert werden. Die Aufsicht über die MD soll künftig bei den Ländern liegen, der MD Bund soll durch das Bundesgesundheitsministerium beaufsichtigt werden.

Der Gesetzesentwurf sieht weiterhin die Schaffung gesetzlicher Vorgaben zur Erarbeitung von Richtlinien für die Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten vor. Dies umfasst ebenfalls die Erfordernisse der Qualitätssicherung sowie der statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der MD-Tätigkeit und des hierfür eingesetzten Personals. Sollten Leistungsanträge von Versicherten aufgrund fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt werden und gibt die Krankenkasse einem Widerspruch der Versicherten ohne optionale Einschaltung der MD nicht statt, so ist in der Konsequenz die verbindliche Einschaltung des MD vorgesehen. Auch soll eine unabhängige Ombudsperson etabliert werden, an die sich MD-Beschäftigte bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte oder Versicherte bei Beschwerden über den MD wenden können. Diese soll den Verwaltungsräten des jeweiligen MD und der entsprechenden Aufsicht regelmäßig und bei gegebenem Anlass berichten.

Für den Bereich der Krankenhausabrechnung sollen stärkere Anreize für korrekte Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen gesetzt werden. In der Folge sollen die Prüfverfahren von Krankenhausabrechnungen durch die MD reduziert werden, sodass ab 2021 nur noch zulässige quartalsbezogene Prüfquoten je Krankenhaus feststehen sollen. Der Umfang der zulässigen Prüfungen soll sich danach richten, wie ein Krankenhaus bei bisherigen Abrechnungsprüfungen abgeschnitten hat: Wurden in der Vergangenheit (quartalsweise betrachtet) weniger fehlerhafte Abrechnungen festgestellt, soll auch die Prüfquote für die Zukunft niedriger ausfallen. Rechnungsstellungen von Krankenhäusern sollen künftig grundsätzlich abschließend erfolgen; ebenso sollen Abrechnungsprüfungen durch die MD fallabschließend sein. Aufrechnungen von Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser sollen künftig für unzulässig erklärt werden, um erhebliche Liquiditätsrisiken der Krankenhäuser bei umfassenden Aufrechnungen in Verbindung mit dem Erlöschen von Vergütungsforderungen durch diese zu vermeiden.

Die Erfüllung der strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung soll künftig in einer in regelmäßigen Abständen durchzuführenden Strukturprüfung per Rechtsgrundlage gebündelt werden. Statt der bisherigen Einzelfallprüfung durch die MDKen auf das Vorhandensein struktureller Voraussetzungen zur Leistungserbringung durch ein Krankenhaus soll künftig eine standardisierte Prüfmethode angewendet werden, die als Voraussetzung für das Anbieten und Abrechnen von Leistungen gilt. Von dieser Prüfung ausgeschlossen werden soll die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte. Dadurch soll der Gefahr der Entstehung unnötiger Prüffelder im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung entgegengewirkt werden.

Die Rücklagen der Krankenkassen und ihre Möglichkeiten, diese aufzubauen, sollen durch einen gegenüber dem Referentenentwurf neu in den Gesetzesentwurf eingefügten Absatz stärker als bisher begrenzt werden

3. Stellungnahme zu den Inhalten des Gesetzesentwurfs

3.1. Reorganisation der MDK und des MDS

Der DGB kann nachvollziehen, dass die bisher übliche Unterscheidung der Rechtsformen der MDK und des MDS zwischen Körperschaften öffentlichen Rechts und eingetragenen Vereinen zugunsten einer Verkörperschaftlichung aller MD und des MD Bund aufgehoben werden sollen. Damit werden sowohl einheitliche Handlungsgrundlagen und Rechtsprinzipien aller MD zum Nutzen der Versicherten verbindlich gemacht als auch die Gemeinwohlorientierung der MD und des MD Bund institutionell gestärkt. Um den differenzierten Erfordernissen einer regionalen Versorgungs-

landschaft gerecht bleiben zu können, ist es unerlässlich, dass die MD weiterhin dezentral organisiert sind. Der DGB erkennt daher zunächst die beabsichtigte Beibehaltung der föderalen Gliederung der Medizinischen Dienste als sachlich begründet an. Die mit dieser Festschreibung verbundene Anbindung der Aufsicht über die MD an die Gesundheitsministerien der Länder stärkt jedoch nicht zwingend die Erfordernisse der Gemeinwohlorientierung und Sicherstellung der Versorgungsqualität im notwendigen Maße, da bereits heute Unterschiede im Aufsichtshandeln der einzelnen Länder festzustellen sind. Deshalb regt der DGB an, regelmäßige Konsultationen der MDKen mit den zuständigen Ausschüssen der Landesparlamente in allen Bundesländern festzuschreiben. Dies trägt einerseits der Bedeutung kommunaler Versorgungsstrukturen Rechnung, andererseits wird hierdurch die demokratische Legitimation sozialstaatlichen Aufsichtshandelns gestärkt.

Die beabsichtigte Abkoppelung der bisherigen MDK und des MDS von den Krankenkassen sieht der DGB weder als sachlich begründet noch als zweckdienlich an. Die bisher gültige, operative Anbindung beider Ebenen an die Krankenkassen bzw. an den GKV-Spitzenverband rechtfertigt sich allein schon aus dem Erfordernis einer nahtlosen Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten. Dies gilt insbesondere auch für den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, dessen erfolgreiches Wirken unmittelbar mit seiner historisch und organisatorisch bedingten Anbindung an die DRV KBS verknüpft ist und der ein Muster für die künftige, unter Demografiegesichtspunkten spartenübergreifende, patientenorientierte (in den Bereichen Prävention, Reha, Teilhabe, Rente, Gesundheitsversorgung, Pflege etc.), Begutachtung darstellen kann.

Wird den Krankenkassen insgesamt die operative Nähe zum alltäglichen Handeln der medizinischen Dienste genommen, wäre ein logischer Bruch zwischen den Beitragserbringern der Solidargemeinschaft GKV und der durch ihre Institutionen veranlassten Beitragsverwendung impliziert. Stattdessen würde das Prüf- und Aufsichtshandeln im alltäglichen Geschäft der MDK einer Vielzahl verschiedener Interessenlagen unterworfen, was letztlich vielleicht den Wettbewerb befördern, aber nicht den Versicherten dienen würden. Angesichts des politisch gewollten Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist aus Sicht des DGB eine sozialversicherungsträger-nahe Lösung jenseits des Wettbewerbs in der Frage der Anbindung der MDK und des MDS erforderlich. In der jetzigen Form ist diese Wettbewerbsneutralität gewahrt. Diese würde durch einen Ausschluss von hauptamtlichen Mitarbeitern der Kassenverwaltungen gestärkt.

Ebenso kritisiert der DGB die beabsichtigte Neubesetzung der Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes. Das Ziel, den personellen Einfluss der Krankenkassen auf die Verwaltungsräte der MDK zu beschneiden, ist weder einer etwaigen Stärkung der Unabhängigkeit der medizinischen Dienste noch einer Berücksichtigung der Interessen der Versicherten dienlich. Dass künftig nur noch eine begrenzte Zahl von Vertretern und Vertreterinnen von Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts,- Betriebs,- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK in die Verwaltungsräte der MD gewählt werden sollen, ist angesichts der geplanten Unvereinbarkeit von Verwaltungsratsfunktionen in einer Krankenkasse mit Verwaltungsratsfunktionen eines MD sowie der Nichtwählbarkeit von Hauptamtlichen in Letztere eine in der Praxis kaum aufzulösende Anforderung: wer wäre anstelle von Selbstverwaltern fachlich und formal geeignet bzw. käme überhaupt in Frage, um unter den genannten Voraussetzungen in die Verwaltungsräte der MD entsandt zu werden? Aus Sicht des DGB muss dieses Erfordernis in erster Linie mit einer Anpassung der Sozialwahlen, die künftig eine unmittelbare Delegation sozialpartnerschaftlicher Mandatsträger in die Verwaltungsräte ermöglicht, einhergehen. Hierzu hat der Gesetzgeber die nötigen Voraussetzungen zu schaffen, um auf die durch den Gesetzesentwurf veränderten Rahmenbedingungen im Interesse der Beitragserbringer und der Solidargemeinschaft GKV zeitnah reagieren zu können.

Der DGB hält es für dringend erforderlich, das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung insgesamt sowie spezifisch auf Ebene der MDK und des MDS zu stärken, um deren Wettbewerbsneutralität und Dezentralität auch bei Reform der ausschlaggebenden Gesetzesgrundlage zu gewährleisten. Hierfür sollte insbesondere die Dualität der Sozialpartner maßgeblich sein, da diese von einzelwirtschaftlichen Interessen unabhängig agieren und zugleich die Konstituenten der Solidargemeinschaft GKV repräsentieren.

Im Übrigen ist es zunächst zu begrüßen, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Degradierung der Verwaltungsratsmitglieder im GKV-Auftrag zur Minderheitenfraktion nicht in den Gesetzesentwurf übernommen wurde. Dort findet sich nun ein geplantes Verhältnis von 16 Verwaltungsratsmitgliedern im Auftrag der Kassen gegenüber 7 durch die aufsichtsführenden Ländern benannten Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen (5) sowie Vertretern der Pflegeberufe und der Landesärztekammern (2). Damit bleibt die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der MD mehrheitlich an übergeordneten Bedeutung der GKV für die Finanzierung und Überprüfung der Gesundheitsversorgung orientiert. Dieser angemessenen Struk-

tur steht jedoch weiterhin grundsätzlich entgegen, dass für die Integration zusätzlicher Stakeholder und Interessenträger in die Verwaltungsräte der MD weder eine inhaltliche begründete, noch durch Sozialwahlen abgesicherte Grundlage besteht. Bereits heute ist sichergestellt, dass die maßgebliche Mitwirkung der Versicherten im Rahmen der durch die Sozialversicherungswahlen legitimierten Strukturen der Sozialen Selbstverwaltung ebenso umfassend die Bedürfnisse und Belange der Patientinnen und Patienten abbilden. Hinzu kommen für Patientenvertretungsorganisationen und berufsständische Organisationen die bereits vorhandenen Beiräte. Durch diese Konstruktion wird aktuell eine umfassende Interessenberücksichtigung, aber auch Unabhängigkeit der MDKen gewährleistet, die durch die geplante Einbindung von berufsständischen Interessen oder Betroffenenvertretern keinerlei Ergänzung erfahren würde. Zudem wird durch diesen Schritt die demokratische Legitimation der Verwaltungsräte geschwächt, da dort bisher maßgeblich durch Sozialwahlen gewählte Verwaltungsratsmitglieder ihre Aufgaben wahrnehmen. Um die Stärkung von Patientenvertretungen im Rahmen der Arbeit der MD zu erreichen, wäre die Festschreibung regelmäßiger Konsultationen mit regionalen Selbsthilfegruppen, deren Unabhängigkeit durch die Landesgesetzgeber sicherzustellen ist, sinnvoll, um regionalen Versorgungsstrukturen Rechnung zu tragen.

Der DGB hält es für dringend erforderlich, das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung insgesamt sowie spezifisch auf Ebene der MDK und des MDS zu stärken, um deren Wettbewerbsneutralität und Dezentralität auch bei Reform der ausschlaggebenden Gesetzesgrundlage zu gewährleisten. Hierfür sollte insbesondere die Dualität der Sozialpartner maßgeblich sein, da diese von einzelwirtschaftlichen Interessen unabhängig agieren und zugleich die Konstituenten der Solidargemeinschaft GKV repräsentieren. Daher bietet eine Delegation durch Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften mittelbar über die Verwaltungsräte der Krankenkassen oder unmittelbar über die Sozialpartner in die Verwaltungsräte der MDK Sicherheit für größere Unabhängigkeit.

Einer Finanzierung der künftigen Medizinischen Dienste im Umlageverfahren der Krankenkassen aus Beitragsmitteln der Versicherten sowie einer abgeleiteten Finanzierung des MD Bund durch die MD ist aus denselben Gründen abzulehnen. Beabsichtigt der Gesetzgeber tatsächlich eine weitergehende Einbindung nicht unabhängiger Interessenträger wie z.B. berufsständischer Organisationen, so sind diese auch entsprechend ihrer anteiligen Repräsentanz in den Verwaltungsräten der MD zu deren Finanzierung heranzuziehen. Grundsätzlich führt die Idee, Vertretern der Leistungserbringerseite ein Abstimmungsrecht über die MDK- Haushalte, die durch GKV-Versichertenbeiträge erbracht werden, einräumen zu wollen, jedoch gänzlich in die

Irre. Eine sach- und bedarfsgerechte, dem Wohl der Versicherten verpflichtete Beitragsmittelverwaltung steht im Widerspruch zum Eigeninteresse der Leistungserbringer und ihrer Verbände, diese Beitragsmittel im größtmöglichen Umfang zum Umsatz der eigenen Angebote und Leistungen zu mobilisieren.

Die gesetzliche Festschreibung einer Personalbemessungsgrenze für die neu zu schaffenden MD bzw. den MD Bund ist aus Sicht des DGB zudem erforderlich, um die personelle Handlungsfähigkeit der genannten Institutionen wie auch den Schutz der dort Beschäftigten vor Arbeitsverdichtung und Überlastung, die angesichts der Notwendigkeit regelmäßiger Prüfverfahren und einer erwartbar zunehmenden Anzahl von Pflegebegutachtungen absehbare Entwicklungen sind, zu gewährleisten.

Richtigerweise sind die sozialmedizinischen Dienste (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (DRV KBS) nicht mehr Gegenstand des Gesetzesentwurfs. Diese notwendige Korrektur wird durch den DGB begrüßt.

3.2. Krankenhausabrechnungsprüfungen

Grundsätzlich ist die im Gesetzesentwurf enthaltene Idee der Schaffung sanktionsbewehrter Anreize für Krankenhäuser, eigene Abrechnungen korrekt durchzuführen, zu begrüßen. Die kontinuierlich hohe Zahl an festgestellten Mängeln, die im Zuge der Überprüfung von Krankenhausabrechnungen durch die MDK beanstandet wurden, verdeutlichen die Notwendigkeit, eine stete und dichte Kontrolle der Leistungserbringerseite in diesem Zusammenhang aufrechtzuerhalten. Daher ist es nicht nachvollziehbar, weshalb bei der durch das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigten Prüfquotenregelung eine erstmalige Grenze von 10 Prozent im Jahr 2020 bei allen bundesweit zu prüfenden Krankenhäusern festgelegt wurde. Eine derart niedrig angesetzte Quote ignoriert sowohl das bereits heute evidente Vorhandensein von Häufungen fehlerhafter Abrechnungen bei bestimmten Einrichtungen als auch die Fortschreibung des Trends zu immer mehr fehlerhaften Abrechnungen. Diese belaufen sich aktuell auf 2,8 Milliarden Euro und sind somit beitragssatzrelevant.

Gleichzeitig erkennt der DGB die Notwendigkeit an, die Beschäftigten in den Krankenhäusern wie auch die Beschäftigten der MDKen und des MDS vor der durch die gehäuften Prüfungen entstehenden zusätzlichen Arbeitsverdichtungen und den damit verbundenen Belastungen zu schützen. Insbesondere bei gehäuften Prüfungen sind erhebliche Mehrbelastungen für viele Beschäftigte die Folge. Der DGB schlägt

deshalb vor, randomisierte Prüfungen aller Krankenhäuser aufgrund einer bundesweit einheitlichen, jedoch höher als 10 Prozent liegenden Prüfquote als Standardverfahren festzuschreiben. Abweichend davon sollen jedoch anlassbezogene Einzelfallprüfungen zulässig sein, wenn beispielsweise seitens StaatsanwältInnen, WhistleblowerInnen oder ähnlichen Hinweisgebern konkrete Verdachtsmomente auf fehlerhafte Abrechnungen vorliegen.

Der DGB stellt in Frage, dass mit einer solchen Prüfsystematik wirkungsvolle Kontrollen erzielt werden können bzw. überhaupt beabsichtigt sind, solange deutlich erkennbar ist, dass die Reduktion der absoluten Zahl an Prüfungen abgesenkt werden soll. Die geplante Obergrenze von maximal 15 Prozent aller Abrechnungen stellt einen niedrig bemessenen Grenzwert dar, der seitens zu prüfender Einrichtungen in erster Linie für die begründete Sicherheit sorgen dürfte, dass die Chancen einer umfassenden Aufarbeitung fehlerhafter Abrechnungen kaum realistisch sind. Die geplante Deckelung der Höhe von zu verhängenden Strafzahlungen auf 1.500 Euro dürfte zudem kaum zur spürbaren Entfaltung von Sanktionen beitragen.

3.3 Ergänzende Maßnahmen zur Stärkung von Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung

Im Gesetzesentwurf ist geregelt, dass die Rechnungsstellung eines Krankenhauses grundsätzlich abschließend zu sein hat. Eine spätere Rechnungskorrektur wäre somit nicht mehr möglich, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbaren. Wiederholte Rechnungsänderungen und eine damit einhergehende unnötige Ressourcenbindung bei der Abrechnungsprüfung können so vermieden werden. Deshalb hält der DGB diese Regelung für sachgerecht. Die Abrechnungsprüfung durch die MD soll künftig fallabschließend sein, sodass nach Abschluss einer Abrechnungsprüfung keine Rechnungskorrekturen durch das Krankenhaus und auch keine weiteren Prüfungen durch die Krankenkassen und die MD möglich sind. Dies würde aus Sicht des DGB helfen, Verzögerungen und Aufwände bei den Abrechnungsmodalitäten zu minimieren.

Sondervereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, die anstelle von Abrechnungsprüfungen pauschale Rabatte vorsehen, bieten keinen Anreiz, richtig zu kodieren und abzurechnen. Vielmehr bergen sie die Gefahr der Förderung der Unwirtschaftlichkeit, was dem gesetzgeberischen Zweck widerspricht. Der DGB kann nachvollziehen, dass die Unzulässigkeit von Sondervereinbarungen durch die Normierung eines ausdrücklichen Verbots hervorgehoben wird.

Durch die Einführung einer bundesweiten Statistik soll mehr Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen hergestellt werden. Gegenstand der Statistik sind

insbesondere die Prüfquoten, die Prüfanlässe und die Prüfergebnisse. Die Verantwortung für die neue Statistik wird dem GKV-Spitzenverband übertragen, wobei die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden sollen, dem GKV-Spitzenverband die erforderlichen Daten zu übermitteln. Der DGB hält die vorgesehene Regelung im Sinne weiterer Nachsteuerungsmöglichkeiten durch den Gesetzgeber für regelungsimmanent folgerichtig. Eine Meldung der Daten sollte jedoch an den MDS erfolgen.

3.4 Einführung einer Gesetzgrundlage für einheitliche Strukturprüfungen

Zur Einführung einer Grundlage für einheitliche Strukturprüfungen macht der Gesetzgeber von seiner Gesetzgebungskompetenz entsprechend Artikel 74 Absatz 1 Nr. 12 GG. Gebrauch. Das Ziel der Vereinheitlichung und damit Vereinfachung von Strukturprüfungen ist aus Sicht des DGB vertretbar, sofern damit eine Verbesserung der Versorgungsqualität und ein unmittelbarer Versichertennutzen einhergehen. Jedoch könnte eine solche Überprüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen in den vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 SGB V (OPS-Komplexbehandlungskodes) im Vorfeld der Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen potentiell zur Folge haben, dass unter Umständen einzelne Behandlungen unberücksichtigt bleiben und die Krankenkassen in der Folge auf den Kosten sitzen bleiben. Maßgeblich dabei ist, nach welchen Kriterien die Strukturprüfungen erfolgen. Das könnte in folgender Konstellation relevant werden: Der Versicherte wird in ein Krankenhaus eingeliefert und erst im Behandlungsverlauf stellt sich durch die konkrete Diagnose heraus, dass eine spezielle Behandlungsmethode erforderlich ist und eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgen muss. Die Strukturprüfung muss dementsprechend eine Gewährleistung notwendiger Leistungserbringungen gegenüber Versicherten auch dann sicherstellen, wenn diese aufgrund von Folgediagnosen oder späteren Behandlungserfordernissen nicht durch die erstaufnehmende Einrichtung erbracht werden können. Hierzu sind regional übergreifende Strukturversorgungspläne, die eine ineinander übergreifende Versorgung der Versicherten durch Einrichtungen mit komplementärer Leistungserbringung sicherstellen, erforderlich.

Darüber hinaus soll eine Einzelfallprüfung im gestuften Prüfsystem nach § 275c Absatz 1 bis 4 SGB V eingeführt werden. Mit der zukünftigen Einzelfallprüfung im Rahmen eines gestuften Prüfsystems haben Krankenhäuser in Folge einer schlechten Abrechnungsqualität unter Umständen Aufschläge zu zahlen. Diese Konsequenz ist aus dem Erfordernis der Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität der Versicher-

ten heraus zu begrüßen. Grundsätzlich spricht sich der DGB dafür aus, Einzelfallprüfungen auch bei Vorliegen der formalen Voraussetzungen einer bestimmten Komplexbehandlung weiterhin zu ermöglichen.

3.5 Aufgabenwahrnehmung des MD Bund in der sozialen Pflegeversicherung

Über die geplanten neuen Konstellationen in den Verwaltungsräten der MD sowie des MD Bund und des GKV-Spitzenverbands droht eine gravierende Einschränkung der Kontrollmöglichkeiten was die Richtlinienaufgaben zur Personalbedarfsermittlung, zur Pflegebegutachtung sowie zu den Qualitätsprüfungen in der Pflege betrifft. Hier werden künftig nicht mehr der sozialen Selbstverwaltung angehörende Versicherten- und Arbeitgebervertreter, sondern Leistungserbringer über die Belange der Versicherten entscheiden, und sich somit selbst kontrollieren. Der DGB sieht deshalb in der Änderung der Gremienbesetzung eine akute Gefahr. Überdies sind die Regelungen ein weiterer Angriff auf die soziale Selbstverwaltung, um diese aus den Gremien der GKV und der MDKen zu verdrängen. Das Argument, hier mehr Unabhängigkeit der MDKen zu generieren, ist dabei absolut nicht schlüssig. Bereits heute ist eine Beeinflussung der MDKen durch die Verwaltungsräte in Bezug auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten ausgeschlossen.

3.6 Reduzierung des Prüfumfangs der primären Fehlbelegung

Die Frage nach der stationären Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung) macht einen großen Teil der Prüfungen des MDK aus. Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Katalogs ambulant statt stationär durchführen, unterliegen nicht der Prüfung durch den MD. Doch ambulante Behandlungsmöglichkeiten werden heute vielfach noch nicht konsequent genug genutzt. Seit dem Jahr 2005 wurde der Katalog ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe nur marginal überarbeitet. Der in der Zwischenzeit eingetretene medizinische und medizinisch-technische Fortschritt und die damit vielfach einhergehenden gestiegenen Möglichkeiten für ambulante und stationsersetzende Behandlungen werden in dem bestehenden Katalog nicht hinreichend berücksichtigt. Deshalb hält der DGB die im Gesetzesentwurf skizzierte Regelung, um 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 für sachgerecht. Dazu werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, einen Katalog für ambulante Operationen und stationsersetzende 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 stationsersetzende Behandlungen zu ergänzen.

3.7 Richtlinienkompetenz

Durch den Gesetzesentwurf ist vorgesehen, dass die Richtlinienkompetenz vom GKV-Spitzenverband auf den neu zu schaffenden MD Bund übergehen soll. Richtlinien sollen demnach künftig unter „angemessener" fachlicher Beteiligung der MD erfolgen, während Richtlinien zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD künftig durch den MD Bund im Benehmen mit dem GKV Spitzenverband verabschiedet werden sollen. Einerseits bewegt sich der Gesetzesentwurf damit minimal in Richtung einer gestärkten Berücksichtigung der Interessen und Auffassungen der GKV bei der Bewertung leistungs- und vertragsrechtlicher Fragestellungen, was im Sinne eines kohärenten und gesicherten Prüfhandelns sinnvoll erscheint. Im Grundsatz bleibt so jedoch das Problem bestehen, dass durch den Gesetzesentwurf eine Parallelebene zur Festschreibung von Begutachtungsgrundlagen und Rechtsauslegungen geschaffen wird, die bisher alleine durch die Krankenkassen und den GKV-SV definiert wurde. Mit der künftig alleine durch das Bundesministerium für Gesundheit zu erfolgenden Genehmigung sämtlicher Richtlinien für die Tätigkeit der MD (auch solcher, die bisher nicht genehmigungspflichtig für die MDK waren) bleibt erkennbar, dass es hierbei in erster Linie um eine Ausweitung ministerialer Steuerungs- und Kontrollkompetenzen über die praktische Gesundheitsversorgung geht. Dies ist aus Sicht des DGB abzulehnen, da nicht erkennbar ist, wie diese Ausweitung zur qualitativen Verbesserung des Prüfhandelns der MD beitragen soll.

3.8 Regelung zur Obergrenze der Rücklagen der Krankenkassen

Der Gesetzesentwurf sieht, vor, eine kassenseitige Anhebung des individuellen Zusatzbeitragssatzes künftig auszuschließen, solange die nicht die für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen finanziellen Mittel die durchschnittlichen monatlichen Gesamtausgaben überschreiten. Diese Festschreibung stellt aus Sicht des DGB einen weiteren unsachgemäßen und nicht hinnehmbaren Eingriff in die Finanzautonomie der sozialen Selbstverwaltung dar. Ebenfalls wird hierdurch der Destabilisierung der Finanzlage der Kassen im GKV-System, der bereits

durch die bisher unvollendete Morbi-RSA-Reform, die Beseitigung der Haftungskaskade, das verpflichtende Abschmelzen der Kassenreserven durch das GKV-VEG, die Erleichterung des Wettbewerbs innerhalb des GKV-Systems und die massive Ausgabenausweitung zugunsten der Leistungserbringerseite durch die zuletzt beschlossenen Gesetze Vorschub geleistet wurde, weiter verstärkt. Angesichts dieses Gesamtbildes hält der DGB es für völlig unannehmbar, nun auch noch die Fähigkeit der Krankenkassen zur Rücklagenkonsolidierung beschneiden zu wollen. Da diese Maßnahme einen neuerlichen Eingriff in die Kompetenzen der Sozialen Selbstverwaltung bedeutet, liegt die völlige Missachtung der Bedeutung dieser sozialstaatlichen Institution durch das Bundesministerium für Gesundheit ein weiteres Mal auf der Hand. Den im Koalitionsvertrag enthaltenen Erklärungen zur beabsichtigten Stärkung der Sozialen Selbstverwaltung steht das aktive Beschneiden der vorhandenen Rechtsgrundlagen diametral entgegen. Die Bundesregierung wird daher dringend dazu aufgefordert, endlich dafür Sorge zu tragen, dass die durch das BMG orchestrierte schrittweise Aushöhlung und Beseitigung der sozialen Selbstverwaltung und der ihr zustehenden Kompetenzen und Handlungsgrundlagen ein Riegel vorgeschoben wird.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(17)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
10.10.2019

verbraucherzentrale
Bundesverband

UNABHÄNGIGKEIT UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN STÄRKEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

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

sowie zu ausgewählten Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf

10. Oktober 2019

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG 3

II. EINLEITUNG 4

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN 5

1. Echte Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste schaffen 5
2. Transparenz bei Medizinischen Diensten ausbauen 6
3. Neue Systematik der Krankenhausabrechnungsprüfung nachschärfen 7
4. Stimme der Verbraucher, Patienten und Pflegebedürftigen im Gesundheitswesen stärken 8
5. Mehr Transparenz in den Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung schaffen 9
6. Krankenkassen zu mehr Transparenz verpflichten 10

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) unterstützt die grundlegenden 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 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 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. Auch die Anreizwirkung der fixen Prüfquotenregelung und weiteren geplanten Sanktionsmechanismen sollte überprüft und im Sinne der Versichertengemeinschaft nachgeschärft werden.

Die Neubesetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste trägt nur dann nachhaltig zu deren Unabhängigkeit von den Kranken- und Pflegekassen bei, wenn die geplante Zweidrittelmehrheit der Krankenkassenvertreter aufgehoben wird.

Die finanzielle Unterstützung der Patientenvertretung auf Ebene der Bundesländer begrüßt der vzbv ausdrücklich. Hier muss jedoch klargestellt werden, dass sich die Unterstützung auf alle Gremien der Patientenvertretung in den Ländern bezieht. Die maßgeblichen Organisationen in den Ländern sollten ein Recht auf die Einrichtung einer Stabsstelle Patientenbeteiligung haben. Diese muss jedoch unabhängiger von Kostenträgern und Leistungserbringern ausgestaltet werden. Für die Betroffenenvertretung im Bereich der Pflege – die auch in diesem Gesetz weitere Aufgaben erhält – fehlt eine strukturelle Unterstützung bisher gänzlich – auf der Bundes- und Landesebene.

Der Wechsel der Krankenkasse wird für Verbraucherinnen und Verbraucher[1] durch die Neuregelungen erleichtert. Allerdings fehlt es immer noch an transparenten und vergleichbaren Informationen über das Genehmigungsverhalten der einzelnen Krankenkassen sowie über Service-, Beratungs- und Leistungsangebote, auf deren Basis Verbraucher eine fundierte Wahlentscheidung treffen können. Der vzbv fordert daher umfassende Informationspflichten der Krankenkassen, um eine Vergleichbarkeit für Verbraucher zu schaffen.

[1] Die im weiteren Text gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf Personen aller Geschlechter. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Mehrfachbezeichnungen 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, ihre Verwaltungsräte rekrutieren sich ausschließlich 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 16 Vertretern der Krankenkassen, fünf Vertretern von Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherschutzorganisationen sowie zwei 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 Plenumssitzungen des G-BA künftig live im Internet übertragen werden und auch nachträglich in einer Mediathek abrufbar sind. Um den Koordinierungsaufwand der Patientenbeteiligung auf Landesebene zu finanzieren, werden neue Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen. Versicherte sollen zudem in der Ausübung ihres Kassenwahlrechts gestärkt werden: durch die Verkürzung der Mindestbindungsfrist von 18 auf zwölf Monate und Erleichterungen bei der Kündigung und Neuanmeldung.

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages führt am 14. Oktober 2019 eine Anhörung 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. ECHTE UNABHÄNGIGKEIT DER MEDIZINISCHEN DIENSTE 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 verwoben.

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 sind, die zu entrichtenden

[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 6. Oktober 2019)

Umlagen aus kassenindividuellem Interesse möglichst niedrig zu halten. Er bemängelte, 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.

Durch den vorliegenden Entwurf reagiert der Gesetzgeber auf diese Problemlage. Der vzbv bewertet die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Stärkung der Unabhängigkeit der medizinischen Dienste in weiten Teilen positiv: insbesondere die institutionelle Loslösung der Medizinischen Dienste von den Kassen und die Richtlinienkompetenz beim Medizinischen Dienst Bund.

Grundsätzlich ist außerdem zu begrüßen, dass die Beteiligung von Patienten, Betroffenen und Verbrauchern bei den Medizinischen Diensten gestärkt werden soll. Sie ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Kranken- und Pflegekassen. Bereits jetzt unterstützen Vertreter einzelner Verbraucherzentralen die Medizinischen Dienste in den Pflegebeiräten in konstruktiver Zusammenarbeit.

Mit der vorgesehenen Regelung zur Neubesetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund ergibt sich im Vergleich zu der im Referentenentwurf des MDK-Reformgesetzes noch vorgesehenen Besetzung jedoch eine Änderung, die die Unabhängigkeit der Medizinische Dienste schwächt. Vorgesehen ist, dass mehr als zwei Drittel der Mitglieder der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste (insgesamt 16) von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Krankenkassen oder Kassenverbände gewählt werden. Sie sind also nicht unabhängig von den Krankenkassen. Sie können jedoch alle Beschlüsse, auch über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung, durch ihre Zweidrittelmehrheit, ohne ein Einvernehmen mit zumindest einem anderen stimmberechtigten Vertreter im Verwaltungsrat treffen.

> Dieses Gesetz hat das Ziel, die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zu stärken. Die Vertreter der Krankenkassen sollten daher nicht über eine Zweidrittelmehrheit in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund verfügen.

> Die vorgesehene Möglichkeit die Unabhängige Patientenvertretung (UPD) für die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste zu benennen, ist in Frage zu stellen. Die UPD hat gemäß § 65b SGB V den gesetzlichen Auftrag, Verbraucher sowie Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei zu informieren und zu beraten. Eine Interessenwahrnehmung, wie in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste, gehört nicht zum derzeitigen gesetzlicher Auftrag der UPD.

2. TRANSPARENZ BEI MEDIZINISCHEN DIENSTEN AUSBAUEN

Wichtig und sachgerecht sind die verschiedenen Transparenzinstrumente, die im Rahmen des MDK-Reformgesetzes 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 und schneller identifiziert werden.

3. NEUE SYSTEMATIK DER KRANKENHAUSABRECHNUNGSPRÜFUNG NACHSCHÄRFEN

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 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.

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 weiterhin 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.

> Mit Blick auf die herausgehobene Bedeutung des Krankenhaussektors für die Ausgaben der GKV sollte auch die Regelung zu fixen Prüfquoten überprüft und gegebenenfalls nachgeschärft werden. Aus Versichertensicht erscheint der noch als akzeptabel angesehene Anteil an falschen Abrechnung von 40 Prozent sehr hoch. Für die Versichertengemeinschaft wird durch die neue Prüfsystematik mit erheblichen finanziellen Einbußen gerechnet. Falsche Abrechnungen sollten Einzelfälle sein.

Die Krankenhäuser sollten daher deutlich früher mit höheren Prüfquoten belegt werden. Die Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) haben

[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 6. Oktober 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 6. Oktober 2019)

hierzu einen Vorschlag konkretisiert.[5] Alternativ könnten die Prüfquoten insgesamt, zumindest in den ersten Jahren der neuen Abrechnungsprüfung, bis Erfahrungswerte vorliegen und die flankierenden Maßnahmen greifen, angehoben werden. Für eine Anhebung der fixen Prüfquoten hat sich auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme ausgesprochen.[6] Auch die Deckelung der Strafzahlungen auf 1.500 Euro sollte in diesem Zusammenhang noch einmal auf seine Anreizwirkung überprüft werden.

In den flankierenden Maßnahmen zur Reduktion der Vielzahl an Einzelprüfungen – insbesondere durch Strukturprüfungen, die abschließende Klärung wiederkehrender Abrechnungs- und Kodierfragen – sieht der vzbv große Potenziale, um die Krankenhausabrechnung effektiver und effizienter zu gestalten. Insbesondere werden hier die Vorschläge des BRH aus seinem neuesten Gutachten umgesetzt.[7]

Insgesamt sind die wechselseitigen Anpassungsreaktionen in diesem komplexen Feld schwer abzusehen. Der vzbv unterstützt daher die vorgesehene unabhängige wissenschaftliche Evaluation der Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Auf diese Weise können die Auswirkungen der Maßnahmen von Beginn an gezielt abgeschätzt und Instrumente wie die fixen Prüfhöchstquoten bzw. der Sanktionsmechanismus angepasst oder weitere Verbesserungen vorgenommen werden.

Eine unentbehrliche Neuregelung 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 BRH kritisierten Praxis keinerlei Kontrollmöglichkeiten.[8] Dieses Vorgehen widerspricht einem wirtschaftlichen Umgang mit Versichertengeldern in ganz grundsätzlicher Weise.

4. STIMME DER VERBRAUCHER, PATIENTEN UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN IM GESUNDHEITSWESEN STÄRKEN

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

---

[5] Gemeinsamer Bundesausschuss, Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz), Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des G-BA zum Referentenentwurf des BMG: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4794/2019-05-27_PA-BMG-SN-Referentenentwurf-MDK-Reformgesetz.pdf (abgerufen am 7. Oktober 2019)

[6] Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz): https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0301-0400/359-19(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am 7. Oktober 2019).

[7] Vgl. BRH, 2019 Bericht - Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung: https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2019/2019-bericht-krankenhausabrechnungen-durch-die-krankenkassen-der-gesetzlichen-krankenversicherung-pdf (abgerufen am 7. Oktober 2019).

[8] Vgl. BRH, Bericht an das BMG, Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen 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-rechnungskuerzungen-in-millionenhoehe-und-umgehen-abrechnungspruefungen-pdf (angerufen am 6. Oktober 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 daher ausdrücklich die Zielsetzung des Änderungsantrags 11 von 36, der vorsieht, die Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene auszubauen und insbesondere die Einrichtung von koordinierenden Stabstellen zu ermöglichen. Bisher musste diese koordinierende Aufgabe in den meisten Ländern ehrenamtlich geleistet werden. Eine stabile finanzielle Unterstützung des Koordinierungsaufwands ist daher ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Patientenvertretung in den Bundesländern. Um hier eine auch für die Patientenvertreter praktikable Lösung zu finden, bedarf es jedoch einiger Konkretisierungen im Regelungswortlaut:

Neben den Abstimmungsgremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung zur ärztlichen Bedarfsplanung gemäß § 90 SGB V sieht der Gesetzgeber an diversen anderen Stellen Beteiligungsrechte für Patienten vor, etwa im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V, in verschiedenen Landesgremien zur Qualitätssicherung sowie den in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Beteiligungsrechten bei den Medizinischen Diensten. Wichtig ist es deshalb, klarzustellen, dass der Änderungsantrag die Unterstützung aller gesetzlich vorgesehenen Bereiche der Patientenbeteiligung abdeckt. Die vorgesehene Kann-Regelung zur Errichtung einer solchen Stabsstelle sollte zudem zu einer Soll-Regelung abgeändert werden. Damit die maßgeblichen Patientenorganisationen auf Landesebene tatsächlich ein Anrecht auf die Errichtung einer solchen koordinierenden Stelle haben. Da die einzelnen Verbände ihren Koordinierungsaufwand ansonsten möglicherweise bürokratisch und einzeln beim Landesausschuss geltend machen müssen. Es sollte außerdem die Möglichkeit bestehen, dass eine der maßgeblichen Organisationen im Auftrag der anderen die koordinierende Stelle betreibt, um zumindest so eine möglichst große Unabhängigkeit von den Kostenträgern und Leistungserbringern im Landesausschuss sicherzustellen.

> Damit Patienten- und Betroffenenvertreter in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und in der Pflege Kostenträgern und Leistungserbringern auf Augenhöhe begegnen können, ist dennoch weiterhin 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 auf Bundes- und Länderebene 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 § 140f SGB V gesetzlich zu verankern.

5. MEHR TRANSPARENZ IN DEN ENTSCHEIDUNGSGREMIEN 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 ein-

heitliche 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.

6. KRANKENKASSEN ZU MEHR TRANSPARENZ VERPFLICHTEN

Dass Verbraucher ihre Krankenkasse frei wählen können, ist ein wesentliches Element des wettbewerblich orientierten Krankenkassensystems. Die mit dem Änderungsantrag 12 von 36 vorgesehene Stärkung der Verbraucherrechte bei der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts – die Verkürzung der Mindestbindungsfrist auf 12 Monate sowie weitere Erleichterungen und Unterstützung bei der Ausübung des Wahlrechts – bewertet der vzbv positiv. Mit den vorgesehenen Neuregelungen wird ein Krankenkassenwechsel für Verbraucher erheblich vereinfacht.

Zur Ausübung ihres Wahlrechts benötigen Verbraucher jedoch transparente und vergleichbare Informationen hinsichtlich Preis und Qualität aller Krankenkassen. Neben den Angaben zu den erhobenen Zusatzbeiträgen der einzelnen Krankenkassen gibt es kaum entsprechende Informationen zur Versorgungs-, Leistungs- und Servicequalität der einzelnen Krankenkassen. Insbesondere besteht keine Transparenz über die Leistungsbewilligungen und -ablehnungen der einzelnen Kassen. Bei der Kassenwahl ist für Verbraucher somit derzeit keine fundierte Abwägungsentscheidung, die Preis und Qualität einer Krankenkasse einbezieht, möglich. Hier sieht der vzbv dringenden Handlungsbedarf.

> Um den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu fördern, müssen die Einzelkassen verpflichtet werden, mindestens einmal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen, also unter anderem transparent zu machen, wie viele Widersprüche von Versicherten gegen nicht genehmigte Leistungen einer Krankenkasse erfolgreich waren.

Der vzbv schließt sich der Forderung der Patientenbeauftragten der Bundesregierung an, die Widerspruchszahlen aller Krankenkassen zu veröffentlichen. Dies fordert auch

das Bundesversicherungsamt in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.[9] Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des vzbv sprachen sich 2017 78 Prozent der befragten Verbraucher für eine Veröffentlichung dieser Zahlen aus.[10] Vereinzelt gehen Krankenkassen hier bereits auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ein und veröffentlichen Angaben zur ihrem Genehmigungsverhalten. Was fehlt, sind konkrete verbindliche Pflichten und Vorgaben, die für die Versicherten eine Vergleichbarkeit aller Kassen ermöglichen. Ebenso wichtig sind für Verbraucher detaillierte Informationen zu den Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten der einzelnen Krankenkassen (78 Prozent).[11]

Nicht zuletzt macht auch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen die Notwendigkeit von mehr Transparenz bezüglich der Leistungen der einzelnen Krankenkassen sehr deutlich. Einzelne innovative Krankenkassen übernehmen beispielsweise bereits Kosten von speziellen medizinischen Apps und weiteren digitalen Anwendungen. Verbindliche detaillierte Informationen sowie vergleichbare und grundlegende Übersichten für Verbraucher fehlen jedoch bislang. Verbraucher benötigen für eine fundierte Wahlentscheidung – ausgehend von ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen – einfache und verlässliche Informationen, um sich einen Überblick über die vorhandenen unterschiedlichen Angebote aller für sie wählbaren Krankenkassen zu verschaffen. Aber auch bei den grundlegenden Service- und Beratungsleistungen der Kassen sind in der Praxis spürbare Unterschiede zu verzeichnen.[12] Anstelle von vergleichbaren und verständlichen Informationen treffen Versicherte auch hier leider häufig auf nicht ausreichende allgemeine oder werbende Hinweise. Veröffentlichungspflichten können hier Abhilfe schaffen. Wesentlich dafür ist eine vollständige Darstellung der verbraucherrelevanten Aspekte durch Online-Portale, wie z. B. bei der Stiftung Warentest.

> Damit Verbraucher verbindliche und vergleichbare Informationen über einzelne Krankenkassen erhalten, fordert der vzbv eine verpflichtende Veröffentlichung von Informationen zu deren Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten. Dies umfasst auch alle Selektivverträge der Kassen, die außerdem verpflichtend unabhängig evaluiert werden sollten. Negativ evaluierte Verträge sollten konsequenterweise aus der Versorgung ausscheiden.

[9] Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 150: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf (abgerufen am 6. Oktober 2019).

[10] vzbv, Meinungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, repräsentative Umfrage im Auftrag des vzbv, September 2017: https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/10/11/ergebnisse_forsa_meinungen_zur_gkv.pdf (abgerufen am 6. Oktober 2019).

[11] Vgl. u.a. Pressemeldung des vzbv vom 13.10.2017: vzbv fordert umfangreiche Informationspflichten für Krankenkassen, https://www.vzbv.de/pressemitteilung/vzbv-fordert-umfangreiche-informationspflichten-fuer-krankenkassen (abgerufen am 6. Oktober 2019).

[12] Vgl. u.a. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2014): Unterstützung von Patienten mit Behandlungsfehlerverdacht. Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen: https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration_files/media231404A.pdf (abgerufen am 6. Oktober 2019).

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(18)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019

10.10.2019

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen

– MDK-Reformgesetz –

sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 19(14)104.1)

anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 14. Oktober 2019

Stand: 10. Oktober 2019

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2
Allgemeiner Teil 4
Besonderer Teil 9
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 9
Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 91 Abs. 7 Satz 6 SGB V) Gemeinsamer Bundesausschuss 9
Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 109 SGB V) Aufrechnungsverbot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser 10
Zu Artikel 1 Nr. 7 a) aa) (§ 115b Abs. 1 SGB V) und Nr. 7 b) (§ 115b Abs. 1a SGB V) Ambulantes Operieren im Krankenhaus 11
Zu Artikel 1 Nr. 7 c) bb) (§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V) Ambulantes Operieren im Krankenhaus 15
Zu Artikel 1 Nr. 10 a) aa) (§ 137i Abs. 1 SGB V) 17
Zu Artikel 1 Nr. 10 b) cc) (§ 137i Abs. 3a SGB V) 18
Zu Artikel 1 Nr. 21 a) – c) sowie f) (§ 275 SGB V) Begutachtung und Beratung 18
Zu Artikel 1 Nr. 21g) (§ 275 SGB V) Begutachtung und Beratung 19
Zu Artikel 1 Nr. 23 (§§ 275c und 275d SGB V) Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst (§ 275c SGB V) sowie Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d SGB V) 19
Zu Artikel 1 Nr. 24 (§ 276 SGB V) Zusammenarbeit 34
Zu Artikel 1, Nr. 25 (§§ 278 bis 283 SGB V (neu) Medizinischer Dienst (§§ 278 bis 280 SGB V) und Medizinischer Dienst Bund (§§ 281 bis 283 SGB V) 34
Zu Artikel 1 Nr. 29 a) (§ 301 Abs. 2 SGB V) Kompetenzerweiterung DIMDI 40
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 42
Zu Artikel 3 Nr. 1 b) (§ 17b KHG) 42
Zu Artikel 3 Nr. 2 b) bb) (§ 17c KHG) Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen 42
Zu Artikel 3 Nr. 2 c) (§ 17c KHG) Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen 44
Zu Artikel 3 Nr. 2 h) (§ 17c KHG) Übermittlung des Pflegegrades 47
Zu Artikel 3 Nr. 2 i) (§ 17c KHG) Erstellung einer Statistik durch den GKV-Spitzenverband 47
Zu Artikel 3, § 19 KHG (neu) Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen 48
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 56
Zu Artikel 4 Nr. 1 (§ 2 KHEntgG) Kosten für die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern 56
Zu Artikel 4 Nr. 2 a) (§ 4 KHEntgG) Vereinbarung eines Erlösbudgets 56
Zu Artikel 4 Nr. 5 a) (§ 8 Abs. 3 KHEntgG) 57
Zu Artikel 4 Nr. 5 b) (§ 8 Abs. 4 KHEntgG) Berechnung der Entgelte 57
Artikel 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung 59
Zu Artikel 6 Nr. 1 a) (§ 8 Abs. 3 BPflV) Berechnung der Entgelte 59

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD 60

Zu Änderungsantrag 7 (Artikel 1 Nr. 5c (§ 103 Abs. 4, 4a, 4b SGB V)) Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren 60

Zu Änderungsantrag 10 (Artikel 1 Nummer 9a und 21a (§§ 137, 275a SGB V)) Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst 60

Zu Änderungsantrag 14 (Artikel 1 Nr. 30 (§ 328 SGB V)) Fingierte Wahl der Geschäftsführung bis zum 31.12.2021 62

Zu Änderungsantrag 22 (Artikel 3 Nr. 1 (§ 17b KHG)) Anpassung der Sachkostenkorrektur 63

Zu Änderungsantrag 24 (Artikel 3 Nr. 2 Buchstabe h (§ 17c Abs. 5 - neu - KHG) Elektronische Direktabrechnung von Krankenhausabrechnungen für privat krankenversicherte Patienten und Beihilfeträger und Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades 64

Zu Änderungsantrag 25 (Artikel 4 Nr. 2 und 5a (§ 4 Abs. 9, § 10 Abs. 12 KHEntgG)) Verlängerung des Hygieneförderprogramms 65

Zu Änderungsantrag 26 (Artikel 4 Nr. 4 (§ 6a Abs. 2 und 3 KHEntgG)) Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit, Verschiebung des Vorlagetermins für Bestätigung des Jahresabschlussprüfers 67

Zu Änderungsantrag 27 (Artikel 4 Nr. 7 (§ 15 Abs. 2a KHEntgG)) Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte 68

Zu Änderungsantrag 28 (Artikel 4 Nummer 8 (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 5 KHEntgG)) Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG 69

Zu Änderungsantrag 30 (Artikel 6 Nr. 3 (§ 18 Abs. 2 BPflV)) Erweiterung der Nachweispflicht über die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus 70

Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf 72

I. Ergänzung der Aufgaben des Schlichtungsausschusses Bund (§ 19 KHG (neu)) 72

II. Entfall der Beauftragung des MD durch eine zuständige Stelle zur Durchführung von Qualitätskontrollen (§§ 137 Absatz 3 sowie 275a SGB V) 73

III. Herstellung von Transparenz der Ermittlung der bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung durch den GKV-Spitzenverband 75

IV. Konkretisierung der „Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung“ 77

V. Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen im Pflegebudget 79

Allgemeiner Teil

MDK-Prüfverfahren

Der vorgelegte Gesetzesentwurf vom 23.09.2019 (Bundestag-Drucksache 19/13397) stellt einen beachtlichen Schritt in die richtige Richtung dar, da er elementare Probleme des MDK-Prüfverfahrens identifiziert und versucht, sie interessengerecht zu lösen.

Als Ausgangslage lässt sich feststellen, dass das Prüfsystem für Krankenhausabrechnungen außer Kontrolle geraten ist. Es ist geprägt von einer **überzogenen Misstrauenskultur** durch die Krankenkassen, die seit Jahren mit dem Slogan „Jede zweite Krankenhausabrechnung ist falsch“ Stimmung machen und versuchen, die Politik zu schärferen Konsequenzen zu veranlassen.[1] Der Vorwurf der gezielten Falschabrechnung ist dezidiert zurückzuweisen. Ausdrücklich ist zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf darauf hinweist, dass in zu großem Umfang Prüfungen veranlasst werden und es sich dabei vielfach um unterschiedliche Auffassungen zur erforderlichen Behandlungsdauer sowie zu treffenden Kodierungen handelt.

In der Praxis führen MDK-Prüfungen bei den Krankenhäusern zu einem stetig steigenden und nicht mehr vertretbaren **Aufwand**, zu erheblichen **Liquiditätsverlusten** und generell zu langwierigen **Rechtsstreitigkeiten**. So beträgt die durchschnittliche Prüfquote mittlerweile zwischen 17 und 20 % aller Krankenhausfälle[2]. MDK-Prüfungen werden von den Krankenkassen nicht verdachts- sondern potentialbezogen veranlasst und sind, wie im Gesetzentwurf zu Recht kritisch hervorgehoben wird, zu einem **Wettbewerbsfaktor für die Krankenkassen** geworden. Krankenhäuser müssen einen immer höheren Aufwand für eine „MDK-feste“ Abrechnung betreiben, da die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) den Krankenhäusern beständig neue oder erweiterte Mitwirkungsobliegenheiten auferlegt. Exemplarisch sei auf die erhebliche Ausweitung der Dokumentationsobliegenheiten im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung für die Kodierung des OPS-Codes 8-550 hingewiesen, die das BSG in seinem Urteil vom 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 19/17 R) festgelegt hat. Hierauf hatte der Gesetzgeber bereits im PpSG reagiert, um einen weiteren Entzug der Vergütung einzudämmen.

Die von Kassenseite beklagten Mehrausgaben von 1,4 Mrd. Euro infolge der Begrenzung der Prüfungen und des damit verbundenen Wegfalls von Rechnungskürzungsmöglichkeiten macht deutlich, in welchem Umfang die **Prüfungen als Geschäftsmodell** missbraucht werden. Hinter den Kürzungen stehen von den Krankenhäusern erbrachte Leistungen. Aus dem Gesamtkürzungsvolumen von 2,8 Mrd. Euro entfallen ca. 700 Mio. Euro auf Leistungen der Krankenpflege, die erbracht, letztlich aber nicht

[1] vgl. Darstellung von Kaysers/Stockmanns/Freitag, abrufbar unter: www.kaysers-consilium.de/dwnld/mehr-als-96-prozent-aller-krankenhausrechnungen-sind-korrekt-2019-03-13.pdf
[2] Presseinformation des MDK Nordrhein vom 13.02.2019, www.mdk-nordrhein.de/nc/presse/artikel/krankenhausrechnungen-pruefungen-auf-rekordniveau/; Herbstumfrage von medinfoweb.de 2018

refinanziert werden. Der Einwand der Krankenkassen gegen die Begrenzung der Kürzungen kann nicht akzeptiert werden.

Eine erhebliche Belastung stellt das Vorgehen der Krankenkassen dar, auf einem MDK-Gutachten beruhende und somit lediglich **behauptete Erstattungsansprüche** gegenüber dem Krankenhaus einfach **aufzurechnen** und diesen somit in erheblichem Umfang – teilweise sogar existenzbedrohend – Liquidität zu entziehen. Die Krankenhäuser befinden sich in einer komplett **asymmetrischen Benachteiligungslage**. Gegen die Verrechnung können sie sich nur mit langjährigen Gerichtsverfahren wehren. Der anhaltende Liquiditätsverlust zwingt sie zum außergerichtlichen Nachgeben. Erschwerend kommt hinzu, dass OPS-Kodes beständig um Merkmale erweitert werden, die mit deren ursprünglicher Funktion als Klassifikationsinstrument medizinischer Leistungen nicht mehr in Einklang zu bringen sind.

Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit versucht, durch **verschiedene Maßnahmen diesen Entwicklungen entgegenzuwirken**. Eine erste Maßnahme war die Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007. Intention dieser Regelung war die Eindämmung der Flut von Einzelfallprüfungen (BT-Drs. 16/3100, S. 487 ff.). Zum damaligen Zeitpunkt lag die Prüfquote zwischen 10 und 12 %[3]. Erreicht werden sollte dies durch die Einführung einer Sechs-Wochen-Frist zur Beauftragung des MDK sowie die Pflicht der Krankenkasse zur Zahlung einer Aufwandspauschale bei einer erfolglosen Rechnungsprüfung. **Nachhaltige Auswirkungen** auf die sich aus den MDK-Prüfungen ergebenden Probleme **hatte diese Neuregelung leider nicht**. Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz 2013) vom 15.07.2013 hat § 17c Abs. 2 KHG dahingehend geändert, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG eine Vereinbarung zur Regelung des Verfahrens der MDK-Prüfung treffen sollen. Diese – durch Einbindung der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG – getroffene Vereinbarung, die mittlerweile in ihrer zweiten Fassung vorliegt, hat dazu beigetragen, einige bestehende Verfahrensfragen zu lösen.

Dennoch ist festzustellen, dass trotz der Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V sowie des Abschlusses der PrüfvV die **grundlegenden Probleme** im Rahmen von MDK-Prüfungen nach wie vor einer Lösung harren. Dies hat zum weiteren personellen Aufrüsten beider Seiten geführt. Hier werden der Patientenversorgung erhebliche Mittel entzogen. Auf diese Problematik haben die Krankenhäuser in der Vergangenheit mehrfach hingewiesen und Lösungsvorschläge in die politische Diskussion eingebracht. Die Bedeutung dieser Thematik ist von der Politik mittlerweile erkannt worden. So haben CDU/CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag zur aktuellen 19. Legislaturperiode vereinbart, dass die Systematik der MDK-Prüfungen grundlegend zu reformieren ist. Die Konkretisierung dieser Vereinbarung liegt nunmehr in Form des Entwurfs des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 23.09.2019 mit aus Krankenhaussicht zu begrüßenden, aber auch problematischen und abzulehnenden Änderungen vor.

[3] medinfoweb.de, Ergebnisübersicht Krankenhausrechnungsprüfung 2007-2015

Positiv zu bewerten sind insbesondere folgende Neuregelungen:

- Einführung eines generellen **Aufrechnungsverbotes** der Krankenkassen in § 109 Abs. 6 SGB V.

- **Herauslösung des MDK** aus der organisatorischen Alleinzuständigkeit der Krankenkassen und Neustrukturierung der Medizinischen Dienste als Körperschaften des öffentlichen Rechts für jedes Bundesland (§ 278 ff. SGB V).

- Einführung einer **Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen** in § 275d SGB V, die das Vorliegen der jeweils erforderlichen Strukturmerkmale bestätigt und diesbezügliche Einzelfallprüfungen im Anschluss an eine Strukturprüfung ausschließt (§ 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V).

- Bindung der Krankenkassen an das **Ergebnis der Prüfung** des MD (§ 275c Abs. 1 S. 4 SGB V).

- **Befreiung** der frührehabilitativen Leistungen bei Schlaganfall oder Schwersthirnverletzungen **vom Fixkostendegressionsabschlag** (§ 4 KHEntgG).

- Ersatzweise **Abrechnung vorstationärer Entgelte** (§ 8 Abs. 3 KHEntgG).

Kritisch zu bewerten sind insbesondere folgende Regelungen:

- **Strafzahlungen** bei nicht korrekter Abrechnung, § 275c Abs. 3 SGB V. Selbst die gegenüber dem Referentenentwurf erfolgte Einführung einer Höchstgrenze von 1.500 € ändert daran nichts. Die Voraussetzung einer Strafzahlung ist der Verstoß gegen eine Verbotsnorm. Deren Fehlen ist vorliegend jedoch systemimmanent aufgrund der bestehenden Bewertungsspielräume bei der Kodierung. Außerdem kennt auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung im vertragsärztlichen Bereich **keine zusätzlichen Sanktionen**, gleich ob die Honorarabrechnung oder das Verordnungsverhalten eines Vertragsarztes geprüft werden. Ein sachlicher Grund, die Rechtsfolgen von MDK-Prüfungen im stationären Bereich in Relation zu den die gleichen Ziele verfolgenden Prüfverfahren im ambulanten Sektor zu verschärfen, existiert nicht. Daher werden Strafzahlungen generell abgelehnt.

- Die Ermittlung der Prüfquoten und der Strafzahlungen nach § 275c Abs. 3 SGB V erfolgt ausschließlich durch den GKV-SV **ohne Einbindung bzw. Einflussnahme der Krankenhäuser bzw. Krankenhausgesellschaften**, § 275c Abs. 4 SGB V.

- An den neu strukturierten MDen sind Vertreter der Krankenhäuser nach wie vor nicht beteiligt, obwohl die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder von 16 auf 23 erhöht wurde.

Somit ist festzustellen, dass die Kostenträger in den MDen mehr als **2/3 der Verwaltungsratsmitglieder** stellen. Dies konterkariert in eklatanter Weise das gesetzgeberische Ziel, die MDen von den Krankenkassen „zu lösen“ und stattdessen neutral auszugestalten. Das entsprechende Ziel des Koalitionsvertrages wird mit einer solchen Gestaltung eindeutig verfehlt.

- Keine ausreichende **Mitwirkung von Krankenhausvertretern** auf die vom MD Bund zu erlassende Richtlinie für Strukturprüfungen.

- Neben den neu strukturierten MDen wird dem **Sozialmedizinischen Dienst (SMD)** der Deutschen Rentenversicherung / Knappschaft – Bahn – See mit der neuen Regelung des § 283a SGB V eine **Sonderstellung** zugestanden mit der Folge, dass dieser gerade nicht den übrigen Neuregelungen zur neutralen Ausgestaltung der MDen bzw. den neuen Anforderungen für die Durchführung von Prüfungen in den Krankenhäusern unterfällt. Vielmehr solle für den SMD alles beim Alten bleiben.

  Auch dies ist vor dem Hintergrund der gesetzgeberischen Zielsetzung, die Prüfverfahren in den Krankenhäusern zu überarbeiten und insbesondere neutrale Strukturen in den Prüfdiensten zu schaffen, vehement abzulehnen. Vielmehr ist angezeigt, auch den SMD den Regelungen zur Ausgestaltung der MDen und zur Durchführung von Prüfungen zu unterwerfen. Nur dann wäre sichergestellt, dass die Prüfungen in Krankenhäusern bundeseinheitlich nach denselben Vorgaben erfolgen und gerade keine individuellen Freiräume für einzelne Prüfdienste existieren.

- Ausschluss der Möglichkeit **nachträglicher Rechnungskorrekturen** für Krankenhäuser nach § 17c Abs. 2a KHG.

Problematisch zu bewerten ist insbesondere die erhebliche Erweiterung des Katalogs von Aufgaben bzw. das erheblich erweiterte Anrufungsrecht des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 18b KHG.

Ambulantes Operieren – ambulante Leistungen

Mit den vorgesehenen Änderungen in § 115b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus) möchte der Gesetzgeber ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus erweitern, zu einer sachgerechteren Vergütung beitragen und Abrechnungsprüfungen eindämmen. Wenngleich diesem Ansinnen grundsätzlich zuzustimmen ist, so ergeben sich im Detail der Neuregelungen dennoch grundlegende Probleme. Es existieren sowohl ein bisher jährlich aktualisierter Katalog ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe als auch Allgemeine Tatbestände, die von den Selbstverwaltungspartnern einvernehmlich vereinbart wurden. Gegen eine (nochmalige) qualifizierte Erweiterung des Kataloges und der Allgemeinen Tatbestände mit externer Unterstützung ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Eine vollständige Neuvereinbarung stellt jedoch den bisherigen Konsens und damit alle Tatbestände und im Katalog vorhandenen Leistungen nochmals auf den Prüfstand. Hierdurch würden nicht nur enorme Personalressourcen auf Seiten der Selbstverwaltung unnötig gebunden, sondern gleicher-

maßen neue Konfliktlinien eröffnet. Insofern wird empfohlen, mit dem Gutachten lediglich die o. g. neuen Ansätze (insb. stationsersetzende Behandlungen und Schweregraddifferenzierung) in den bestehenden Katalog bzw. die Vereinbarung zu integrieren.

Liveübertragung von G-BA-Sitzungen

Die Regelung ist entbehrlich. Bekanntermaßen finden die Sitzungen des Beschlussgremiums des G-BA (Plenum) bereits auch heute schon öffentlich statt. Die mit einer Internetübertragung verbundene Erweiterung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Plenums führen zu einem Zwang weg von der sachlichen Debatte hin zu politischen Statements. Dieses Vorgehen ist für die ohnehin schon schwierigen Beratungen kontraproduktiv.

Zu den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen

Gegenstand dieser Stellungnahme sind auch die von den Koalitionsfraktionen eingebrachten Änderungsanträge. Von besonderer Bedeutung für die Krankenhäuser sind insbesondere die Änderungsanträge zur Weiterentwicklung des Krankenhaus- und Pflegefinanzierungssystems (**Sachkostenkorrektur, Leiharbeit, vorläufiges Pflegeentgelt**). Auf den Seiten 60ff. nehmen die Krankenhäuser auch zu diesen Punkten ausführlich Stellung.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 91 Abs. 7 Satz 6 SGB V)
Gemeinsamer Bundesausschuss

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass die öffentlich stattfindenden Sitzungen des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesauschusses gleichzeitig auch im Internet zu übertragen sind und in einer Mediathek zum späteren Abruf zur Verfügung gestellt werden müssen.

Stellungnahme

Die Regelung ist entbehrlich. Bekanntermaßen finden die Sitzungen des Beschlussgremiums des G-BA (Plenum) bereits auch heute schon öffentlich statt. Zudem leistet der G-BA durch die Veröffentlichung seiner Beschlüsse, der dazugehörigen Tragenden Gründe sowie einer ausführlichen Zusammenfassenden Dokumentation über das Beratungsverfahren ein hohes Maß an Transparenz. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll mit dieser Änderung offenbar dem Umstand begegnet werden, dass die Platzkapazitäten im Zuschauerbereich gelegentlich nicht ausreichen, um allen Wünschen nach einer Teilnahme als Zuschauer nachkommen zu können.

Die mit einer Internetübertragung verbundene Erweiterung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Plenums sollte jedoch sorgfältig mit den nachteiligen Effekten abgewogen werden, die damit verbunden sein werden. Die Sitzungen des Plenums werden in hohem Maße von einem Fachpublikum begleitet, was in den weit überwiegenden sehr fachlichen Beratungsgegenständen des G-BA begründet ist. Im Zuge der 14-tägigen Taktung der Sitzungen des Plenums und der erheblichen Themenvielfalt, für die der G-BA mittlerweile zuständig ist, sind die internen Vorbereitungen zu den Sitzungen der jeweiligen im Plenum vertretenen Institutionen bereits heute mit einem ganz erheblichen Arbeitsaufwand verbunden. Vor dem Hintergrund der mit einer Internetübertragung verbundenen, uneingeschränkten medialen Präsenz wird sich dieser Aufwand mit Blick auf die erweiterten Anfordernisse an die Darlegung der eigenen Positionen nochmals deutlich erhöhen. Dies wird zwangsläufig eine Verlängerung von Beratungsprozessen des G-BA zur Folge haben, da damit gerechnet werden muss, dass sich die Weiterleitung von Beschlussvorlagen aus den Unterausschüssen an das Plenum verzögern wird, dies auch, weil kurzfristig (verfristet) eingehende Beratungsunterlagen dann häufig nicht mehr zur Beratung angenommen werden. Damit würden alle weiteren

Bemühungen des Gesetzgebers um eine Beschleunigung der Beratungsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss geradezu konterkariert.

Ein weiterer Nachteil von erheblicher Bedeutung ist zudem der Umstand, dass eine Liveübertragung im Internet einen besonderen Anreiz bietet, diese auch für eher politische und weniger fachliche Statements zu nutzen. Sachliche Auseinandersetzungen und Konsensfindungsprozesse wären damit unweigerlich beeinträchtigt.

Zusammenfassend kann daher festgestellt werden, dass die Nachteile einer öffentlichen Übertragung der Sitzungen des Plenums des G-BA im Internet die damit möglicherweise verbundenen Vorteile bei Weitem überwiegen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 109 SGB V)

Aufrechnungsverbot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Aufnahme eines neuen Absatzes 6 in § 109 SGB V wird ein gesetzliches Aufrechnungsverbot geschaffen. Dieses soll eine Aufrechnung von Rückforderungsansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen mit Vergütungsforderungen von Krankenhäusern grundsätzlich ausschließen. Abweichend davon können der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrer Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG Ausnahmen von diesem Aufrechnungsverbot vorsehen. Das Aufrechnungsverbot soll erst bei Forderungen gelten, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind.

Stellungnahme

Die gesetzliche Regelung eines grundsätzlichen Aufrechnungsverbots von Rückerstattungsansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser wird begrüßt, da sie eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherung der Liquidität darstellt, auf die die Krankenhäuser wegen der zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung bereits erbrachten Krankenhausleistungen auch einen Anspruch haben. Damit dient diese Regelung langfristig auch der Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese wünschenswerten Zielsetzungen nur dann erreicht werden, wenn die gesetzlichen Krankenkassen ihrer Pflicht zur fristgerechten Zahlung der von Krankenhausseite in Rechnung gestellten Vergütungen nachkommen. Auch die Möglichkeit zur Vereinbarung von Ausnahmetatbeständen vom Aufrechnungsverbot in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG wird für sachgerecht erachtet, sind doch auch in der derzeit geltenden Fassung der Vereinbarung entsprechende Ausnahmen bei unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenforderungen geregelt. Gleiches gilt für die Aufnahme der Stichtagsregelung

01.01.2020, welche aus Sicht der Bundesregierung verhindern soll, dass die Krankenkassen durch eine überschießende Anwendung der Aufrechnung im Vorfeld des Inkrafttretens des MDK-Reformgesetzes die Liquidität der Krankenhäuser weiter schwächen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 7 a) aa) (§ 115b Abs. 1 SGB V) und Nr. 7 b) (§ 115b Abs. 1a SGB V)
Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 115b Absatz 1a SGB V haben GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 31.03.2020 ein Gutachten zu beauftragen, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen sowie stationsersetzenden Eingriffen und Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren.

Auf Basis dieses Gutachtens vereinbaren GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 30.06.2021 einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. In den Katalog sind die im Gutachten benannten ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann.

Bei der Vergütung ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. Die Kalkulation der Vergütung erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage und soll nichtärztliche Leistungen sowie Sachkosten berücksichtigen.

Stellungnahme

1) Katalog / Gutachten

Mit diesen Änderungen möchte der Gesetzgeber ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus erweitern, zu einer sachgerechteren Vergütung beitragen und Abrechnungsprüfungen eindämmen. Wenngleich diesem Ansinnen grundsätzlich zuzustimmen ist, so ergeben sich im Detail der Neuregelungen dennoch grundlegende Probleme. Es existieren sowohl ein bisher jährlich aktualisierter Katalog ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe als auch Allgemeine Tatbestände, die von den

Selbstverwaltungspartnern einvernehmlich vereinbart wurden. Gegen eine (nochmalige) qualifizierte Erweiterung des Kataloges und der Allgemeinen Tatbestände mit externer Unterstützung ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Eine vollständige Neuvereinbarung stellt jedoch den bisherigen Konsens und damit alle Tatbestände und im Katalog aufgeführten Leistungen nochmals auf den Prüfstand. Hierdurch würden nicht nur enorme Personalressourcen auf Seiten der Selbstverwaltung unnötig gebunden, sondern gleichermaßen neue Konfliktlinien eröffnet. Insofern wird empfohlen, mit dem Gutachten lediglich die o.g. neuen Ansätze (insb. stationsersetzende Behandlungen und Schweregraddifferenzierung) in den bestehenden Katalog bzw. die Vereinbarung zu integrieren.

Seit der Einführung des AOP-Kataloges in seiner derzeitigen Form wird jede neue medizinische Prozedur (OPS) vor einer möglichen Aufnahme in den AOP-Katalog von den Vertragspartnern auf ihre ambulante Erbringbarkeit geprüft. Leistungen, welche ausschließlich stationär zu erbringen sind, werden nicht in den Katalog aufgenommen. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Erbringung möglich ist und Leistungen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, werden in dem Katalog spezifisch gekennzeichnet. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass der AOP-Katalog für das Jahr 2011 unter Einbeziehung verschiedener Fachexperten und unter Berücksichtigung relevanter Studien zu ambulanten Eingriffen komplett neu verhandelt wurde, was 112 inhaltliche Änderungen des AOP-Kataloges zur Folge hatte. Darüber hinaus wurde der Katalog in jedem Jahr seit 2005 von den Vertragspartnern auf vorzunehmende Anpassungen geprüft und dementsprechend modifiziert. Demnach besteht bereits heute ein umfangreicherer Katalog als im Gesetzentwurf nunmehr vorgesehen, da er neben den „in der Regel ambulanten Leistungen“ auch solche Leistungen benennt, bei denen „sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Leistungserbringung“ in Abhängigkeit vom jeweiligen Patientenzustand möglich ist. Der AOP-Katalog beinhaltet derzeit 2.972 Prozeduren auf Basis der aktuellen OPS. Kritik an dem AOP-Katalog ist in den vergangenen Jahren nur sehr zurückhaltend erfolgt. So haben auch alle Fachdiskussionen immer wieder gezeigt, dass eine pauschale Bewertung des Kataloges und einzelner Leistungen hinsichtlich ihres ambulanten Potentials häufig nicht möglich ist. Der medizinische Allgemeinzustand der Patienten, die potentiellen Risiken einer Leistung und nicht zuletzt auch die international betrachtet schlechteren, zur Sicherstellung erforderlichen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten rund um den jeweiligen Eingriff, die auch soziale Faktoren beinhalten (z. B. mangelnde häusliche Versorgung älterer oder allein lebender Patienten nach einem Eingriff), entscheiden darüber, ob im Einzelfall eine ambulante Behandlung wirklich möglich ist. Insofern ist die Beauftragung zur Vereinbarung eines vollständig neuen Kataloges nicht nachvollziehbar. Vielmehr sollten die Vereinbarung und der Katalog auf der Basis des vorgesehenen Gutachtens erweitert werden.

Die Erweiterung um die stationsersetzenden Behandlungen kann im Sinne einer Öffnung für nicht operative Leistungen verstanden werden und stellt insofern eine zu begrüßende Neuerung dar.

Da nicht zu erwarten ist, dass sich innerhalb von zwei Jahren grundlegend neue medizinische Kenntnisse zum ambulanten Operieren ergeben, ist es nicht erforderlich, die Vereinbarung nach § 115b SGB V alle zwei Jahre an den aktuellen Stand der medizi-

nischen Erkenntnisse anzupassen. Hier wäre ein längerer Zeitraum völlig ausreichend. Eine regelmäßige jährliche Anpassung an den jeweils aktuellen OPS, in dessen Rahmen auch inhaltliche Änderungen vorgenommen werden könnten, würde ohnehin weiter bestehen.

Im Übrigen ist zu dem in § 115b Absatz 1a SGB V vorgesehenen Gutachten grundsätzlich anzumerken, dass dieses schon von den Inhalten her als sehr ambitioniert anzusehen ist und daher der in § 115b Absatz 1a SGB V vorgesehene Zeithorizont deutlich zu kurz bemessen wurde.

Die allgemeinen Tatbestände sind bereits fester Bestandteil des AOP-Vertrages. Im Hinblick auf diese hat sich in der Vergangenheit leider gezeigt, dass sie seitens der Krankenkassen wenig Beachtung fanden. So hat die GKV die Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in solche, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und solche, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Erbringung unter Berücksichtigung der allgemeinen Tatbestände möglich ist, nahezu vollständig negiert. Dies hatte zur Konsequenz, dass jede Leistung, die im Katalog ambulanter Operationen im stationären Setting erbracht wurde, sofort eine umfassende Prüfung seitens der GKV ausgelöst hat. Der Hinweis auf die allgemeinen Tatbestände fand hier nur selten Gehör. Hier wäre es seitens des Gesetzgebers wünschenswert, die Verbindlichkeit der allgemeinen Tatbestände im Hinblick auf die stationäre Leistungserbringung besser zu gestalten. Soziale Faktoren, wie beispielsweise die sichergestellte Versorgung im häuslichen Umfeld, die Verfügbarkeit von Angehörigen und das Alter, sind dabei angemessen zu berücksichtigen.

2) Vergütung

Die vorgesehene Differenzierung der Vergütung nach Schweregrad greift die Forderung der Krankenhäuser nach einer aufwandsgerechten Vergütung auf, da somit auch die Patienten- und Leistungsstruktur bei der Vergütung berücksichtigt werden können. Unter diesem Aspekt ist auch die Vorgabe, dass die Vergütung auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab, weiter zu entwickeln ist, nachvollziehbar. Allerdings stellt das bisherige Standardbewertungssystem des EBM lediglich auf facharztdifferenzierte Praxisbetriebsmodelle ab, so dass der EBM in der bestehenden Form keinesfalls als Vergütungsmaßstab geeignet ist. Daher fehlt zumindest in der Gesetzesbegründung die Klarstellung, dass bei der Kalkulation auch die Kostenstrukturen der Krankenhäuser zu berücksichtigen sind.

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Vergütung neben den über den EBM abbildbaren ärztlichen Leistungen auch die nichtärztlichen Leistungen und die Sachkosten umfasst. Dies muss nach Ansicht der Krankenhäuser zur Folge haben, dass alle für die Eingriffe notwendigen Personalleistungen und Sachkosten vollumfänglich refinanziert werden und bei der Sachmittelvergütung nicht wie bisher Selbstbehalte oder Beschränkungen auf bestimmte, erstattungsfähige Sachmittel beabsichtigt sind. Sofern die Verordnung von Arzneimitteln weiterhin nicht möglich ist, müsste an dieser Stelle neben den Sachmitteln zwingend die Vergütung der erforderlichen Arzneimittel aufgenommen werden.

Unklar ist, was im Gesetzentwurf mit der Berücksichtigung von spezifischen Investitionsbedingungen gemeint ist. Die Länder sind ausschließlich verpflichtet, Investitionen für die stationäre Versorgung zu fördern. Auch in Verbindung mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) wurde in der Gesetzesbegründung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz ausgeführt, dass ambulante Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser nicht förderfähig sind und von den Ländern nicht gefördert werden. Aus diesen Gründen sollte die unbegründete Einbeziehung von spezifischen Investitionsbedingungen gestrichen werden.

Auch im Interesse der Patienten ist absolut nicht nachvollziehbar, warum die Krankenhäuser bei ambulanten Operationen nach § 115b SGB V nicht wie bei der ASV weiterhin keine Verordnungsmöglichkeiten erhalten. So ist es den Patienten nicht zu vermitteln, dass diese nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus zusätzlich noch einen Vertragsarzt aufsuchen müssen, damit dieser die für diese Behandlung notwendigen Verordnungen, etwa für Arzneimittel oder Heil- und Hilfsmittel, ausstellt. Auch vor dem Hintergrund, dass der Fokus von § 115b SGB V auf einer einheitlichen Versorgung in beiden Sektoren liegt, ist die ungleiche Behandlung bei den Verordnungsmöglichkeiten nicht nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

§ 115b Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. ***eine Erweiterung des bestehenden Kataloges*** ~~einen Katalog~~ ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a ***enthaltenen zusätzlichen*** ~~benannten~~ ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die ***sowohl ambulant, als auch stationär*** und in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. ***Bei der Bestimmung der allgemeinen Tatbestände sind sowohl soziale Faktoren (z. B. häusliches Umfeld, Verfügbarkeit von Begleitpersonen), als auch medizinische Begleitumstände (z. B. Begleiterkrankungen, Voroperationen, Alter, Geschlecht) angemessen zu berücksichtigen.*** *Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leis-*

tungen ***sowie*** *der Sachkosten* ~~***sowie der spezifischen Investitionsbedingungen***~~*.* ***Die Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 schließen die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 ein, soweit diese medizinisch erforderlich sind; die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend.***
In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

§115b Abs. 1a SGB V wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ***über die bereits im Katalog enthaltenen Leistungen hinaus zusätzliche*** ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nach dem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

Zu Artikel 1 Nr. 7 c) bb) (§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V)
Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegen.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Klarstellung, dass Leistungen des ambulanten Operierens, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Kataloges nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (AOP-Katalog) erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst unterliegen, ist zunächst als konsequent anzusehen. Das Bundessozialgericht hat

schon mit Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R) entschieden, dass eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst für Leistungen gemäß § 115b SGB V nicht anwendbar ist. In der Folge haben auch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene in die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV 2017) gleichlautende Regelungen aufgenommen (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 PrüfvV). Gemäß § 115b Absatz 2 Satz 5 SGB V erfolgt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität im Bereich des ambulanten Operierens durch die Krankenkassen. Dementsprechend ist in der Praxis festzustellen, dass bloße Abrechnungsfragen in der Regel ohnehin im direkten Austausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geklärt werden.

Im Übrigen wird in der Gesetzesbegründung als Grund für das Entfallen einer Prüfung der Leistungen des ambulanten Operierens durch den Medizinischen Dienst angegeben, dass dadurch die ambulante Erbringung der im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen gefördert werden soll. Das Entfallen einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst könne zu einem spürbaren Rückgang der Zahl der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst führen, sobald der auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a erweiterte AOP-Katalog vereinbart worden sei.

Prüfungen durch den Medizinischen Dienst im ambulanten Bereich haben in der Vergangenheit eine - wenn überhaupt - untergeordnete Rolle eingenommen. Die Prüfungen beziehen sich in diesem Bereich vielmehr auf die Frage, warum Leistungen, die sich im AOP-Katalog befinden, stationär durchgeführt werden, anstatt diese ambulant zu erbringen. Dementsprechend löst nicht die ambulante Leistungserbringung, sondern vielmehr die stationäre Erbringung von Leistungen aus dem AOP-Katalog in der Regel eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst aus. Gleichwohl wird durch die Gesetzesbegründung an dieser Stelle verdeutlicht, dass Krankenhäuser nach dem Willen des Gesetzgebers im Sinne einer umfassenden Förderung der ambulanten Leistungserbringung berechtigt sein sollen, die auf Basis des Gutachtens gemäß Absatz 1a im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen ohne weitere Prüfungen durch den Medizinischen Dienst zu erbringen. Darin kommt ein Vertrauensvorschuss zum Ausdruck, durch den der Einschätzungsprärogative des behandelnden Krankenhausarztes Rechnung getragen wird. Diese beinhaltet, dass die Entscheidung des behandelnden Krankenhausarztes nur dann erschüttert werden kann, wenn diese sozial- bzw. leistungsrechtlich unvertretbar ist. Im Bereich der ambulanten Leistungserbringung könnte dies nur der Fall sein, wenn bei Patienten noch nicht einmal eine ambulante Behandlungsbedürftigkeit bestehen würde, diese also überhaupt nicht behandelt werden müssten. Insofern ist es als konsequent und richtig anzusehen, dass Krankenhäuser bei der ambulanten Erbringung der im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen von Prüfungen medizinischer Sachverhalte durch den Medizinischen Dienst ausgenommen sind.

Durch die in § 115b Absatz 1 SGB V vorgesehenen Änderungen zur Differenzierung nach dem jeweiligen Schweregrad ist jedoch denkbar, dass hieraus künftig durchaus vermehrt medizinische Fragestellungen Gegenstand von Streitigkeiten sein könnten. Es ist daher erforderlich, den Vertragsparteien gemäß § 115b Absatz 1 SGB V zu ermöglichen, Näheres zur Prüfung von medizinischen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Schweregraddifferenzierung stellen können, zu regeln. Eine Prüfung kann in diesem Bereich nur durch den Medizinischen Dienst erfolgen, da es sich um medizinische

Sachverhalte handelt, die nicht in die Zuständigkeit der Krankenkassen fallen und insbesondere nicht Gegenstand einer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne von § 115b Absatz 2 Satz 5 SGB V sein können. Im Bereich des ambulanten Operierens ist ebenso wenig eine Anlehnung an das vertragsärztliche Prüfregime möglich, da es sich bei Leistungen des ambulanten Operierens systematisch um Krankenhausbehandlungen im Sinne von § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V handelt, die unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet werden.

Änderungsvorschlag

§ 115b Absatz 2 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1, ***es sei denn die Vereinbarungspartner gemäß Absatz 1 vereinbaren im Zusammenhang mit der Schweregraddifferenzierung für die Prüfung medizinischer Fragestellungen etwas anderes.***

Zu Artikel 1 Nr. 10 a) aa) (§ 137i Abs. 1 SGB V)
Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

In § 137i Absatz 1 SGB wird der Satz 10 dahingehend geändert, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene Sanktionen nicht nur für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (Sanktionen nach Absatz 5), sondern auch für den Fall der Verletzung der Mitteilungs- und Datenübermittlungspflichten (Sanktionen nach Absatz 4b) zu vereinbaren haben.

Stellungnahme

Die Sanktionsregelungen nach Absatz 4b betreffen wie bisher sowohl die Mitteilungspflichten zu den Personaluntergrenzen (Satz 1) als auch die für die Weitentwicklung der Personaluntergrenzen von den ausgewählten Krankenhäusern an das InEK zu übermittelnden Daten (Satz 2). Mit den geplanten gesetzlichen Anpassungen wird lediglich die Zuständigkeit für die Festlegung der Vergütungsabschläge mit dem entsprechenden Streitpotential von der Ortsebene auf die Bundesebene verlagert.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 10 b) cc) (§ 137i Abs. 3a SGB V)

Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Durch Einfügung eines neuen Satzes 3 wird nunmehr das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) direkt gesetzlich mit der Bestimmung derjenigen Krankenhäuser, welche an der Herstellung der repräsentativen Datengrundlage teilnehmen, beauftragt und zugleich ermächtigt, diese entsprechend zur Übermittlung der für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten zu verpflichten.

Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der derzeitigen Diskussionen der Befugnisse des InEK, für die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in unterschiedlichen Themen rechtswirksam zu handeln, erscheint eine direkte Beleihung des InEK im Kontext mit der Erstellung einer repräsentativen Datengrundlage bei Pflegepersonaluntergrenzen als ein sachgerechtes Mittel, um etwaigen Zweifeln vorzubeugen.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 21 a) – c) sowie f) (§ 275 SGB V)

Begutachtung und Beratung

Beabsichtigte Neuregelung

Es werden lediglich redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Stellungnahme

Die hier vorgenommenen Anpassungen sind redaktioneller Natur und begründen sich auf den angestrebten Änderungen des Systems der MDK-Prüfung wie der Verselbstständigung des Medizinischen Dienstes von der Krankenversicherung, der Neuregelung der Prüfung des MD in § 275 Absatz 1c SGB V sowie der Einführung eines Medizinischen Dienstes Bund.

Diese Regelungen sind konsequent und erforderlich.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 21g) (§ 275 SGB V)
Begutachtung und Beratung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Wörter „Ärzte“ sowie „medizinisch“ werden durch die Begrifflichkeiten des „Gutachters“ sowie „fachlichen“ ersetzt.

Stellungnahme

Mit der Neuregelung wird der Kreis der Prüfer des Medizinischen Dienstes erweitert. Künftig sollen nicht ausschließlich Ärztinnen und Ärzte als Gutachter tätig sein, sondern auch fachlich versierte Angehörige anderer Berufsgruppen. Diese müssen jedoch für die angestrebte Prüfung ausreichend qualifiziert sein. Sinn macht dies insbesondere für die erweiterten Prüfbefugnisse im pflegerischen Bereich. Dort können zukünftig auch qualifizierte Angehörige der Pflegeberufe als Gutachter tätig sein. Für Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich sind jedoch nach wie vor die medizinischen Sachverhalte ausschlaggebend, sodass für diese Prüfungen auch künftig Mediziner einzusetzen sind. Um den gebotenen fachlichen Standard zu gewährleisten, muss jedoch sichergestellt werden, dass die angestrebten Prüfungen nicht nur von Medizinern sondern ausschließlich von Fachärzten des zu prüfenden Fachgebietes durchgeführt werden. Dies sichert nicht nur die Qualität der Gutachten, sondern kann auch die Akzeptanz des Gutachtens des MD durch die Krankenhäuser steigern.

Änderungsvorschlag

§ 275 Abs. 5 SGB V wird um folgenden Satz 3 ergänzt:

Die Prüfung medizinischer Fragen erfolgt ausschließlich durch Fachärzte des zu prüfenden Fachgebietes.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§§ 275c und 275d SGB V)
Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst (§ 275c SGB V) sowie Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d SGB V)

I. Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst (§ 275c SGB V)

1. § 275c Absatz 1 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

§ 275c SGB V enthält künftig eine Frist von 3 Monaten ab Eingang der Krankenhausrechnung bei der Krankenkasse, um ein Verfahren zur Prüfung einer Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse einzuleiten sowie durch den MD beim betroffenen

Krankenhaus anzuzeigen. Unverändert findet sich dort die Verpflichtung der Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale für den Fall einer erfolglosen Abrechnungsprüfung, ebenso wie die Regelung, dass sämtliche Prüfungen, die ein Tätigwerden des MD und eine Datenübermittlung des Krankenhauses bedürfen, als Prüfung im Sinne des § 275c SGB V anzusehen sind. Neu eingeführt wird die Regelung, dass eine Prüfung durch den MD einzuleiten ist, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist, es sei denn, in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V wird etwas anderes bestimmt.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung in § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V ändert das Prüfverfahren in einem wesentlichen Punkt: Statt der bisherigen 6-Wochen-Frist, die durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 in § 275 Absatz 1c Satz 1 SGB V eingeführt wurde und die ausdrücklich der Verfahrensbeschleunigung dient[4], soll den Krankenkassen künftig für die Einleitung und Anzeige der Prüfung eine Frist von drei Monaten zur Verfügung stehen. Begründet wird diese Fristverlängerung damit, dass die Krankenkassen vor dem Hintergrund der neuen, variablen quartalsabhängigen Prüfquote ausreichend Zeit bekommen sollen, um eine effektive Auswahl der Prüffälle vornehmen zu können.

Diese Fristverlängerung ist abzulehnen. Zum einen hat sich die bisherige 6-Wochen-Frist in der Praxis etabliert. Die Geschäftsabläufe sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Krankenkassen und beim MDK sind auf diese Frist eingestellt. Zum anderen sollten die Krankenkassen mittlerweile hinreichend versiert sein, innerhalb des 6-Wochen-Zeitraumes eine korrekte und sachgerechte Auswahl der Prüffälle vorzunehmen. Zudem wird durch die Verlängerung der Einleitungs- und Anzeigefrist der Charakter der Verfahrensbeschleunigung konterkariert. Die Einführung der variablen quartalsabhängigen Prüfquote bedeutet keine Abkehr von der Verpflichtung der Krankenkassen sowie des MD zur zeitnahen Einleitung und Durchführung eines Prüfverfahrens. Die Krankenkasse soll zeitnah prüfen, in welchen Fällen belastbare Anhaltspunkte für Bedenken, dass eine Abrechnung nicht regelkonform ist, bestehen und diese einer Prüfung durch den MD zuleiten. Es kann aber nicht Intention der Einleitungs- und Anzeigefrist sein, dass Krankenkassen die Abrechnungen auf jeden entfernten Hinweis einer nicht regelkonformen Abrechnung prüfen, nur um eine möglichst hohe Prüfquote zu erzielen. Insofern ist eine Aufrechterhaltung der bewährten 6-Wochen-Frist unumgänglich.

Die Sätze zwei und drei des neuen § 275c Absatz 1 SGB V entsprechen im Wesentlichen dem bisherigen § 275 Absatz 1c SGB V, dienen der sorgfältigen Auswahl der Prüffälle durch die Krankenkasse und sollen insbesondere verhindern, dass die Rechtsprechung von den gesetzlichen Regelungen des SGB V abweichende Formen der Abrechnungsprüfung kreiert.

Dabei bedarf der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Krankenkasse der Präzisierung. In der Vergangenheit wurden technische Abweisungen und Rückfragen der Kassen vielfach genutzt, um die MDK-Fristenregelungen auf Basis von Prüfkriterien

[4] BT-Drs. 16/3100, S. 171.

nach Fachverfahren auszuhebeln, die nicht explizit im Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V vereinbart sind (Prüfungen nach Stufe 4, Fachverfahren). Eine geeignete Anpassung der Vereinbarung hierzu im Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V kann nicht ohne eine entsprechende Rechtsgrundlage getroffen werden.

Um Rechtssicherheit für die Krankenhäuser herzustellen und strategieanfällige technische Abweisungen zu vermeiden, wird daher vorgeschlagen, den Eingangszeitpunkt mit der Datenübermittlung nach gemeinsam vereinbarten Kriterien zu präzisieren und auf den Eingang der technisch korrekten Abrechnung als Startpunkt für den Lauf der Einleitungs- und Anzeigefrist des § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V abzustellen. Um Unsicherheiten bezüglich der Akzeptanz der technischen Korrektheit der Abrechnung zu vermeiden, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus innerhalb der in § 301 Absatz 2a SGB V gesetzten Frist eine Rückmeldung zu geben. Daher wird hier auf die Regelungen des § 301 Absatz 2a SGB V verwiesen.

Die Regelung zur Primärzuständigkeit des MD, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist, entspricht einer seit Langem von den Krankenhäusern erhobenen Forderung und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Auch die Absicht der Bundesregierung, mit dieser Regelung sicherstellen zu wollen, dass der zuständige MD auf Grundlage einer validen Datenlage Prüfungen auch ablehnen kann, durch die die quartalsbezogene Prüfquote überschritten wurde, ist sachgerecht. Kritisch zu sehen ist jedoch, dass von diesem Grundsatz ohne weitere Einschränkung in den Richtlinien des MD Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V abgewichen werden kann und daher die Gefahr besteht, dass diese Regelung ausgehöhlt wird. Ein Abweichen von dieser Zuständigkeitsregelung in den Richtlinien des MD Bund sollte daher – wenn überhaupt – nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein.

Als sehr sinnvoll erachten die Krankenhäuser den in der Vergangenheit diskutierten, aber nicht im Regierungsentwurf enthaltenen Vorschlag, dass die Krankenkasse künftig an das Prüfergebnis des MD gebunden sein soll. Eine solche Bindung der Krankenkasse an das Prüfergebnis des MD ist positiv zu bewerten, da dadurch die unabhängige Stellung des MD gestärkt würde. Insbesondere könnte die Krankenkasse keine über die Feststellungen des MD hinausgehenden eigenen Feststellungen in ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung heranziehen und dadurch einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses ablehnen oder kürzen, so dass diese Bindung der Krankenkassen an das Prüfergebnis letztlich sachgerecht ist. Dies würde auch zu einer Erhöhung des Rechtsfriedens führen. Insbesondere um nachhalten zu können, ob die Krankenkasse den Wertungen des MD gefolgt ist, muss das Krankenhaus ebenfalls nach jeder Prüfung das vollständige Gutachten des MD erhalten. Dieses Vorgehen entspricht der bisher überwiegend gelebten Praxis und ist auch sachgerecht. Zum einen ist es selbstverständlich, dass jemand, der geprüft wird, ob er bestimmte Voraussetzungen erfüllt, das komplette Prüfgutachten erhält und nicht nur das bloße Ergebnis der Prüfung mitgeteilt bekommt. Zum anderen wird ihm durch Übersendung des Prüfgutachtens die Möglichkeit eingeräumt, dem Ergebnis der Prüfung Rechnung tragen zu können.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt neu formuliert:

Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens ~~drei Monate~~ ***sechs Wochen*** nach ~~deren~~ Eingang der ***technisch korrekt übermittelten*** Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen; ***eine Rechnung gilt als technisch korrekt übermittelt, wenn sie den von den Vereinbarungspartnern gemäß § 301 Abs.1 SGB V gemeinsam festgelegten Kriterien an die elektronische Datenübermittlung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V entspricht.*** § 301 Absatz 2a Sätze 3 bis 6 SGB V sind zu berücksichtigen.

§ 275c Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt neu formuliert:

Die Prüfungen nach Satz 1 sind, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 für ***begründete Ausnahmefälle*** nichts Abweichendes bestimmt ist, bei dem medizinischen Dienst einzuleiten, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.

§ 275c Absatz 1SGB V wird um folgende Sätze 5 und 6 ergänzt:

Die Krankenkasse ist an das Ergebnis der Prüfung durch den medizinischen Dienst gebunden. Das Krankenhaus erhält zeitgleich zur Krankenkasse das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Kenntnis.

2. § 275c Absatz 2 SGB V – Einführung einer Prüfquote

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig gibt es eine quartalsbezogene Prüfquote. Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 10 % der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausleistungen durch den MD prüfen lassen. Ab 2021 ist die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote abhängig vom Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen je Krankenhaus. Werden mindestens 60 % der Abrechnungen nicht beanstandet, beträgt die quartalsbezogene Prüfquote maximal 5 %, werden zwischen 40 und 60 % der Abrechnungen nicht beanstandet, beträgt sie maximal 10 % und werden weniger als 40 % der Abrechnungen nicht beanstandet, beträgt sie maximal 15 %. Der MD hat eine Prüfung abzulehnen, wenn die hausindividuelle Prüfquote durch eine weitere Prüfung der Krankenkasse überschritten würde, es sei denn, dass der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 20 % liegt oder der begründete Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung des Krankenhauses vorliegt. In diesen Fällen ist eine Prüfung auch nach Erreichen der Prüfquote zulässig. Voraussetzung ist, dass die Partner der Pflegesatzvereinbarung (die Kostenträger) das Vorliegen der Voraussetzungen zum Überschreiten der Prüfquote vor Einleitung der Prüfung des MD unter Angabe von Gründen bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemein-

sam anzeigen. Weiterhin können Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten haben, mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung prüfen lassen. Prüfungen im Vorfeld einer Beauftragung des MD unterliegen nicht der quartalsbezogenen Prüfquote.

Stellungnahme

Krankenhäuser leiden seit langem unter einer beständig ansteigenden Prüfquote, die aktuell einen Wert von bis zu 20% der Behandlungsfälle erreicht hat. Die Einführung einer Prüfquote als Obergrenze der maximal zulässigen Prüfungen kann ein wirksames Mittel sein, die Prüfquote auf ein vertretbares Maß zu senken. Die Einführung einer festen, quartalsbezogenen Prüfquote von 10 % ist daher als Schritt in die richtige Richtung anzusehen. Auch die Koppelung der Prüfquote an die Anzahl der unbeanstandeten Abrechnungen mag in der Praxis ein gangbarer Anreiz sein, um die Kodierqualität der Krankenhäuser weiter zu erhöhen. Gleichzeitig können die quartalsbezogenen Prüfquoten, die grundsätzlich bei maximal 15% liegen, zu einer spürbaren Verringerung der aktuellen Belastung durch Abrechnungsprüfungen führen.

Die vorgesehene Neugestaltung der MD-Prüfung stellt jedoch eine erhebliche Veränderung der Prüfsystematik dar. Die Abhängigkeit der Krankenhäuser von einer quartalsbezogenen, auf den Ergebnissen früherer MD-Prüfungen basierender Prüfquoten stellt hohe Anforderungen an die Systematik, Transparenz und Qualität der Gewinnung dieser Prüfquoten. Nur wenn sichergestellt ist, dass die Prüfquoten im Wege eines fairen, nachvollziehbaren und transparenten Verfahrens ermittelt werden, kann die gewünschte Akzeptanz dieser Quoten bei den Krankenhäusern hergestellt werden. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die Prüfquoten nicht vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 275c Abs. 4 SGB V ermittelt werden, sondern eine neutrale Stelle mit dieser Aufgabe betraut wird. Als solch neutrale Stelle kommt der Medizinische Dienst Bund nach §§ 281 ff. SGB V in Betracht. Dessen Beauftragung zur Durchführung dieser Tätigkeit stellt sicher, dass die Festlegung der Prüfquoten objektiv und neutral erfolgt. Ob es durch die Übertragung der Aufgabe der Feststellung der Prüfquoten vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf den Medizinischen Dienst Bund zu einer Änderung der vorgesehen Datenflüsse von den Krankenkassen auf die einzelnen Medizinischen Dienste der Länder kommt, bleibt der späteren Ausdifferenzierung im Einzelfall vorbehalten.

Dass die Ermittlung der Prüfquote lediglich auf Basis der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgt, ist kritisch zu sehen. In der Praxis werden nicht nur Schlussrechnungen, sondern – insbesondere bei Langliegern im psychiatrischen Bereich – auch Zwischenrechnungen durch den MDK geprüft. Diese Prüfungen würden bei der Berechnung der Prüfquote ausschließlich auf Basis der Schlussrechnungen völlig unbeachtet bleiben, obwohl sie sich bezüglich ihres Prüfaufwandes von dem der Prüfung einer Schlussrechnung nicht unterscheiden. Diese Regelung erweist sich als sehr strategieanfällig, da Krankenkassen unbegrenzt die Krankenhäuser belastende Prüfungen von Zwischenrechnungen durchführen lassen könnten, ohne dass sich

diese Prüfungen auf die Berechnung der Prüfquote auswirken würden. Um diese Strategieanfälligkeit zu verhindern, ist bei der Bestimmung der Prüfquote auf sämtliche Abrechnungen für stationäre Behandlungsfälle eines Krankenhauses, die bei der Krankenkasse je Quartal eingegangen sind, abzustellen.

Dass der Gesetzesentwurf zur Ermittlung der Prüfquoten auf die Anzahl der unbeanstandeten Rechnungen Bezug nimmt, ist grundsätzlich sachgerecht, da so eine Diskussion beispielsweise über den Begriff der „korrekten“ Anrechnung vermieden wird. Allerdings birgt auch der Begriff der unbeanstandeten Rechnung durchaus Diskussionspotential, so dass eine entsprechende Konkretisierung erforderlich ist. Maßstab für die Frage, ob eine unbeanstandete Rechnung vorliegt, ist das Ergebnis der Fallprüfung durch den MD. Als unbeanstandet im Sinne des Gesetzentwurfes gilt somit – vor allem vor dem Hintergrund der Auswirkungen einer Beanstandung – jede Abrechnung, die durch eine Prüfung des MD nicht betragsmäßig gemindert wurde. Ein Austausch beispielsweise durch betragsmäßig nicht relevante Nebendiagnosen kann nicht zur Qualifikation als beanstandete Rechnung führen. Dies ergibt sich zum einen aus der Systematik des SGB V, auch die Aufwandspauschale in § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V a. F. bzw. in § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V n. F. stellt darauf ab, dass die Pauschale nur dann zu zahlen ist, wenn sich der Abrechnungsbetrag durch die Prüfung des MD nicht mindert. Zum anderen geht auch die Bundesregierung davon aus, dass eine Abrechnung dann als unbeanstandet gilt, wenn die Prüfung des MD nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat[5]. Aus Gründen der Klarheit sollte dieser Aspekt in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Problematisch ist zudem, dass bereits ab dem Jahr 2021 die quartalsbezogene Prüfquote gelten soll. 2020 stellt nicht nur ein Umbruchjahr vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen G-DRG-Systems aufgrund der Pflegepersonalkostenausgliederung sondern auch wegen der Einführung des reformierten Systems der MD-Prüfung dar. Neben den weitreichenden Änderungen in der Systematik der MD-Prüfungen ist in 2020 die für eine Ausübung seiner Tätigkeit erforderliche Umgestaltung des Medizinischen Dienstes noch nicht beendet, so dass hinsichtlich der Feststellung der Prüfquoten eine Einflussnahme der Krankenkassen auf die Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes zu befürchten ist. Daher sollte der Zeitraum der Anwendung der quartalsbezogenen 10%-igen Prüfquote nach § 275 Abs. 1c Abs. 2 S. 1 SGB V um ein Jahr verlängert und die Einführung der quartalsbezogenen Prüfquote nach § 275 Abs. 1c Abs. 2 S. 3 SGB V ab 2022 festgelegt werden. Durch diese einjährige Verschiebung kann eine umfangreichere Datenlage generiert und letztlich belastbarere Ergebnisse gewonnen werden, um die quartalsbezogenen Prüfquoten festzulegen.

Nicht ausreichend deutlich ist zudem die Regelung in § 275c Absatz 2 Satz 7, wonach die Parteien der Pflegesatzvereinbarung das Vorliegen der Gründe für eine Überschreitung der Prüfquote bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde lediglich gemeinsam anzuzeigen haben. Um zu verhindern, dass Krankenhäuser unbegründet in den Verdacht geraten, systematisch überhöhte Abrechnungen zu stellen, was auch zu einer Ausweitung der Prüfquote führen könnte, wenn die Kodierqualität besser als 60 % ist, ist zumindest erforderlich, dass die zuständige Landesbehörde die

[5] Begründung zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen, S. 70.

Argumente der Kostenträger prüft und die Überschreitung der Prüfquote genehmigt oder aber ablehnt. In diesem Verfahren hätte das Krankenhaus garantierte Anhörungs- und Mitwirkungsrechte und könnte sich gegen den vorgetragenen Verdacht wehren.

Mit der Einführung einer „Bagatellregelung“ in § 275c Absatz 2 Satz 8 SGB V möchte die Bundesregierung eine Benachteiligung von Krankenkassen verhindern, die quartalsbezogen von einem Krankenhaus weniger als 20 Abrechnungen erhalten. Die quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 10 % je Krankenhaus würde dazu führen, dass eine Krankenkasse, die von einem Krankenhaus weniger als 10 Abrechnungen erhält, für keine dieser Abrechnungen eine Prüfung durch den MD veranlassen dürfte. Die variable quartalsbezogene Prüfquote hätte zur Konsequenz, dass sogar bei der Mindestquote in Höhe von 5 % eine Krankenkasse mindestens 20 Abrechnungen für vollstationäre Behandlungen vom Krankenhaus erhalten müsste, um überhaupt eine Prüfung einleiten zu können. Diese Erwägungen sind akzeptabel.

Änderungsvorschlag

In § 275c Abs. 2 SGB V werden die Wörter „Schlussrechnungen“ jeweils durch die Wörter „Abrechnungen“ ersetzt.

In § 275c Abs. 2 S. 1 werden die Worte „Im Jahr 2020“ durch die Worte „In den Jahren 2020 und 2021“ ersetzt.

In § 275c Abs. 2 S. 3 werden die Worte „Ab dem Jahr 2021“ sowie „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Worte „Ab dem Jahr 2022“ sowie „vom Medizinischen Dienst Bund“ ersetzt.

§ 275c Absatz 2 wird um einen neuen Satz 4 ergänzt:

Eine Abrechnung ist dann unbeanstandet, wenn die Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

In § 275c Absatz 2 werden die Sätze 4 bis 7 die Sätze 5 bis 9.

§ 275c Absatz 2 wird um einen Satz 10 ergänzt:

Diese hat nach Anhörung des betroffenen Krankenhauses über die Durchführung der die Prüfquote nach Satz 2 übersteigenden Prüfungen zu entscheiden.

In § 275c Abs. 2 werden die Sätze 8 und 9 die Sätze 11 und 12.

3. § 275c Absatz 3 – Strafzahlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Abhängig vom Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen müssen Krankenhäuser künftig neben der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag zusätzlich einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkasse zahlen. Falls der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 und 60 % beträgt, ist ein Aufschlag in Höhe von 25 % des Differenzbetrages zu zahlen, im Fall des Anteils unbeanstandeter Abrechnungen in Höhe von weniger als 40 % beträgt der Aufschlag 50 % des Differenzbetrages. Der Aufschlag ist betragsmäßig auf höchstens 1.500 Euro begrenzt. Ein Aufschlag kann in Verfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Vorfeld der Beauftragung des MD nicht erhoben werden.

Stellungnahme

Bei den in § 275c Absatz 3 SGB V als „Aufschlag“ bezeichneten Zahlungen handelt es sich um nichts anderes als um Strafzahlungen zu Lasten der Krankenhäuser. Strafzahlungen oder auch eine zu Lasten der Krankenhäuser anfallende symmetrische Aufwandspauschale sind aus Sicht der Krankenhäuser abzulehnen. Strafzahlungen können nur ein bewusstes und gewolltes Überschreiten der Abrechnungsbestimmungen zu Lasten der Solidargemeinschaft – also eine Falschabrechnung im eigentlichen Sinne – sanktionieren. Da jedoch eine Definition der Falschabrechnung in diesem Sinne nicht existiert und lediglich auf den Anteil nicht beanstandeter Abrechnungen abgestellt wird, müssen Krankenhäuser auch für diejenigen Abrechnungen eventuell eine Strafzahlung leisten, die keine Falschabrechnung im oben dargestellten Sinne sind, sondern lediglich darauf beruhen, dass dem Krankenhaus zustehende Auslegungsmöglichkeiten in den OPS-Kodes vom MD anders interpretiert werden. Hier werden dem Krankenhaus zustehende, legitime und legale Auslegungsmöglichkeiten durch die Verhängung einer Strafzahlung in Abrede gestellt. Die vorgesehene Begrenzung des „Aufschlages“ auf maximal 1.500 Euro kann an dieser Bewertung nichts ändern.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass auch diese begrenzte Strafzahlung die seitens der Krankenkassen im Hinblick auf die bestehende Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale stets bemängelte, fehlende Symmetrie zu Ungunsten der Krankenhäuser nicht hergestellt wird, sondern vielmehr ein Ungleichgewicht zu Lasten der Krankenhäuser herbeigeführt wird. Krankenkassen wissen, dass ihnen bei Beauftragung einer unnötigen Prüfung des MD maximal eine Belastung von 300 € pro Prüffall ins Haus steht. Krankenhäuser können den möglichen finanziellen Verlust gar nicht vorhersehen, da ihnen nicht bekannt ist, ob der MD zu einer Erstattungsforderung kommt und falls ja, in welcher Höhe dies sein wird. Zusätzlich werden sie mit einer im Vergleich zur Aufwandspauschale bis zu fünfmal höheren Zahlungssumme belastet. Darüber hinaus ist die Aufwandspauschale für die Krankenkassen sachgerecht, da sie entscheiden können, welche Fälle in die Prüfung gelangen und welche nicht, sie können also den Anfall der Aufwandspauschale bis zu einem gewissen Grad selbst steuern. Diese Möglichkeit haben die Krankenhäuser nicht.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 3 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

4. § 275c Absatz 4 SGB V – Quartalsbezogene Auswertungen durch den GKV-SV

Beabsichtigte Neuregelung

Durch § 275c Absatz 4 SGB V wird der GKV-SV verpflichtet, ab dem Jahr 2020 bundeseinheitlich quartalsbezogene Auswertungen pro Krankenhaus zu erstellen und bis zum Ende des zweiten, auf das Quartalsende folgenden Monats zu veröffentlichen. Gegenstand der Veröffentlichung sollen die realisierte Prüfquote, der Anteil der korrekten Abrechnungen, die zulässige Prüfquote sowie die Höhe des gegebenenfalls zu zahlenden Aufschlages sowie die Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen, gegliedert nach den einzelnen Krankenkassen, sein. Näheres dazu soll der GKV-Spitzenverband zum 31.03.2020 festlegen. Dabei ist auch eine Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft einzubeziehen.

Stellungnahme

Richtig ist, dass aktuell wenig Transparenz über das Prüfgeschehen der Medizinischen Dienste herrscht. Umfragen bzw. veröffentlichte Statistiken leiden in der Regel darunter, dass sie nur eine beschränkte Teilnehmerzahl haben bzw. nur von einzelnen Medizinischen Diensten erfolgen und somit nur einen Blick auf einzelne Bundesländer ermöglichen. Daher ist es grundsätzlich positiv zu sehen, dass der Gesetzgeber den Bedarf für eine öffentlich zugängliche Statistik erkannt und entsprechende Regelungen getroffen hat. Wie bereits zu Art. 1 Nr. 23 unter I. 2. ausgeführt ist, jedoch der GKV-Spitzenverband nicht der richtige Adressat für die Aufgabe, die quartalsbezogenen Auswertungen zu erstellen. Um die erforderliche Neutralität und Transparenz bei der Erstellung dieser Auswertungen und der Ermittlung der quartalsbezogenen Prüfquote sicherzustellen, sollte die Aufgabe der Erstellung der quartalsbezogenen Auswertungen auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

Durch die krankenhausbezogene Veröffentlichung und die sich aus dieser Statistik ableitende Höhe der Prüfquoten sind Krankenhäuser jedoch zumindest mittelbar durch die Erstellung dieser Statistik betroffen. Daher ist es für Krankenhäuser von höchstem Interesse, dass sichergestellt wird, dass diese Statistik nach objektiven, nachvollziehbaren und belastbaren Grundsätzen erstellt wird. Die Vorgaben für die Erstellung dieser Statistiken sollen nach den Regelungen des Gesetzesentwurfes ausschließlich durch den GKV-Spitzenverband – nach dem Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft durch den Medizinischen Dienst Bund – festgelegt werden. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft steht bislang lediglich nach § 275c Absatz 4 Satz 6 SGB V ein Recht zur Stellungnahme zu. Dies ist zu wenig, um den berechtigten Interessen der Krankenhäuser ausreichend Geltung hinsichtlich der Ausgestaltung der Statistik zu verschaffen. Vielmehr müssen die berechtigten Belange der Krankenhäuser bei der Erstellung der Statistik stärker berücksichtigt werden. Dies erfordert eine enge Einbindung

der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei der Erarbeitung der Vorgaben für die Erstellung dieser Statistiken. Erreicht werden kann dies dadurch, dass die Festlegungen im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft erfolgen.

Änderungsvorschlag

In § 275c Absatz 4 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinischer Dienst Bund“ sowie die Wörter „Schlussrechnungen“ durch die Wörter „Abrechnungen“ ersetzt.

In § 275c Abs. 4 S. 3 wird die Zahl „2020“ durch die Zahl „2021“ ersetzt.

§ 275c Absatz 4 Satz 6 wird wie folgt formuliert:

~~Bei der~~ Die Festlegung nach Satz 5 ***ist im Einvernehmen mit ~~sind die Stellungnahmen~~*** der Deutschen Krankenhausgesellschaft ***zu treffen, die Stellungnahmen*** ~~und~~ der Medizinischen Dienste ***sind dabei*** einzubeziehen.

5. § 275c Absatz 5 SGB V – fehlende aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage

Beabsichtigte Neuregelung

Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach § 275c Absatz 4 SGB V sollen keine aufschiebende Wirkung haben. Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen sind bei der Ermittlung der Prüfquote nicht zu berücksichtigen. Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote unberührt.

Stellungnahme

Jedwede Sanktionsmaßnahme in § 275c Abs. 3 SGB V ist ersatzlos zu streichen. Konsequenter Weise kann es daher keinen Widerspruch bzw. keine Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V geben, so dass dieser Teil des § 275c Abs. 5 SGB V ersatzlos entfallen kann.

Lediglich hilfsweise ist darauf hinzuweisen, dass der nach dieser Regelung angeordnete Entfall der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V auch aus anderen Gründen abzulehnen ist. Steht die Richtigkeit der Erhebung eines solchen Aufschlages in Streit, ist es unangemessen, dass dieser Aufschlag in voller Höhe an die Krankenkassen zu zahlen ist, obwohl gerade dieser Tatbestand streitig ist. Vor dem Hintergrund der langen Verfahrensdauer sozialgerichtlicher Streitigkeiten würden dem Krankenhaus teilweise erhebliche Finanzmittel entzogen. Da die Zahlung des Aufschlages auch nicht

zu einer Beschleunigung des Verfahrens führt, ist die Anordnung des Entfalls der aufschiebenden Wirkung für diese Fallkonstellationen nicht erforderlich.

Der Entfall der aufschiebenden Wirkung bei der Übermittlung der quartalsbezogenen Prüfquote hat zwar auch Auswirkungen auf die Krankenhäuser, da sich die Prüfquote erhöhen oder verringern kann. Da aber die Prüfquote nur für ein Quartal gilt, ist der Entfall der aufschiebenden Wirkung für diese Konstellation hinnehmbar.

Die Neuregelung in § 275c Absatz 5 Satz 2 SGB V hat zur Folge, dass sachlich-inhaltliche Einwendungen gegen einzelne, der Ermittlung der quartalsbezogenen Prüfquote zugrundeliegenden Prüfergebnisse in dem Verfahren der Ermittlung der Prüfquote nicht geltend gemacht werden können. Sozialgerichte haben bei Fragen zur Ermittlung der Prüfquote somit nicht einzelne Abrechnungen inhaltlich zu überprüfen, sondern lediglich die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes zur Ermittlung der Prüfquote.

Ferner bewirkt § 275c Absatz 5 Satz 3 SGB V, dass behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen oder Prüfergebnissen keinen Einfluss auf die jeweils ermittelte quartalsbezogene Prüfquote haben. Diese Regelungen sind nur dann grundsätzlich akzeptabel, wenn die Einwendungen nach § 275c Absatz 5 Satz 2 SGB V sowie die behördlichen oder gerichtlichen Feststellungen nach § 275c Absatz 5 Satz 3 SGB V nicht völlig unberücksichtigt bleiben. Es muss daher dafür Sorge getragen werden, dass in den Fällen, in denen sich eine Beanstandung der geprüften Abrechnung nachträglich als ungerechtfertigt erweist, diese in den nachfolgenden Quartalen bei der Bemessung der Prüfquote berücksichtigt wird. Dies kann durch die Einführung eines Ausgleichsmechanismus erfolgen, der sicherstellt, dass Feststellungen, die eigentlich eine Minderung der vergangenen quartalsbezogenen Prüfquote hätten nach sich ziehen müssen, Auswirkungen auf die nächst erreichbare Prüfquote haben. Denkbar wäre zum einen, dass sich aufgrund der korrigierten Zahl der beanstandeten Fälle in einem früheren Quartal wegen der tatsächlich geringeren Zahl der beanstandeten Fälle eine geringere Prüfquote ergeben hätte (z. B. 10% statt 12%). Die Differenz zwischen der ermittelten und der korrekten Prüfquote wird als Prozentsatz ermittelt (z. B. 2 %-Punkte). Die nächsterreichbare Prüfquote wird dann in gleicher Höhe gemindert (z. B. ermittelte Prüfquote für das folgende Quartal: 11%, diese Quote wird um 2 %-Punkte gekürzt, so dass sich eine Prüfquote für das folgende Quartal von 9 % ergibt). Zum anderen könnte die tatsächliche Anzahl der geprüften Fälle, in denen das Krankenhaus erfolgreiche Einwendungen gegen die Beanstandung vortragen konnte, ermittelt werden. Diese konkrete Fallzahl wird dann von der Zahl der beanstandeten Fälle, die Grundlage für die Ermittlung der nächsten Prüfquote ist, abgezogen, so dass sich eine entsprechend geringere künftige Prüfquote ergibt.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt formuliert:

Widerspruch und Klage gegen ~~***die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen***~~ die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 275c Absatz 5 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach Absatz 1 lassen die für das jeweilige Quartal ermittelte Prüfquote nach Absatz 2 unberührt, ***sie sind jedoch bei der Ermittlung der nächsten, auf die Feststellung folgenden quartalsbezogenen Prüfquote einzubeziehen.***

6. § 275c Absatz 6 SGB V – Ausschluss der einzelfallbezogenen Prüfung

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 275c Absatz 6 Nr. 2 SGB V ist eine einzelfallbezogene Prüfung bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V nicht zulässig.

Stellungnahme

Der vorgesehene Entfall der Möglichkeit, einzelfallbezogene Prüfungen zur Feststellung der Einhaltung von in OPS-Komplexkodes definierten Strukturmerkmalen durchzuführen, ist positiv zu bewerten. Dieses Verbot kann für eine Entlastung der Krankenhäuser von MDK-Einzelfallprüfungen sorgen und ist auch vor dem Hintergrund der nachfolgenden Ausführungen zu § 275d SGB V sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

7. § 275c Absatz 7 SGB V – Verbot pauschaler Abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt wird, dass Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge für Abrechnungen als Gegenleistung für den Verzicht auf Prüfungen durch den MD unzulässig sind. Nicht von diesem Ausschluss betroffen sind Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen als Ergebnis eines Falldialoges nach den Regelungen der PrüfvV sowie zur Umsetzung der Erörterung nach der Neuregelung des § 17c Absatz 2b KHG.

Stellungnahme

Diese Regelung ist sachgerecht, da der Abschluss derart pauschaler Vereinbarungen dem Sinn und Zweck von Abrechnungsprüfungen, die Kodierqualität sicherzustellen und zu fördern, widerspricht. Die beabsichtigte Ausnahmeregelung ist konsequent, da es sonst zu einer Kollision zwischen dem Verbot des Abschlusses pauschaler Vereinbarungen sowie der vom Gesetzgeber gewollten Einigung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in bestimmten Konstellationen kommen würde.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

II. § 275d SGB V - Prüfung von Strukturmerkmalen

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 275d SGB V haben Krankenhäuser die Einhaltung von durch OPS-Kodes vorgegebenen Strukturmerkmalen durch den MD begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Zuständig für diese Begutachtungen ist, soweit in den Richtlinien des MD Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist, der MD, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist. Wenn Krankenhäuser die geforderten strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen sie die entsprechenden Leistungen ab dem Jahre 2021 nicht mehr vereinbaren und auch nicht mehr abrechnen. Das Krankenhaus erhält von dem beauftragten MD das Gutachten in schriftlicher oder elektronischer Form sowie bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, welche auch den Zeitraum einschließt, für den das Vorliegen der Strukturmerkmale bestätigt wird. Diese Bescheinigung haben Krankenhäuser den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG anlässlich des Abschlusses von Vereinbarungen nach § 11 KHEntgG / BPflV auf elektronischem Wege zu übermitteln. Grundlage dieser Begutachtungen ist die vom MD Bund gem. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu erlassende Richtlinie. Haben Krankenhäuser eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale länger als einen Monat nicht eingehalten, müssen sie dies unverzüglich den Landesverbändern der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitteilen.

Stellungnahme

Eine Regelung zur gesetzlichen Kodifizierung der Strukturprüfung ist grundsätzlich zu begrüßen, da zum einen die bestehende Rechtsunsicherheit, ob solche Prüfungen überhaupt zulässig sind bzw. auf welcher Grundlage solche Prüfungen durchgeführt werden können, beseitigt wird und diese einzelfallunabhängige Prüfung in Verbindung mit der Regelung des § 275c Absatz 6 Nr. 2 SGB V die Anzahl von Einzelfallprüfungen reduzieren kann. Der durch diese Prüfungen implizierte Vertrauensvorschuss für die Krankenhäuser, dass die geforderten Strukturmerkmale für den angebenden Zeitraum ohne weitere Prüfung als erfüllt gelten, kann bei der Erfüllung und Abrechnung von Leistungen, die das Vorhandensein dieser Strukturen erfordern, hilfreich sein.

Allerdings erfordert eine Strukturprüfung klare Vorgaben und Regelungen. Die Strukturprüfung sollte grundsätzlich fakultativ durch Krankenhäuser beauftragt werden können, um Pflegesatzverhandlungen nicht mit der Frage zu belasten, ob das betreffende Krankenhaus die von den jeweiligen OPS-Kodes geforderten Voraussetzungen erfüllt oder nicht. Die Freiwilligkeit der Durchführung einer Strukturprüfung dient auch dazu, den notwendigen zeitlichen Vorlauf zur Implementierung dieser Prüfung durch den Medizinischen Dienst sicherzustellen. Die bislang geplante Regelung führt zu dem Problem,

dass der Medizinische Dienst rein praktisch aufgrund der zu erwartenden großen Anzahl von erforderlichen Strukturprüfungen nicht in der Lage sein dürfte, diese flächendeckend bis zum 31.12.2020 komplett absolviert zu haben. Konsequenz wäre nach der geplanten Regelung, dass eine Vielzahl von Krankenhäusern wegen des zu befürchtenden „Entscheidungsstaus“ nicht mehr berechtigt wären, bestimmte Leistungen zu erbringen. Daher sollte die in der Vergangenheit diskutierte Idee, dass auch andere Gutachterdienste mit der Durchführung dieser Strukturprüfungen beauftragt werden können, Eingang in § 275d Absatz 1 Satz 1 SGB V finden. Durch die Möglichkeit, auch andere Gutachterdienste beauftragen zu können, besteht die Möglichkeit, Belastungsspitzen des MD zu verhindern und fristgerechte Prüfungen zum Vorliegen der Strukturmerkmale sicherzustellen.

Diese beabsichtigte Bindung der Berechtigung zur Leistungserbringung an die vorherige, erfolgreiche Durchführung einer Strukturprüfung ist schon für sich allein genommen abzulehnen. Eine solche Koppelung ist dem System der Abrechnung von Krankenhausleistungen mit Ausnahme der Regelungen zu den Mindestmengen in § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 i. V. m. § 136b Abs. 4 S.2 SGB V fremd. Die Mindestmengenregelung ist jedoch ein auf einen eng begrenzten Anwendungsbereich fokussierter Tatbestand, der nicht verallgemeinerungsfähig ist. Im Übrigen würde eine solche Koppelung dazu führen, dass der Medizinische Dienst faktisch Entscheidungen mit Auswirkungen auf das Leistungsspektrum von Krankenhäusern trifft, welche verfassungsrechtlich der Kompetenz der Krankenhausplanungsbehörden der Länder unterfallen.

Eine Strukturprüfung kann folglich nur ohne diese Koppelung ihre grundsätzlich positiven Auswirkungen auf die Höhe der MD-Prüfungen im Krankenhaus entfalten. Nichtsdestotrotz muss vor einer Strukturprüfung klar geregelt sein, was geprüft wird. Durchführung und Ergebnis einer Strukturprüfung können nicht davon abhängen, wie nach Auffassung der jeweiligen Krankenkasse bzw. des jeweiligen MD die jeweiligen Strukturmerkmale von OPS-Kodes auszulegen und zu erfüllen sind. Diese Vorgaben sind verbindlich durch das DIMDI vorzugeben, beispielsweise durch Checklisten, die festlegen, welche Strukturmerkmale zu prüfen und in welcher Form diese zu erfüllen sind. Positiv zu bewerten ist, dass auch bei der Strukturprüfung grundsätzlich der örtlich für das Krankenhaus zuständige MD die Begutachtung durchzuführen hat. Allerding ist auch hier kritisch zu sehen, dass von diesem Grundsatz ohne weitere Einschränkung in den Richtlinien des MD Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V abgewichen werden kann und daher die Gefahr besteht, dass diese Regelung ausgehöhlt wird. Ein Abweichen von dieser Zuständigkeitsregelung in den Richtlinien des MD Bund sollte daher nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig sein.

Ergänzend kann auch die Beauftragung zur Durchführung einer Strukturprüfung durch die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gemeinsam erfolgen.

Letztlich muss dem Krankenhaus auch ein Rechtsanspruch auf Durchführung einer Wiederholungsprüfung innerhalb eines angemessenen Zeitraumes eingeräumt werden, damit es zeitnah nachweisen kann, dass es aufgezeigte Mängel beseitigt hat und alle erforderlichen Strukturmerkmale erfüllt.

Änderungsvorschlag

§ 275d Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Krankenhäuser ***~~haben~~ können*** die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachterdienst begutachten ~~zu~~ lassen ***~~bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen~~. Die Befugnis nach Satz 1 steht auch den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gemeinsam zu.*** Grundlage der Begutachtung ***~~nach Satz 1~~*** ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst oder an den anderen Gutachterdienst zu übermitteln. ***Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information legt OPS-Kode bezogen die Anforderungen zur Erfüllung der jeweiligen Strukturmerkmale fest.*** Die Begutachtungen nach Satz 1 erfolgen, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 nichts Abweichendes bestimmt wird, durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist.***“***

§ 275d Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst ***oder von dem anderen Gutachterdienst in schriftlicher oder elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale*** eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. ***Dieser Zeitraum beträgt im Falle der Strukturprüfung nach Absatz 1 Satz 1 mindestens 2 Jahre.“***

§ 275d Absatz 4 wird ersatzlos gestrichen.

§ 275d Absatz 5 wird zu Absatz 4.

Angefügt wird folgender Absatz 5:

Hat eine Strukturprüfung nach Absatz 1 ergeben, dass das Krankenhaus nicht alle erforderlichen Strukturmerkmale erfüllt, kann es eine Wiederholungsprüfung verlangen. Diese ist innerhalb von 6 Monaten nach Beauftragung des Medizinischen Dienstes oder eines anderen Gutachterdienstes von diesem durchzuführen.

Zu Artikel 1 Nr. 24 (§ 276 SGB V)
Zusammenarbeit

Beabsichtigte Neuregelung

§ 276 Absatz 4 Satz 1 SGB V wird durch die Wörter „und ordnungsgemäße Abrechnung“ ergänzt.

Stellungnahme

§ 276 Absatz 4 Satz 1 SGB V regelt die Zutrittsbefugnisse des MDK in das zu prüfende Krankenhaus. Bisher ist lediglich geregelt, dass der MDK aus Gründen der Kontrolle der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung das Krankenhaus betreten darf. Künftig wird diese Befugnis um die Fälle der Kontrolle der ordnungsgemäßen Abrechnung ergänzt. Diese Ergänzung ist lediglich redaktioneller Natur und sachgerecht, da eine Prüfung des MD zur Feststellung der ordnungsgemäßen Abrechnung grundsätzlich zulässig ist und den Hauptanwendungsfall dieser Prüfung darstellt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1, Nr. 25 (§§ 278 bis 283 SGB V (neu)
Medizinischer Dienst (§§ 278 bis 280 SGB V) und Medizinischer Dienst Bund (§§ 281 bis 283 SGB V)

I. Medizinischer Dienst (§§ 278 bis 280 SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll in jedem Bundesland ein Medizinischer Dienst in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts existieren. Entscheidende Organe sind jeweils der Vorstand und der Verwaltungsrat. Letzterer besteht künftig aus 23 Vertretern. Davon werden 16 von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Kranken- sowie der Ersatzkassen gewählt und sieben von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon fünf Vertreter auf Vorschlag der Patientenvertreter oder Verbraucherschutzorganisationen sowie zwei Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern bzw. Landesverbände der Pflegeberufe sowie der Landesärztekammern, wobei den Vertretern, die auf Vorschlag der Landespflegekammern bzw. Landesverbände der Pflegeberufe sowie der Landesärztekammern benannt werden, kein Stimmrecht zukommt. Nicht benannt werden kann eine Person, die Mitglied des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder eines ihrer Verbände ist oder innerhalb der letzten 12 Monate war oder der hauptamtlich bei einer Krankenkasse beschäftigt ist.

Stellungnahme

Die Regelungen zur Neuorganisation der Medizinischen Dienste verfolgen das Ziel, die enge Anbindung des bisherigen MDK an die Krankenkassen zu lösen und diesen als objektive und eigenständige Stelle auszugestalten. Von daher ist der vorgesehene Schritt der Bildung von Medizinischen Diensten nicht mehr in Form von Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen hin zu Körperschaften des öffentlichen Rechts ein Schritt in die richtige Richtung. Ebenfalls zu begrüßen ist der Umstand, dass künftig in den Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste keine Mitarbeiter der Krankenkassen bzw. der Krankenkassenverbände mehr entsandt werden können.

Allerdings ist festzustellen, dass das Ziel der Neuorganisation des MD, diesen von den Krankenkassen unabhängig auszugestalten, durch die Neuregelung klar verfehlt wird. So sollen statt 16 künftig 23 Personen im Verwaltungsrat der MD vertreten sein. Die vorgesehene Erhöhung der Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder sowie deren Verteilungsschlüssel konterkariert die Intention des Gesetzgebers, einen von den Krankenkassen unabhängigen MD zu schaffen. 16 der 23 Vertreter, also knapp 70 % der entsandten Vertreter, stammen künftig aus dem Lager der Krankenkassen. Erschwerend kommt hinzu, dass zwei Vertretern, die von der für die Sozialversicherung zuständigen Stelle benannt werden, kein Stimmrecht zukommt. Somit entfallen über 76 % der Stimmrechte auf die Vertreter der Krankenkassenseite. Die Abhängigkeit der MD sowie die Einflussnahme der Krankenkassen auf Entscheidungen der Verwaltungsräte der MD werden durch den Gesetzentwurf somit im Ergebnis noch verstärkt.

Darüber hinaus ist äußerst kritisch anzumerken, dass die Bundesregierung zwar die Anzahl der Verwaltungsräte von derzeit 16 auf 23 erhöhen möchte, dennoch Vertreter der Krankenhausseite nach wie vor völlig unberücksichtigt bleiben. Diese Nichtberücksichtigung ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Aufgaben des Medizinischen Dienstes auch zukünftig weit überwiegend im Bereich der Überprüfung und Kontrolle von Krankenhausabrechnungen bzw. Qualitätskontrollen im Krankenhaus oder Strukturprüfungen im Krankenhaus bestehen wird, nicht nachzuvollziehen. Nur unter Einbeziehung von Vertretern auch der Krankenhausseite können ausgewogene und transparente Regelungen zur Durchführung von Prüfungen des Medizinischen Dienstes erarbeitet bzw. deren Überwachung eingehalten werden, was letztlich für eine größere Akzeptanz der Prüfungen des Medizinischen Dienstes in der Praxis sorgt.

Zudem steht auch die Nichtberücksichtigung von Vertretern der Krankenhausseite in Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers. In der Begründung zum Gesetzesentwurf[6] wird die beabsichtigte Neustrukturierung des Verwaltungsrates der MD damit begründet, dass zur Stärkung der Unabhängigkeit der MD der Verwaltungsrat als jeweiliges Hauptentscheidungsorgan künftig nicht mehr ausschließlich von den Selbstverwaltungspartnern der Krankenkassen bestimmt werden soll, sondern stattdessen der Verwaltungsrat das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gleichmäßiger abbilden und den Hauptakteuren Mitsprecherechte ermöglichen soll. Damit sollen die Interessen aller wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können. Diese Intention ist grundsätzlich

[6] Begründung zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen, S. 80.

uneingeschränkt zu begrüßen, die geplante Umsetzung konterkariert diese Intention jedoch. Die Nichtberücksichtigung von Vertretern der Krankenhausseite steht im Gegensatz zu der Aussage, dass alle wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, im Verwaltungsrat beteiligt sein sollen. Die unzweifelhaft größte Gruppe, die Begutachtungen des MD ausgesetzt ist und auch zukünftig ausgesetzt sein wird, sind die Krankenhäuser, die jedoch bisher und auch nach der Neuregelung nicht im Verwaltungsrat der MD vertreten sein werden. Besonders fragwürdig wird das Fehlen von Vertretern der Krankenhausseite, wenn man bedenkt, dass Vertreter der Pflege sowie der Ärzte berücksichtigt werden, die von Begutachtungen des MD wesentlich weniger betroffen sind als Krankenhäuser. Wenn schon Vertreter dieser Berufsgruppen in den Verwaltungsräten der MD vertreten sind, um das System der GKV abzubilden, müssen erst Recht Vertreter der Krankenhausseite berücksichtigt werden. Zudem ist eine Beteiligung von Vertretern der Krankenhausseite in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste auch vor dem Hintergrund erforderlich, dass die Mitglieder im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste auf Landesebene anteilig gewählt werden.

Problematisch ist auch, dass die MD sowohl für die Durchführung von Abrechnungsprüfungen als auch für die Durchführung von Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V zuständig sein werden. Mit der Übernahme von Qualitätskontrollen kann der MD zwar einen wichtigen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung leisten. Um dies zu ermöglichen, ist es jedoch dringend erforderlich, dass die Durchführung von Qualitätskontrollen nach § 275a SGB V getrennt von der Durchführung der Abrechnungsprüfungen erfolgt. Bei der Durchführung von Qualitätskontrollen durch den MD in der vorgeschlagenen Konstruktion besteht das Risiko, dass der Fokus bei Qualitätskontrollen auf Versorgungsbereiche gelegt wird, die das größte Kosteneinsparpotential (z. B. durch nachfolgende gezielte Abrechnungsprüfungen und Rechnungskürzungen) anstatt des größten Qualitätsverbesserungspotentials haben. Dieser systematische Fehler (Bias) in den Qualitätskontrollen reduziert oder verhindert die qualitätsverbessernde Wirkung. Um zu erreichen, dass der Fokus bei der Durchführung der Qualitätskontrolle eher auf den Bereichen mit dem größten Qualitätsverbesserungspotential liegt, müssen diese Qualitätskontrollen organisatorisch und personell getrennt von Abrechnungsprüfungen erfolgen. Deshalb ist eine entsprechende Ergänzung des § 278 SGB V erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 278 Abs. 2 SGB V wird um einen neuen Satz 4 ergänzt:

Innerhalb des Medizinischen Dienstes ist die Durchführung der Aufgaben nach § 275a von allen anderen Aufgaben organisatorisch und personell zu trennen.

§ 279 Abs. 3 S wird wie folgt formuliert:

Der Verwaltungsrat besteht aus ***16 Vertretern. Die Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon***

1. ***vier 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,***
3. ***zwei Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern sowie***
4. ***vier Vertreter auf Vorschlag der Landeskrankenhausgesellschaften.***

Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder.

§ 279 Abs. 4 und Absatz 5 werden ersatzlos gestrichen.

§ 279 Absätze 6, 7 und 8 werden zu § 279 Absätze 4, 5 und 6.

II. Neuorganisation des Medizinischen Dienstes Bund (§§ 281 bis 283 SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung

Dachorganisation der Medizinischen Dienste ist künftig nicht mehr der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, sondern der in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts organisierte Medizinischen Dienst Bund, dessen Mitglieder die einzelnen Medizinischen Dienste der Länder sind. Ausführende Organe sind der Vorstand und der Verwaltungsrat. Letzterer wird durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste gewählt und besteht aus 23 Vertretern. Davon entfallen auf die Krankenkassenseite 16, auf die Seite der Patientenvertreter bzw. Verbraucherschutzorganisationen fünf sowie auf die Pflege- bzw. Ärzteseite zwei Vertreter, Letztere ohne Stimmrecht. Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehört die Koordination und die Förderung der Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste sowie der Erlass von Richtlinien, z. B. zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und zur Regelung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V. Bei Erlass der Richtlinien hat der Medizinische Dienst Bund den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit diese von

einer Richtlinie betroffen sind. Die abgegebene Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen. Die erlassenen Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Stellungnahme

Die Loslösung der Dachorganisation der Medizinischen Dienste aus dem GKV-Spitzenverband ist vor dem Hintergrund der angestrebten Objektivierung des Medizinischen Dienstes uneingeschränkt zu begrüßen. Auch die Mitgliedschaft der einzelnen Medizinischen Dienste im Medizinischen Dienst Bund ist positiv zu bewerten, da der Medizinische Dienst Bund die einzelnen Medizinischen Dienste repräsentieren soll. Die Kompetenz zur Festlegung von Richtlinien, insbesondere zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung, und hinsichtlich der Vorgaben zur Strukturprüfung nach § 275d SGB V an den Medizinischen Dienst Bund zu erteilen, ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da so eine einheitliche Durchführung der MD-Prüfungen in Deutschland gewährleistet wird.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass aufgrund der Nichtberücksichtigung von Vertretern der Krankenhausseite in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste diese auch keine Möglichkeit haben, Vertreter in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund zu wählen. Wie schon bei den Regelungen zur Besetzung der Verwaltungsräte in den MD auf Landesebene oben unter I. kritisch angemerkt, ist sowohl die Ausdehnung auf 23 Verwaltungsräte als auch die völlige Nichtberücksichtigung der Krankenhausseite zu kritisieren. Analog zur Verteilung der Verwaltungsratssitze bei den MD auf Landesebene soll der Verwaltungsrat des MD Bund aus 16 Verwaltungsräten bestehen, die sich entsprechend auf die Anzahl der jeweiligen Vertreter in den Verwaltungsräten der MD auf Landesebene verteilen.

Aufgrund der Kompetenz des Medizinischen Dienstes Bund, Richtlinien zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und MDK, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und zur Festlegung der Einzelheiten zur Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V sowie zu den Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht eingehalten werden, zu erlassen, sind durch dessen Tätigkeit Krankenhausinteressen elementar betroffen. Daher reicht es nicht aus, Krankenhäusern lediglich die Möglichkeit zur Stellungnahme zu erarbeiteten Richtlinienvorschlägen einzuräumen. Vielmehr müssen auch Vertreter der Krankenhausseite bereits im Stadium der Erarbeitung dieser Richtlinien beteiligt sein, um die Interessen der Krankenhäuser sachgerecht zu vertreten und um ein transparentes und faires Prüfverfahren zu entwickeln. Diese Richtlinien, die einen Bezug zum Krankenhausbereich haben, müssen zumindest im Benehmen mit der DKG abgeschlossen werden, um eine sachgerechte Berücksichtigung der Interessen der Krankenhäuser sicherzustellen.

Die stärkere Berücksichtigung von Vertretern der Krankenhausseite schon im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund ist auch vor dem Hintergrund erforderlich, dass der Medizinische Dienst Bund die Betroffenheit nach § 283 Abs. 2 S. 2 SGB V hinsichtlich der einzelnen Richtlinie, die Voraussetzung für die Möglichkeit zur Stellung-

nahme ist, im pflichtgemäßen Ermessen selbst festsetzt. Ohne hinreichende Vertretung der Krankenhausseite im Verwaltungsrat ist diese Regelung äußerst strategieanfällig.

Änderungsvorschlag

§ 282 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

Der Verwaltungsrat besteht aus ***16*** Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon

1. ***vier*** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1,
2. ***sechs*** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2,
3. ***zwei*** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 und
4. ***vier*** Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4.

§ 283 Abs. 2 wird um einen neuen Satz 3 ergänzt:

„Sind Belange der Krankenhäuser von den Richtlinien betroffen, sind diese im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft festzulegen.“

§ 283 Abs. 2 S. 3 bis 7 werden zu S. 4 bis 8.

III. Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 283a SGBV)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, wonach die Aufgaben des MDK für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See von dessen Sozialmedizinischem Dienst (SMD) erfüllt werden, wurde übernommen und erweitert. So soll eine eigene Geschäftsordnung die Unabhängigkeit des SMD gewährleisten und ein Beirat eingerichtet werden.

Stellungnahme

Durch diese Regelung wird der bestehende Sonderstatus des SMD verfestigt, was die gesetzgeberischen Bestrebungen, die Prüfinstanzen im Krankenhauswesen hinsichtlich ihrer Struktur und Finanzierung zukunftsorientiert neutral auszugestalten, konterkariert. Anstatt den SMD denselben Neutralitätsanforderungen wie sämtlichen anderen MD zu unterwerfen, vertraut die Bundesregierung darauf, dass die gewollte und erforderliche Neutralität in der Begutachtung und Beratung auch des SMD in einer eigenen Geschäftsordnung und durch Installation eines Beirates sichergestellt werden, ohne jedoch die grundlegende Struktur des SMD als einer Institution insbesondere der Knappschaft zu ändern. Die Besetzung der Entscheidungsgremien im SMD ist völlig intransparent. Zudem kommt dem beabsichtigten Beirat lediglich eine beratende Funktion zu. Dessen Stellungnahmen sind vom Vorstand des SMD in die Entscheidungsfindung lediglich einzubeziehen. Dies zeigt, dass der SMD kaum den Anforderungen der

gewünschten Neutralität der MD entspricht, daher ist der Sonderstatus des SMD aufzugeben, § 283a SGB V ersatzlos zu streichen und der SMD in die neuen, unabhängigen MD einzubeziehen.

Änderungsvorschlag

§ 283a SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 29 a) (§ 301 Abs. 2 SGB V)
Kompetenzerweiterung DIMDI

Beabsichtigt Neuregelung

Das DIMDI kann künftig für Operationen und sonstige Prozeduren Voraussetzungen für die Abrechnung festlegen. Für das Verfahren der Pflege und Weiterentwicklung der Klassifikationen hat es zudem eine Verfahrensordnung aufzustellen, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf und zu veröffentlichen ist.

Stellungnahme

Durch die Änderung wird das DIMDI gesetzlich legitimiert, Voraussetzungen für die Abrechnung in den Prozedurenkodes zu regeln. Hierdurch wird sich von dem eigentlichen Sinn und Zweck einer Prozedurenklassifikation, nämlich der Abbildung von medizinischen Leistungen, weiter entfernt.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Aufgabe, Diagnosen und Prozeduren in der Medizin (z. B. Operationen, diagnostische Verfahren) zu klassifizieren, damit u. a. vergleichbare Krankenhausfälle über Diagnosen- und Prozedurenkodes einheitlich abgerechnet werden können. OPS-Kodes bilden eine zentrale Grundlage für die Abrechnung nach dem DRG- und PEPP-System, dienen aber nicht der Krankenhausplanung. Dennoch ist mit der Einführung der sogenannten Komplexbehandlungskodes seit dem Jahr 2007 festzustellen, dass das DIMDI vermehrt in den OPS-Kodes der Planung und Qualitätssicherung dienende Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung stellt. Kennzeichnend für die Komplexbehandlungskodes ist, dass sie von den Krankenhäusern zu Abrechnungszwecken nur dann kodiert werden dürfen, wenn sie die in diesen OPS-Kodes festgelegten erforderlichen Mindestmerkmale vollumfänglich erfüllen. Infolge ihrer hohen Erlösrelevanz ist die Auslegung der einzelnen Mindestmerkmale hoch umstritten und muss letztlich durch die Sozialgerichte entschieden werden. Beispielhaft ist hier das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.06.2018 – B 1 KR 38/17 R – (Höchstens halbstündige Transportentfernung bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls – OPS-Kodes 8-98b und 8-891) zu nennen. Das Bundessozialgericht hat bekanntermaßen mit diesem Urteil eine überraschende Neudefinition der Transportentfernung vorgenommen und damit im Ergebnis auch in erheblichem Maße in die Landekrankenhausplanung und die Versorgungssicherheit eingegriffen. Es ist

daher davon auszugehen, dass es durch die geplante Kompetenzerweiterung des DIMDI auch künftig verstärkt zu Konflikten mit der Krankenhausplanung kommen wird. Die Krankenhäuser fordern daher, klarzustellen, dass OPS-Kodes auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen sind und nicht für andere Ziele zweckentfremdet werden dürfen. Darüber hinaus hat das DIMDI in geeigneter Weise die mit den Vorgaben konkret verbundenen Prüfgegenstände abschließend und eindeutig festzulegen. Dies könnte beispielsweise im Rahmen dazugehöriger Checklisten erfolgen.

Gleichwohl wird an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass pauschale Strukturplanungen über den OPS der gezielten Landeskrankenhausplanung zuwider läuft und zahlreiche neue Probleme erwarten lässt. Nicht nur der hiermit verbundene enorme bürokratische Aufwand verhindert, durch die unnötige Bindung personeller Ressourcen sachgerechte Lösungen für tatsächliche Kodierprobleme zu finden.

Die Absicht, das Verfahren für die Weiterentwicklung der Klassifikationen in einer Verfahrensordnung zu präzisieren, wird begrüßt. Auch wenn die Beratungen in den Arbeitsgruppen im DIMDI lediglich einen empfehlenden Charakter besitzen, wurde das Verfahren mit der zunehmenden Komplexität zahlreicher Kodes im Sinne der Ergebnisfindung, selbst für die am Beratungsverfahren Beteiligten, immer intransparenter und wenig nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 2 Satz 2 (neu) wird um folgenden, neuen Satz 4 ergänzt:

Die Voraussetzungen für die Abrechnung sind kurz und präzise zu verfassen und durch dazugehörige, verbindliche (Prüf-)Kriterien (z. B. Checklisten) zu ergänzen.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 Nr. 1 b) (§ 17b KHG)
Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Durch Neufassung des Satzes 6 in Absatz 3 wird nunmehr das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gesetzlich ermächtigt, zu bestimmen, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen. Diese Krankenhäuser sind dann zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten an das InEK verpflichtet. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben außerdem keine aufschiebende Wirkung.

Stellungnahme

Da das InEK ohnehin die Maßnahmen des Konzepts für eine repräsentative Kalkulation umsetze, sei es aus Sicht der Bundesregierung zweckmäßig, dass es auch die hierfür erforderlichen Verpflichtungsbescheide gegenüber den Krankenhäusern erlasse. Vor dem Hintergrund der derzeitigen rechtlichen Diskussionen im Kontext der Verpflichtungen von Krankenhäusern zur Datenlieferung im Rahmen der Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems und die dabei von Seiten der nordrhein-westfälischen Verwaltungsgerichtsbarkeit vertretenen Zweifel an der Rechtsstellung des InEK und seiner Befugnis, nach außen im Auftrag der Selbstverwaltungspartner rechtswirksam zu handeln, erscheint die direkte Beleihung des InEK als sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 3 Nr. 2 b) bb) (§ 17c KHG)
Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

I. Vereinbarung zur elektronischen Datenübermittlung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Katalog des § 17c Absatz 2 Satz 2 KHG von Regelungsinhalten für die PrüfvV wird dahingehend erweitert, dass in der PrüfvV eine Regelung für eine ab dem 01.01.2021 ausschließlich elektronisch erfolgende Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung

durch die Medizinische Dienste erforderlichen Formate und Inhalte getroffen werden soll. Der MD Bund ist dabei zu beteiligen.

Stellungnahme

Grundlage dieser Regelung ist der in der Praxis vielfach geäußerte Wunsch, dass der Datenaustausch zwischen Krankenhaus und MDK auf einer verlässlichen Grundlage auf elektronischem Wege erfolgen soll, weil man sich dadurch Aufwandseinsparungen und den Nachweis der rechtzeitigen Übermittlung von Unterlagen verspricht. Insofern ist die Neuregelung grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings ist anzumerken, dass die gewählte Formulierung, dass eine elektronische Übermittlung der gesamten, zwischen Krankenhäusern und MD im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge zumindest irreführend sein könnte, da Krankenkassen und MD daraus schließen könnten, dass das Krankenhaus künftig in jedem Fall sämtliche Behandlungsunterlagen zu übermitteln hätte. Dies stünde jedoch in Konflikt zu der unverändert gebliebenen Regelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V, wonach lediglich die für die Durchführung der Begutachtung erforderlichen Unterlagen vom Krankenhaus an den MD(K) übermittelt werden dürfen. Intendiert ist vom Gesetzgeber mit der Formulierung „gesamten“, dass alle Arten von Mitteilungen künftig elektronisch übermittelt werden sollen, jedoch nicht, dass stets sämtliche Behandlungsunterlagen unabhängig von ihrer Bedeutung für die durchzuführende Begutachtung vom Krankenhaus zu übermitteln sind. Daher sollte, um Streitigkeiten in dieser Fragestellung auszuschließen, im Gesetzestext klargestellt werden, dass zwar die gesamten Unterlagen dem Erfordernis der elektronischen Übermittlung unterfallen, zu übermitteln jedoch nur die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen sind.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass nicht sämtliche begutachtungsrelevante Unterlagen – insbesondere Unterlagen zur bildgebenden Diagnostik, wie z.B. Röntgen- oder Ultraschallaufnahmen – erhöhte Anforderungen an die Kapazität der Datenübertragung und auch an die Qualität der Hardware (z. B. Betrachtungsmonitore) stellen, um sachgerechte Beurteilungen tätigen zu können. Das nötige Einscannen dieser Dokumente stellt zudem keine Entlastung der Krankenhäuser in ihren Arbeitsabläufen dar. Zwar sieht die Regelung vor, dass in der PrüfvV Regelungen über die erforderlichen Formate und Inhalte der elektronischen Datenübermittlung geregelt werden können, dennoch erscheint es sinnvoll, die ausschließliche elektronische Übermittlung an die Einführung der digitalen Patientenakte zu koppeln. Liegt die digitale Patientenakte vor, dürfte sich die Frage des Einscannens von Röntgenbildern beispielsweise nicht mehr stellen, da auch diese Dokumente in der elektronischen Patientenakte enthalten sein müssen.

Da allerdings in der Praxis die Möglichkeit einer elektronischen Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst gewünscht wird, sollte zum 01.01.2021 dennoch eine diesbezügliche Vereinbarung vorliegen, die bis zum Zeitpunkt der Einführung der elektronischen Patientenakte die Anwendung der elektronischen Datenübermittlung fakultativ ermöglicht.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz wird wie folgt gefasst:

eine ~~ab dem 1. Januar 2021~~ ab dem Zeitpunkt der Einführung der digitalen Patientenakte erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge***, sofern diese für die Durchführung der beauftragten Begutachtung erforderlich sind,*** sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte***; eine fakultative elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten ist ab dem 1. Januar 2021 zu gewährleisten,***

II. Erstellung gemeinsamer Umsetzungshinweise

Beabsichtigte Neuregelung

DKG und GKV-Spitzenverband haben bis zum 31.12.2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zur PrüfvV zu vereinbaren, die als Bestandteil der PrüfvV gelten sollen.

Stellungnahme

Diese fristgebundene Verpflichtung zum Abschluss gemeinsamer Umsetzungshinweise zur PrüfvV ist überflüssig und daher abzulehnen. Der Fokus ist darauf zu richten, die Regelungen in der PrüfvV so eindeutig wie möglich zu formulieren, um eine eindeutige Anwendung sicherzustellen. Auslegungsspielräume werden jedoch immer bestehen bleiben, die auch durch gemeinsame Umsetzungshinweise nicht verhindert werden können. Daher sollte auf die verpflichtende Erstellung gemeinsamer Umsetzungshinweise bis zum 31.12.2020 verzichtet werden.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2 Satz 4 KHG – neu wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 3 Nr. 2 c) (§ 17c KHG)
Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

I. § 17c Absatz 2a KHG – Ausschluss der nachträglichen Rechnungskorrektur

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus nicht mehr möglich sein, wobei von diesem Verbot in der PrüfvV Ausnahmen vorgesehen werden können.

Eine Ausnahme von diesem Korrekturverbot soll nur dann gelten, wenn die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des MD oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Weiterhin sollen Prüfungen der Abrechnung durch die Krankenkasse oder den MD nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V nicht zulässig sein.

Stellungnahme

Die Frage des Ausschlusses der Korrektur zahlungsbegründender Unterlagen kann differenziert beurteilt werden. Einerseits ist es nachvollziehbar, dass erwartet wird, dass eine Abrechnung erst dann gestellt wird, wenn alle abrechnungsrelevanten Unterlagen und Informationen vorliegen. Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, dass nach dem Erstellen einer Abrechnung fortlaufende Korrekturen dieser Abrechnung ausgeschlossen sein sollen.

Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass es ein Krankenhaus nicht vollumfänglich in der Hand hat, einen zeitnahen Eingang sämtlicher abrechnungsrelevanter Unterlagen sicherzustellen, da teilweise diesbezügliche Zulieferungen externer Dritter erforderlich sind, auf deren Zeitlauf das Krankenhaus keinen Einfluss hat. Ein vollständiges Abwarten auf das komplette Vorliegen sämtlicher abrechnungsrelevanter Unterlagen könnte daher den Zeitpunkt der Rechnungsstellung erheblich nach hinten verlagern, was zum einen zu Liquiditätsengpässen bei den Krankenhäusern und zum anderen zu einem Widerspruch zu Regelungen in Landesverträgen nach § 112 SGB V zur Erstellung der Abrechnung führen könnte. Zudem haben die Selbstverwaltungspartner in der DKR D002 festgelegt, dass für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung des Patienten eingehen, für die Kodierung heranzuziehen sind. Daher stellt die intendierte Regelung einen Eingriff in die Befugnisse der Selbstverwaltungspartner dar.

Um einen sachgerechten Ausgleich zwischen dem Interesse des Vorliegens einer vollständigen Rechnung und dem der eventuell erforderlichen Nachberechnung zu finden, sollte Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt werden, vergleichbar zur Regelung in § 7 Absatz 5 Satz 1 PrüfvV, dass eine Korrektur nach Rechnungsstellung einmalig möglich ist. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausnahmeregelungen sind nicht ausreichend.

Die Regelung in § 17c Absatz 2a Satz 3 KHG, wonach Prüfungen durch die Krankenkasse oder den MD unzulässig sind, sofern der Fall bereits vom MD im Wege einer Einzelfallprüfung geprüft wurde, ist zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ***~~ausgeschlossen, es sei denn, dass~~ einmalig möglich; sie hat auch dann zu erfolgen, wenn*** die Korrektur

zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. **“**

Satz 3 wird ersatzlos gestrichen.

II. § 17c Absatz 2b KHG – Erörterung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse als Klagevoraussetzung

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll die gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nur dann stattfinden können, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erörtert worden ist. In diesem Zusammenhang ist trotz der Regelung des § 275c Absatz 1 Satz 5 SGB V der Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleiches zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zulässig. Weiterhin wird den Krankenhäusern die Befugnis zur Datenverarbeitung von personen- und einrichtungsbezogenen Daten für die Erörterung übertragen.

Stellungnahme

Die Neuregelung, wonach vor Erhebung einer Klage eine Erörterung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse stattfinden soll, ist abzulehnen. Anknüpfungspunkt dieser Erörterung ist das in § 9 PrüfvV geregelte Nachverfahren. Dieses ist gemäß § 9 Satz 2 PrüfvV freiwillig, ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf soll diese Freiwilligkeit – die systemgerecht ist, da das Vorverfahren nach § 5 PrüfvV ebenfalls freiwillig ist – aufrechterhalten werden. Damit kollidiert jedoch die geplante Neuregelung, die die Durchführung eines Nachverfahrens als Voraussetzung für die Erhebung einer Klage vorsieht. Im Übrigen ist das in der PrüfvV geregelte Nachverfahren in der Praxis in dieser Form akzeptiert. Dabei ist auch zu bedenken, dass ein verpflichtendes Nachverfahren in den Fällen, in denen Krankenhaus oder Krankenkasse die Durchführung eines Nachverfahrens – nach den Regelungen der PrüfvV zulässiger Weise – verweigern, dennoch zu dessen Durchführung gezwungen werden und somit lediglich vermeidbarer Aufwand entsteht. Eine Klärung der Streitigkeit ist in diesen Fällen nicht zu erwarten, da sonst die Durchführung des Nachverfahrens nicht verweigert worden wäre. Daher ist diese Regelung zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2b Satz 1 und Satz 3 werden ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 3 Nr. 2 h) (§ 17c KHG)
Übermittlung des Pflegegrades

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht in § 17c Abs. 5 KHG datenschutzrechtliche Erleichterungen hinsichtlich der Datenübermittlungen von Pflegegraden durch private Krankenversicherungsunternehmen an Krankenhäuser vor, die im Zusammenhang mit der Direktabrechnung erfolgen. Während aufgrund der durch das PpSG bedingten Änderungen seit dem 01.01.2019 für die Übermittlung des Pflegegrades „jeweils schriftliche" Einwilligungen der Patienten erforderlich sind, soll die Anforderung der Schriftform gestrichen werden. Danach greifen die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen, wonach ausdrückliche Einwilligungen der Patienten genügen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die seit dem 01.01.2019 eingeführte hohe datenschutzrechtliche Hürde wieder abgeschafft werden soll. Dies gilt insbesondere vor der parallel zu betrachtenden Entwicklung im Zusammenhang mit dem 2. DSAnpUG-EU, wonach für die Direktabrechnung zwischen Krankenhäusern und privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls das Erfordernis der Schriftform entfallen soll.

Zu Artikel 3 Nr. 2 i) (§ 17c KHG)
Erstellung einer Statistik durch den GKV-Spitzenverband

Beabsichtigte Neuregelung

Erstmalig zum 30.06.2020 und danach im Jahresturnus jeweils zum 30.06. erstellt der GKV-Spitzenverband eine Statistik. Dabei sollen Auskünfte insbesondere zu Anzahl und Ergebnissen der Vorverfahren sowie durchschnittlichen Rückzahlungsbeträgen, zu Prüfanlässen nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen, zu Ergebnissen der Prüfungen nach § 275c Abs. 1 SGB V, den durchschnittlich zurückgezahlten Differenzbeträgen sowie der durchschnittlichen Höhe der Aufschläge, zu Anzahl und Ergebnissen der Nachverfahren und der einzelfallbezogenen Erörterungen, zu Anzahl und Gründen der Anzeige der zulässigen, eine Prüfquote überschreitenden Prüfungen sowie Anzahl und Ergebnisse der Stichprobenprüfungen enthalten. Die näheren Einzelheiten bezüglich der Erarbeitung dieser Statistik werden vom GKV-Spitzenverband festgelegt. Dabei sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

Stellungnahme

Wie schon zu der vergleichbaren Regelung des § 275c Abs. 4 SGB V ausgeführt, ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf für eine größere Transparenz hinsichtlich des MD-Prüfverfahrens sorgt.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass unklar bleibt, wem diese Statistik zu übermitteln bzw. in welcher Form sie zu veröffentlichen ist und auf welcher Datengrundlage sie überhaupt erfolgt. Der Entwurfsbegründung lässt sich entnehmen, dass intendiert ist, dass der GKV-SV „jenseits der ausdrücklichen gesetzlichen Vorgaben" für die Veröffentlichung unter Berücksichtigung einer sinnvollen und leistbaren Differenzierung den bestehenden nachhaltigen Bedarf für mehr Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfungsgeschehen Rechnung zu tragen und eher relevante krankenhausbezogene Unterschiede in der Qualität der Abrechnung wie auch Unterschiede im Prüfungsverhalten offen zu legen habe. Diese Ausführungen und die entsprechend lückenhaften Regelungen in § 17c Abs. 6 KHG zugrunde gelegt, lassen befürchten, dass Krankenhäuser durch die Darstellung in dieser Statistik angeprangert werden können und die Veröffentlichung dieser Statistik seitens der Krankenkassen vergleichbar zum derzeitigen Vorgehen der bewusst irreführenden sowie stigmatisierenden Darstellung der MDK-Prüfergebnisse in der Öffentlichkeit genutzt wird.

Da die Zielsetzung dieser Regelung unklar bleibt und in § 275c Abs. 4 SGB V bereits ausreichende Regelungen für eine statistische Aufarbeitung des Prüfgeschehens des Medizinischen Dienstes bestehen, ist die Regelung in § 17c Abs. 6 ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Abs. 6 KHG wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 3, § 19 KHG (neu)
Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

I. § 19 Absatz 1 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses soll künftig vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geführt werden, das zu diesem Zweck eine Geschäftsordnung erlässt. Die Kosten der Geschäftsstelle sollen aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 KHG finanziert werden, der entsprechend zu erhöhen ist.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Führung der Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses durch das InEK und die entsprechende Finanzierung aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 KHG wird, insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden Verfahrensanzahl und Kosten, ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

II. § 19 Absatz 3 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Neben der bisher gültigen Regelung, dass der Schlichtungsausschuss von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausgesellschaften angerufen werden kann, ist nunmehr auch eine Antragstellung durch den Verband der privaten Krankenversicherung, durch Krankenkassen und Krankenhäuser, die medizinischen Dienste, die mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, das BMG und den unparteiischen Vorsitzenden möglich.

Stellungnahme

Gegenüber den gültigen Regelungen wurde der Kreis der anrufungsberechtigten Organisationen erheblich erweitert. Völlig unabhängig davon, ob es sich um eine Kodier- oder Abrechnungsfrage von grundsätzlicher Bedeutung handelt, können nunmehr zahlreiche Organisationen den Schlichtungsausschuss nach eigenem Ermessen anrufen. Die Benennung von aktuell über ca. 2.000 potenziell Anrufungsberechtigten und die Umsetzung zu erwartender Anfragen ist vor dem Hintergrund des anzunehmenden Aufwands, der Ehrenamtlichkeit aller Beteiligten, der Komplexität der Fragestellungen sowie den nachfolgend weiteren Festlegungen zur Arbeitsweise des Schlichtungsausschusses als nicht realistisch zu bezeichnen.

Die Erweiterung der Antragsberechtigten wird mit enormen Folgeproblemen verbunden sein. Der Schlichtungsausschuss wird die Anträge vermutlich nicht strukturiert und sachgerecht bearbeiten können, da mit einer Fülle von Anträgen, insbesondere zu Einzelfällen, zu rechnen sein wird. Darüber hinaus ist von Anträgen unterschiedlichster Qualität auszugehen. Ein Systemversagen ist vorprogrammiert.

Der bisher zurückhaltende Einsatz des Schlichtungsausschusses Bund ist nicht der mangelnden Phantasie der Selbstverwaltungspartner im Hinblick auf potentiell strittige Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung geschuldet, sondern vielmehr der Tatsache, dass in Deutschland ein derart komplexes Krankenhausvergütungssystem eingesetzt wird, welches bei kleinsten Veränderungen in einzelnen Regelungsbestandteilen, wie beispielsweise den Kodierrichtlinien oder dem OPS, mit extrem weitreichenden Vergütungsrisiken verbunden ist. So hat die Vergangenheit, beispielsweise in Verbindung mit der Geriatrie und den Stroke Units, eindrücklich gezeigt, wie die gering modifizierte Auslegung weniger Worte im OPS die Schlaganfall- und die geriatrische Versorgung in Deutschland von einem auf den anderen Tag nachhaltig gefährden können. Der hierdurch ausgelöste Aufwand bei Politik, Selbstverwaltung,

Krankenkassen und Krankenhäusern, der einer sinnlosen Ressourcenverschwendung gleich kommt, war ganz erheblich. Da Schlichtungssprüche unverändert gelten, können übereilte Fehlentscheidungen zu erheblichen Finanzrisiken für alle Seiten führen. Diese Risiken erschließen sich häufig erst nach sehr umfassenden Prüfungen, die nicht innerhalb einer kurzen Frist von 8 Wochen erfolgen können, da es der Einbeziehung zahlreicher Experten für die Klärung dieser Fragen bedarf.

Auch gilt es, die unterschiedlichen Interessen der Anrufungsberechtigten in den Blick zu nehmen. So ist zu der Benennung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling als eine „mit Kodierung von Krankenhausleistungen" befassten Fachgesellschaft beispielsweise anzumerken, dass als Hauptsponsoren der DGfM auf der Homepage der Gesellschaft eine Reihe von Software-Anbietern, Beratungsunternehmen und weitere Unternehmen aus dem Bereich der Kodierung und Dokumentation aufgelistet sind, die von den Beschlüssen des Schlichtungsausschusses in unterschiedlicher Weise profitieren können. Finanzielle Gewinne aufgrund nachfolgender Beratungs-, Schulungs- und Programmierleistungen sind dabei nicht auszuschließen. Auch in der Zusammensetzung des Vorstandes der DGfM finden sich Vertreter von Beratungs- und globalen Gesundheitsunternehmen. Interessenkonflikte im Hinblick auf die Anrufung und die Umsetzung von Schlichtungssprüchen sind daher nicht auszuschließen.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 3 KHG wird wie folgt gefasst:

Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ***sowie*** den Landeskrankenhausgesellschaften***~~, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden~~*** angerufen werden***; die Vertragsparteien nach Satz 1 können weitere Anrufungsrechte einräumen.***

III. § 19 Absatz 4 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von 8 Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen.

Stellungnahme

Die in Absatz 4 Satz 1 formulierte Festlegung, dass der Schlichtungsausschuss „innerhalb von 8 Wochen nach Anrufung eine Entscheidung" zu treffen hat, ist unter Berücksichtigung des o.g. Aufwandes, der bisherigen Erfahrungen und der Komplexität völlig realitätsfern. In Anbetracht der Vielzahl möglicher Anrufungsberechtigter, der sehr

unterschiedlichen Komplexität möglicher Fragestellungen sowie der bereits genannten Finanzrisiken wird die fixe Festlegung einer 8 wöchigen Bearbeitungsfrist auch angesichts der Tragweite möglicher resultierender Entscheidungen nicht gerecht. Planungssicherheit für die Krankenhäuser geht vollständig verloren, stelle man sich beispielsweise gravierende Fehlentscheidungen zu allen stationären Beatmungsfällen vor.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 4 KHG wird wie folgt gefasst:

~~***Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen.***~~ Bei der Entscheidung ***des Schlichtungsausschusses*** sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle Krankenhausabrechnungen, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gestellt werden, sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

IV. § 19 Absatz 5 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31.12.2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.

Stellungnahme

Es handelt sich bei der in Absatz 5 genannten, zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG-4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling strittig gestellten Kodierempfehlungen (sogenannte „FoKA-Liste“) im Wesentlichen nicht um Kodierfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Ein Großteil der in dieser Liste derzeit strittig gestellten Fragen beinhaltet unterschiedliche Auslegungen von Definitionen medizinischer Diagnosen und Befunde. Beispielhaft seien hier die KDE-8 zum Schlagwort „Harnwegsinfekt“ sowie die KDE 220 zu den Schlagworten „Delir, Demenz, Alzheimer“ genannt. Verbindliche, medizinischen Leitlinien nahestehende Festlegungen grundsätzlicher Art können nicht Aufgabe eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene sein, da, wie die Beispiele der „FoKA-Liste“ zeigen, stets der Einzelfall zu betrachten ist. Vielmehr obliegt es den medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Instituten, wo dies möglich ist, allgemeine Definitionen zu medizinischen Fachbegriffen zu erarbeiten und dem medizinischen

Erkenntnissen entsprechend anzupassen. Die Klärung von Einzelfällen im Vergleich zu bundesweit verbindlichen Vorgaben stellt zudem hinsichtlich der Folge von Fehleinschätzungen eine völlig andere Dimension dar.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass es sich bei dem FoKA der DGfM um eine Gruppe von ca. 30 Mitgliedern der DGfM handelt, deren „ausreichende formale Qualifikation und rechtliche Legitimation“ auf der Homepage der DGfM nicht weiter konkretisiert ist. Die vom FoKA bearbeiteten Fragestellungen speisen sich aus den Anfragen von in der DGfM organisierten Krankenhausmitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Medizincontrolling, die größtenteils einzelfallbezogen erfolgen, überwiegend bereits in den ersten Jahren nach Einführung des DRG-Systems gestellt wurden und nur zum Teil in aktualisierter Form vorliegen. Der Anspruch der grundsätzlichen Bedeutung der Kodierempfehlungen wird durch den FoKA selbst nicht erhoben.

Durch die Selbstverwaltung wurden bereits 2014 diejenigen Problemstellungen von grundsätzlicher Bedeutung identifiziert, die der Selbstverwaltung zum Zeitpunkt des Inkrafttreten der Vereinbarung nach § 17c Abs. 3 KHG bereits bekannt waren. Diese Aufstellung wurde am 23.09.2014 im Spitzengespräch beschlossen. Die Problemstellungen umfassen folgende Themen von grundsätzlicher Relevanz: Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen, Neubildungen, verschiedene Aspekte der Beatmung, prophylaktische Operationen, Schwangerschaft sowie Geburt und Wochenbett. Wie bereits oben angedeutet, mangelt es somit nicht an Erkenntnissen über grundsätzlich strittige Kodierfragen, sondern vielmehr an der konkreten Einschätzung potentieller Risiken im Hinblick auf pragmatische Lösungen im Schlichtungsausschuss. Nur am Rande sei daran erinnert, dass zudem die Zuteilung neuer Aufgaben an die Selbstverwaltung durch den Gesetzgeber in den vergangenen Jahren enorm zugenommen hat.

Auch der Auftrag des Gesetzgebers zur Ausgliederung der Pflege offenbart in der Umsetzung mannigfache Detailprobleme. Die Neuregelungen zur Ausgliederung der Pflege machen nach derzeitigem Kenntnisstand ein eher stabiles Vergütungssystem erforderlich. Die parallele Forderung, zahlreiche, strittige Fragen nunmehr kurzfristig zu regeln, lassen Verwerfungen unbekannten Ausmaßes im neuen Vergütungssystem erwarten. Insofern sollte es allein in der Verantwortung der Selbstverwaltung liegen, welche bekannten Probleme zeitnah gelöst werden können, ohne gleichzeitig die gesamte Gesundheitsversorgung in Deutschland und die Weiterentwicklung des DRG-Systems sowie die Abrechnung von Krankenhausleistungen nachhaltig zu gefährden.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 5 KHG wird gestrichen.

V. § 19 Absatz 6 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen, verbindlich und gelten als Kodierregeln.

Stellungnahme

In dem Begründungstext zu Absatz 6 wird ausgeführt, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nicht von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene in den Kodierrichtlinien vereinbart werden müssen, sondern unmittelbar als Kodierregeln für alle zukünftigen Krankenhausabrechnungen gelten. Der Verantwortung der Vertragsparteien auf Bundesebene obliegt es dabei, „die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene durch Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien umzusetzen und eine geänderte Gesamtfassung der Deutschen Kodierrichtlinien zu gewährleisten“. Gegen diese Regelung ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Auch die DKG hatte nach dem Schlichtungsspruch zur Onkologie in der Vergangenheit darauf gedrängt, das Ergebnis in den Deutschen Kodierrichtlinien inhaltlich umzusetzen. Dies wurde seitens der GKV abgelehnt.

Dennoch wird darauf hingewiesen, dass konkrete Kodierrichtlinien und Schlichtungssprüche zu Kodierfragen von grundsätzlicher Bedeutung nicht zwingend das Gleiche sind. Eine 1:1 Übersetzung muss daher zumindest in einzelnen Fällen in Frage gestellt werden. In gleicher Weise sei auch hier nochmals auf die Komplexität des Systems hingewiesen, die sich grundlegend hemmend auf Anträge im Schlichtungsausschuss Bund ausgewirkt hat.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 6 KHG wird wie folgt gefasst:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats unmittelbar verbindlich~~***; die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln***~~. ***Die Selbstverwaltungspartner haben im Rahmen der regulären Weiterentwicklung der Kodierregeln eine Implementierung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses zu prüfen und die Kodierregeln bei Bedarf anzupassen.***

VI. § 19 Absatz 7 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Beibehaltung der bisher in § 17c Absatz 4b KHG enthaltenen Regelungen, dass gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene der Sozialrechtsweg gegeben ist, ein Vorverfahren nicht stattfindet und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Einrichtungen nach § 19 Absatz 3 KHG, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben, mit Ausnahme des Bundesministeriums für Gesundheit klagebefugt sind.

Stellungnahme

Bei den bisher in § 17c Absatz 4b KHG enthaltenen Regelungen war in der Vergangenheit unklar, wer die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gerichtlich überprüfen lassen kann. So stellte sich beispielsweise die Frage, ob sich aus der unmittelbaren Verbindlichkeit der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die Krankenhäuser ein unmittelbares Klagerecht gegen diese Entscheidungen ableiten lässt.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat diesbezüglich immer die Auffassung vertreten, dass letztlich neben dem jeweiligen Antragsteller nur die Verfasser der Kodierregeln und Abrechnungsbestimmungen (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, soweit die ICD- und OPS-Kodierung Verfahrensgegenstand ist) berechtigt sein dürften, die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gerichtlich anzugreifen, da nur diese Institutionen unmittelbar von den Entscheidungen des Schlichtungsausschusses betroffen sind. Die unmittelbare Betroffenheit einzelner Krankenhäuser oder Krankenkassen durch die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses ist demgegenüber fraglich, da es diesen Einrichtungen zumutbar wäre, einen Vollzugsakt abzuwarten und die Entscheidung des Schlichtungsausschusses im Rahmen einer konkreten Abrechnungsstreitigkeit inzident überprüfen zu lassen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind insofern für den jeweiligen Vergütungsanspruch nur mittelbar als Bestandteil von Rechtsnormen von Bedeutung. Daher ist ein unmittelbares Klagerecht einzelner Krankenhäuser oder Krankenkassen mangels unmittelbarer Betroffenheit abzulehnen. Diese Argumentation wird in der vorgesehenen Regelung zur Klagebefugnis aufgegriffen. Insofern wird die in § 19 Absatz 7 Satz 4 KHG enthaltene Klarstellung ausdrücklich begrüßt.

Fraglich ist jedoch, ob unter die Formulierung *„Einrichtungen, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben“*, zum Beispiel auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder der GKV-Spitzenverband subsumiert werden können, wenn sie in einem Verfahren eigene Anträge stellen. Durch das Abstellen auf die *„Anrufung“* könnte jeder Institution, die sich nach der originären Anrufung des Schlichtungsausschusses an dem Verfahren mit eigenen Anträgen beteiligt, eine gerichtliche Überprüfung der Entscheidung des Schlichtungsausschusses verwehrt sein, obwohl angesichts des eigenen Antrags eine unmittelbare Betroffenheit von der Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu ver-

zeichnen ist. Um eine solche Auswirkung der Klarstellung zur Klagebefugnis zu verhindern, müsste auf die *„Antragstellung“* abgestellt werden.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 7 KHG wird wie folgt gefasst:

Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Klagebefugt sind die Einrichtungen nach Absatz 3, ~~**die den Schlichtungsausschuss angerufen haben,**~~ ***die im Rahmen eines Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuss einen Antrag gestellt haben***, mit Ausnahme des Bundesministeriums für Gesundheit.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 4 Nr. 1 (§ 2 KHEntgG)
Kosten für die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern

Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Neuregelung gliedert die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern in der stationären Versorgung explizit aus den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 KHEntgG aus. Diese sollen vielmehr unmittelbar zwischen den Gebärdensprachdolmetschern und den Krankenkassen / privaten Krankenversicherungsunternehmen abgerechnet werden.

Stellungnahme

Da die Frage der Kostentragung für die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern in der stationären Versorgung in der Vergangenheit ungeklärt und insofern vielfach zu erheblichen Problemen sowie Unsicherheiten geführt hat, haben die Krankenhäuser sich beständig um eine Klärung bemüht und begrüßen die interessengerechte Neuregelung ausdrücklich.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 4 Nr. 2 a) (§ 4 KHEntgG)
Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Leistungssteigerungen im Bereich der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung werden zukünftig von der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags ausgenommen.

Stellungnahme

Die Neuregelung greift eine der Forderungen der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlags auf und wird daher begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 4 Nr. 5 a) (§ 8 Abs. 3 KHEntgG)
Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Krankenhäuser bei einer vom MD festgestellten fehlenden vollstationären Behandlungsbedürftigkeit die von ihnen erbrachten Leistungen ersatzweise nach den Grundsätzen für vorstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V abrechnen können, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistungen (z. B. als ambulante Behandlung) besteht.

Stellungnahme

Diese Regelung klärt den seit langer Zeit in der Praxis bestehenden Streit um eine alternative Abrechnungsgrundlage bei fehlender Teilnahme des Krankenhauses an ambulanten Behandlungsformen und ist daher zu begrüßen. Zudem tritt diese Regelung dem sich teilweise ergebenden Sachverhalt entgegen, dass ein Krankenhaus trotz erbrachter Leistung keine Vergütung erhält, da die vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht festgestellt wurde, sondern zumindest die Vergütung für eine vorstationäre Behandlung erhält.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 4 Nr. 5 b) (§ 8 Abs. 4 KHEntgG)
Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Strukturprüfung nach § 275d SGB V ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.

Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine Parallelregelung zur Regelung des § 275d Abs. 4 SGB V. Die zu dieser Regelung gemachten Ausführungen gelten hier entsprechend.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 4 Satz 3 – neu – KHEntgG wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 6

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 6 Nr. 1 a) (§ 8 Abs. 3 BPflV)
Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Strukturprüfung nach § 275d SGB V ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.

Stellungnahme

Bei dieser Regelung handelt es sich ebenfalls um eine Parallelregelung zur Regelung des § 275d Abs. 4 SGB V. Die diesbezüglich gemachten Ausführungen gelten entsprechend.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 3 S. 2 – neu – BPflV wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 6 Nr. 1 b) (§ 8 Abs. 6 BPflV)
Berechnung der Entgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Krankenhäuser bei einer vom MD festgestellten fehlenden vollstationären Behandlungsbedürftigkeit die von ihnen erbrachten Leistungen ersatzweise nach den Grundsätzen für vorstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V abrechnen können, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistungen (z. B. als ambulante Behandlung) besteht.

Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine Parallelregelung zur Regelung des § 8 Absatz 3 KHEntgG. Die zu dieser Regelung gemachten Ausführungen gelten hier entsprechend.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Zu Änderungsantrag 7 (Artikel 1 Nr. 5c (§ 103 Abs. 4, 4a, 4b SGB V))
Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine klarstellende Ergänzung zur Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile gem. § 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V für Nachbesetzungsverfahren. Bislang war im SGB V die Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile für die (Neu)Zulassungen geregelt. Gemäß § 13 Abs. 6 Nrn. 2 bis 6 BPL-RL verweist die Richtlinie bereits jetzt schon auf die Anwendung der Quotenregelungen sowohl bei den Zulassungsverfahren als auch bei den Nachbesetzungsverfahren. Davon unbenommen sieht die BPL-RL Ausnahmeregelungen im Sinne eines Bestandsschutzes für die Nachbesetzung von Vertragsarztsitze einer quotierten Facharzt-/ Schwerpunktkompetenz vor, sofern der nachfolgende Vertragsarzt derselben Entität angehört.

Stellungnahme

Die Ergänzung in § 103 SGB V hat klarstellenden Charakter und entspricht den Regelungsabsichten der BPL-RL. Die Anpassung ist insgesamt nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Änderungsantrag 10 (Artikel 1 Nummer 9a und 21a (§§ 137, 275a SGB V))
Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen im Rahmen der MDK-Qualitätskontrollen nach § 137 Absatz 3 SGB V die beauftragenden Stellen verpflichtet werden, die für die Stichprobenprüfung notwendigen Daten an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle zu übermitteln.

Darüber hinaus sollen neben den bisher möglichen Qualitätskontrollen auf Grundlage von Anhaltspunkten und in Form von Stichprobenprüfungen auch Routineprüfungen etabliert werden. Routineprüfungen sollen zum Tragen kommen, wenn ein Krankenhaus im Hinblick auf den Wunsch, richtlinienspezifische Leistungen zu erbringen, erstmalig oder nach einer Unterbrechung von zwölf Monaten eine Selbstauskunft über die Erfüllung der Anforderungen der jeweiligen Richtlinie an die Krankenkassen übermittelt.

Weiterhin soll regelhaft die Erfüllung der Anforderungen kontrolliert werden können, wenn ein Krankenhaus einen befristeten Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund dieser Richtlinien begehrt.

Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Verpflichtung zur Datenübermittlung im Hinblick auf die Stichprobenprüfungen werden zwei Ziele verfolgt. Zum einen sollen die Krankenkassen berechtigt werden, Abrechnungsdaten, aus denen hervorgeht welches Krankenhaus richtlinienspezifische Leistungen erbracht hat, an die für die Stichprobenziehung verantwortliche Stelle zu übermitteln. Dies ist überflüssig, da sich diese Informationen bereits in den Qualitätsberichten befinden. Eine Übermittlung von verschiedenen Krankenkassen an die stichprobenziehende Stelle und eine dabei erforderliche Bereinigung um Dubletten stellen somit unnötige Aufwände dar. Zudem werden die MD sowohl für die Durchführung von Abrechnungsprüfungen als auch für die Durchführung von Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V zuständig sein. Die Nutzung von Abrechnungsdaten bei der Durchführung von Qualitätskontrollen birgt das Risiko, dass der Fokus bei Qualitätskontrollen auf Versorgungsbereiche gelegt wird, die das größte Kosteneinsparpotential (z. B. durch nachfolgende gezielte Abrechnungsprüfungen und Rechnungskürzungen) haben, während Bereiche mit dem größten Qualitätsverbesserungspotential vernachlässigt werden.

Weiterhin wird mit der Neuregelung beabsichtigt, die stichprobenziehende Stelle über die Prüfergebnisse zu informieren. Dies wird befürwortet, da ausgeschlossen sein muss, dass Krankenhäuser, die bereits innerhalb einer Qualitätskontrolle gezeigt haben, dass sie alle Anforderungen einhalten, in einem kurzen Zeitabstand erneut im Rahmen einer Stichprobenprüfung kontrolliert würden. Dies würde zu unnötigen Aufwänden auf den Seiten aller Beteiligter führen.

Mit Qualitätskontrollen auf Grundlage der erstmaligen Übermittlung der Selbstauskünfte oder im Rahmen des Begehrens von befristeten Zuschlägen für die Finanzierung von Mehrkosten besteht für Krankenhäuser die Möglichkeit, bereits zu Beginn der Leistungserbringung bzw. der Zuschlagsfinanzierung zu zeigen, dass sie die Qualitätsanforderungen der jeweiligen Richtlinie einhalten. Dieser Änderungsvorschlag ist somit zu befürworten. Es ist jedoch sicherzustellen, dass Krankenhäuser, die in einer derartigen Routinekontrolle gezeigt haben, dass sie alle Qualitätsanforderungen erfüllen, innerhalb der darauf folgenden drei Jahre aus der Stichprobenprüfung ausgeschlossen werden. Dies ist unbedingt gesetzlich zu regeln, da ansonsten das Risiko besteht, dass der MD jedes oder jedes zweite Jahr mit einem enormen Aufwand prüft, ob alle Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Derartige Ineffizienzen gilt es zu vermeiden. Qualitätskontrollen, die aufgrund eines Anhaltspunktes durchgeführt werden, sind hiervon unabhängig zu betrachten. Diese kommen unabhängig von dem Ergebnis vorheriger Kontrollen immer bei Vorlage eines Anhaltspunktes zum Tragen.

Änderungsvorschlag

In § 137 Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

~~Die Krankenkassen und die~~ Die die Kontrollen beauftragenden Stellen sind befugt und verpflichtet, die für das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen erforderlichen einrichtungsbezogenen **Prüfergebnisse** **~~Daten~~** an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle zu übermitteln, und diese Stelle ist befugt, die ihr übermittelten **Prüfergebnisse** **~~Daten~~** zur Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer zu verarbeiten**~~, soweit dies in der Richtlinie nach Satz 1 vorgesehen ist~~**. **Krankenhausstandorte, bei denen innerhalb der letzten drei Jahre eine Qualitätskontrolle nach der Richtlinie nach Satz 1 durchgeführt wurde, bei der die Einhaltung aller Qualitätsanforderungen kontrolliert und keine Mängel festgestellt wurden, sind aus der Stichprobenprüfung auszuschließen.**

Zu Änderungsantrag 14 (Artikel 1 Nr. 30 (§ 328 SGB V))
Fingierte Wahl der Geschäftsführung bis zum 31.12.2021

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Satz 6 in § 328 Absatz 1 SGB V regelt, dass der jeweils bereits amtierende Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes sowie sein Stellvertreter bis zum 31.12.2021 als durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gewählter Vorstand gelten.

Stellungnahme

Mit § 328 Absatz 1 Satz 6 SGB V – neu – möchte der Gesetzgeber für die Phase der strukturellen Umstellung innerhalb der Medizinischen Dienste, insbesondere während des Wechsels der Verwaltungsräte und der betreffenden Einarbeitungszeit des jeweils neuen Verwaltungsrates, eine Kontinuität in der Geschäftsführung sicherstellen.

Diese Regelung wird von den Krankenhäusern abgelehnt. Sie ist im Kontext der bisher im MDK-Reformgesetz vorgesehenen Struktur der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste zu sehen, wonach weiterhin mehr als 2/3 der Verwaltungsratsmitglieder von Seiten der Kostenträger gestellt werden und Vertreter der Krankenhäuser – nach wie vor – nicht an den neu strukturierten Medizinischen Diensten beteiligt werden. Bereits dieser Umstand unterläuft das ursprüngliche gesetzgeberische Ziel, die Medizinischen Dienste vom wesentlichen Einflussbereich der gesetzlichen Krankenkassen zu entkoppeln und die Medizinischen Dienste nunmehr neutral aufzustellen, in evidenter Weise. Die nunmehr vorgesehene Regelung einer fingierten Wahl der bisherigen Geschäftsführer und deren Stellvertreter der Medizinischen Dienste durch den neukonstituierten Verwaltungsrat manifestiert diese Regelungstendenz weiter. Von einer „Reform“ der Medizinischen Dienste im Sinne einer Entkoppelung dieser vom Einflussbereich der gesetzlichen Krankenkassen kann somit keine Rede mehr sein, insbesondere wenn man vergegenwärtigt, dass viele der Geschäftsführer frühere Mitarbeiter der Krankenkassen waren.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Zu Änderungsantrag 22 (Artikel 3 Nr. 1 (§ 17b KHG))

Anpassung der Sachkostenkorrektur

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass die Sachkostenkorrektur ab 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorzunehmen ist. Die abgesenkten Sachkostenanteile sind ausschließlich den in den Fallpauschalen verbleibenden Personalkostenanteilen zuzuordnen.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt ausdrücklich das Bekenntnis des Gesetzgebers, dass die abgesenkten Sachkostenanteile ausschließlich den mit Fallpauschalen vergüteten Kosten zuzuordnen sind und dass die Umsetzung der Sachkostenkorrektur finanzierungsneutral erfolgen soll, wie seinerzeit im KHSG festgelegt. Dieser Grundsatz muss allerdings auch für den DRG-Katalog des Jahres 2020 gelten. Das ist aber nicht der Fall und wird durch diesen Änderungsantrag auch nicht erreicht.

Zum Hintergrund:
Die in den Fallpauschalen enthaltenen Sachkosten werden durch die 2015 gesetzlich verfügte Korrektur um ca. 6,5 % bzw. ca. 1,2 Mrd. Euro gekürzt. Das frei gewordene Finanzvolumen wird den Personalkosten zugeordnet. Der auf die Pflegekosten entfallende Anteil von 200 Mio. Euro wird infolge der Technik der Ausgliederung nicht mehr den Fallpauschalen zugerechnet und geht damit ersatzlos und basiswirksam verloren. Die DKG hat deshalb dieser Form der Ausgliederungstechnik nicht zugestimmt. Vielmehr muss die Sachkostenkorrektur auch für den DRG-Katalog des Jahres 2020 so vorgenommen werden, dass das gesamte Kürzungsvolumen aus den Sachkosten auf alle in den DRGs verbliebenen Personalkosten bezogen wird. Die mit dem Änderungsantrag vorgesehene Neufassung des Halbsatzes regelt dagegen nur, dass in zukünftigen Jahren wieder so zu verfahren ist, wie es vor der Ausgliederung der Fall war. Das löst aber nicht das Problem, dass die Startversion des neuen DRG-Kataloges, der sogenannte aG-DRG-Katalog ca. 60.000 Relativgewichtspunkte nicht mehr enthält.

Änderungsvorschlag

§ 17b Abs. 1 Satz 6 2. HS KHG wird wie folgt gefasst:

„die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind ~~**erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021**~~ ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorzunehmen.“

Folgender Satz 7 wird angefügt:

„Sie sind nicht für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten anzuwenden.“

Alternativ könnte über eine gesetzliche Vorgabe das Ausgliederungsvolumen im DRG-Katalog für 2021 nachträglich korrigiert werden.

Zu Änderungsantrag 24 (Artikel 3 Nr. 2 Buchstabe h (§ 17c Abs. 5 - neu - KHG)
Elektronische Direktabrechnung von Krankenhausabrechnungen für privat krankenversicherte Patienten und Beihilfeträger und Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 17c Absatz 5 Satz 2 KHG – neu – soll die Direktabrechnung nur unter der Maßgabe einer „schriftlichen oder elektronischen Einwilligung“ des Patienten möglich sein.

Demgegenüber sieht § 17c Absatz 5 Satz 4 KHG – neu – vor, die Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades von einer „Einwilligung“, also – gemäß datenschutzrechtlicher Vorgaben – ausdrücklichen Einwilligung abhängig zu machen.

Stellungnahme

Zu begrüßen ist die Abschaffung des Erfordernisses der Schriftform für die Erteilung der Einwilligung in die Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades.

Nicht nachzuvollziehen ist indes die geplante Regelung in § 17c Absatz 5 Satz 2 KHG – neu –, die eine „schriftliche oder elektronische Einwilligung“ für die Direktabrechnung vorsieht bzw. voraussichtlich zum 01.01.2020 „wieder“ einführt, nachdem dieses strenge Formerfordernis aktuell durch das Zweite Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetzes EU (2. DSAnpUG-EU) abgeschafft wird!

Durch das 2. DSAnpUG-EU wird aktuell von dem Erfordernis der Schriftform Abstand genommen und die (ausdrückliche) „Einwilligung“ als ausreichend erachtet. Als Begründung wird – im Gegensatz zum hiesigen Gesetzgebungsverfahren – erläutert, dass auf die Anordnung der Schriftform zur Erteilung der Einwilligung verzichtet werden könne, da der Versicherte eben nicht vor einer unbedachten Erklärung besonders gewarnt werden müsse, da die Datenübermittlung der Durchführung der Direktabrechnung zwischen dem Krankenhaus und seinem privaten Krankenversicherungsunternehmen diene (Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT Drs. 19/4674 vom 01.10.2018, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 29 (Änderung des KHG), Zu Nummer 1, Seite 247).

Diese Begründung ist überzeugend, EU-konform und trägt den Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis Rechnung, da der Versicherte die Rechnung ohnehin im Nachgang an sein Unternehmen der privaten Krankenversicherung übermittelt, um die Kosten erstattet zu erhalten. Eines besonderen Schutzes bedarf es nicht.

Geradezu ad absurdum geführt würden die notwendigen Umsetzungen des Formularwesens in der Krankenhauspraxis, sofern also durch das 2. DSAnpUG-EU, mit dessen Veröffentlichung und damit in Kraft treten täglich zu rechnen ist, den Krankenhäusern für einige Wochen oder ggf. Monate eine Erleichterung zuteilwürde, die sodann – voraussichtlich – zum 01.01.2020 mit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes umgehend wieder abgeschafft werden würde.

Auf das Erfordernis der Schriftform in § 17c Absatz 5 Satz 2 KHG sollte verzichtet werden.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 5 KHG wird wie folgt gefasst:

„Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu ~~**schriftlich oder elektronisch**~~ ihre Einwilligung erklärt hat. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.“

Zu Änderungsantrag 25 (Artikel 4 Nr. 2 und 5a (§ 4 Abs. 9, § 10 Abs. 12 KHEntgG))
Verlängerung des Hygieneförderprogramms

Beabsichtigte Neuregelung

§ 4 Absatz 9 wird neu gefasst. Die meisten der bisherigen Fördertatbestände werden um 3 Jahre bis Ende 2022 verlängert. Darüber hinaus wird das Programm um einen Förderschwerpunkt im Bereich „Antibiotic Stewardship“ ergänzt.

Stellungnahme

Wir begrüßen ausdrücklich die Verlängerung der Fördertatbestände um 3 Jahre (und länger) sowie den ergänzenden Hinweis, dass Weiterbildungen zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie auch dann gefördert werden, wenn diese über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinausgehen.

Auch die vorgesehenen Änderungen in Satz 1 Nummer 1 c) und d) werden von den Krankenhäusern begrüßt. Diese hatten bereits 2013 darauf hingewiesen, dass die bisher geltende „und“- Verknüpfung aus unserer Sicht nicht sinnvoll ist und in den meisten Landeshygieneverordnungen wird der curricular fortgebildete Krankenhaushygieniker den Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie ebenfalls gleichgestellt. Insofern ist es sinnvoll, die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen eines curricular fortgebildeten Krankenhaushygienikers ebenso zu fördern, wie die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.

Insgesamt sind die vorgesehenen Regelungen sinnvoll und hilfreich, da die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienepersonal leider noch nicht in dem in den Landeshygieneverordnungen geforderten Umfang erfolgen konnte. Ursächlich sind der grundsätzliche Mangel an qualifiziertem Fachpersonal sowie fehlende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Daher wäre es aus Sicht der Krankenhäuser – ergänzend zu den bereits vorgesehenen Verlängerungen des Hygieneförderprogramms – hilfreich, den Bundesländern ebenfalls die Möglichkeit einer Fristverlängerung für die in den Landeshygieneverordnungen geforderte Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienepersonal zu geben. Dazu müsste die Frist in § 23 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes entsprechend angepasst werden.

Weiterhin sind gemäß § 10 Abs. 12 Satz 2 , 2. Halbsatz die für die hygienebeauftragten Ärzte die insgesamt im Jahr 2016 abgerechneten Zuschläge in den Landesbasisfallwert des Jahres 2020 einzugliedern. Damit finden bereits mit der jetzigen Regelungen die Tarifentwicklungen der Jahre 2017 bis 2020 für diese Ärzte keine Berücksichtigung. Bei einer Verschiebung der Eingliederung auf das Jahr 2023 erhöht sich diese Differenz nochmals maßgeblich. Deshalb sollte eine Regelung aufgenommen werden, dass die Eingliederung der Zuschläge des Jahres 2016 zum Tarifniveau des Jahres 2023 erfolgt. Um die Berücksichtigung der tarifvertraglichen Regelungen zu berücksichtigen, wird eine Anpassung des § 4 Abs. 9 Satz 6 vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag

§ 23 Absatz 8 Nummer 3 Infektionsschutzgesetz wird wie folgt geändert:

„3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember ~~**2019**~~ **2022** befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals,“

§ 4 Absatz 9 Satz 6 KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, die nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und d vorgenommen wurden, sind bei der Ermittlung des Betrags nach Satz 5 **unter Beachtung entsprechender Tarifentwicklungen** erhöhend zu berücksichtigen.“

Zu Änderungsantrag 26 (Artikel 4 Nr. 4 (§ 6a Abs. 2 und 3 KHEntgG))
Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit, Verschiebung des Vorlagetermins für Bestätigung des Jahresabschlussprüfers

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass zukünftig bei Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus der Teil der Vergütung, der über tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen hinausgeht, nicht im Pflegebudget berücksichtigungsfähig ist. Zudem ist bei Pflegekräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Pflegebudget berücksichtigungsfähig.

Stellungnahme

Das InEK hat bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten die Kosten für Leiharbeitskräfte in vollem Umfang aus den Fallpauschalen herausgenommen, d. h. ohne Begrenzung der Höhe nach ausgegliedert hat. Durch die geplanten gesetzlichen Änderungen ist eine Eingliederung und Berücksichtigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis nur bis zur tarifvertraglichen Höhe berücksichtigungsfähig, was den zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Grundsatz der Kongruenz verletzt. D. h. aus den Fallpauschalen wurden mehr Mittel ausgegliedert als nunmehr über die Pflegebudgetverhandlungen refinanziert werden können. Dabei kann es sich um eine Summe von 100 Mio. Euro und mehr handeln. Um die Kongruenz in den kommenden Jahren herstellen zu können sind Anpassungen im Kalkulationshandbuch zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren. Um diese sachgerecht umsetzen zu können, ist eine Übergangsphase von einem Jahr erforderlich. Die Begrenzung der Kosten der Vergütungen auf die tarifvertragliche Höhe würde dann erst ab 2021 greifen. Alternativ könnte über eine gesetzliche Vorgabe das Ausgliederungsvolumen im DRG-Katalog für 2021 nachträglich korrigiert werden.

Der Einsatz von Leiharbeitskräften wird von den Krankenhäusern nicht forciert, sondern ist zur Aufrechterhaltung der Versorgung bei gleichzeitigem Pflegepersonalmangel derzeit auf diese Beschäftigungsform angewiesen sind. Neben den negativen finanziellen Auswirkungen die durch den Einsatz von Leiharbeit entstehen, ist häufig auch die orga-

nisatorische Integration in die Betriebsabläufe hoch aufwändig und schwierig. Die Kliniken werden für den Übergangszeitraum aber gar keine andere Wahl haben und weiterhin auf Leiharbeit zurückgreifen müssen, um ihren Versorgungsauftrag verantwortlich auszufüllen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der für 2020 geplanten umfangreichen Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen.

Zudem sind Klarstellungen vorzunehmen, die für eine sachgerechte Berücksichtigung der Vergütung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Rahmen der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen notwendig sind. In der Regel fällt bei der Beschäftigung von Pflegekräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis, die nicht von Tochterunternehmen stammen, die in Organschaft betrieben werden, Umsatzsteuer an. Diese Umsatzsteuer muss über die tarifvertragliche Vergütung hinaus bei dem Einsatz von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Pflegebudget berücksichtigungsfähig sein. Weiterhin entstehen – insbesondere bei dem Einsatz von Leiharbeit – keine Lohnfortzahlungen beispielsweise für Krankheitsfall, Urlaub oder Feiertagen. Diese Ausfallzeiten sollten bei der Ermittlung der tarifvertraglich entsprechenden Vergütung für die Pflegekräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

§ 6a Abs. 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

[6]Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sind der Teil der Vergütungen, der über tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen hinausgeht, und die Zahlung von Vermittlungsentgelten **ab dem Jahr 2021** nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.

Sollte eine Beschränkung ab 2021 nicht vorgesehen werden, ist hilfsweise eine gesetzliche Korrektur des Ausgliederungsvolumens im DRG-Katalog für 2021 vorzunehmen.

Folgender Satz 7 wird eingefügt:

[7] Sofern bei der Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis Umsatzsteuer anfällt, ist diese im Pflegebudget gesondert berücksichtigungsfähig; die bei der Vergütung der Leiharbeit fehlenden Kosten für Ausfallzeiten sind entsprechend zu berücksichtigen.

Zu Änderungsantrag 27 (Artikel 4 Nr. 7 (§ 15 Abs. 2a KHEntgG))
Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung wird die Übergangsfinanzierung bis zur Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes geregelt.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen diese gesetzliche Klarstellung ausdrücklich.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Änderungsantrag 28 (Artikel 4 Nummer 8 (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 5 KHEntgG))
Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung der zu liefernden Daten zum Pflegepersonal um die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals sowie Festlegung von Sanktionen bei nicht erfolgter, nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Datenlieferung.

Stellungnahme

Die Ergänzung der zu liefernden Daten des Pflegepersonals um die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals in § 21 Abs. 2 Nummer 1 KHEntgG soll zum Zwecke der Ermittlung des Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V erfolgen. Aus Sicht der Krankenhäuser ist der Pflegepersonalquotient aus grundsätzlichen sowie methodischen Gründen kritisch zu betrachten und daher abzulehnen. Die Krankenhäuser sprechen sich zusammen mit dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di für die Einführung eines verbindlichen Pflegepersonalbemessungsinstruments für das gesamte Krankenhaus als zielführendere Alternative zu den Pflegepersonaluntergrenzen aus. Hierzu haben sich die drei Partner im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) verpflichtet, bis Ende des Jahres einen entsprechenden Vorschlag für ein solches Instrument vorzulegen. Mit einem Pflegepersonalbemessungsinstrument als Ganzhausansatz wird auch der Pflegepersonalquotient nach § 137j SGB V überflüssig und sollte ausgesetzt bzw. abgeschafft werden. Insofern erübrigen sich aus Sicht der Krankenhäuser auch weitere Datenlieferungen.

Die Änderungen des § 21 Abs. 5 KHEntgG zielen darauf ab, Krankenhäuser für die nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Lieferung der entsprechenden Daten zum Pflegepersonal mit bis zu 500.000 Euro zu sanktionieren. Die Krankenhäuser lehnen die in diesem Änderungsantrag vorgesehene Sanktionierung als nicht sachgerecht und insbesondere als nicht verhältnismäßig ab.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Zu Änderungsantrag 30 (Artikel 6 Nr. 3 (§ 18 Abs. 2 BPflV))

Erweiterung der Nachweispflicht über die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus

Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der Festlegung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung durch den G-BA wird die Nachweispflicht der Krankenhäuser gemäß § 18 Absatz 2 BPflV über die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus erweitert.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen, dass der Gesetzgeber den Anpassungsbedarf der BPflV in Folge der Ausgestaltung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung durch den G-BA anerkennt. Der G-BA wurde mit § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V beauftragt, u. a. *„verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“* festzulegen. Der G-BA hat nunmehr (analog zur Systematik der Psych-PV) die Personalanforderungen für den Tagdienst auf den Stationen festgelegt. Dabei weist der G-BA ausdrücklich darauf hin, dass weiteres therapeutisch-pflegerisches Personal (insbesondere für Nacht- und Bereitschaftsdienste) sowie weitere für die Personalausstattung wesentliche Faktoren (insbesondere Ausfallzeiten), wie bisher in der Psych-PV, nicht von den neuen Mindestanforderungen erfasst werden und daher in den Budgetverhandlungen zusätzlich zu berücksichtigen sind. Insofern ist nachvollziehbar, dass der Nachweis nach § 18 Absatz 2 BPflV im Kontext mit den jährlichen Budgetvereinbarungen nach § 3 BPflV auf das gesamte therapeutische Personal erweitert werden soll.

Allerdings bleibt eine bedeutsame Regelungslücke, da die neuen Qualitätsanforderungen des G-BA in der gesetzlichen Systematik nicht wie die Psych-PV zur Feststellung des gesamten Personalbedarfs angelegt sind, sondern sich die Personalanforderungen nunmehr nach Festlegung des G-BA formal nur auf einen Teil des Personals beziehen. Es war stets das erklärte gesundheitspolitische Ziel, die Versorgungsqualität und Personalausstattung in den Krankenhäusern zu verbessern. Um die vom Gesetzgeber beabsichtigte Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen, muss zwingend klargestellt werden, dass sich die Vorschrift in § 3 Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 BPflV zur Berücksichtigung der Personalanforderungen des G-BA nicht nur auf die Umsetzung der – formal auf den Tagdienst und die Stationen begrenzten – Mindestanforderungen des G-BA, sondern auf das gesamte therapeutische Personal bezieht, das vom Krankenhaus vorzuhalten ist, um die Mindestanforderungen des G-BA erfüllen zu können. Wenn das über die neuen Mindestanforderungen des G-BA hinaus erforderliche, therapeutische Personal in den Budgetverhandlungen nicht berücksichtigt werden muss, würden die ggf. im Tagdienst erreichten Qualitätsverbesserungen durch eklatanten Personalmangel in allen anderen Bereichen konterkariert.

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass auch diese Problematik in der Begründung zum vorliegenden Änderungsantrag Nr. 30 mit der Klarstellung, dass eine über die Mindestvorgaben hinausgehende Vereinbarung von Personal angezeigt ist,

aufgriffen wird. Unverständlich ist allerdings, dass im Folgesatz nur auf Einzelfälle und Besonderheiten abgestellt wird. Da diese Regelungslücke eine systembedingte Folge der Umstellung auf die neuen Mindestanforderungen ist, muss vom Gesetzgeber unmissverständlich anerkannt werden, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser betroffen sind. Eine systemkonforme Anpassung des § 3 Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 BPflV wäre sinnvoll. Hilfsweise könnte der Wortlaut des Gesetzes an dieser Stelle beibehalten werden, sofern an anderer Stelle eine verbindliche Klarstellung erfolgt, dass das in § 3 zur Umsetzung der vom G-BA festgelegten Anforderungen erforderliche Personal auch das über die Mindestanforderung (für den Tagdienst auf den Stationen) hinausgehende, therapeutische Personal umfasst. Sofern eine Anpassung des § 3 Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 nicht beabsichtigt ist, schlagen die Krankenhäuser vor, die notwendige Klarstellung hilfsweise in § 18 Absatz 2 BPflV einzufügen.

Auch wirft die vorgesehene gesetzestechnische Umsetzung zur Erweiterung des Personalnachweises nach § 18 Absatz 2 BPflV Fragen auf. Sofern sich der Nachweis, hier im Kontext mit der jährlichen Vereinbarung des Gesamtbetrages, auf das gesamte therapeutische Personal beziehen soll, ist nicht nachvollziehbar, warum dann noch die Einhaltung der auf einen Teil des Personals begrenzten Mindestanforderungen oder die Berechnungsformeln des G-BA zum Umsetzungsgrad an dieser Stelle von Relevanz sind. Der G-BA hat hierzu bereits umfassende Berichts- und Informationspflichten vorgesehen. Für die gesundheitspolitische Frage, inwieweit die Krankenhäuser das erforderliche Personal beschäftigen, ist der Umsetzungsgrad des gesamten therapeutischen Personals, und nicht nur das Personal im Tagdienst auf den Stationen, von Interesse. Auch für die PEPP-Kalkulation durch das InEK ist nicht die quartalsbezogene Erfüllung von Mindestanforderungen in den einzelnen Berufsgruppen sondern das im Budget- bzw. Kalkulationsjahr erforderliche und beschäftigte Personal relevant.

Aus diesen Gründen sollte die gesetzestechnische Umsetzung so erfolgen, dass sich der Nachweis nach § 18 Absatz 2 BPflV im Kontext mit der Budgetvereinbarung grundsätzlich auf das gesamte erforderliche und vereinbarte therapeutische Personal bezieht. Die anschließenden Vorschriften in § 18 Absatz 2 BPflV zur Differenzierung des Nachweises nach Berufsgruppen sowie zum Mittelverwendungsnachweis können dann unverändert bleiben.

Änderungsvorschlag

In § 18 Absatz 2 BPflV wird nach Satz 3 der folgende Satz eingefügt (anstatt der im Änderungsantrag Nr. 30 vorgesehenen Anfügung an Satz 3):

„Der Nachweis nach Satz 3 umfasst das für die Umsetzung der Personalanforderungen des G-BA gemäß § 3 Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 BPflV im Gesamtbetrag zu berücksichtigende Personal und somit auch das über die vom G-BA geregelten Personalanforderungen hinausgehende therapeutische Personal.“

Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf

I. Ergänzung der Aufgaben des Schlichtungsausschusses Bund (§ 19 KHG (neu))

Stellungnahme

Gemäß dem neu gefassten § 19 Absatz 2 soll die Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene in der verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung bestehen. Ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene ist jedoch nicht nur im Hinblick auf die Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen von großer Bedeutung, sondern auch im Hinblick auf die Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V. Auch hier kann sich bezüglich der Kontrollergebnisse Klärungsbedarf zu strittigen Fragen von grundsätzlicher Bedeutung ergeben. Um diese Fragen zu identifizieren und einheitlich klären zu können, sind die vom MD durchzuführenden Qualitätskontrollen und ihre Ergebnisse bei der neuen Ausgestaltung des Schlichtungsausschusses Bund zu berücksichtigen. Durch eine Bearbeitung dieser Fälle zentral auf der Bundesebene anstatt individuell auf der Ortsebene lassen sich schneller Handlungs- bzw. Klarstellungsbedarfe bezüglich der Vorgaben zu den Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V erkennen. Durch daraufhin beispielsweise folgende Anpassungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V würden sich weitere Streitfälle vermeiden lassen. Deshalb ist eine entsprechende Änderung des § 19 KHG erforderlich.

Änderungsvorschlag

Die Überschrift des § 19 KHG wird wie folgt ergänzt:

Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen ***sowie strittiger Fragen der Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V***.

Die Absätze 2, 4, 5, 6 werden wie folgt ergänzt:

(2) Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen ***sowie strittiger Fragen der Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V*** von grundsätzlicher Bedeutung.

(4) Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung ***über strittige Kodier- und Abrechnungsfragen*** sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle Krankenhausabrechnungen, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gestellt werden, sowie für Abrechnungen,

die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

(5) ***Bezüglich strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen entscheidet der*** ~~*Der*~~ Schlichtungsausschuss ~~entscheidet~~ bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.

(6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats unmittelbar verbindlich; die Entscheidungen ***über strittige Kodier- und Abrechnungsfragen*** des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln.

II. Entfall der Beauftragung des MD durch eine zuständige Stelle zur Durchführung von Qualitätskontrollen (§§ 137 Absatz 3 sowie 275a SGB V)

Stellungnahme

Wie unter der Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 25 (§§ 278 bis 283 SGB V (neu)) I. erörtert, ist es zwingend erforderlich, dass Qualitätskontrollen gemäß § 275a SGB V getrennt von Abrechnungsprüfungen durchgeführt werden. Ansonsten kommt es unweigerlich zu einem systematischen Fehler, der die qualitätsverbessernde Wirkung reduziert oder verhindert. Daher ist zum einen die geforderte organisatorische und personelle Trennung der Durchführung von Qualitätskontrollen und Abrechnungsprüfungen unabdingbar. Zum anderen muss der unabhängige MD die Qualitätskontrollen eigenständig ohne externe Beauftragung durchführen können. Die Ausgestaltung der Qualitätskontrollen muss hinsichtlich Anlass und Zielsetzung die Qualitätsverbesserung im Fokus haben. Um dies zu gewährleisten und sicherzustellen, dass bei den Qualitätskontrollen keine Partialinteressen im Vordergrund stehen, hat eine unabhängige Institution (der MD) über die Durchführung der Qualitätskontrollen zu entscheiden. Die für das Ziel der Qualitätsverbesserung erforderliche Trennung zwischen Qualitätskontrolle und Abrechnungsprüfung ist nicht gegeben, wenn der MD verpflichtet ist, aufgrund der Beauftragung durch die Krankenkassen zu handeln. Vielmehr hat der MD anhand eingehender Meldungen möglicher Anhaltspunkte für eine Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen darüber zu entscheiden, ob aufgrund der gemeldeten Anhaltspunkte eine Qualitätskontrolle erforderlich ist. Deshalb ist eine entsprechende Änderung des § 275a SGB V und § 137 Absatz 3 SGB V erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 275 a SGB V ist wie folgt zu ändern:

(1) Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 ***eigenständig nach Maßgabe der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3*** Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. ~~Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde.~~ Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.

(2) Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach ***den Anhaltspunkten für die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen*** ~~dem konkreten Auftrag, den die in den Absätzen 3 und 4 genannten Stellen erteilen~~. ~~*Der Auftrag*~~ ***Die Qualitätskontrolle*** muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. Gegenstand dieser ***Kontrolle*** ~~Aufträge~~ können sein

1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c,
2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese ~~dem Auftraggeber nach Absatz 3 oder Absatz 4 sowie~~ dem Krankenhaus unverzüglich mit ***und entscheidet anhand selbiger, ob der Einbezug dieser Anhaltspunkte in die Qualitätskontrolle erforderlich ist***. Satz 2 gilt nicht für Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten nach § 137 Absatz 3 Satz 1.

(3) ~~Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen den Medizinischen Dienst nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 und 2.~~ Soweit ~~der Auftrag auch eine~~ ***die*** Kontrolle ~~der~~ ***die*** Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat ~~und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat~~.

(4) ***Abweichend von Absatz 1 Satz 1 kann der*** ~~Der~~ Medizinische Dienst ~~kann auch~~ von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.

§ 137 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

In Satz 2 werden die Wörter „welche Stellen die Kontrollen beauftragen“ ersatzlos gestrichen.

III. Herstellung von Transparenz der Ermittlung der bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung durch den GKV-Spitzenverband

Stellungnahme

Die im Gesetzentwurf neu aufgenommenen Pflichten zur Datenübermittlung dienen überwiegend der Erhöhung der Datentransparenz von Krankenhausabrechnungen aus Krankenkassensicht. Hiervon sind primär Krankenhäuser betroffen.

Angaben der Krankenkassen, die für die korrekte Rechnungslegung der Krankenhäuser mittelbar oder unmittelbar erforderlich sind, müssen aber ebenfalls als verpflichtende Mitteilung festgelegt werden. Dies wurde am Beispiel der Pflegegrade offensichtlich, dessen Angabe den Krankenhäusern bei der Abrechnung entsprechender Zusatzentgelte von Krankenkassen oft verweigert wurde. Der Handlungsbedarf wurde vom Gesetzgeber erkannt und durch § 301 Abs. 2a SGB V geregelt.

Es besteht nun erneut Handlungsbedarf, Übermittlungspflichten der Krankenkassen verbindlich festzuschreiben:

1. § 275c Abs. 1 SGB V legt als maßgeblichen Zeitpunkt für die Frist zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung den „Eingang“ der Rechnung bei der Krankenkasse fest. Das hier einschlägige Verfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V unterscheidet unterschiedliche technische Annahmeprüfungen auf Seiten der Krankenkasse (technische und Prüfungen auf Ebene der Fachverfahren). In der Vergangenheit erwies sich die Möglichkeit für Krankenkassen, eine technisch korrekte Rechnung auch nach Monaten noch inhaltlich zurückzuweisen und bei Neuübermittlung durch das Krankenhaus eine MDK-Prüfung einzuleiten (und damit effektiv die 6-Wochen-Frist auszuhebeln), als strategieanfällig. Es ist daher notwendig, die technisch korrekt zugegangene Rechnung seitens der Krankenkasse zu bestätigen, möglichst innerhalb von 3 Werktagen. Bei Fristablauf und Nichtmeldung müsste das Krankenhaus davon ausgehen können, dass die Rechnung korrekt zugestellt ist. Es besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf, die Krankenkassen zu einer abschließenden Prüfung der technisch korrekt übermittelten Rechnung binnen drei Werktagen verbunden mit einer Quittierung zu verpflichten, um Rechtssicherheit für das Krankenhaus herzustellen.

2. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 275 Absatz 4 SGB V eine Reihe von Daten krankenhausindividuell auszuweisen und zu veröffentlichen. Lediglich die Prüfquoten werden detailliert nach Krankenkassen veröffentlicht, die anderen veröffentlichten Daten gemäß § 275c Abs. 4 Satz 3 Nummer 1 bis 3 SGB V stehen nur aggregiert zur Verfügung.

Bilden die veröffentlichten Daten, z. B. aufgrund einer fehlerhaften Zuordnung bei der Übermittlung der Krankenkasse an den GKV-Spitzenverband gem. § 275c Abs. 4 Satz 2 SGB V, die Prüfrealität nicht korrekt ab, besteht für das Krankenhaus weder im Wege der Datenübertragung nach § 301 Abs. 3 SGB V noch in dem nach § 17c Abs. 2 KHG zu etablierenden Datenübermittlungsverfahren an den MD die Möglichkeit, etwaige Abweichungen transparent nachzuvollziehen. Fehler oder abweichende Zählweisen beanstandeter Fälle können daher schon nicht auf einzelne Krankenkassen oder gar auf konkrete Abrechnungsfälle zurückgeführt werden.

Daher ist es erforderlich, dass die Krankenkassen die für die Zählung maßgeblichen Einleitungen von Abrechnungsprüfungen im Wege der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V den Krankenhäusern fallbezogen mitteilen. Hierzu können bereits bestehende Datenstrukturen verwendet werden. Insbesondere das für Frist- und Zählungszwecke wichtige Beauftragungsdatum des MD durch die Krankenkasse wäre hierbei für die Krankenhäuser notwendig, um die Nachvollziehbarkeit der veröffentlichten Daten zu gewährleisten. Ggf. auftretende Abweichungen könnten im Dialog mit der Krankenkasse frühzeitig geklärt werden. Nur wenn das durch den GKV-Spitzenverband veröffentlichte Gesamtergebnis nicht den übermittelten Angaben je Krankenkasse entspricht, ist eine Klärung mit dem GKV-Spitzenverband erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 301 Abs. 2a SGB V wird wie folgt gefasst:

(2a) Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat. Während des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin haben die Krankenkassen dem Krankenhaus Änderungen eines bestehenden Pflegegrades des Patienten oder der Patientin sowie beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad durch einen Patienten oder eine Patientin zu übermitteln. ***Die Krankenkasse prüft eingehende Rechnungen innerhalb von 3 Werktagen auf technisch vollständige und korrekte Übermittlung. Entspricht die Rechnung den technischen Vorgaben der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, ist dies dem Krankenhaus gegenüber innerhalb von 3 Werktagen nach Eingang der Rechnung zu quittieren. Unterbleibt eine fristgemäße Quittierung oder Rückweisung der Rechnung auf Basis der vereinbarten technischen Prüfungen, gilt die Rechnung als technisch korrekt übermittelt. Die Quittierung ist Voraussetzung für das Verfahren nach der Vereinbarung gem. § 17c Abs. 2 KHG Satz 1. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus unter Angabe des Beauftragungszeitpunktes unverzüglich mit, wenn der MD zu einer vorliegenden Rechnung mit einer Abrechnungsprüfung im Sinne des § 275c Abs. 1 Satz 3 SGB V beauftragt wurde. Die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse nach Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst ist dem Krankenhaus unverzüglich und unter Angabe aller für die abschließen-***

de Rechnungsanpassung notwendigen Angaben in strukturierter Form mitzuteilen. Die Übermittlung nach den Sätzen 1 ~~und 2~~ ***bis 7*** hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen.

IV. Konkretisierung der „Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung“

Stellungnahme

Zentraler Streitpunkt zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Fällen der Sekundären Fehlbelegung ist oftmals die Frage nach der Notwendigkeit eines weiteren Verbleibs austherapierter Patienten im Krankenhaus aufgrund zum Entlassungszeitpunkt nicht bestehender Nachsorgemöglichkeiten, z.B. wegen fehlender Plätze in Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen etc. Die Entlassung entsprechend nachsorgebedürftiger Patienten in ihr jeweiliges häusliches Umfeld – auch nur übergangsweise – kommt oftmals auch nicht in Betracht, da die Patienten nicht über ein entsprechendes soziales Umfeld verfügen und z.B. Angehörige für die Betreuung der Patienten nicht zur Verfügung stehen. Um somit den Behandlungserfolg nicht zu gefährden und auch haftungsrechtliche Risiken zu vermeiden, entscheiden sich viele Krankenhäuser dazu, die Patienten auch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung weiterhin in der Krankenhausversorgung zu belassen, was von den Krankenkassen dann als sekundäre Fehlbelegung eingestuft wird und mit Rechnungskürzungen verbunden ist.

Dieses Vorgehen wurde durch den seinerzeit vielbeachteten Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25.09.2007 - GS 1/06 - bestätigt. In diesem Verfahren war der Große Senat aufgrund divergierender Rechtsauffassungen des 1. und 3. Senats dazu aufgefordert, über die Anforderungen der Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung zu entscheiden. Dabei kam der Große Senat zu folgendem Ergebnis:

> *„Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach den **medizinischen** Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus **anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen** eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und **wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtun**g vorübergehend im Krankenhaus bleiben muss.“*

Aus Sicht des Großen Senats sei die gesetzliche Krankenversicherung eine Versicherung gegen Krankheit, welche die Aufgabe habe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder deren Gesundheitszustand zu bessern. Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre dagegen nicht, die für eine erfolgreiche Krankenbehandlung notwendigen gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen zu schaffen oder entsprechende Defizite durch eine Erweiterung des gesetzlichen Leistungsspektrums auszugleichen. Für derartige Risiken hätten die Krankenkassen nicht einzustehen.

Diese Rechtsprechung und die nachfolgenden, darauf basierenden Urteile des BSG haben dazu geführt, dass in ähnlich gelagerten Fällen einer sekundären Fehlbelegung von Seiten der Krankenkassen ausschließlich darauf abgestellt wurde, ob der Patient „theoretisch“ entlassen werden kann. Aspekte, die darauf hindeuten, dass der Patient rein „tatsächlich“ aber nicht entlassen werden kann, da keine entsprechende Nachsorgemöglichkeit zum Zeitpunkt der Entlassung existiert, bleiben – getreu der Rechtsprechung des Großen Senats – stets unberücksichtigt. Das vom Gesetzgeber als eine Reaktion auf die Rechtsprechung des Großen Senats zunächst eingeführte Versorgungsmanagement, welches später als Entlassmanagement Bestandteil der Krankenhausbehandlung wurde, hat die grundsätzliche Problemlage nur unwesentlich entschärft. Vielmehr kann ein Entlassmanagement einen Patienten immer nur in tatsächlich auch bestehende Versorgungsmöglichkeiten überleiten. Eine Erweiterung dieser – im stationären Bereich z.T. sehr begrenzten – Möglichkeiten wird nicht erreicht. Die Risiken der bestehenden Defizite im Leistungsspektrum der Nachsorge werden damit auf die Krankenhäuser übertragen, was im Ergebnis nicht hinnehmbar ist.

Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Aufnahme einer klarstellenden Regelung, welche deutlich macht, dass sich die „Erforderlichkeit“ der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht nur nach medizinischen Aspekten bemisst, sondern in Fällen einer Entlassung auch zu berücksichtigen ist, ob nach der Entlassung eines nachsorgepflichtigen Patienten eine adäquate Nachsorge auch tatsächlich gewährleistet ist und das dabei auch soziale Faktoren, auf Grund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich ist, wie z . B. die fehlende Kommunikationsmöglichkeit oder mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten, berücksichtigt werden müssen.

Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1 wird um einen neuen Satz 2 ergänzt:

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. ***Hierbei ist die tatsächliche Versorgungssituation im Versorgungsbereich des Krankenhauses maßgeblich; soziale Faktoren sind zu berücksichtigen.***

V. Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen im Pflegebudget

In ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung haben sich die Länder unter Ziffer 15 für eine Erhöhung der anrechenbaren pflegeentlastenden Maßnahmen von 3 auf 5 Prozent ausgesprochen. Die Krankenhäuser bedauern, dass diese Forderung der Länder bislang keinen Eingang in das Gesetzgebungsverfahren gefunden hat und fordern die nachfolgende gesetzliche Anpassung:

Änderungsvorschlag:

In § 6a Abs. 2 KHEntgG werden die Sätze 6 bis 8 durch folgende Sätze ersetzt:

„Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, sind diese Kosten bis zu einer Höhe von 5 % bei der Vereinbarung des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit ist auszuschließen.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(19)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
10.10.2019

Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) BT-Drucksache 19/13397

und

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD Ausschussdrucksache 19(14)104.1

Stand 10.10.2019

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen ... 4
Kommentierung des Gesetzentwurfs ... 8
Organisationsreform der MDKn ... 8
§ 275 Absatz 1: Begutachtung und Beratung ... 8
§ 278 Absatz 1 (neu): Medizinischer Dienst ... 8
§ 328 Absatz 6 Satz 1: Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund ... 8
§ 279 Absatz 4 bis 6 (neu): Verwaltungsrat und Vorstand ... 10
Organisationsreform des MDS ... 13
§ 281 Absatz 1 (neu): Medizinischer Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht ... 13
§ 282 Absatz 2 (neu): Medizinischer Bund, Verwaltungsrat, Vorstand ... 13
§ 283 Absatz 2 (neu): Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund ... 13
Aufrechnungsverbot ... 15
§ 109 Absatz 6: Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern ... 15
Ambulantes Operieren (AOP) ... 17
§ 115b Absatz 1 und 2: Ambulantes Operieren im Krankenhaus ... 17
§ 275c Absatz 1: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst ... 19
Quotierung/Obergrenzen von Prüfung ... 21
§ 275c Absatz 2: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst ... 21
§ 275c Absatz 3: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst ... 27
Keine Prüfung von Pflegeentgelten und Struktur-OPS ... 29
§ 275 c Absatz 6: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst ... 29
Strukturprüfung ... 31
§ 275d: Prüfung von Strukturmerkmalen ... 31
Verbindlichkeit der Rechnung ... 34
§ 17c Absatz 2a (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik ... 34
Entlastung der Gerichte; Vergleichsvertrag ... 36
§ 17c Absatz 2b (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik ... 36
Fixkostendegressionsabschlag ... 39
§ 4 Absatz 2a Satz 2: Vereinbarung eines Erlösbudgets ... 39
Kommentierung Änderungsanträge ... 41

Änderungsantrag 12: Ausübung des Krankenkassenwahlrechts 41

Artikel 1 Nummer 10c (§ 175 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 29b (§ 304 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 15 (Inkrafttreten) **41**

Änderungsantrag 27: Übergangsregelung Pflegebudget 43

§ 15 Absatz 2a: Laufzeit **43**

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf für bessere und unabhängigere Prüfungen (kurz: MDK-Reformgesetz) verfolgt der Gesetzgeber vorgeblich das Ziel, den Medizinischen Dienst zu stärken. Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen verfehlen die nun mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Neuregelungen ihr Ziel und werden nicht zur Lösung der Problemlage beitragen.

Darüber hinaus sollen mit dem Gesetzentwurf Anreize für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen und eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung geschaffen werden.

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich den Versuch, den jahrelang immer wieder strittig diskutierten Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnungsprüfung Herr zu werden. Sie wehren sich aber gegen die Schaffung von „prüffreien Räumen“, die letztendlich dazu führen, dass die Krankenkassen Beitragsgelder für unkorrekte Krankenhausrechnungen aufwänden müssten.

Organisationsreform der MDKn und des MDS

Allen voran üben die Innungskrankenkassen Kritik an der tiefgreifenden Neuorganisation der Medizinischen Dienste, die nicht mit dem Stichwort „Stärkung der Unabhängigkeit“ begründbar ist. Hierzu zählt die Neustrukturierung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste. Bereits heute ist die Einflussnahme des Verwaltungsrates auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung der einzelnen medizinischen Sachverhalte mit der bisherigen Organisationsstruktur der Medizinischen Dienste ausgeschlossen. Der Verwaltungsrat ist in die Begutachtung von Fällen weder einbezogen, noch kann er hier eingreifen. Dagegen gehören zu seinen Aufgaben die Verwaltung von Finanz-, Personal- und Organisationsfragen der MD. Warum hier zukünftig auch andere Vertreter und nicht ausschließlich die Trägerorganisationen in die Beratung eingebunden werden und zum Teil Entscheidungsbefugnis erhalten, erschließt sich nicht.

Vielmehr ist die Neuorganisation ein weiterer tiefer Einschnitt in den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung. Die geplanten Regelungen haben eine Schwächung der sozialen Selbstverwaltung zur Folge, so dass die funktionale Aufgabenerledigung der MD erschwert wird. Auch wenn die im Gesetzentwurf durch die Selbstverwaltung zu benennenden Vertreterinnen und Vertreter der Kranken- und Pflegeversicherung jetzt zahlenmäßig wieder die Mehrheit stellen, so fehlt Ihnen jedoch die Anbindung an das GKV-System. Sie dürfen keinem (Selbst)Verwaltungsgremium der Kranken- und Pflegekassen angehören. Aufgrund einer vorgegebenen Karenzzeit von 12 Monaten wird es künf-

tig keine Expertise zu Bedarfen der Versicherten der Krankenkassen sowie von Personen mit operativer Erfahrung der Krankenkassen geben. Mit dem Ausschluss der aktiven Selbstverwalter geht z. B. Erfahrung aus der Arbeit in den Widerspruchsausschüssen der Krankenkassen verloren. Der Verwaltungsrat kann zukünftig dem Anspruch und den Anforderungen der MD nicht mehr gerecht werden.

Nur die Mitglieder der Selbstverwaltung sind aufgrund der Sozialwahlen für die Wahrnehmung der Aufgaben in den Gremien der MD ausreichend legitimiert. Nur durch eine entsprechende, ausschließlich ehrenamtliche Besetzung kann die Unabhängigkeit der MD nachhaltig gestärkt werden.

Die angedachte Organisationreform unterläuft nicht nur das Ziel der Unabhängigkeit, sie konterkariert die Funktionsfähigkeit der MD als Dienstleister. Die MD haben eine Vielzahl von Aufgaben, dazu zählen Pflegebegutachtung, AU-Begutachtungen, sozialmedizinische Beratung, Unterstützung der Kassen bei der wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten, Krankenhausrechnungsprüfung sowie die medizinische Systemberatung bei den Kompetenz-Zentren. Dieser Aufgabenvielfalt tragen die Neuregelungen nicht Rechnung. Mittelbar kann durch die Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD keine neutrale Begutachtung und Wahrnehmung der Aufgaben mehr erfolgen – evtl. sind einzelne Aufgaben durch die Strukturreform in ihrer Umsetzung sogar gefährdet.

Abrechnungsprüfung im Krankenhaus

Im Bereich der Krankenhausabrechnungen justiert der Gesetzentwurf vor allem die Rahmenbedingungen für die Abrechnung und die Prüfung von Krankenhausleistungen neu. Positiv hervorzuheben sind neben der Etablierung von Strukturprüfungen bei fehlender Leistungsvoraussetzung, der Bereinigung der im internationalen Vergleich massiven Fehlbelegung durch eine Ausweitung des Katalogs sektorengleich vergüteter Leistungen und der Verbindlichkeit der vom Krankenhaus gestellten Rechnung ebenso Rechnungsaufschläge für Falschabrechnungen. Sie können abhängig von ihrer Umsetzung dazu beitragen, die Notwendigkeit der Rechnungsprüfung zu reduzieren und Prüfaufwände gar nicht erst entstehen zu lassen. Allerdings sind hierfür noch ein paar wesentliche Klarstellungen, weiterführende Regelungen und mutigere Schritte von Nöten.

Die Regelungen führen allerdings zu Mehrausgaben und strategischen Fehlanreizen. Feststeht, dass jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 Prozent) 2017 fehlerhaft war. Als Folge daraus mussten Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Mrd. Euro an Krankenkassen zurückzahlen. Nimmt man die Perspektive der Versicherten und Arbeitgeber ein, sind dies Beitragsgelder, die ohne eine Prüfung für die Versorgung an anderer Stelle gefehlt hätten!

Die Grundidee des Gesetzgebers, Prüfungen der Krankenhausabrechnungen nicht zu einem Wettbewerbsfeld der GKV zu machen und diese bedenkliche Entwicklung zu beenden, befürworten die Innungskrankenkassen. Sie resümieren aber auch, dass es mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nur bedingt gelingen wird. Schade, dass der Gesetzgeber die jüngste sehr klare Analyse des Bundesrechnungshofes kaum berücksichtigt, sondern deren Erkenntnisse ignoriert oder sogar konterkariert.

Der Bericht des Bundesrechnungshofs 2019 attestierte, dass es „wesentliche strukturelle Mängel“ bei der Abrechnung zwischen Kliniken und Kassen gibt. Als Grund für die häufigen Falschabrechnungen benannten die Prüfer, dass es derzeit kaum Konsequenzen für die Krankenhäuser nach sich zieht, falsch abzurechnen. Der Bundesrechnungshof fordert, dass konkrete „Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten“ geschaffen werden müssen. Dem Bundesrechnungshof folgend haben die Krankenkassen sogar zu wenige auffällige Rechnungen gemeldet und geprüft.

Mit der Neuordnung der Krankenhausabrechnungsprüfungen reagiert der Gesetzgeber zwar nun auf das letzte Gutachten des Bundesrechnungshofes und reduziert die Arbeitsbelastung der MD. Er beschneidet aber im gleichen Zuge in inakzeptabler Weise die Prüfrechte der GKV und läuft damit den Hinweisen des Bundesrechnungshofes diametral entgegen. Die Ausgestaltung der geplanten Regelungen wie etwa die Begrenzung die Gesamtzahl der Abrechnungsprüfungen führt dazu, dass Abrechnungen prüfungsfrei gestellt werden (in Bezug auf medizinische Sachverhalte). Eine fixe Prüfquote kann sich als strategieanfällig erweisen und verhindert eine weitere Prüfung. Sie verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot der Sozialgesetzgebung. Jede Leistung, die offensichtlich nicht zweckmäßig und unwirtschaftlich war oder das Maß des Notwendigen überschritt, muss geprüft werden dürfen. Darüber hinaus werden einzelne Bereiche (u. a. Pflegeentgelte) grundsätzlich ausgenommen. Kliniken können somit gefahrlos und sanktionsfrei überhöhte Abrechnungen erstellen.

Eine Falschabrechnung ist kein Kavaliersdelikt. Ein 25- bis maximal 50-prozentiger Aufschlag auf den Korrekturbetrag der Rechnung ist angemessen. Eine Begrenzung auf 1.500 Euro pro Fall verfehlt ihre Zielsetzung. Die Anreizwirkung geht für hochpreisige Abrechnungsfälle, die fehlerhaft sind, verloren. Ein vorgesehenes Aufrechnungsverbot wird zu einer weiteren Zunahme der Klageverfahren und zu einer nicht akzeptablen einseitigen Verlagerung des Prozessrisikos auf die Krankenkassen führen. Gutachten der MD sollten auch für die Leistungserbringer als bindend gelten und damit eine Aufrechnung bei Krankenhausabrechnungen als zulässiges Mittel gerechtfertigt sein.

Im Sinne der Beitragszahler sollte der Gesetzgeber bei einer Weiterentwicklung der Prüfungssystematik dafür Sorge tragen, Fehlanreize im Verfahren auszuschließen und Manipulationsstrategien entgegenzuwirken.

Veränderung des Kassenwahlrechtes

Durch die Neuregelung bei der Ausübung des Kassenwahlrechtes, speziell durch die Absenkung und Erweiterung der Außer-Kraft-Setzung der Bindungsfrist, wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weiter verschärft. Die Erweiterung der unmittelbaren Wechseloption bei Eintritt in ein neues versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis kann Arbeitnehmer potenziell unter externen Entscheidungsdruck setzen. Es war bislang Grundsatz der Gesetzgebung, das Wechselrecht alleine in die Entscheidungsbefugnis des Mitglieds der Krankenkassen zu legen. Die vorliegende Regelung hebt diese Befugnis auf. Deshalb lehnen die Innungskrankenkassen sowohl die Erweiterung die Absenkung der Bindungsfrist wie deren weitere Aussetzung ab.

Der Gesetzgeber erweitert die Kündigungs- und Wechselmöglichkeiten, ohne die Voraussetzungen für einen Qualitätswettbewerb zu schaffen. Im Zusammenhang mit den an anderer Stelle gesetzten reinen Preissignalen wird hier ein falscher Weg beschritten. Die Versicherten müssen erkennen können, welche Krankenkasse die beste Versorgung bietet. Einer Verschärfung des Wettbewerbs sollte zwingend eine Qualitätstransparenz in der GKV vorausgehen.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Gesetzentwurfs

Organisationsreform der MDKn

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7a)

§ 275 Absatz 1: Begutachtung und Beratung

Nr. 11)

§ 278 Absatz 1 (neu): Medizinischer Dienst

§ 328 Absatz 6 Satz 1: Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) soll zukünftig Medizinischer Dienst (MD) heißen. In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst (MD) als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte und mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden ein gemeinsamer Medizinischer Dienst (MD) errichtet werden.

Bewertung

Der vorliegende Entwurf für ein MDK-Reformgesetz enthält verschiedene Regelungen, die grundsätzlich geeignet sind, die Aufgabenwahrnehmung und damit die Medizinischen Dienste zu stärken. Dies gilt insbesondere für die vorgesehene Angleichung der bislang unterschiedlichen Rechtsformen der Medizinischen Dienste. Die Innungskrankenkassen haben sich bereits in der Vergangenheit für eine einheitliche Organisationsstruktur ausgesprochen und gefordert, dass die bisherige Aufteilung zwischen Körperschaften öffentlichen Rechts und eingetragenen Vereinen zugunsten der Verkörperschaftlichung aller MDKn beendet werden sollte. Somit kann die sozialpartnerschaftliche Verankerung der Medizinischen Dienste gefestigt werden.

Die nun vorgesehene einheitliche Ausgestaltung als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Beibehaltung der föderalen Struktur wird daher von den Innungskrankenkassen begrüßt. Sie bildet die öffentlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. Dies gilt auch für den MDS.

Leider werden die vorstehenden positiven Ansätze durch die verfehlten Organisationsregelungen entwertet. Die aufgrund der Überführung der Vereine in Körperschaften öffentlichen Rechts entstehenden rechtlichen Probleme sind überdies nicht gelöst.

Änderungsvorschläge

Keine

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25)

§ 279 Absatz 4 bis 6 (neu): Verwaltungsrat und Vorstand

Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Neuorganisation der Medizinischen Dienste werden die Verwaltungsräte neu zusammengesetzt. Danach sollen sechzehn Vertreterinnen und Vertreter von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt werden. Für die Vertreter der Krankenkassen wird einschränkend geregelt, dass es sich weder um Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände handeln darf, noch dürfen die Mitglieder hauptamtlich Beschäftigte bei Krankenkassen und deren Verbänden sein. Dabei gilt eine 12-monatige Karenzzeit.

Im Weiteren sollen sieben Vertreter von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt werden. Dabei handelt es sich um fünf 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 im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen sowie zwei Vertreter zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern. Die zwei Vertreter der Landespflegekammern oder der Pflegeberufe und der Landesärztekammer haben kein Stimmrecht.

Die Finanzierung der neuen Medizinischen Dienste erfolgt wie bisher durch die Krankenkassen per Umlage. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage (vgl. § 280).

Bewertung

Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste werden in der Besetzung vollständig umgestaltet. Zwar stellen die durch die Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegeversicherungen zu benennenden Vertreter in den Verwaltungsräten der MD eine Mehrheit, da sie jedoch entsprechend der gesetzlich vorgesehenen Regelung keinem Selbstverwaltungsgremium der Kranken- und Pflegekassen angehören dürfen, fehlt ihnen die Anbindung an das System der GKV. Die Aufwertung der Stimmen der Vertreter der Kranken- und Pflegeversicherung vom Referenten- zum Gesetzentwurf wird von den In-

nungskrankenkassen als positives Signal angesehen. Da es sich bei den Vertretern jedoch weder um Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände handeln darf und zusätzlich eine Karenzzeit von 12 Monaten besteht, wird das Mitspracherecht der sozialen Selbstverwaltung erheblich beschnitten. Eine durch Sozialwahlen legitimierte Selbstverwaltung ist jedoch ein Wesensmerkmal der Sozialversicherung.

Die Beteiligung von Vertretern der Patienten und Betroffenen kann dazu beitragen, die Transparenz über die Arbeit der Medizinischen Dienste und damit die Akzeptanz weiter zu erhöhen. Ein Stimmrecht für diese Gruppe sollte jedoch nicht vorgesehen werden, da diese Vertreter nicht durch die Sozialwahlen legitimiert sind. Bereits heute sind Patientenvertreter in den Beiräten der MDKn vertreten. Dies hat sich bewährt.

Auch wenn im Gesetzentwurf die berufsständischen Vertreter im Gegensatz zum Referentenentwurf kein Stimmrecht mehr erhalten sollen, lehnen die Innungskrankenkassen deren Einbeziehung ab.

Die Innungskrankenkassen lehnen daher die Neuorganisation der Medizinischen Dienste in der vorliegenden Form ab. Die Unabhängigkeit der Begutachtung durch die MDKn ist im § 275 Abs. 5 SGB V gesetzlich verankert. Bereits heute agiert der Verwaltungsrat der MDKn unabhängig. Seine Einflussnahme auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten ist bereits heute ausgeschlossen. Der Verwaltungsrat ist weder in die eigentliche Begutachtung von Fällen einbezogen, noch greift er darin ein.

Die vorgesehenen Änderungen konterkarieren die Funktionsfähigkeit und die Dienstleistungsfunktion der MDKn. Die Medizinischen Dienste haben eine Vielzahl von Aufgaben, dazu zählen Pflegebegutachtung, AU-Begutachtungen, sozialmedizinische Beratung, Unterstützung der Kassen bei der wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten, Krankenhausrechnungsprüfung sowie der medizinischen Systemberatung bei den Kompetenz-Zentren. Dieser Vielfalt der Aufgaben tragen die Neuregelungen keine Rechnung. Mittelbar droht, dass künftig keine neutrale Begutachtung und Wahrnehmung der Aufgaben mehr erfolgt – evtl. sind einzelne Aufgaben durch die Strukturreform in ihrer Umsetzung sogar gefährdet.

Der Eingriff in die Verwaltungsräte der MD wird daher strikt von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Die Innungskrankenkassen sprechen sich für eine explizite Regelung aus, die eine ausschließliche Besetzung der Verwaltungsräte durch die Selbstverwaltung vorsieht und damit lediglich ehrenamtliche Vertreter der Krankenkassen als Mitglieder der Verwaltungsräte anerkennt.

Die Innungskrankenkassen setzen sich für die Beibehaltung der Trägerschaft der Medizinischen Dienste in der Hand der Krankenkassen ein. Da die Krankenkassen die

Dienstleistungen der MD finanzieren, sollten sie auch über die alleinigen Entscheidungskompetenzen verfügen. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen müssen im Rahmen einer Neuorganisation der Medizinischen Dienste zwingend alle in der Region vertretenen Kassenarten bei der Besetzung des Verwaltungsrates ausreichend berücksichtigt sein.

Änderungsvorschlag

§ 279 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

„Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. ~~Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände sind oder innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates waren, können nicht gewählt oder benannt werden.~~“

Organisationsreform des MDS

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25)

§ 281 Absatz 1 (neu): Medizinischer Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

§ 282 Absatz 2 (neu): Medizinischer Bund, Verwaltungsrat, Vorstand

§ 283 Absatz 2 (neu): Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Beabsichtigte Neuregelung

Der MDS wird vom GKV-Spitzenverband gelöst und künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt. Die Mitglieder der MD sind Mitglieder des neu geschaffenen MD Bund.

Der MD Bund-Verwaltungsrat verfügt entsprechend des MD-Verwaltungsrates über 23 Mitglieder. Die Wahl erfolgt über die Verwaltungsräte der MD. Der MD Bund-Verwaltungsrat setzt sich aus fünf Vertretern, die 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 im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen, Patientenorganisationen, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen zusammen. Hinzu kommen zwei Vertreter zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern der Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammern. Weitere 16 Vertreter werden auf Vorschlag der Kranken- und Pflegeversicherung benannt.

Der MD Bund legt künftig die Richtlinien der Arbeit der MD fest. Dies betrifft u. a. die Festlegung von Kriterien bei der Beauftragung von externen Gutachtern durch die MD. Beim Erlass von Richtlinien sind die betroffenen Stellen, wie der GKV-Spitzenverband, miteinzubeziehen. Die MD wirken ebenfalls an den Richtlinien mit. Die Finanzierung des MD Bund erfolgt über eine Umlage der MD. Der MD Bund legt zudem dem BMG zweijährlich einen Bericht über die MD vor.

Bewertung

Auch hier gilt, dass die Innungskrankenkassen die Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes im Verwaltungsrat des MD Bund und einem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkassen oder einem Verband ablehnen (vgl. § 279 Absatz 3).

Durch die vorgesehene Strukturreform wird die notwendige, austarierte Abstimmung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem MD Bund gefährdet. Die Innungskrankenkassen setzen sich dafür ein, die Abtrennung des MD Bund vom GKV-Spitzenverband zurückzunehmen und dass Selbstverwaltungsvertreter des MD Bund auch in Zukunft aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes gewählt werden.

Änderungsvorschlag

Diese Regelung ist vollständig zu streichen.

Aufrechnungsverbot

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6)

§ 109 Absatz 6: Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen können Ansprüche auf Rückforderungen geleisteter Vergütungen nicht mehr gegen Forderungen von Krankenhäusern, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind, aufrechnen. Alternativ können die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband abweichende Regelungen treffen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen sprechen sich gegen den Ausschluss der Verrechnungsmöglichkeit auf die den Krankenhäusern entstehenden Vergütungsforderungen aus. Mit der Neuregelung werden eine seit Jahren gelebte Praxis und ein im BGB verankertes Recht der Krankenkassen zum Schutz der Krankenhäuser ausgehebelt. Dies hat zur Folge, dass Krankenkassen künftig ihre Forderungen bei Nichtzahlung durch die Krankenhäuser einklagen müssen. Auch wenn mit dem Kabinettsbeschluss eine Klarstellung erfolgt ist, lehnen die Innungskrankenkassen die einseitige Beschneidung ab. Aufrechnungen sollten weiterhin nach Vorlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes zulässig sein.

Als Alternative zum vollständigen Aufrechnungsverbot, sprechen sich die Innungskrankenkassen für eine zumindest anteilige Aufrechnung für beide Partner, Krankenhäuser und Krankenkassen, aus, um gleichermaßen einen Anreiz zur Prüfungsvermeidung durch korrekte Abrechnung beziehungsweise einen partnerschaftlichen Falldialog nach Prüfung der Rechnung durch den Medizinischen Dienst zu gewährleisten.

Oftmals sind Aufrechnungen unstrittig. Die Innungskrankenkassen sprechen sich dafür aus, dass das Aufrechnungsverbot auf die Fälle beschränkt sein sollte, in denen das Krankenhaus nicht mit dem Ergebnis der Prüfung einverstanden ist. Nach Erhalt der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse erhält ein Krankenhaus die Möglichkeit, sich innerhalb von 30 Tagen zu dem Ergebnis zu äußern. Ohne Rückäußerung ist eine Aufrechnung statthaft.

Weiterhin sollte die Regelung zur Verhandlung über die Aufrechnung im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) von einer Kann- in eine Soll-Regelung verändert werden.

Ergänzend ist festzuhalten, dass entsprechend der Regelung im Gesetzesentwurf die Verrechnungsmöglichkeit nur für Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen gelten soll, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind. Da für das Jahr 2019 keine Prüfquote gilt, ist von einer entsprechenden hohen Anzahl von Fällen der Verrechnung auszugehen. Sofern noch nicht gezahlte Rechnungen aus strittigen Abrechnungsfällen des Jahres 2019 vorhanden sind, soll die Verrechnung dieser Abrechnungen auch nach dem 01.01.2020 möglich sein. Andernfalls ist mit einer enormen Zunahme von sozialgerichtlichen Klageverfahren zu rechnen, um die dann bestehenden Rückforderungsansprüche der Krankenkassen durchzusetzen.

Änderungsvorschlag

§ 109 Absatz 6 wird um Satz 2 (neu) ergänzt und wie folgt geändert:

„Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, die **für Aufnahmen** nach dem 1. Januar 2020 entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. **Weicht der Rechnungsbetrag nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vom ursprünglichen Rechnungsbetrag ab und bringt das Krankenhaus gegen die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse innerhalb von 30 Tagen keine konkret begründeten Einwände vor, hat das Krankenhaus die Rechnung innerhalb von 30 Tagen zu stornieren und neu zu stellen. Bei Nichteinhaltung dieser Frist, ist die Krankenkasse berechtigt, gegen unbestrittene Vergütungsansprüche zu verrechnen. Die Krankenkasse ist ebenfalls berechtigt, eine Aufrechnung vorzunehmen, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde.** In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ~~können~~ **sollen weitere** ~~abweichende~~ Regelungen vorgesehen werden.“

Ambulantes Operieren (AOP)

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7)

§ 115b Absatz 1 und 2: Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber strebt eine Erweiterung des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V um ambulante Behandlungen an. Zu diesem Zwecke sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die DKG und der GKV-Spitzenverband bis zum 31.06.2021 den erweiterten AOP-Katalog sowie eine einheitliche Vergütung für die Leistungen des Katalogs vereinbaren. Bei der Vereinbarung der einheitlichen Vergütung soll nach dem Schweregrad der Fälle differenziert werden. Die Vergütung erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Die Festlegung der Leistungen des AOP-Katalogs soll auf Basis eines von den Vertragsparteien auf Bundesebene gemeinsam beauftragten Gutachtens erfolgen.

Des Weiteren ist vorgesehen, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Katalogs erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst unterliegen.

Bewertung

Die mit der Änderung des § 115b SGB V angestrebte bessere Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Daher wird die Erweiterung des AOP-Katalogs um stationsersetzende Behandlungen als sinnvoll bewertet.

Nach der Einschätzung der Innungskrankenkassen muss allerdings auch in diesen Fällen ein Recht auf Prüfung bestehen. Mit der geplanten Neuregelung ist eine Stärkung der Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus intendiert. Dieses Anliegen des Gesetzgebers muss aber nicht mit dem Verzicht auf Prüfungen „erkauft“ werden. Die Krankenhäuser sind stark an einer Ausweitung ihrer Behandlungsmöglichkeiten in diesem Sektor interessiert, sodass hier mit einer Leistungsmehrung zu rechnen ist. Die Innungskrankenkassen lehnen deshalb die Einschränkung der Prüffähigkeit ab.

Es sollte zumindest nach Auffassung der Innungskrankenkassen die Möglichkeit bestehen bleiben, offensichtlich falsche Abrechnungen zu prüfen. Die Ablehnung bezieht sich

auch auf den Teilbereich Pflege. Der Ausschluss des Bereiches von der Prüfung kann sich als strategieanfällig erweisen.

Änderungsvorschlag

In § 115b Absatz 2 wird der neu eingefügte Satz 6 wie folgt geändert:

„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen ~~nicht~~ der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“

Frist zur Einleitung einer Prüfung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

§ 275c Absatz 1: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist zur Einleitung einer Prüfung bei Krankenhausbehandlung beträgt höchstens drei Monate nach Eingang der Abrechnung.

Die Prüfung soll bei dem örtlich für das Krankenhaus zuständigen Medizinischen Dienst eingeleitet werden, Ausnahmen sind über die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 1 zulässig.

Bewertung

Die beabsichtigte Neuregelung, die Frist zur Einleitung einer Prüfung bei Krankenhausbehandlungen zu verlängern, wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Somit kann die Auswahl der zu prüfenden Fälle bei beschränkter Prüfanzahl aus einer größeren Grundgesamtheit erfolgen.

Jedoch kann bei der Prüfung nicht das gesamte Quartal betrachtet werden. Die Prüfung der Rechnungen durch den MD, die am ersten eines Quartals eingehen, muss spätestens am ersten des Folgequartals ausgelöst werden. Es steht somit nur ein Tag für die Prüfung des gesamten Quartals zur Verfügung. Die Innungskrankenkassen votieren daher dafür, dass nach Ablauf eines Quartals ein entsprechender Zeitraum zur Verfügung stehen sollte, damit Krankenkassen über die Einleitung von Prüfungen der im abgelaufenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen entscheiden können.

Die beabsichtigte Neuregelung sieht allerdings weiterhin vor, dass die Aufwandspauschale lediglich zu Gunsten der Krankenhäuser anfällt. Ziel sollte nach Auffassung der Innungskrankenkassen vielmehr sein, dass diese paritätisch ausgestaltet wird.

Eine Rechnungskürzung sollte auch vor MD Prüfung möglich sein und zwar für offensichtliche Abrechnungsfehler also falsche Zahlbeträge oder Verstöße gegen Abrechnungsregelungen, z. B. notwendige Verlegungsabschläge, Fallzusammenführungen etc.

Änderungsvorschlag

Nach § 275c Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„**Diese ist bei den Aufschlägen gemäß Abs. 3 anzurechnen.**“

Quotierung/Obergrenzen von Prüfung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

§ 275c Absatz 2: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2020 gilt normativ eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 10 Prozent. Ab dem Jahr 2021 wird eine krankenhausbezogene Prüfquote durch den GKV-Spitzenverband ermittelt. Grundlage sind die Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei 60 Prozent oder mehr beträgt die Prüfquote bis zu fünf Prozent, bei einem Anteil zwischen 40 und bis zu 60 Prozent beträgt die Prüfquote für ein Krankenhaus bis zu 10 Prozent. Ist der Anteil korrekter Schlussrechnungen unterhalb von 40 Prozent, beträgt die Prüfquote maximal 15 Prozent. Sollte ein Krankenhaus weniger als 20 Prozent seiner Rechnungen korrekt erstellen, darf die Prüfquote überschritten werden. Dies gilt auch bei einem begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung.

Jede Krankenkasse, die weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung pro Quartal erhält, darf mindestens eine Prüfung je Krankenhaus und Quartal durchführen. Das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes geht nicht in die Berechnung der quartalsbezogenen Prüfquote ein.

Bewertung

Die vom Gesetzgeber angedachte Neuregelung enthält weitreichende Einschränkungen der Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfung, die von den Innungskrankenkassen als nicht sachgerecht bewertet und daher abgelehnt werden.

Einführung einer Prüfquote

Mit der Festlegung der Quote werden die derzeit über ein Vorverfahren geprüften Fälle in Höhe von ca. drei Prozent und die derzeitige Prüfquote von bundesweit durchschnittlich 14,9 Prozent, insgesamt rund 18 Prozent, in 2020 auf 10 Prozent begrenzt. Eine Prüfquote von 10 Prozent bedeutet für die GKV isoliert betrachtet einen Verlust in 2020 von mehr als 1,2 Mrd. Euro. Ein sachlicher Grund zur Reduzierung der Prüfquote von 18

Prozent auf 10 Prozent im Jahr 2020 sowie auf fünf bis 15 Prozent ab dem Jahr 2021 vor dem Hintergrund der Prüfergebnisse aus der Vergangenheit ist nicht erkennbar. Darüber hinaus greifen die im Gesetzentwurf vorgesehenen Instrumente zur Reduzierung des Umfanges zu prüfender Rechnungen erst ab dem Jahr 2021. Hierzu zählen der erweiterte AOP-Katalog gemäß § 115b Abs. 1 und 2 SGB V, die verpflichtende Prüfung von Strukturmerkmalen in den OPS gemäß § 275 d SGB V, der Schlichtungsausschuss zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen § 19 Abs. 5 KHG. Weiterhin sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Prüfquote in 2021 bei maximal 15 Prozent liegt. Unter diesen Vorzeichen müsste im Zusammenhang mit der angedachten Quotierung ein lernendes System, so wie es der Gesetzentwurf vorsieht, anders gestaltet werden.

Die Innungskrankenkassen schätzen den Umfang der Reduzierung der Prüfungen als zu hoch ein. Selbst bei der besten Abrechnungsqualität eines Krankenhauses können weiterhin knapp 40 Prozent der Abrechnungen falsch sein. Es sollten mindestens weitere Differenzierungen erfolgen. Beginnend mit einer höher angesetzten Obergrenze kann diese mit einem entsprechenden Anteil korrekter Abrechnungen abgesenkt werden.

In Verbindung mit den Aussagen des Bundesrechnungshofes zum aktuell noch nicht realisierten Potenzial in der Krankenhausrechnungsprüfung sollte eine Regelung zur Freistellung von der Vorstandshaftung aufgenommen werden. Es ist zu regeln, unter welchen Voraussetzungen von systematisch überhöhten Abrechnungen auszugehen ist und wie diese Feststellung begründet werden muss.

Alternativ sehen die Innungskrankenkassen auf lange Sicht eine zielführendere Lösung der Problematik in der flächendeckenden Einführung eines technischen Prüfverfahrens. Es würde dem eigentlichen Problem des hohen Dokumentationsaufwandes entgegenwirken und zur Entbürokratisierung beitragen und eine Transparenz über das Geschehen ermöglichen.

Strategieanfälligkeit der Prüfquote

Sollte an der Einführung einer Quote festgehalten werden, so muss sich diese am aktuellen Durchschnitt der Prüfquote orientieren und das Verfahren insgesamt wettbewerbsneutral ausgestaltet sein. Ergibt sich eine feste Anzahl möglicher Prüfungen aus dem vorvergangenen Quartal (Bsp. im 1. Quartal gehen 100 Schlussrechnungen ein und dementsprechend können bei festgelegter Prüfquote i.H.v. fünf Prozent im 3. Quartal fünf Fälle geprüft werden), so besteht ein hoher Anreiz für die Krankenhäuser, strategisch abzurechnen (hohe Anzahl an Schlussrechnungen im 3. Quartal in der Gewissheit, dass maximal fünf Fälle geprüft werden können). Das Krankenhaus kann über das

Datum der Ausstellung der Schlussrechnung gerade bei kleinen Krankenkassen die Anzahl der Rechnungen pro Quartal beeinflussen, indem Rechnungen erst in Folgequartalen gestellt werden. Dies kann gerade bei kleinen Kassen zu Auswirkungen auf die Anzahl der prüfbaren Fälle führen.

Die Kassen müssen die entsprechenden Daten für die einzelnen Quartale bereits zum Ende des auf das Quartal folgenden Monats an den GKV-SV liefern, der die Ergebnisse für alle Kassen wiederum spätestens am folgenden Monatsende veröffentlichen muss. Bezogen auf das erste Quartal eines Jahres müssen die Kassen die Daten bis zum 30. April an den GKV-SV senden und der GKV-SV muss die Ergebnisse spätestens am 31. Mai veröffentlichen.

Übersendet ein Krankenhaus seine Rechnung, in der als Rechnungsdatum der 31. März vermerkt ist, erst am 1. Mai, geht diese Rechnung nicht mehr in die Datenmeldung der Krankenkasse für das 1. Quartal ein und wird somit auch in den berechneten Ergebnissen nicht berücksichtigt. Dadurch kommt es zu einer Minderung der Rechnungen im 1. Quartal, die sich direkt auf die prüfbaren Rechnungen im 3. Quartal des Jahres auswirken kann.

Die Quote sollte sich aufgrund ihrer Strategieanfälligkeit auf die Anzahl der Rechnungen der Krankenkassen allgemein und nicht bezogen auf die jeweiligen Krankenhäuser beziehen. Zur Vermeidung von Manipulationsmöglichkeiten sollten auch die Fallprüfungen im Rahmen des Vorverfahrens (Falldialog) auf die Prüfquote angerechnet werden. Weiterhin sollte eine Frist für die Rechnungslegung durch das Krankenhaus, beispielsweise vier Wochen nach Entlassdatum, festgelegt werden, um die Steuerung von Schlussrechnungen pro Quartal zu umgehen. Bei Überschreitung dieser Frist könnte die Aufhebung der Prüfquote der Krankenkassen für das Folgequartal eine sanktionierende Maßnahme für das Krankenhaus darstellen. Eine andere Möglichkeit ist, dass im Gegensatz zu einer Frist, anstelle des Ausstellungsdatums der Rechnung des Krankenhauses, das Rechnungseingangsdatum bei der Krankenkasse verwendet wird.

Weiterhin ist es notwendig, dass mit Ende des Quartals die Grundgesamtheit der zu betrachtenden Schlussrechnungen feststehen sollte, um die zu erhebenden Statistiken zu erstellen. Es muss sichergestellt werden, dass sämtliche Rechnungen anhand des Rechnungseingangs bei der Krankenkasse einem Quartal zugeordnet und somit berücksichtigt werden.

Mindestprüfanzahl je Quartal

Durch eine prozentuale Prüfquote je Krankenhaus werden insbesondere kleine Krankenkassen benachteiligt und solche, die nur regionale Schwerpunkte und in vielen Krankenhäusern nur äußerst geringe Belegungszahlen aufweisen. Durch die Sicherstellung

der Durchführung von Prüfungen von Krankenhausbehandlungen, kann bei weniger als 19 Rechnungen pro Quartal nun zumindest ein Fall geprüft werden. Durch die Begrenzung, nur einen Fall prüfen zu können, erhöht sich der Anreiz für Krankenhäuser, in mehr als einem Fall eine überhöhte bzw. prüfwürdige Abrechnung zu stellen.

Die Innungskrankenkassen sprechen sich dafür aus, die Mindestzahl an Prüfungen je Krankenhaus und Quartal auf fünf zu erhöhen, um Krankenhäusern keinen Anreiz für eine Optimierung ihrer Abrechnungen zu geben.

Eine Prüfquote ist nur unter folgenden Rahmenbedingungen akzeptabel:

	2020	**2021**	**2022**
bundesweite Prüfquote	**17,5 % (**Prüfquote entsprechend dem aktuellen Durchschnitt in 2018**)**	-	-
Prüfquote je Krankenhaus, je Quartal			
korrekte Abrechnungen 80 %		**max. 5 %**	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 80 % und ≥ 60 %		**max. 7,5 %**	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 60 % und ≥ 50 %		**max. 10 %**	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 50 % und ≥ 40 %		**max. 12,5 %**	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 40 % und ≥ 30 %		**max. 15 %**	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 30 % und ≥ 20 % (neu)		**max. 17,5 %**	algorithmisch
korrekte Abrechnungen < 20 %		**unbegrenzt**	unbegrenzt

Änderungsvorschlag

Zu § 275c Absatz 2

Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu ~~10~~ **17,5** Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote).“

Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das ~~Datum~~ **des Eingangs** der Schlussrechnung **bei der Krankenkasse**.“

Satz 3 wird wie folgt geändert:

Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des ~~vorvergangenen Quartals~~ **Vorjahresquartals** ermittelt wird. Die Prüfquote beträgt:

Satz 4 bis 5 wird wie folgt geändert und um die Sätze 6 bis 8 ergänzt:

1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei ~~60~~ **80** Prozent oder mehr liegt,

2. bis zu ~~10~~ **7,5** Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen ~~40~~ **60** Prozent und unterhalb von ~~60~~ **80** Prozent liegt,

3. **bis zu 10 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 50 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,**

4. **bis zu 12,5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 40 Prozent und unterhalb von 50 Prozent liegt,**

5. **bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 30 Prozent und unterhalb von 40 Prozent liegt,**

Satz 9 (neu) wird wie folgt geändert:

6. bei einem bis zu ~~15~~ **17,5** Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von ~~40~~ **30** Prozent liegt.

Satz 11 (neu) wird wie folgt geändert:

Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 3 eingeleitete Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder 4 zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dafür ist die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichte Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im ~~vorvergangenen Quartal~~ **Vorjahresquartal** erhalten hat, heranzuziehen.

Satz 14 (neu) wird wie folgt geändert:

Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten, können unabhängig von der Höhe einer quartalsbezogenen Prüfquote höchstens ~~eine~~ **fünf** Schlussrechnung**en** für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst pro Quartal prüfen lassen; die Übermittlung und Auswertung der Daten nach Absatz 4 bleibt davon unberührt.

Satz 16 (neu) wird wie folgt gefasst:

Die Krankenkasse kann offensichtlich auffällige Rechnungen eines Krankenhauses dem Medizinischen Dienst auch nach Ausschöpfung der jeweiligen quartalsbezogenen Prüfquote vorlegen. Sollte die Überprüfung durch den Medizinischen Dienst jedoch nicht zu einer Korrektur dieser Rechnung führen, so ist diese Prüfung auf die Erfüllung der Quote des nächstfolgenden Quartals anzurechnen.“

Aufschläge auf Differenzbeträge

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

§ 275c Absatz 3: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unter 60 Prozent sind neben der Rückzahlung der Differenz (Ursprung und geminderter Betrag) Aufschläge zu zahlen (25 Prozent bis maximal 50 Prozent). Der Sanktionsmechanismus für Krankenhäuser soll ab 2020 gelten. Gemäß dem Gesetzentwurf soll der Aufschlag auf einen Wert von 1.500 Euro pro Fall begrenzt werden.

Prüfungen durch die Krankenkassen, die zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Vorfeld einer Beauftragung des MD erörtert wurden, unterliegen nicht der Prüfquote.

Krankenhäuser können zwar gegen die Erhebung der Sanktionsbeträge klagen, allerdings können keine Einwände gegen einzelne Prüfergebnisse vor Gericht geltend gemacht werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Regelung grundsätzlich, da sie doch zum ersten Mal einen Anreiz für die Krankenhäuser setzt, korrekt abzurechnen. Auch der Bundesrechnungshof hat in seinem Bericht darauf verwiesen, dass aus Gründen der Gleichbehandlung auch die fehlerhafte Abrechnung seitens der Krankenhäuser sanktioniert werden muss. Ein 25- bis maximal 50-prozentiger Aufschlag auf den Korrekturbetrag der Rechnung ist angemessen. Eine Begrenzung auf 1.500 Euro pro Fall verfehlt ihre Zielsetzung. Die Anreizwirkung geht für hochpreisige Abrechnungsfälle, die fehlerhaft sind, verloren.

Eine Falschabrechnung ist kein Kavaliersdelikt. Zumindest müsste jede fehlerhafte Rechnung mit einer Aufwandspauschale (als Strafzahlung) in Höhe von mind. 300 Euro und einem Aufschlag von 25 Prozent belegt werden, d. h., jeder beanstandete Fall sollte, unabhängig vom Anteil der korrekten Abrechnungen, sanktioniert werden.

Bei Prüfungen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkassen drohen den Krankenhäusern selbst bei vereinbarten Rechnungskorrekturen keine Sanktionen. Es soll somit für Krankenhäuser ein Anreiz geschaffen werden, sich an den Falldialogen zu beteiligen.

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenhäuser haben ~~bei einem Anteil korrekter unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent~~ neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt **im Jahr 2020 25 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag mindestens 300 Euro. Ab dem Jahr 2021 beträgt der Aufschlag mindestens 300 Euro und bei einem Anteil korrekter Abrechnungen:**

~~a) 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 2,~~

~~b) 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 4.~~

a) unterhalb von 80 Prozent und bis 60 Prozent: Aufschlag von 10 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,

b) unterhalb von 60 Prozent und bis 50 Prozent: Aufschlag von 25 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,

c) unterhalb von 50 Prozent und bis 40 Prozent: Aufschlag von 50 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,

d) unterhalb von 40 Prozent und bis 30 Prozent: Aufschlag von 75 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag,

e) unterhalb von 30 Prozent: Aufschlag von 100 Prozent auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag.

~~höchstens jedoch 1 500 Euro.~~ In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben.“

Keine Prüfung von Pflegeentgelten und Struktur-OPS

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

§ 275 c Absatz 6: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen dürfen ab 2020 tagesbezogene Pflegeentgelte nicht zum Anlass nehmen, die Wirtschaftlichkeit der Verweildauer zu prüfen. Prüfergebnisse anderweitiger Prüfanlässe dürfen keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben.

Bewertung

Grundsätzlich ist der Gesetzgeber daran interessiert, dass die Abzahlung des Pflegebudgets nicht von der Abrechnungsprüfung betroffen ist. Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen widerspricht der in der Regelung vorgesehene Ausschluss jedoch dem Prüf- und Wirtschaftlichkeitsgebot der Kassen und setzt einen Anreiz zu systematischer Falschabrechnung. Es gibt bereits eine Vereinbarung mit der DKG, in der Prüfungen, die zur Änderung des Relativgewichtes führen, bei den Pflegeentgelten berücksichtigt werden. Dies schließt die gesetzliche Regelung nun aus. Die Innungskrankenkassen lehnen die beabsichtigte Neuregelung ab.

Folgendes Beispiel soll den Sachverhalt verdeutlichen. Sofern das Ergebnis der Prüfung durch den MD ergibt, dass die stationär erbrachte Leistung auch ambulant hätte erbracht werden können, so sind in der Folge die entstandenen Pflegetage dennoch zu finanzieren. Diese (neue) zusätzliche Finanzierung kann nicht durch die Solidargemeinschaft erbracht werden. Ähnlich verhält es sich mit den Prüfergebnissen, die zwar eine Auswirkung auf die aDRG, allerdings keine Auswirkungen auf die Pflegeentgelte haben (z.B. bei Rechnungskürzungen oberhalb der oberen Grenzverweildauer).

Die Einschränkung bei Fällen mit „Struktur-OPS“ ist nur soweit als akzeptabel zu bewerten, wie sie sich auf die allgemeine Einhaltung von Strukturvorgaben bezieht, da diese gemäß dem neuen § 275d SGB V einem anderen Verfahren unterliegen.

Problematisch ist, dass der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen immer eine „Momentaufnahme“ zum Zeitpunkt der Prüfung darstellt. Die Realität zeigte wiederkehrend, dass sich die Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern stetig ändern. So

sei beispielhaft darauf verwiesen, dass durch Ärztefluktuation Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt wurden. Die einzelfallbezogene Prüfung mindestens der medizinischen Sachverhalte muss weiter möglich sein. Für die kontinuierliche Sicherstellung der Strukturvoraussetzungen bzw. der temporären Nichteinhaltung ist ein Regulierungsinstrument zu schaffen.

Folgendes Beispiel zur Erklärung. *Ein 50-jähriger Patient wird von einer Geriatrischen Klinik (mit positiver Strukturprüfung) behandelt obwohl keine Multimorbidität vorliegt. Die fachärztliche Betreuung ist auf Grund kurzfristiger Erkrankung und fehlender Vertretung nicht gegeben.*

Änderungsvorschlag

§ 275 c Absatz 6 wird wie folgt geändert:

„Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei

1. der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie **zu einer Korrektur des Relativgewichtes der aDRG führen** ~~keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben~~,

2. der Prüfung der **grundsätzlichen** Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d.“

Strukturprüfung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23)

§ 275d: Prüfung von Strukturmerkmalen

Beabsichtigte Neuregelung

Die strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung (z. B. die Strukturmerkmale der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung) konnten bisher von den Krankenkassen oft nur im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den Medizinischen Dienst geprüft werden. Die Strukturprüfungen sollen nun vor der Leistungserbringung durch den MD erfolgen, der örtlich für das Krankenhaus zuständig ist. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Krankenhäuser haben den Landesverbänden der Krankenkassen die Bescheinigung zu übermitteln, dass sie die OPS-Kodes einhalten. Hält ein Krankenhaus die Strukturmerkmale über mehr als einen Monat nicht ein, hat es dies den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.

Bewertung

Die Regelung wird zu einer Vereinfachung des Verfahrens für alle Beteiligten beitragen und daher von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Jedoch wird die Übermittlung der Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen als problematisch gewertet. In der Budgetverhandlung wird bewertet, inwieweit nicht eingehaltene Strukturvorgaben zur Korrektur von zu vereinbarenden Leistungsgrößen führen müssen. Da es sich hier um Größenordnungen handelt, die durchaus Relevanz für das zu entwickelnde Budget haben, ist eine Übersendung der Unterlage an die Landesverbände nicht akzeptabel. Die Übermittlung der Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale im Krankenhaus muss zwingend an die zuständigen Vertragsparteien im Budgetgeschäft gem. § 18 Absatz 2 KHG erfolgen. Zudem lässt die Regelung Fragen offen:

- Prüfungsmodalitäten sind zu klären.
- Der Medizinische Dienst kann nur zu medizinischen und nicht zu leistungsrechtlichen oder juristischen Sachverhalten Stellung nehmen. Daher muss insbesondere klarge-

stellt werden, welche Merkmale „Strukturmerkmale“ sind (und in diesem Rahmen geprüft werden sollen) und welche Merkmale im Rahmen einer Einzelfallprüfung beurteilt werden können.

- Zeiträume sind zu bestimmen, ab wann und wie lange Prüfungsergebnisse anerkannt werden und welche Konsequenzen bei kurzfristiger Strukturveränderung drohen.
    - Als problematisch könnte sich der Umfang erweisen. Hierzu sollt eine Liste auch nach § 283 Absatz 2 erstellt werden. Dabei ist nicht nur wichtig für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden, sondern auch, welche Bedingungen durchgängig erfüllt sein müssen (z. B. Vertretung, Personalabgang…). Ggf. macht dies eine Regelung zur erneuten Prüfung nach Zeitablauf notwendig.
    - Zudem stellt der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen immer eine „Momentaufnahme“ zum Zeitpunkt der Prüfung dar. Die Realität zeigte wiederkehrend, dass sich die Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern stetig änderten. So sei beispielhaft darauf verwiesen, dass durch Ärztefluktuation Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt wurden.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen muss ein Instrument etabliert werden, um die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen kontinuierlich zu ermöglichen und damit die Versorgungsqualität für die Versichertengemeinschaft durchgängig sicherzustellen. Gleichzeitig sollten Strukturprüfung auch rückwirkende Konsequenzen haben, wenn festgestellt wird, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung entweder nicht bestanden oder aber zwischenzeitlich entfallen sind. Die Rückwirkung muss bis zu vier Jahre betragen.

Im Weiteren gilt es klarzustellen, dass der leistungsrechtliche Auslegungsspielraum bei Fassung von strukturrelevanten OPS-Schlüsseln durch das DIMDI möglichst eng und auslegungsfrei gehalten werden sollte, damit eine einheitliche Umsetzung der Gutachtung durch alle Kassen sichergestellt ist.

Änderungsvorschlag

Die Formulierung aus dem Referentenentwurf ist aus Sicht der Innungskrankenkassen beizubehalten und entsprechend anzupassen:

Zu § 275d Absatz 3 Satz 1:

„Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Absatz 2 **den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsge-**

setzes ~~Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen~~ jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln.“

Zu § 275d Absatz 3 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 (neu) eingefügt:

„**Die Erfüllung des Strukturmerkmals ist durch eine erneute Begutachtung nachzuweisen.**“

Verbindlichkeit der Rechnung

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2c)

§ 17c Absatz 2a (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

Beabsichtigte Neuregelung

Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur durch das Krankenhaus ausgeschlossen. Es sei denn, die Prüfung durch den MD ergibt, dass die Rechnung des Krankenhauses zu niedrig oder überhöht war, kann eine Korrektur der Rechnung durch das Krankenhaus erfolgen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Regelung ausdrücklich. Seit Jahren hat sich die GKV für eine entsprechende Regelung stark gemacht.

Jedoch führt die Möglichkeit einer nachträglichen Korrektur der Krankenhäuser dazu, dass Krankenhäuser auch Höherkodierungen durch den MD einfordern können, obwohl das Krankenhaus somit eingesteht, die betroffenen Rechnungen nicht korrekt erstellt zu haben. Hierdurch entstehen den Krankenkassen Mehrausgaben.

Bisher konnten Höherkodierungen gemäß den Regelungen des § 7 Abs. 5 PrüfvV ausgeschlossen werden, wobei die Auslegung der Regelungen rechtlich umstritten ist. Die Sozialgerichte der ersten Instanz haben mehrheitlich eine fehlende Regelungskompetenz der Selbstverwaltung festgestellt.

Durch die Aufnahme ins Gesetz wäre die Ablehnung einer höheren Nachberechnung nunmehr definitiv ausgeschlossen und die aktuelle Regelung der PrüfvV in § 7 Abs. 5 wäre nichtig.

Da die Krankenhäuser in der Verpflichtung sind, korrekte Rechnungen für medizinisch notwendige Behandlungen zu stellen, ist das Recht auf Korrektur der Abrechnungen auf die Tatbestände zu beschränken, in denen sich die Beteiligten auf diese Änderungen vereinbaren oder die zur Umsetzung der Rechnungskürzung gemäß eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich sind.

Änderungsvorschlag

In § 17c Absatz 2a (neu) wird Satz 2 (neu) eingefügt. Der Absatz wird wie folgt gefasst:

„Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung einer Rechnungskürzung gemäß eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. **Die Korrektur der Abrechnung ist auch in den Fällen vorzunehmen, in denen Krankenhaus und Krankenkasse eine Vereinbarung über diese Änderungen getroffen haben.** Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren medizinischen Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst.“

Entlastung der Gerichte; Vergleichsvertrag

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2c)

§ 17c Absatz 2b (neu): Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

Beabsichtigte Neuregelung

Die Erhebung einer Klage auf gerichtliche Überprüfung ist an die vorherige Durchführung einer einzelfallbezogenen Erörterung geknüpft und wird zur Zulässigkeitsvoraussetzung der Klage. Vor einer gerichtlichen Überprüfung können Krankenkassen und Krankenhäuser einzelfallbezogene Vergleichsverträge schließen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Verpflichtung auf eine Vergleichsverhandlung. Dieses Verfahren wird bereits heute auch so praktiziert. Jedoch muss auf beiden Seiten (Leistungserbringer und Kostenträger) auch ein Anreiz hierzu bestehen.

Weiterhin wird die vorherige Durchführung einer einzelfallbezogenen Erörterung vor Erhebung einer Klage von den Innungskrankenkassen als positiv bewertet. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Anforderungen an die Durchführung und insbesondere die Dokumentation der Erörterung steigen. Zu jedem Einzelfall muss demnach in der Erörterung ein Protokoll geführt werden, damit im Gerichtsverfahren die Einwendungen zurückgewiesen werden können, die nicht Gegenstand der Erörterung waren.

Zur Vermeidung von Manipulationsmöglichkeiten sollten auch die Fallprüfungen im Rahmen des Vorverfahrens (Falldialog) auf die Prüfquote angerechnet werden. Hier muss unbedingt das Informationsgefälle zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse beseitigt werden. Ohne Einsichtsmöglichkeit für medizinisch gebildete Angestellte der Krankenkasse ist ein Falldialog nur schwer zu führen. Hier sollten entsprechende Möglichkeiten geschaffen werden. In diesem Zuge ist auch das unterschiedliche Informationsniveau zwischen Krankenkasse und Krankenhaus auszugleichen.

Eine entsprechende Reglung könnte von den bereits bestehenden Regelungen für die Unfallversicherungen abgeleitet werden. Unfallversicherungen dürfen von den Krankenhäusern zumindest die Entlassungsbriefe und Operationsberichte anfordern.

Ohne entsprechende Unterlagen wissen die Krankenkassen lediglich, welche Unterlagen dem MD bei der Begutachtung vorlagen. Sie kennen aber nicht einmal deren genauen Inhalt. Ohne weitere Informationen können die Krankenkassen ihr Klagerisiko nicht einschätzen.

Das Krankenhaus könnte hier sogar steuernd eingreifen, in dem es dem MD wichtige Unterlagen für die Beurteilung nicht übersendet und diese erst in einem Gerichtsverfahren vorlegt. Das Prozessrisiko verschiebt sich damit zu Lasten der Krankenkasse. Deshalb sind nach Aufforderung zur Erörterung der Krankenkasse vom Krankenhaus alle für die Prüfgegenstände relevanten Unterlagen vorzulegen. Weitere Unterlagen darf das Krankenhaus in einem sich anschließenden Gerichtsverfahren nicht einbringen.

Durch die Gesetzänderung müssten beide Seiten jeden Fall, in dem das MD-Gutachten zu einer Rechnungsminderung führt, erörtern. Dies lässt sich effektiv sicherlich nur so umsetzen, dass zukünftig Fallkonferenzen zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus stattfinden. Wenn dies telefonisch erfolgt, z. B. bei Krankenhäusern in weiter Entfernung regionaler Krankenkassen, muss eine Bestätigung des Krankenhauses eingeholt werden, dass die Erörterung stattgefunden hat, um diese bei einer Klage dem Sozialgericht vorlegen zu können. Hierdurch wird zusätzliche Bürokratie entstehen. Das ist aus Sicht der Innungskrankenkassen abzulehnen.

Grundsätzlich wird die einzelfallbezogenen Erörterung als letzte einvernehmliche Klärungsmöglichkeit vor Einschaltung der Gerichtsbarkeit begrüßt. Vergleichsverträgen dürfen nicht zur Manipulation der Abrechnungsquote genutzt werden und sind transparent zu verfassen. Entsprechende Regelungslücken gilt es zu schließen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2b (neu) wie folgt geändert und um Satz 2 (neu) ergänzt:

„Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus **verpflichtend** erörtert worden ist. **Die Übermittlung der hierfür notwendigen Informationen erfolgt elektronisch im Datenträgeraustauschverfahren. Nach Aufforderung zur Erörterung sind der Krankenkasse vom Krankenhaus alle für die geprüften Sachverhalte relevanten Unterlagen vorzulegen. Nicht zur Verfügung gestellte Unterlagen können im Klageverfahren vom Krankenhaus nicht mehr eingebracht werden.“**

§ 17c Absatz 2b (neu) wird um Satz 5 (neu) ergänzt:

„Bei Nichteinigung ist die Krankenkasse berechtigt, den Streitbetrag mit offenen Forderungen des Krankenhauses zu verrechnen, wobei bereits getätigte Verrechnungen angerechnet werden.“

Fixkostendegressionsabschlag

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2a)

§ 4 Absatz 2a Satz 2: Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) findet keine Anwendung bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung der Patientin oder des Patienten.

Bewertung

Die Freistellung weiterer Leistungsbereiche vom FDA ist kritisch zu sehen und nur im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Überarbeitung und Vereinfachung der Regelungen des § 4 Abs. 2a KHEntgG akzeptabel. Daher lehnen die Innungskrankenkassen die vorgesehene Regelung ab. Hierzu sei auf Ausführungen und den Änderungsvorschlag des IKK e.V. im Rahmen der Beratungen zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verwiesen.

Änderungsvorschlag

Zu § 4 Abs. 2a KHEntG:

„Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden. Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 gilt nicht bei

1. a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patientinnen und Patienten~~,~~ **und** der Versorgung von Frühgeborenen ~~und bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten.~~

   b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,

c) zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand.

~~d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhausplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie~~

~~e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde~~,

~~2. hälftig für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.~~

~~Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen.~~ Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Ein während der maßgeblichen Abschlagsdauer vereinbarter Rückgang der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen ist bei der Ermittlung der Grundlage der Bemessung des Abschlags mindernd zu berücksichtigen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden.“

Kommentierung Änderungsanträge

Änderungsantrag 12: Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

Artikel 1 Nummer 10c (§ 175 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 29b (§ 304 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 15 (Inkrafttreten)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll das Verfahren beim Wechsel der Krankenkasse für das Mitglied vereinfacht und die Kommunikation zwischen den Kassen in einem elektronischen Meldeverfahren durchgeführt werden.

Daneben soll die Bindungsfrist von 18 auf 12 Monate verkürzt werden. Die Regelung sieht darüber hinaus vor, dass zukünftig keine Bindungsfrist für Fälle bei „Ende der Mitgliedschaft“ kraft Gesetzes, also z.B. bei Arbeitgeberwechsel, gelten soll.

Bewertung

Durch die Einführung des elektronischen Meldeverfahrens und die Regelungen zur unmittelbaren Kommunikation zwischen den Kassen wird das Verfahren des Kassenwechsels vereinfacht. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist diese Regelung zwar grundsätzlich zu begrüßen, die Ablösung des bisherigen mehrstufigen Verfahrens (Mitgliedserklärung – Kündigung – Ausstellen der Kündigungsbestätigung – Ausstellen der Mitgliedsbescheinigung – Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der meldepflichtigen Stelle) birgt aber Risiken, da die wesentlichen Aktivitäten ausschließlich von der neu gewählten Krankenkasse ausgehen.

Eine Verkürzung der Bindungsfrist wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Bereits heute kann eine große Zahl der Fälle ohne Berücksichtigung der Bindungsfrist die Kasse wechseln, so z.B. bei

- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft nach einer Unterbrechung der Versicherungspflicht für mindestens einen Tag,
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung,
- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V im Anschluss an eine Familienversicherung oder nach einer Unterbrechung der Versicherung in der GKV (z. B. durch einen Auslandsaufenthalt),
- (neu) Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes.

Die Erweiterung der unmittelbaren Wechseloption der Krankenkasse bei Eintritt in ein neues versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses kann Arbeitnehmer potenziell unter externen Entscheidungsdruck setzen. Es war bislang Grundsatz der Gesetzgebung, das Wechselrecht alleine in die Entscheidungsbefugnis des Mitglieds der Krankenkassen zu legen. Die vorliegende Regelung hebt diese Befugnis auf.

Die Änderung setzt unseres Erachtens darüber hinaus an der falschen Stelle an. Nicht die Dauer sondern die Fallkonstellationen und deren Wirkung auf die Bindungsfrist führen zur Ungleichbehandlung der Mitglieder.

Die in § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Mindestbindung wirkt sich beim Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren und beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht unterschiedlich aus. Im Falle des Kündigungsverfahrens wird die Bindungsfrist nur durch den tatsächlichen Wechsel der Krankenkasse ausgelöst. Beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht knüpft die Mindestbindung an die getroffene Wahl hingegen alleine an das grundsätzlich entstandene sofortige Krankenkassenwahlrecht an, ohne dass ein Wechsel der Krankenkasse damit zwingend einhergehen muss. Dies führt dazu, dass eine neue Bindungswirkung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V jeweils unabhängig davon ausgelöst wird, ob die Wahl aktiv (also, zugunsten einer neuen Krankenkasse) oder passiv (also, zugunsten der bisherigen Krankenkasse) ausgeübt wurde.

Weiterhin wird der Zeitraum für die Umsetzung des elektronischen Meldeverfahrens zum 1. Januar 2021 aus technischer Sicht (IT Verfahren) kritisch gesehen. Erfahrungsgemäß dauert die Entwicklung eines Meldeverfahrens nicht weniger als zwei Jahre.

Änderungsvorschläge

In § 175 wird Abs. 4 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse 18 Monate gebunden; **der Zeitraum von 18 Monaten verlängert sich nicht durch Unterbrechungen bzw. Änderungen der Versicherungsgründe**.“

In Artikel 15 wird Absatz 4 wie folgt gefasst:

„Artikel 1 Nummer 10b und Artikel 5 treten am 1.Januar ~~2021~~ **2022** in Kraft.“

Änderungsantrag 27: Übergangsregelung Pflegebudget

Zu Artikel 4 Nummer 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 15 Absatz 2a: Laufzeit

Hintergrund

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat für die Pflegekostenfinanzierung einen neuen Rahmen mit gesondertem Budget und Entgelten geschaffen. Die neuen Entgelte für die Pflegekosten sollen zum 1.Januar 2020 verpflichtend abgerechnet werden. Um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten sind vorläufige Zahlbeträge notwendig, da nicht alle Krankenhäuser bereits zu diesem Zeitpunkt individuelle Beträge vereinbart haben. Die aktuelle Regelung geht von festen Beträgen je Tag aus und differenziert diese nicht nach ihrem schweregradbezogenen Kostenniveau. Gleichzeitig wird nach aktuellem Stand jedoch ein vom InEK erstellter schweregradbezogener Pflegeentgeltkatalog mit Relativgewichten vorliegen. Um diesen auch ab 1. Januar 2020 für alle Krankenhäuser anwenden zu können sind die vorläufigen fixen Zahlbeträge in einen vorläufigen Pflegegrundwert umzuwandeln, der dann mit dem jeweiligen Relativgewicht aus dem Pflegeerlöskatalog multipliziert werden kann. Des Weiteren sind die Zahlbeträge der krankenhausindividuellen vereinbarten Entgelte gemäß § 6 KHEntgG bei der Abrechnung für Fälle mit Aufnahme ab 1.1.2020 um die dann gültige Pflegekostenabrechnung zu bereinigen.

Diese Anpassung ermöglicht die sofortige flächendeckende Anwendung des Pflegeerlöskataloges. Die Vergütung der Leistungen ist zielgenauer in Bezug auf die fallindividuelle Pflegelast, verringert Liquiditätsschwankungen und verhindert schwierige Verrechnung im Rahmen der späteren Ermittlung der krankenhausindividuellen Pflegegrundwerte.

Die Innungskrankenkassen verweisen auf das gemeinsame Schreiben der Selbstverwaltungspartner (GKV-SV und DKG) an das BMG vom 8. August 2019 und den vorliegenden Änderungsantrag Nr. 20 zum § 15 Absatz 2a KHEntgG.

Änderungsvorschläge

Keine

BUNDESVERBAND

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(2)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
02.10.2019

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 14.10.2019

Zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)
vom 17.07.2019
Bundestagsdrucksache 19/13397

Stand 19.09.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299

Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung ..... - 5 -

1. Organisationsreform der Medizinischen Dienste ..... - 5 -

2. Krankenhausabrechnungsprüfung ..... - 6 -

3. Weitere Themen ..... - 7 -

II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs ..... - 9 -

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 9 -

Art. 1 Nr. 1a § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V Versicherungspflicht ..... - 9 -

Art. 1 Nr. 1b § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V Versicherungspflicht ..... - 11 -

Art. 1 Nr. 2 § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V Familienversicherung ..... - 12 -

Art. 1 Nr. 6 § 109 Abs. 6 SGB V – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern ..... - 13 -

Art. 1 Nr. 7 § 115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus ..... - 15 -

Art. 1 Nr. 8 § 124 Abs. 2a SGB V Zulassung und Erteilen der Abrechnungserlaubnis bei Heilmittelerbringern ..... - 19 -

Artikel 1 Nr. 10 § 137i SGB V – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen ..... - 20 -

Art. 1 Nr. 11 § 186 Abs. 7 SGB V Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ..... - 22 -

Art. 1 Nr. 12a § 190 Abs. 9 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ..... - 23 -

Art. 1 Nr. 12b § 190 Abs. 10 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger Studenten ..... - 24 -

Art. 1 Nr. 13 § 199a SGB V Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten ..... - 25 -

Art. 1 Nr. 14 § 200 Abs. 2,3 SGB V Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen ..... - 27 -

Art. 1 Nr. 16 § 236 Absatz 1 Satz 2 SGB V – Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten ..... - 28 -

Art. 1 Nr. 17 § 242 SGB V – Zusatzbeitrag ..... - 29 -

Art. 1 Nr. 18 § 245 Absatz 2 SGB V – Beitragssatz für Studenten und Praktikanten ..... - 31 -

Art. 1 Nr. 19 § 260 SGB V – Betriebsmittel ..... - 32 -

Art. 1 Nr. 21 d) § 275 Absatz 3 Satz 2 SGB V – Begutachtung und Beratung ..... - 34 -

Art. 1 Nr. 21e) § 275 Absatz 3b SGB V – Begutachtung und Beratung ..... - 35 -

Art. 1 Nr. 21g) § 275 Absatz 5 SGB V – Begutachtung und Beratung ..... - 37 -

Art. 1 Nr. 22) § 275b SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst ..... - 38 -
Art. 1 Nr. 23 § 275c SGB V (neu) - Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst ..... - 39 -
Art. 1 Nr. 23 § 275d SGB V (neu) – Prüfung von Strukturmerkmalen ..... - 48 -
Art. 1 Nr. 25 § 278 SGB V – Medizinischer Dienst ..... - 51 -
Art. 1 Nr. 25 § 279 SGB V – Verwaltungsrat und Vorstand ..... - 52 -
Art. 1 Nr. 25 § 281 SGB V Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht ..... - 54 -
Art. 1 Nr. 25 § 282 SGB V Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand ..... - 55 -
Art. 1 Nr. 25 § 283 SGB V – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund ..... - 57 -
Art. 1 Nr. 28 § 301 Abs. 2 SGB V – Krankenhäuser ..... - 60 -
Art. 1 Nr. 30 § 327 SGB V – Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ..... - 62 -
Art. 1 Nr. 30 § 328 SGB V – Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund ..... - 63 -
Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 64 -
Art. 2 Nr. 1 § 199a SGB V Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten ..... - 64 -
Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ..... - 65 -
Art. 3 Nr. 1 § 17b KHG – Pauschalierendes Entgeltsystem für Krankenhäuser ..... - 65 -
Art. 3 Nr. 2 § 17c Abs. 2a und 2b KHG (neu) – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss ..... - 67 -
Art. 3 Nr. 3 § 19 KHG (neu) – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen ..... - 70 -
Artikel 4 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes ..... - 73 -
Art. 4 Nr. 1 § 2 Abs. 2 KHEntgG Gebärdensprachendolmetscher ..... - 73 -
Art. 4 Nr. 2 § 4 KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets ..... - 74 -
Art. 4 Nr. 3 § 6 KHEntgG – Vereinbarung sonstiger Entgelte ..... - 76 -
Art. 4 Nr. 4 § 6a Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets ..... - 77 -
Art. 4 Nr. 5 § 8 KHEntgG – Berechnung der Entgelte ..... - 78 -
Art. 4 Nr. 6 § 11 Abs. 1 KHEntgG – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus ..... - 79 -
Artikel 5 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes ..... - 80 -
Änderung des § 8 KHEntgG ..... - 80 -
Artikel 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung ..... - 81 -
Artikel 6 Nr. 1 § 8 BPflV – Berechnung der Entgelte ..... - 81 -
Art. 6 Nr. 2 § 11 Abs. 1 BPflV – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus ..... - 82 -

Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 83 -
Art. 10 Nr. 4d) § 17 SGB XI – Richtlinien der Pflegekassen ..... - 83 -
Art. 10 Nr. 9 § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 SGB XI Versicherungspflicht ..... - 85 -
Art. 10 Nr. 10 § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3a SGB XI Familienversicherung ..... - 86 -
Art. 10 Nr. 15 § 53c SGB XI – Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund; Übergangsregelung ..... - 87 -
Art. 10 Nr. 15 § 53d SGB XI – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund ..... - 88 -
Artikel 12 Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung ..... - 90 -

I. Zusammenfassung

1. Organisationsreform der Medizinischen Dienste

Der Kabinettsentwurf des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) stellt mit seinen organisationsrechtlichen Änderungen ein vollkommen unbegründetes Misstrauensvotum gegen die Kranken- und Pflegekassen und ihre Selbstverwaltung dar. Es wird aber anerkannt, dass die Bundesregierung den Gesetzentwurf dahingehend weiterentwickelt hat, dass die Mehrheit des Verwaltungsrates nunmehr mit Kassenvertretern zu besetzen ist.

Allerdings ist nach wie vor die aktive Selbstverwaltung der Krankenkassen von der Mitgliedschaft in den Verwaltungsräten ausgeschlossen, was eine weitreichende Änderung im Vergleich zu bestehenden Strukturen bedeutet.

Diese Unvereinbarkeit der Selbstverwaltungsämter bei einer Krankenkasse und einem geplanten Medizinischen Dienst bringt nicht nur Fragen der Legitimation mit sich, sondern schwächt auch die Vertretung der Beitragszahler im Verwaltungsrat des geplanten Medizinischen Dienstes erheblich. Um einen Verlust an Wissen und Erfahrung für die Arbeit im Verwaltungsrat zu vermeiden, ist es unabdingbar, dass Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung in der Krankenkasse gleichzeitig auch eine Mitgliedschaft im Verwaltungsrat des geplant Medizinischen Dienstes innehaben können. Mit der vorgesehenen Regelung geht überdies ganz konkret ein erheblicher Wissens- und Erfahrungsverlust einher. Auch wenn der Körperschaftsstatus alleine die Prozess- und Rechtsfähigkeit des Medizinischen Dienstes sicherstellt, bedarf es insbesondere im Hinblick auf die Funktion der Krankenkassen als Auftraggeber und als Finanzierer des Medizinischen Dienstes einer organisatorischen Anbindung. Dies insbesondere im Hinblick auf die Genehmigungsfiktionen nach dem Patientenrechtegesetz und Verzögerungsleistungen (§ 13 Absatz 3a, § 18 SGB IX, § 18 Absatz 3b SGB XI), da die Kranken- und Pflegekassen bei der Einhaltung der gesetzlich vorgegebenen Fristen auf die ebenso fristgerechte Zuarbeit des Medizinischen Dienstes angewiesen sind. Es wird daher als notwendig erachtet, dass durch eine Vereinbarkeit dieser Mandate die organisatorische Anbindung sichergestellt wird.

Im Kabinettsentwurf ist weiterhin eine Ombudsregelung auf der Ebene der geplanten Medizinischen Dienste und des geplanten Medizinischen Dienstes Bund vorgesehen. Sie soll für das gutachterliche Personal wie auch Versicherte eine Beschwerdestelle zur Meldung insbesondere von Einflussnahmen sein. Diese Lösung birgt jedoch die Gefahr, dass die notwendigen Gespräche im Rahmen einer Sozialmedizinischen Fallberatung zwischen Gutachter und Kassenmitarbeiter – insbesondere solchen mit ärztlicher oder pflegefachlicher Ausbildung – durch die Regelung belastet werden und die vertrauensvolle Zusammenarbeit darunter leidet. Mit dem Wort „Unregelmäßigkeit“ wird ein gesetzlicher Begriff aus der Fehlverhaltensbekämpfung verwendet, welcher das Fachgespräch zwischen Kasse und Medizinischem Dienst stigmatisiert. Eine solche Ombudslösung ist daher weder im Sinne der Patienten und Verbraucher, noch trägt sie zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und Medizinischem Dienst bei.

Von großer Bedeutung für die Kassen sind die Regelungen zur Richtlinienkompetenz. Im Kabinettsentwurf werden dem geplanten Medizinischem Dienst Bund Richtlinienkompetenzen zur Regelung der Zusammenarbeit zwischen Kassen und Medizinischen Diensten zugewiesen, die bisher dem GKV-SV direkt bzw. als stimmberechtigtes Mitglied des MDS zustanden. Aufgrund der vorgesehenen Trennung von Kassen und geplantem Medizinischem Dienst – hier von MDS und GKV-Spitzenverband - müssen nunmehr auch die Richtlinienkompetenzen neu sortiert werden. Es bedarf einer differenzierten Betrachtung der Aufteilung der Richtlinienkompetenzen. Richtlinien, die ausschließlich die Kassen betreffen, sind in alleiniger Kompetenz des GKV-SV zu verorten. Dahingegen sind Richtlinien für Regelwerke, welche die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste mit den Kassen betreffen, dem GKV-SV und dem Medizinischen Dienst Bund gemeinsam zuzuweisen. Richtlinien, die ausschließlich die Medizinischen Dienste betreffen, können hingegen auch der ausschließlichen Kompetenz des geplanten Medizinischen Dienstes Bund zugeordnet werden.

2. Krankenhausabrechnungsprüfung

Der AOK-Bundesverband hält die Reformvorschläge zur Krankenhausabrechnung für nicht sachgerecht. Die Krankenhausabrechnungsprüfung effizienter zu gestalten, kann nicht bedeuten, dass ein Großteil der fehlerhaften Abrechnungen gar nicht mehr in die Prüfung kommt. Das hieße letzten Endes, Krankenhäuser aufzufordern, ein strategisches Abrechnungsmanagement zu entwickeln. Das ab 2021 vorgesehene Prüfquotenmodell ist insgesamt nicht zielführend und überbürokratisch und daher abzulehnen. Das Modell ist darüber hinaus in sich nicht stimmig und wird die Zahl der Rechtsstreitigkeiten deutlich erhöhen, sofern keine Anpassung erfolgt. Folgende Aspekte sind dringend im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu korrigieren:

Unzureichende Prüfquote für das Übergangsjahr 2020

Im Übergangsjahr 2020 sollen Abrechnungsfälle laut Kabinettsentwurf nur sehr eingeschränkt prüfbar sein, maximal dürfen nur noch 10 Prozent der Rechnungen beanstandet werden. Gleichzeitig wirken die in der Gesetzgebung vorgesehenen Anreize zur Reduktion von fehlerhaften Abrechnungen erst ab dem Jahr 2021 (beispielsweise: Sanktionierung von Falschabrechnung, Strukturprüfung, Wegfall der Prüfung ambulanter Fälle, Schlichtungsausschuss Bund). Absehbar ist daher, dass bei einer Prüfquotenobergrenze von 10 Prozent im Jahr 2020 in sehr großem Umfang fehlerhafte Abrechnungen auf Kosten der Beitragszahler unbeanstandet bleiben. Die Belastungen werden eine beitragssatzrelevante Größe von ca. 1 Mrd. (GKV) erreichen. Hier muss dringend nachgebessert werden, indem die Prüfquote im Übergangsjahr auf die derzeitige mittlere Prüfquote von 18 Prozent angehoben wird. Eine ausgabenneutrale Umsetzung ist ansonsten komplett unrealistisch.

Deckelung der Sanktionierung von Falschabrechnung

Wenn die Anzahl der Prüfungen durch Quoten stark eingeschränkt wird ist es unverzichtbar, dass die Anreize zur Vermeidung von Falschabrechnungen gerade bei den Fällen Wirkung entfalten, die bei fehlerhafter Abrechnung mit großem Schaden für die Versichertengemeinschaft einhergehen. Dringend korrigiert werden muss daher die mit dem Kabinettsentwurf vorgelegte Regel, nach der die Strafabschläge für nachgewiesenes Falschabrechnen auf maximal 1.500 Euro

gedeckelt werden. Zuvor waren noch 25 bis 50 Prozent auf die tatsächliche Differenzsumme vorgesehen. Versorgungsseitig würde der Anreiz entstehen, ein Upcoding gerade bei schweren Fällen als erfolgsversprechende Gewinnmaximierungsstrategie einzusetzen – vollständig konträr zur zwingend notwendigen Anreizwirkung gerade bei diesen Fällen. Denn die Sanktionen sind ja der Höhe nach gedeckelt, unabhängig von der finanziellen Bewertung des Falles. Damit stehen Sanktion und Ertrag einer Upcodingstrategie in keinem sinnvollen Verhältnis mehr. Es ist mit massiven Verwerfungen in der Abrechnung zu rechnen. Die ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehene Regelung sollte daher umgesetzt und die Deckelung gestrichen werden.

Ausweitung von Rechtsstreitereien

Die Folgen einer in sich nicht stimmigen Gesetzgebung haben die im Zuge der PpSG-Gesetzgebung entstandenen Rechtsstreitigkeiten nachdrücklich illustriert. Ähnliche Folgen gilt es im Kontext des MDK-Reformgesetzes zu vermeiden. Der nun vorgelegte Gesetzentwurf droht jedoch nach ähnlichem Muster die Zahl von Rechtsstreitigkeiten zu erhöhen. Zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten und zur partnerschaftlichen Stärkung von außergerichtlichen Möglichkeiten der Einigung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen müssen beide Parteien verpflichtet werden, alle relevanten Informationen auszutauschen. Um dieses Ziel zu erreichen, muss klargestellt werden, dass Einwendungen und Informationen in Bezug auf die Rechtmäßigkeit einer Krankenhausabrechnung im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden können, sofern sie nicht vor der Klageerhebung zwischen den Parteien erörtert wurden (§ 17c Abs. 2b KHG).

Des Weiteren sollte das Aufrechnungsverbot nach § 109 Abs. 6 SGB V so gefasst werden, dass Anreize für eine schnelle und korrekte Rechnungslegung erhalten bleiben. Demzufolge sollte eine Aufrechnung der Ansprüche möglich sein, wenn der Rechnungsbetrag nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vom ursprünglichen Rechnungsbetrag abweicht, das Krankenhaus gegen das Ergebnis der Begutachtung nicht innerhalb von 30 Kalendertragen begründete Einwände erhebt und dennoch keine korrigierte Rechnung stellt. Ist in dieser Fallkonstellation keine Aufrechnung möglich, ist die Krankenkasse gezwungen direkt den Rechtsweg anzusteuern. Es würde damit eine massive Ausweitung von Rechtsstreitigkeiten einhergehen, die vermeidbar ist.

3. Weitere Themen

Im Kabinettsentwurf des MdK-Reformgesetzes wurden Neuregelungen zum Thema Finanzierung und Beiträge der Krankenkassen aufgenommen, die im Referentenentwurf noch nicht enthalten waren und sich jetzt im Gesetzentwurf befinden.

Die Anpassung von § 242 SGB V enthält die Klarstellung, dass sich neben dem relevanten Vermögen für das Zusatzbeitragserhöhungsverbot auch die durchschnittliche Monatsausgabe aus der zuletzt gemeldeten Vierteljahresrechnung errechnet. Die Anpassungen in § 242 Abs. 1 SGB V sind einerseits sachgerecht, da sich die maßgeblichen Rechengrößen nun auf dieselbe Datenquelle beziehen, wodurch inhaltliche Konformität hergestellt wird. Andererseits werden jedoch weitere Ungenauigkeiten manifestiert, indem die durchschnittliche Monatsausgabe der zuletzt

gemeldeten Vierteljahresrechnung entnommen wird, obwohl diese nicht alle für das Gesamtjahr vermögensrelevanten Aspekte (z. B. unterjährig eintretende Ausgabeneffekte durch neue Gesetze) enthält. Insofern kann diese Regelung nicht befürwortet werden.

Weitere Anpassungen an den §§ 242 und 260 SGB V bewirken, dass künftig Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Vermögensteilen beim Vermögen, das für das Zusatzbeitragserhöhungsverbot bzw. den Vermögensabbau maßgeblich ist, zusätzlich berücksichtigt werden. Diese Neuregelung wird abgelehnt, da:

- das neue Vermögenskonstrukt Betriebsmittel und Rücklagen mit Verwaltungsvermögen vermischt,
- die Erweiterung eine Verschärfung des Zwangsabbaus nach VEG darstellt und deshalb aus denselben Gründen (Gefährdung der Beitragssatzstabilität, Fokussierung auf reinen Preiswettbewerb, Kalkulationsunsicherheit, Einschränkung der Haushaltsautonomie) abzulehnen ist,
- die Gesetzesbegründung unterstellt, dass Krankenkassen nach Belieben Geldmittel reservieren könnten, um den Vermögensabbau zu umgehen. Dies ist nicht der Fall, da es zum Umgang mit diesen Sachverhalten zum einen einheitliche gesetzliche Regelungen gibt (§ 11 Abs. 1 und 2 SVHV) und zum anderen die Umsetzung von Wirtschaftsprüfern testiert (§ 77 Abs. 1a SGB IV) oder teilweise sogar von der Aufsicht genehmigt werden muss (§ 85 Abs. 2 SGB IV),
- gerade wegen der Deckelung von Betriebsmitteln/Rücklagen die Notwendigkeit besteht, gesonderte Geldmittel für die Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen zu reservieren.

Die Neuregelungen zu den §§ 242 und 260 SGB V sollen bereits am Tag der 2./3. Lesung in Kraft treten, damit sie schon in der Haushaltsplanung (Herbst 2019) zur Anwendung kommen. Da die Regelungen inhaltlich abzulehnen sind, wird auch ihr Inkrafttreten abgelehnt.

Mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Umsetzung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen und den Hochschulen wird eine seit langem bestehende Forderung der AOK-Gemeinschaft umgesetzt. Im Zeitalter der Digitalisierung ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass nach einer Übergangsphase ab 2022 das bestehende Papierverfahren aufgehoben wird und Meldungen zwischen den Krankenkassen und den Hochschulen nur noch elektronisch ausgetauscht werden.

Aber auch die Änderungen hinsichtlich der Krankenversicherung von Studierenden, wie z. B. die Aufhebung der Begrenzung der Krankenversicherung der Studenten auf das 14. Fachsemester, die Klarstellung zur Beendigung der Versicherung bei Verzug eines Studenten aus dem Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches und die Einführung einer Altersgrenze für vorgeschriebenen Praktika etc. sind mit Blick auf die sich verändernden Studienwelten sachgerecht.

II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 1a § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Begrenzung der „Krankenversicherung der Studenten“ bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters wird aufgehoben.

B Stellungnahme

In der gesetzlichen Krankenversicherung können an staatlichen bzw. staatlich anerkannten Hochschulen eingeschriebene Studenten zu einem vergünstigten Beitrag versichert werden. Um die Sozialkassen nicht über Gebühr zu strapazieren (Schutz der Solidargemeinschaft) und um ein Ausnutzen dieses Beitragsvorteils zu vermeiden, hatte der Gesetzgeber entsprechende Grenzen eingeführt. Je nachdem, ob zeitlich zuerst das 14. Fachsemester oder das 30. Lebensjahr vollendet wird, endet im Grundsatz die studentische Versicherung. Bei Vorliegen besonderer Gründe, welche persönlicher oder familiärer Art sein können bzw. bei begründeten Verzögerungen der Ausbildung, kann die studentische Versicherung über die genannten Grenzen verlängert werden.

Aufgrund der ständigen Weiterentwicklung von Studiengängen und –abschlüssen und der Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen wird es für die Krankenkassen zunehmend schwieriger die korrekte Fachsemesterzahl festzustellen, wenn der Student zwischen verschiedenen Studiengängen wechselt bzw. weiterführende Studiengänge aufnimmt. Da keine einheitlichen Vorgaben zur Bewertung der Fachsemesterzahl existieren und auch seitens der Hochschulen kein einheitliches Verfahren zu erkennen ist, sind die Krankenkassen bei der Bewertung der Fachsemesteranzahl weitgehend auf sich gestellt.
Zudem ist eine Begrenzung auf die Anzahl der Fachsemester in der heutigen Zeit, aufgrund der veränderten Studienmöglichkeiten und der Vielzahl verschiedener Studienabschlüsse nicht mehr sachgemäß. Damit Studenten während ihrer Ausbildung auch weiterhin nicht finanziell überfordert werden, bleibt die einheitliche Grenze des 30. Lebensjahres bestehen, bis zu welcher ein Student vom vergünstigen Krankenversicherungsbeitrag profitieren kann. Im Allgemeinen ist ein erfolgreicher Abschluss eines Studiums bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres möglich.

Um sicher zu stellen, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung die Vorgaben einheitlich umgesetzt werden und jeder Studiengang von allen Krankenkassen gleich bewertet wird, streicht der Gesetzgeber die Grenze des 14. Fachsemesters ersatzlos. Durch diese Streichung werden die Krankenkassen in Ihrem Verwaltungshandeln entlastet. Vor diesem Hintergrund ist die Streichung zu unterstützen.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 1b § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Praktikanten, die ein in einer Studien- und Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum absolvieren, wird zur Beurteilung, ob diese Praktikanten zu einem vergünstigten Beitrag krankenversichert werden können, eine Altersgrenze eingeführt. Auch für Praktikanten gilt damit künftig das 30. Lebensjahr als Altersbegrenzung. Anzuwenden ist diese Grenze für alle nach der jeweils anzuwendenden Studien- und Prüfungsordnung durchgeführten Vor-, Zwischen- und Nachpraktika.

B Stellungnahme

Die Einführung der Begrenzung ist nachvollziehbar und dient der einheitlichen Auslegung sowie dem Schutz des Studierenden-Privilegs in der gesamten Studienzeit zu einem günstigen Beitrag umfassend abgesichert zu sein. Die Einführung der Altersgrenze ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 2 § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Familienversicherung soll bei an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule Studierenden über die Vollendung des 25. Lebensjahres hinaus, bis zum Ablauf des jeweiligen Semesters, fortbestehen. Die neuen Zusätze in § 186 Absatz 7 Satz 2 und § 3 SGB V gelten entsprechend (siehe Art. 1 Nr. 11).

B Stellungnahme

Durch die einheitliche Beendigung der Familienversicherung zum Semesterende wird eine Angleichung an die Regelungen der studentischen Versicherung geschaffen, so dass keine studentische Versicherung für Teilsemester begründet werden muss. Diese Regelung ist sachgerecht und vermindert den Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und den Hochschulen erheblich, daher ist die Neuerung zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 6 § 109 Abs. 6 SGB V – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgeschlagene Neuregelung dürfen Krankenkassen Ansprüche auf Rückzahlung bereits vorgenommener Vergütungen nicht gegen Forderungen der Krankenhäuser, die nach dem 1. Januar 2020 entstanden sind, auf Vergütung erbrachter Leistungen aufrechnen. Abweichende Regelungen können DKG und GKV-SV in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG treffen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Das mit dem MDK-Reformgesetz verfolgte Ziel, bürokratischen Aufwand zu reduzieren, wird durch die Neuregelung nicht erreicht werden. Sie führt stattdessen mutmaßlich zu einem erhöhten Klageaufkommen durch die Krankenkassen und damit zu mehr Bürokratiekosten.

Derzeit liegt die Klageentscheidung bei den Krankenhäusern, die über sämtliche Informationen zum Behandlungsfall verfügen. Aus diesem Grund können sie sachgerecht abschätzen, ob der Klageweg überhaupt sinnvoll und erfolgversprechend ist. Wird die Klageentscheidung auf die Kassen übertragen, werden diese bei verantwortungsvollem Umgang mit den Versichertenbeiträgen deutlich mehr Fälle bei den Sozialgerichten einbringen, da ihnen weniger Informationen zur Beurteilung eines Falles vorliegen. Aufgrund der Verpflichtung der Krankenkassen nach § 76 SGB IV Einnahmen vollständig und rechtzeitig zu erheben steigen somit die Verwaltungsaufwände und die Belastungen für die Sozialgerichte.

Eine Aufrechnung sollte zumindest bei solchen Fällen möglich sein, bei denen ein Prüfergebnis des MDK vorliegt, das zu einer Verminderung des Vergütungsanspruchs führt und das Krankenhaus die Abrechnung nicht innerhalb einer festgelegten Frist korrigiert oder das Prüfergebnis des MDK akzeptiert, indem es keine konkret begründeten Einwände erhebt. Weiterhin sollte die Aufrechnung ebenfalls möglich sein, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde.

Bzgl. der Umsetzungsfrage, ab wann die Regelung greift, war der Referentenentwurf unklar. Diesbezüglich unternimmt der Gesetzgeber den Versuch einer Klarstellung. Die Regelung, dass sich das Verrechnungsverbot auf Forderungen der Krankenhäuser bezieht, die nach dem 1. Januar 2020 entstanden sind ist jedoch nicht hinreichend. Sofern Sozialgerichtsverfahren vermieden werden sollen, ist die Klarstellung notwendig, dass sich die Änderung auf die Aufnahmen ab dem Jahr 2020 bezieht.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Hilfsweise:

§ 109 Absatz 6 SGB V neu wird wie folgt gefasst:

> **„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen können Krankenkassen grundsätzlich nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. Weicht der Rechnungsbetrag nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vom ursprünglichen Rechnungsbetrag ab und bringt das Krankenhaus gegen das Ergebnis der Begutachtung innerhalb von 30 Kalendertagen keine konkret begründeten Einwände vor ,,muss das Krankenhaus die Rechnung innerhalb von 30 Kalendertagen stornieren und neu stellen. Bei Nichteinhaltung der Frist, ist die Krankenkasse berechtigt, den überzahlten Betrag gegen unbestrittene Vergütungsansprüche zu verrechnen. Die Krankenkasse ist ebenfalls berechtigt, eine Aufrechnung vorzunehmen, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde.“**

Hilfsweise

In Satz eins wird hinter dem Wörtern „2020 entstanden sind“ die Wörter in Klammern **„(Aufnahmedatum im Krankenhaus)“** ergänzt.

Art. 1 Nr. 7 § 115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sollen auf der Grundlage eines bis zum 31. März 2020 zu vergebenden Gutachtens den bestehenden AOP- Katalog bis zum 30.Juni 2021 substantiell erweitern. Zukünftig beinhaltet der zu vereinbarende Katalog neben den ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffen auch stationsersetzende Behandlungen. An der bisher bereits bestehenden einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte wird festgehalten. Neu geregelt wird, dass die Vergütung nach dem Schweregrad zu differenzieren ist, allerdings weiterhin auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen. Darüber hinaus sollen Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Kataloges erbringen, zukünftig keiner Prüfung des Medizinischen Dienst unterzogen werden.

Der Katalog soll regelmäßig, spätestens im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2023, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst und durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden.

B Stellungnahme

Eine Erweiterung der bisherigen AOP-Katalogleistungen, die sowohl von stationären als auch von ambulanten Leistungserbringern erbracht werden können, ist zu begrüßen. Das in diesem Zusammenhang zu vergebende Gutachten sollte ergänzend zur geplanten Berücksichtigung bereits vorliegender Studien zu ambulant-sensitiven Diagnosen und vermeidbaren Krankenhausfällen die Ergebnisse bestehender Versorgungsforschungsprojekte aus dem Innovationsfonds berücksichtigen.

Jedoch sind die im Kabinettsentwurf vorgesehenen Fristen zu knapp festgelegt und daher nicht realistisch umsetzbar. Stattdessen wird vorgeschlagen, erstens die Fristen um jeweils zwölf Monate zu verschieben. Entsprechend sollte das Gutachten spätestens bis zum 31.03.2021 beauftragt werden und bis spätestens zum 31.03.2022 fertiggestellt sein. Die Vereinbarungsfrist sollte auf den 30.06.2022 verschoben werden. Zweitens sollten die Selbstverwaltungspartner die Möglichkeit erhalten, anstelle des gemeinsamen beauftragten Gutachtens auch Ergebnisse bereits veröffentlichter Gutachten bzw. öffentlich geförderter Forschungsprojekte als Grundlage für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 zu verwenden. Da es derzeit vielversprechende Projektanträge für eine Förderung durch den Innovationsfonds mit inhaltlichem Bezug zu dem Gutachten nach Absatz 1a gibt, kann es aus wissenschaftlichen und auch wirtschaftlichen Gründen sinnvoll sein, die Ergebnisse dieser oder anderer geeigneter Forschungsprojekte und Gutachten zu berücksichtigen. Auch bleibt abzuwarten, welche Vorschläge die Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“ hierzu formuliert. Das unbedingte Ziel sollte es sein, parallele Regelungen zur Ausgestaltung und Vergütung des AOP-Katalogs sowie zu externen Gutachten zu vermeiden.

Zudem ist kritisch anzumerken, dass das Vorhaben den Charakter eines fachfremden Änderungsantrags im Referentenentwurf hat. Es sollten vielmehr die vollständigen Regelungen für sektorenübergreifende Versorgung in einem eigenen Gesetz erfolgen, dass diese Versorgungsform insgesamt regelt. Dem Vernehmen nach beabsichtigt das BMG noch vor der Sommerpause einen entsprechenden Referentenentwurf einbringen. Die Angabe einer konkreten Erlöswirkung ist zudem unseriös, wenn keine Kenntnis des Leistungsvolumens, des anzuwendenden Vergütungssystems sowie der vertraglichen Grundlagen vorliegt.

Mit der Erweiterung des bestehenden AOP-Katalogs erfolgt eine Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich. Folglich wirken die zu vereinbarenden ambulant durchführbaren operativen und diagnostischen Eingriffe und Behandlungen substituierend. Eingriffe oder Behandlungen, die stationsersetzend durchgeführt werden können, sind aus dem stationären Leistungsbereich zu bereinigen und nicht mehr als stationäre Krankenhausleistung abrechenbar. Mit der gesetzlichen Änderung entsteht ein neuer sektorenübergreifend anzuwendender Leistungskatalog für Patientinnen und Patienten, welcher weiteren Anforderungen zur Gewährleistung der Gleichbehandlung von Krankenhäusern und Vertragsärzten genügen sollte. Neben der einheitlichen Geltung von Katalog und Vergütung gehören hierzu:

- gleiche Zulassungs- und Zugangsvoraussetzungen
  - Bedarfsplanungskriterien (bspw. Planungszuständigkeit und Flächendeckung)
  - Teilnahmevoraussetzungen (bspw. Facharzt ohne weitere Leistungserbringer)
  - Qualifikation der Leistungserbringer (bspw. Facharztstatus oder Facharztstandard)
- gleiche Leistungsvoraussetzungen (bspw. Umgang mit Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt)
- gleiche Abrechnungsbedingungen (bspw. einheitliche Verschlüsselung der Leistungen nach OPS)
- gleiche Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (bspw. Mindestanforderungen an die Dokumentation, Mindestanforderungen an die Wirtschaftlichkeitsprüfung, Mindestmengen, Dokumentation der LANR auch von Krankenhausärzten, Datum je OPS-Code)
- eindeutige inhaltliche Definitionen (bspw. Falldefinition, Fachgebietsgrenzen, medizinisch notwendige Begleitleistungen)
- Anpassung an die aktuelle Rechtslage hinsichtlich der Notwendigkeit vollstationärer Behandlung inklusive Abschaffung der Kategorien
- Definition und Vereinheitlichung von Schnittstellen stationär/ambulant und ambulant/ambulant

Inwiefern die ebenfalls geplante Änderung in § 295 Absatz 1 SGB V der Kann-Regelung zur Vorgabe einheitlicher struktureller Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung zur Anwendung der OPS ihre Wirkung entfaltet, bleibt abzuwarten.

Neben dem Katalog müssen die Vertragsparteien eine einheitliche Vergütung mit Schweregraddifferenzierung für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbaren. Der Auftrag und die Orientierung auf der betriebswirtschaftlichen Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen ist zu begrüßen. Neben der Anlehnung an den

EBM soll auch eine Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen erfolgen. Einen umfassenden und einheitlichen Finanzierungsrahmen kann mit einem neuen zu erarbeitenden Fallpauschalensystem besser gelingen.

Irritierend wahrgenommen wird die in der Begründung aufgeführte Abkehr der gesetzlichen Pflicht zur Anbindung der Vergütung an den einheitlichen Bewertungsmaßstab bereits seit dem 01. Januar 2016 im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG). Ursächlich bzw. begründet wurde die Streichung des damaligen Absatzes 4 im KHSG mit einer Rechtsbereinigung aufgrund der durch Zeitablauf überholten Regelung. Der Absatz 4 vor KHSG beinhaltete jedoch neben einer zeitlichen Vorgabe zur verbindlichen Regelung einer Vergütung bis 31.Dezember 1994 die grundsätzliche Orientierung der Vergütung an den einheitlichen Bewertungsmaßstab. Dies erklärt das bisherige Festhalten der Vereinbarungspartner an einer EBM-Vergütung. Grundlage und Ausgangsbasis der Vergütungsvereinbarung sollte daher nach Vorlage des Gutachtens geklärt werden. Zudem ist der neue Leistungskatalog jährlich auf empirischer Basis fortzuschreiben. Ein empirisch abgeleiteter Leistungskatalog auf der Basis von medizinisch sinnvollen kostenhomogenen Pauschalen macht die Leistungserbringung im Bundesgebiet vergleichbar, definiert prospektiv die Vergütungseinheiten je Fall und ist gleichzeitig eine zentrale Voraussetzung für die Durchsetzung des Prinzips „Gleicher Preis für gleiche Leistung“.

Ein Prüfungsausschluss durch den Medizinischen Dienst für Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V erbringen, ist nicht nachvollziehbar und setzt falsche Anreize hinsichtlich der einheitlichen sektorenübergreifender Qualitätssicherung. Auch und gerade ambulante Operationen und stationsersetzende Leistungen und deren korrekte Erbringung und Abrechnung können nicht von den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst ausgenommen sein.

Die gesetzliche Verankerung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a SGB V als Konfliktlösungsmechanismus für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 sowie für den Inhalt des Gutachtenauftrags nach Absatz 1a in der mit dem TSVG in Kraft getretenen Fassung wird abgelehnt. Abzulehnen sind insbesondere die Regelungen zur Besetzung und Stimmverteilung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums. Sie führen zu einem Ungleichgewicht in den Entscheidungen des Schiedsgremiums zu Lasten der Kostenträgerseite (vgl. Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Gesetzesentwurf des TSVG vom 20.12.2018, S. 75ff.).

C Änderungsvorschlag

Die Regelungen zu § 115b SGB V und entsprechende Folgeänderungen sind im Rahmen des MDK Reformgesetzes zu streichen und in ein eigenes Gesetzesverfahren zu überführen, dass mehr Klarheit zu den folgenden Punkten schafft:

- gleiche Zulassungs- und Zugangsvoraussetzungen
- Bedarfsplanungskriterien (bspw. Planungszuständigkeit und Flächendeckung)
- Teilnahmevoraussetzungen und Qualifikation der Leistungserbringer
- Gleicher Umgang mit Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt

- gleiche Abrechnungsbedingungen (bspw. einheitliche Verschlüsselung der Leistungen nach OPS)
- gleiche Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (bspw. Mindestanforderungen an die Dokumentation, Mindestanforderungen an die Wirtschaftlichkeitsprüfung, Mindestmengen, Dokumentation der LANR auch von Krankenhausärzten, Datum je OPS-Code)
- eindeutige inhaltliche Definitionen (bspw. Falldefinition, Fachgebietsgrenzen, medizinisch notwendige Begleitleistungen)
- Anpassung an die aktuelle Rechtslage hinsichtlich der Notwendigkeit vollstationärer Behandlung inklusive Abschaffung der Kategorien
- Definition und Vereinheitlichung von Schnittstellen stationär/ambulant und ambulant/ambulant

Hilfsweise sind die folgenden Punkte anzupassen:

1. § 115b Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2022 einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen, einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.“

2. In § 115b Abs. 1a SGB V werden die Sätze 1 und 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2021 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten nach Satz 1 hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Ferner sind **Optionen für eine gemeinsame Bedarfsplanung von Ärzten und Krankenhäusern, konkrete Zulassungsvoraussetzungen und –verfahren sowie die Anforderungen an eine einheitliche e Qualitätssicherung zu bewerten.**“

3. Zu Artikel 1 Nr. 7, Buchstabe c) bb), § 115b, Abs. 2 SGB V

Streichung der Neuregelung

Art. 1 Nr. 8 § 124 Abs. 2a SGB V Zulassung und Erteilen der Abrechnungserlaubnis bei Heilmittelerbringern

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Erlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) ändert sich die Zuständigkeit über die Zulassung von Heilmittelerbringern. Ab dem 1. September 2019 bilden die Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Arbeitsgemeinschaften auf der Länderebene, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die Entscheidungen über die Zulassungen treffen. Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll die Kompetenz der Arbeitsgemeinschaften, um die Erteilung der Abrechnungserlaubnis für besondere Maßnahmen der Physiotherapie, erweitert werden. Nach Prüfung der Voraussetzungen nach § 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V für die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie, sind Arbeitsgemeinschaften nun zur Erteilung der Abrechnungserlaubnis legitimiert.

B Stellungnahme

Die Regelung, dass Arbeitsgemeinschaften zukünftig zur Erteilung der Abrechnungserlaubnis legitimiert sind, wird begrüßt. Die Neuregelung schließt eine Regelungslücke. Durch die Änderung der Zuständigkeit über die Zulassung von Heilmittelerbringern war bisher kein klarer Regelungsauftrag vorhanden. Der Regelungsauftrag wird nun mit Absatz 2a ergänzt. Durch die Erteilung der Abrechnungserlaubnis wird eine qualitative Versorgung mit besonderen Maßnahmen in der Physiotherapie gesichert, dies ist positiv zu bewerten.

C Änderungsvorschlag

Keine

Artikel 1 Nr. 10 § 137i SGB V – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Es wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG im Rahmen ihrer Vereinbarung über die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen auch die Höhe und nähere Ausgestaltung der für die Verletzung der Mitteilungspflichten nach Absatz 4b Satz 1 sowie der für die Verletzung der Datenübermittlungspflicht im Rahmen der Weiterentwicklung nach Absatz 4b Satz 2 vorgesehenen Sanktionen zu bestimmen haben. Zudem wird eine Fortschreibung der von den Selbstverwaltungspartnern geschlossenen Sanktionsvereinbarung vorgesehen und bei einer fehlenden Einigung hierzu die Anrufung der Schiedsstelle ermöglicht. Die Streichung des letzten Satzes erfolgt vor diesem Hintergrund zur Rechtsbereinigung.

Zu Buchstabe b)

Durch die Änderung wird aus Gründen der Rechtsklarheit die bestehende Befugnis des InEK konkretisiert, auf Grundlage des Konzepts zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und Pflegepersonaluntergrenzen als Datengrundlage erforderlich sind, Krankenhäuser auszuwählen und diese zur Datenübermittlung zu verpflichten. Rechtsbehelfen gegen diese Maßnahmen kommt nach Absatz 4c keine aufschiebende Wirkung zu. Im Übrigen werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Zu Buchstabe c)

In Buchstabe b) sind die Rechte des InEK gegenüber den Krankenhäusern bei der Herstellung der Datengrundlage zur Festlegung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt worden. Der Absatz 4b regelt für diesen Fall die Sanktionen bei Nichterfüllung durch die Krankenhäuser. Hierfür werden entsprechende Ergänzungen vorgenommen.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Es handelt sich um die Schließung einer Regelungslücke. Nach bisheriger Rechtslage oblag es den Vertragsparteien vor Ort, Sanktionen bei Nichteinhaltung der Datenlieferungspflichten nach § 5 Abs. 3 und 4 PpUGV sowie im Rahmen der Weiterentwicklung der pflegesensitiven Bereiche zu vereinbaren. Sämtliche Sanktionen gegen Versäumnisse der Krankenhäuser im Rahmen der Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V, sind idealerweise in einer Sanktionsvereinbarung auf Bundesebene zu regeln. Die DKG hat sich, mangels Rechtsgrundlage für diesen Bereich, bisher einer bundeseinheitlichen Regelung mit dem GKV-SV verschlossen. Damit bestand die Gefahr eines Wildwuchses von Sanktionsvereinbarungen auf Ortsebene; der unterschiedlichen Sanktionierung von identischen Sachverhalten. Dem beugt die Gesetzesänderung vor. Sie wird daher begrüßt.

Zu Buchstabe b)

In der Vergangenheit gab es vermehrt Klagen gegen die Verpflichtung von Krankenhäusern zur Lieferung von Kosten- und Strukturdaten zwecks Erhöhung der Repräsentativität der Entgeltkataloge. Hintergrund aus Sicht der Kläger ist der fragliche Rechtscharakter des InEK. Dabei steht insbesondere die Frage im Raum, ob das InEK Krankenhäuser zur Lieferung von sensiblen Daten verpflichten kann oder ob dies nicht originär durch die Selbstverwaltungspartner geschehen muss. Selbst dann stellt sich aus Sicht der Kläger noch die Frage nach der gesetzlichen Grundlage. Um die Rechtsposition des InEK bei der zukünftigen Beleihung mit Aufgaben zu stärken, wird es als notwendig angesehen, diese auch gesetzlich zu kodifizieren. Damit erhält das InEK nicht nur einen Auftrag der Selbstverwaltungspartner, sondern auch eine gesetzliche Grundlage für sein Handeln. Dies dient der Rechtssicherheit und vermeidet Verzögerungen im Ablauf.

Zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu Buchstabe b) zur Berücksichtigung der erweiterten Möglichkeiten des InEK und den daraus möglicherweise resultierenden Sanktionen, bei Nichteinhaltung durch die Krankenhäuser.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 11 § 186 Abs. 7 SGB V Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, jedoch frühestens mit dem Tag der Einschreibung bzw. der Rückmeldung zum Semester an der Hochschule. Bisher gab es keine einheitliche gesetzliche Definition, hinsichtlich des Umgangs mit Hochschulen die von der üblichen Semestereinteilung abweichen, bei denen keine Semestereinteilung existiert bzw. in Trimestern gelehrt wird. Es wird klargestellt, dass bei Hochschulen, in denen das Studienjahr nicht in Semester eingeteilt ist, an die Stelle des Semesters die entsprechende Einteilung tritt, also ggf. das Trimester. Bei fehlender Semestereinteilung sind die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März heranzuziehen. Damit ist eine eindeutige Regelung zum Beginn der Krankenversicherung der Studenten geschaffen worden.

B Stellungnahme

Durch die Klarstellung, dass Studienzeiten auch in Trimester eingeteilt werden können und dass bei fehlender Semestereinteilung die Semesterzuordnung der Hochschulen greift, wird Rechtssicherheit beim Umgang mit diesen Sachverhalten bei den Krankenkassen geschaffen.

Die Ergänzung ist sachgerecht und schafft Klarheit, auch in Bezug auf die §§ 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V (siehe Art. 1 Nr. 2) und 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB XI (siehe Art. 10 Nr. 10).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 12a § 190 Abs. 9 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Mitgliedschaft krankenversicherungspflichtiger Studenten endet zukünftig mit Ablauf des Semesters, zu dem sich der Student zuletzt eingeschrieben bzw. zurückgemeldet hat, wenn bis zum Ablauf des Semesters die Exmatrikulation erfolgt oder im Semester das 30. Lebensjahr vollendet wird.

Ergänzend wird für ausländische Studenten festgelegt, dass bei Verzug ins Heimatland bzw. an einen Ort außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuchs die Mitgliedschaft bereits mit Aufgabe des Wohnsitzes in Deutschland endet und nicht mehr bis zum Ende des Semesters fortbesteht.

B Stellungnahme

Mit der Neustrukturierung von § 190 Abs. 9 SGB V wird klargestellt, dass die Mitgliedschaft eines Studenten in der „Krankenversicherung der Studenten“ grundsätzlich nur bis zum Ende des Semesters bestehen kann, in dem das 30. Lebensjahr vollendet wurde. Damit wird eine einheitliche Grundlage zum Umgang mit diesen Sachverhalten geschaffen, an der sich alle Krankenkassen orientieren müssen.

Ergänzt wurde für ausländische Studenten, dass die studentische Krankenversicherung mit der Exmatrikulation und dem gleichzeitigen Verzug ins Heimatland direkt und nicht erst zum Ende des entsprechenden Semesters endet. Die bisherige Regelung führte dazu, dass für den Zeitraum vom Verzug ins Heimatland bzw. aus dem Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches Beiträge bis zum Ende des entsprechenden Semesters zu zahlen waren, obwohl keine Leistungen in Anspruch genommen wurden und der Student sich schon nicht mehr in Deutschland (Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches) aufhielt. In der Regel blieb diese Beitragszahlung durch die Studenten aus, was wiederum in den Krankenkassen zu erheblichen Mehraufwänden im Beitragseinzug führte.
Die Klarstellung ist zielführend und wird befürwortet, da sie nachvollziehbar ist und den Beratungs-/Verwaltungsauswand bei den Krankenkassen verringert.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 12b § 190 Abs. 10 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger Studenten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Mitgliedschaft von Praktikanten endet entweder mit der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit oder mit Vollendung des 30. Lebensjahres.

B Stellungnahme

Folgeänderung aufgrund der neu in § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V aufgenommenen Altersgrenze (Vollendung 30. Lebensjahr).

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 13 § 199a SGB V Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neuaufgenommene Paragraph beschreibt das maschinelle Studenten-Meldeverfahren und übernimmt dabei Teile der Verordnung über Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Meldeverfahren für die Krankenversicherung der Studenten (Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung - SKV-MV). Unverändert bleibt, dass die staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen sowie die Stiftung für Hochschulzulassung weiterhin verpflichtet sind, über die Krankenversicherungspflicht der Studenten, die Befreiungsmöglichkeiten und das Meldeverfahren zu informieren. Verfahrensgleich bleibt auch, dass der Student im Einschreibeverfahren der Hochschule seinen Versicherungsschutz nachzuweisen und die Hochschule die Studienaufnahme an die zuständige Krankenkasse zu melden hat. Des Weiteren sind die Hochschulen verpflichtet, den Ablauf des Semesters zu melden, in dem oder mit dessen Ablauf der Student exmatrikuliert wird oder das Studium in ein Promotionsstudium übergeht.

Weitere Meldeanlässe der Krankenkassen bestehen bei einem Krankenkassenwechsel, dieser ist der Hochschule von der neu gewählten Krankenkasse anzuzeigen, aber auch bei Zahlungsverzug und Ausgleich rückständiger Beiträge sind Meldungen an die Hochschule vorzunehmen.

Bis zur Aufnahme des maschinellen Meldeverfahrens durch die einzelne Hochschule sind die Meldungen zwischen den Hochschulen und den Krankenkassen in Textform vorzunehmen, spätestens ab dem 01.01.2022 ist ausschließlich das elektronische Verfahren zulässig.

Das Meldeverfahren wird über eine gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen erfolgen. Dafür wird eine sogenannte elektronische Hochschuldatei beim GKV-Spitzenverband aufgebaut, in der den Hochschulen eine gesonderte Absendernummer zugeordnet wird. Diese dient als Identifizierungsmerkmal der Hochschulen für die Krankenkassen im Meldeverfahren.

B Stellungnahme

Im Zeitalter der Digitalisierung wird die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Hochschulen und den Krankenkassen ausdrücklich befürwortet, zumal hier eine bereits seit Längerem bestehende Forderung der AOK-Gemeinschaft umgesetzt wird.

Die in einem Vorprojekt mit Vertretern der Hochschulrektorenkonferenz und Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung abgestimmten Grundzüge eines solchen maschinellen Studenten-Meldeverfahrens wurden seitens des Bundesministeriums der Gesundheit aufgenommen und in der Gesetzesvorlage umgesetzt.

Die Umsetzung des maschinellen Meldeverfahrens soll durch eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Krankenkassenorganisationen, Vertretern der Hochschulrektorenkonferenz und Vertretern von Hochschulen begleitet werden. Gegenstand der Arbeiten der Arbeitsgruppe werden die Abstimmung der Gemeinsamen Grundsätze und der Inhalte der Hochschuldatei sein, aber auch die Definition des Verfahrensstarts und die Koordination, welche Hochschule zu welchem Termin

das maschinelle Meldeverfahren aufnehmen wird. In Bezug auf die Inhalte der Hochschuldatei sollte im Rahmen der Arbeitsgruppe abgestimmt werden, ob weitere Angaben, wie zum Beispiel ein Hinweis ob die Hochschule mit einer Semester-, Trimester- oder gar keiner entsprechenden Einteilung arbeitet. So wird sichergestellt, dass allen Krankenkassen die gleichen Informationen zur Durchführung der Versicherung und zur Beitragsberechnung zur Verfügung stehen.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 14 § 200 Abs. 2,3 SGB V Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die neu aufgenommenen Absätze zwei und drei regeln die Vorlage einer Versicherungsbescheinigung von Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges in den Ausbildungsstätten. Anhand der Bescheinigung haben die Ausbildungsstätten der zuständigen Krankenkasse den Beginn der Ausbildung in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz sowie das Ende der Ausbildung mitzuteilen.

Die bisher in § 200 Abs. 2 SGB V enthaltene Ermächtigungsgrundlage, nach der das Bundesministerium der Gesundheit durch Rechtsverordnung den Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Nähere über das Meldeverfahren zu regeln hat, wurde aufgehoben.

B Stellungnahme

Die Ausführungen zum Meldeverfahren für die Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges stammen aus der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV). Durch deren Aufhebung ist das bereits bestehende Meldeverfahren anderweitig zu regeln, somit wurde das Verfahren unter den Meldepflichten der sonstigen versicherungspflichtigen Personen aufgenommen. Die Anpassung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 16 § 236 Absatz 1 Satz 2 SGB V – Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird festgeschrieben, dass die Anpassung des Bedarfssatzes nach § 13 Abs. 1 Nummer 2 und Abs. 2 BAföG nur noch am 01.04. bzw. am 01.10. eines Jahres vorgenommen werden kann.

B Stellungnahme

Der Bedarfssatz dient als Grundlage zur Bemessung der Beiträge für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V Versicherten. Die Änderung des Bedarfssatzes ist ab dem auf die Änderung folgenden Semesters zu berücksichtigen. Aufgrund der Formulierung war bisher nicht eindeutig geregelt, welche Semesterzeiten bei der Bewertung heranzuziehen sind. Durch die Ausgestaltung der Gesetzespassage und der Festschreibung expliziter Datumsangaben sind Änderungen des Bedarfssatzes zukünftig nur noch am 01.04. bzw. 01.10. eines Jahres möglich. Durch die Festlegung auf die genannten Termine wird eine unterschiedliche Auslegung durch die Krankenkassen und somit eine ggf. unterschiedliche Beitragserhebung bei Studenten eines Studienganges vermieden.

Hilfreich wäre eine Ergänzung (§ 236 SGB V) hinsichtlich der Berücksichtigung von Änderungen des Bedarfsbetrages bei Studiengängen mit Trimestern. Auch bei diesen sollte explizit auf den Beginn des folgenden Trimesters abgestellt werden, da sonst weiterhin unklar ist, wie bei dieser Einteilung des Studienjahres eine Anpassung des Bedarfssatzes vorzunehmen ist.

C Änderungsvorschlag

Nr. 16 ist wie folgt zu fassen:

In § 236 Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Semesters“ die Wörter „oder Trimesters“ eingefügt.

Art. 1 Nr. 17 § 242 SGB V – Zusatzbeitrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Versichertenentlastungsgesetz wurde in § 242 geregelt, dass Krankenkassen ihre Zusatzbeiträge nicht erhöhen dürfen, wenn ihr Vermögen laut letztgemeldeter Vierteljahresrechnung größer ist als eine Monatsausgabe. Die vorliegende Neuregelung nimmt Änderungen an den Rechengrößen vor, die für das Zusatzbeitragserhöhungsverbot maßgeblich sind, und zwar

1.) an der Berechnung der Monatsausgabe und
2.) an den relevanten Vermögensbestandteilen, die zu berücksichtigen sind.

zu 1.) Vermögensberechnung mit der Monatsausgabe aus der letzten Vierteljahresrechnung

In § 242 Abs. 1 Satz 4 wird der Verweis auf § 260 Abs. 2 Satz 1 gestrichen. Damit wird klargestellt, dass bei der Berechnung der zulässigen Vermögensobergrenze die Monatsausgabe aus der zuletzt gemeldeten Vierteljahresrechnung (KV45) der jeweiligen Krankenkasse zu verwenden ist. Nach geltender Rechtslage ist nur das Vermögen der Vierteljahresrechnung zu entnehmen, während die relevante Monatsausgabe aus dem Haushaltsplan stammt. Durch die Neuregelung wird sowohl das Vermögen als auch die Monatsausgabe aus der Vierteiljahresrechnung verwendet.

zu 2.) Berücksichtigung der Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Vermögensteilen nach § 263 Abs. 1 Nr. 2

Bei der Berechnung der zulässigen Vermögensobergrenze nach § 260 Abs. 1 werden bisher die Betriebsmittel und die Rücklagen nach § 261 berücksichtigt. Durch die Neuregelung wird festgelegt, dass in das relevante Vermögen nun zusätzlich die Geldmittel für die Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen nach § 263 Abs. 1 Nr. 2 einfließen.

B Stellungnahme

zu 1.) Vermögensberechnung mit der Monatsausgabe aus der letzten Vierteljahresrechnung

Durch die Neuregelung werden sowohl das Vermögen als auch die Monatsausgabe aus der zuletzt gemeldeten Vierteljahresrechnung entnommen. Dadurch stammen beide Rechengrößen, die für das Zusatzbeitragserhöhungsverbot relevant sind, aus derselben Datenquelle. Einerseits passen dadurch die beiden Rechengrößen inhaltlich besser zusammen, da sie sich auf denselben Meldezeitpunkt und Berichtszeitraum beziehen. Andererseits werden jedoch andere Ungenauigkeiten manifestiert, indem die Rechengrößen der zuletzt gemeldeten Vierteljahresrechnung entnommen werden, obwohl diese nicht alle für das Gesamtjahr vermögensrelevanten Aspekte (z.B. unterjährig eintretende Ausgabeneffekte durch neue Gesetze) enthält. Beispielsweise entfalten die durch das TSVG festgelegten bundeseinheitlichen Heilmittelpreise erst ab dem zweiten Halbjahr 2019 ihre finanziellen Effekte, so dass eine periodenabgegrenzte Vierteljahresrechnung für das erste Halbjahr 2019 diese Ausgabensteigerung noch nicht berücksichtigt. Im Vergleich zum Gesamtjahr fällt dadurch die Monatsausgabe laut Vierteljahresrechnung voraussichtlich zu niedrig und das Vermögen zu hoch aus. Diese Verzerrung ist umso bedenklicher, als dass

sie bereits vor Beginn der Haushaltsplanung das Erhöhungsverbot für den Zusatzbeitrag auslösen kann und der damit verbundene Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltung (Haushaltsautonomie) erfolgt.

Aufgrund der genannten Ungenauigkeiten kann die Neuregelung nicht befürwortet werden.

zu 2.) Berücksichtigung der Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Vermögensteilen nach § 263 Abs. 1 Nr. 2

Durch die Neuregelung wird das Vermögen, das für das Zusatzbeitragserhöhungsverbot relevant ist, ausgeweitet und die Betroffenheit sowie die Auswirkungen dieses Verbots verschärft.

Die Neuregelung wird abgelehnt. Es wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 260) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 18 § 245 Absatz 2 SGB V – Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit, den Beitragssatz für Studenten nach Beendigung der „Krankenversicherung der Studenten“ auch für die nun freiwillig zu versichernden Studenten (sogenannte Examenskandidaten) für einen begrenzten Zeitraum anzuwenden, wird gestrichen.

B Stellungnahme

Derzeit können sich Studenten, die aus der „Krankenversicherung der Studenten“ ausscheiden, weil sie das 14. Fachsemester abgeschlossen oder das 30. Lebensjahr unter Beachtung möglicher Verlängerungstatbestände vollendet haben, freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterversichern. Die Krankenkassen hatten die Möglichkeit, für Examenskandidaten nach dem Auslaufen der „Krankenversicherung der Studenten“, für einen Zeitraum von maximal 6 Monaten, einen vergünstigten Beitrag unter Berücksichtigung des Beitragssatzes für Studenten anzubieten.

Die Streichung des § 245 Abs. 2 SGB V kompensiert die Streichung der Grenze des 14. Fachsemesters und ist hinnehmbar, da den Studenten durch den Entfall dieser Fachsemestergrenze nun ein größerer Zeitraum zum erfolgreichem Abschluss des Studiums zur Verfügung steht, in dem die „Krankenversicherung der Studenten“ greift. Zudem würde bei Beibehaltung der beitragsrechtlichen Sonderregelung die Grenze des 30. Lebensjahres aufgeweicht werden.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 19 § 260 SGB V – Betriebsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen, deren Vermögen eine Monatsausgabe überschreitet, müssen diesen Überschreitungsbetrag gem. § 260 Abs. 2a innerhalb der drei folgenden Haushaltsjahre schrittweise (mindestens in Höhe eines Drittels des Überschreitungsbetrages pro Jahr) durch Absenkung ihres Zusatzbeitragssatzes abbauen. Für das hierfür relevante Vermögen werden nach bisheriger Rechtslage die Betriebsmittel zuzüglich der Rücklagen nach § 261 berücksichtigt. Die Neuregelung legt fest, dass zusätzlich auch die Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen nach § 263 Abs. 1 Nr. 2 in die Berechnung der zulässigen Vermögensobergrenze einfließen sollen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist abzulehnen. Hierfür sind folgende Gründe ausschlaggebend:

Durch das neue Vermögenskonstrukt werden nun Betriebsmittel und Rücklagen mit Teilen des Verwaltungsvermögens vermischt. Betriebsmittel und Verwaltungsvermögen dienen in der Buchhaltung und Finanzplanung einer Krankenkasse jedoch unterschiedlichen und auch gesetzlich klar abgegrenzten Zwecken (vgl. §§ 260 bis 263 und §§ 81 und 82 SGB IV). Warum Krankenkassen nun auch Teile ihres Verwaltungsvermögens abbauen müssen, erschließt sich aus dieser Systematik nicht. Die einzige Gemeinsamkeit der Vermögensbestandteile liegt darin, dass es sich um liquide Geldmittel handelt.

Die Erweiterung der Vermögensbestandteile, die bei der Berechnung der zulässigen Obergrenze herangezogen werden, stellt gleichzeitig eine Verschärfung des Zwangsabbaus nach § 260 Abs. 2a dar. Dieser wurde durch die AOK-Gemeinschaft bereits in der Stellungnahme zum Versichertenentlastungsgesetz abgelehnt. Somit ist die verschärfende Neuregelung aus den gleichen Gründen abzulehnen:

- Aus Sicht der Beitragszahler besteht ein Interesse an stabilen Beitragssätzen bei gleichbleibend hohem Versorgungsniveau. Der Zwangsabbau des Vermögens verhindert diese Stabilität jedoch, indem er starke Sprünge des Zusatzbeitrages begünstigt und so auf eine kurzfristige Entlastung der Beitragszahler deutliche Beitragsanstiege folgen können. Mit der Neuregelung werden solche Beitragssatzsprünge noch wahrscheinlicher, insbesondere da vom Vermögensabbau betroffenen Krankenkassen die Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen während des Abbaus nur noch aus dem laufenden Haushalt finanzieren können.
- Aus Sicht der Krankenkassen fördert die erzwungene Vermögensabschmelzung die Kalkulationsunsicherheit und behindert eine vorausschauende Finanzplanung. Dies gilt mit der Neuregelung umso mehr bei Investitionen in das Verwaltungsvermögen. Zudem wird das Recht der Selbstverwaltung in Bezug auf die Haushaltsautonomie weiter eingeschränkt.

Der Gesetzgeber begründet die Ausweitung der relevanten Vermögensbestandteile damit, dass Krankenkassen „durch das Ansparen von liquiden Mitteln des Verwaltungsvermögens die mit

einer Überschreitung der gesetzlichen Obergrenze einhergehenden gesetzlichen Folgen“ umgehen könnten. Damit wird den Krankenkassen unterstellt, sie könnten nach Belieben zusätzliche Geldmittel zur Abschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen reservieren, um einen Vermögensabbau zu verhindern. Diese implizite Unterstellung des Gesetzgebers ist sachlich falsch, da im Umgang mit den Geldmitteln klare und einheitliche gesetzliche Regelungen gelten:

- Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen für Baumaßnahmen mit Ausnahme der Planungskosten dürfen nach § 11 Abs. 1 SVHV erst veranschlagt werden, wenn Pläne, Kostenermittlungen und Erläuterungen vorliegen, aus denen die Art der Ausführung, die Kosten der Baumaßnahme, des Grunderwerbs und der Einrichtungen sowie die vorgesehene Finanzierung und ein Zeitplan ersichtlich sind
- Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen für größere Beschaffungen und größere Entwicklungsvorhaben dürfen nach § 11 Abs. 2 SVHV erst veranschlagt werden, wenn Planungen und Schätzungen der Kosten und der Kostenbeteiligung vorliegen. Den Unterlagen ist eine Schätzung der nach Fertigstellung der Maßnahmen entstehenden jährlichen Haushaltsbelastungen beizufügen.
- Erwerb und Leasing von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten sowie Errichtung, Erweiterung und Umbau von Gebäuden bedürfen nach § 85 Abs. 2 SGB IV ab einem bestimmten finanziellen Volumen der Genehmigung der Aufsicht
- Grundsätzlich ist die Jahresrechnung nach § 77 Abs. 1a SGB IV von einem Wirtschaftsprüfer oder vereidigtem Buchprüfer zu prüfen und zu testieren

Mit dem Versichertenentlastungsgesetz wurde die zulässige Vermögensobergrenze nach § 260 Abs. 1 vom 1,5-Fachen auf das Einfache einer Monatsausgabe abgesenkt. Gerade weil diese strenge Deckelung der Betriebsmittel und Rücklagen besteht, ist es für die Krankenkassen notwendig, bei geplanten Maßnahmen zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen gesonderte Geldmittel zu reservieren. Aus Sicht einer verlässlichen Finanzplanung (inkl. Risikomanagement) ergibt es wenig Sinn, die Mittel bspw. zum Kauf eines neuen Gebäudes direkt aus dem laufenden Haushalt zu entnehmen. Unerwartet auftretende Belastungen können so unterjährig ggf. nicht mehr aufgefangen werden und haben im schlimmsten Fall Zusatzbeitragserhöhungen zur Folge.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 21 d) § 275 Absatz 3 Satz 2 SGB V – Begutachtung und Beratung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Unterstützung von Versicherten bei Behandlungsfehlern wird der Medizinische Dienst verpflichtet, den Krankenkassen nicht nur das Ergebnis seiner Prüfung durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen, sondern diese im Einzelfall auch dann zu begründen, wenn kein Behandlungsfehler festgestellt wurde. Hierbei wird darauf abgestellt, ob diese begründete gutachterliche Stellungnahme zur angemessenen Unterstützung des betroffenen Versicherten durch die Kasse erforderlich ist.

B Stellungnahme

Diese Ergänzung ist sinnvoll, da nur die nach § 66 SGB V unterstützenden Kassen– und nicht die Medizinischen Dienste - aufgrund ihres persönlichen Kontakts zum Versicherten in der Lage sind, den jeweils individuellen Bedarf für das Produkt des Medizinischen Dienstes zu formulieren.

Es ist daher nicht im Patientensinne, wenn beim Eintritt einer erheblichen gesundheitlichen Schädigung im Zusammenhang mit einer medizinischen/pflegerischen Behandlung die Vermutung eines Behandlungsfehlers mit der schlichten Feststellung, dass ein solcher nicht vorliegt, gutachterlicherseits negiert wird.

Die Erfahrung zeigt deutlich, dass betroffene Patienten nachvollziehen können möchten, was zu dem eingetretenen Gesundheitsschaden geführt hat/haben könnte. Wenn dieses Begehren nicht erfüllt wird, fordern Betroffene weitere Gutachten, rufen die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen an oder klagen ihre vermeintlichen Schadensersatzansprüche vor den Zivilgerichten ein, was Ressourcen bei allen Beteiligten in relevantem Maße bindet.

Die Formulierung in der Neuregelung des Satzes 2 stellt die Entscheidung, ob durch den Medizinischen Dienst eine für den Versicherten nachvollziehbar begründete gutachterliche Stellungnahme zum vermuteten Behandlungsfehler zu erstellen ist, ins Ermessen der Krankenkasse als Auftraggeberin des Medizinischen Dienstes. Diese entscheidet im Einzelfall, ob diese Art der Stellungnahme zur Erfüllung der ihr übertragenen gesetzlichen Aufgabe zur Unterstützung ihrer Versicherten gemäß § 66 SGB V erforderlich ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 21e) § 275 Absatz 3b SGB V – Begutachtung und Beratung

A Beabsichtigte Neuregelung

Vor dem Hintergrund, dass Krankenkassen gemäß § 275 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen können, ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist, soll die Kasse nunmehr verpflichtet werden, in den Fällen, in denen sie den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt hat, vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

B Stellungnahme

Diese Neuregelung ist abzulehnen, da sie schon in ihrem Wortlaut nicht mit der von den Kassen gemäß § 66 SGB V zu leistenden Unterstützung bei Behandlungsfehlern korrespondiert, darüber hinaus aber auch die Versichertenrechte nicht stärkt, die Sozialgerichte nicht entlastet und zu einer nicht sachgerechten und zielführenden Mehrbelastung der Medizinischen Dienste führt.

Die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern ist gesetzliche Aufgabe der Krankenkasse und eine Leistung, die sie ihren Versicherten gegenüber regelmäßig gewährt. Gleichwohl geht es hierbei nicht um das Vorliegen oder Fehlen einer medizinischen Erforderlichkeit, wie dies zum Beispiel bei Hilfsmitteln oder Dialysebehandlungen gemäß § 275 Absatz 3 Nr. 1-3 SGB V der Fall ist. Im Rahmen des § 66 SGB V geht es vielmehr um gutachterliche medizinische Bewertungen von Behandlungs- und/oder Pflegeabläufen im Hinblick auf mögliche Standardverstöße bzw. Sorgfaltspflichtverletzungen. Anders als in den Fällen des Absatzes 3 Nr. 1-3 SGB V nimmt der Medizinische Dienst hier aber keine sozialmedizinischen Begutachtungen vor. Es geht im Rahmen des § 66 SGB V gerade nicht um das Spannungsfeld der Interessen des Individuums und der Solidargemeinschaft, sondern um die im Zivilrecht normierten Ansprüchen auf Ersatz eines aus der Behandlung entstandenen Schadens.

Im Rahmen dieser Ansprüche spielt im Hinblick auf deren Durchsetzbarkeit eine Vielzahl juristischer Aspekte eine entscheidende Rolle, so z.B. im Zusammenhang mit Aufklärungsmängeln, Dokumentationsversäumnissen, mit dem Einsichtsrecht in die Patientenakte oder auch mit der Beweislast. Eine losgelöst von den Bedarfen des Einzelfalles verpflichtende rein medizinische Bewertung der Behandlungsabläufe durch den Medizinischen Dienst stellte keine suffiziente Unterstützung der betroffenen Patienten dar.

Die sich aus Behandlungsfehlern ergebenden Schadensersatzansprüche sind zudem zivilrechtlicher Art, die erforderlichenfalls vor den Zivilgerichten, nicht vor den Sozialgerichten, zu verfolgen sind. Dem Sozialrecht unterliegt lediglich die Gewährung bzw. Nichtgewährung der – breit gefächerten - Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern durch die Kassen (§ 66 SGB V).

C Änderungsvorschlag

Absatz 3b wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 21g) § 275 Absatz 5 SGB V – Begutachtung und Beratung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher im Gesetz normierte fachliche Unabhängigkeit wird auf alle Berufsgruppen, die in der Beratung und Begutachtung eingesetzt werden, ausgeweitet.

B Stellungnahme

Die Neuregelung greift die Gutachterrealität in der Praxis auf. Diese gesetzliche Klarstellung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 22) § 275b SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Reform des Organisationsrechts der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes wird die Richtlinienkompetenz vom GKV-Spitzenverband auf den MD Bund übertragen. Dies wird auch auf die Richtlinie über die Durchführung und den Umfang von Qualitäts-und Abrechnungsprüfung gemäß § 275b von Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Absatz 4 (QPR-HKP) angewandt, die das Nähere zu den Prüfanlässen, den Inhalten der Prüfungen, der Durchführung der Prüfungen, der Beteiligung der Krankenkassen an den Prüfungen regeln.

B Stellungnahme

Die Richtlinie QPR-HKP muss die vielfältigen kassenindividuellen Verträge der Häuslichen Krankenpflege abbilden. Nur so kann eine effektive und effiziente Abrechnungsprüfung durchgeführt werden. Insofern spielen neben der pflegefachlichen Expertise auch vertragsrechtliche Kompetenzen eine maßgebliche Rolle für die Gestaltung der Richtlinie. Daher ist es erforderlich, die Richtlinie nach § 275b Absatz 1 Satz 3 vom GKV-Spitzenverband und MD Bund gemeinsam zu erlassen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ folgende Wörter eingefügt:

„im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund“

Art. 1 Nr. 23 § 275c SGB V (neu) - Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

§ 275c Abs. 1 enthält die Regelung zur Prüfung von Abrechnungen, die bisher Gegenstand des § 275 Absatz 1c waren (u.a. Einleitung Prüfverfahren, unsymmetrische Aufwandspauschale zugunsten der Krankenhäuser). Krankenhäuser werden nun einem zuständigen Medizinischen Dienst zugeordnet, der sie prüft, wenn in § 283 Absatz 2 Satz 1 nichts Abweichendes bestimmt ist. Die Einleitung des Prüfverfahrens muss innerhalb von 3 Monaten statt wie bisher innerhalb von 6 Wochen erfolgen.

Absatz 2

Die Neuregelung sieht vor, im Jahr 2021 quartalsbezogene Prüfquoten einzuführen, die vom GKV-Spitzenverband zu ermitteln sind. Für das Übergangsjahr 2020 gelten gesonderte Regelungen. Bei der Prüfquote handelt es sich um den prozentualen Anteil der innerhalb eines Quartals vom MDK eingeleiteten Prüfungen an allen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen eines Krankenhauses, die innerhalb dieses Quartals bei der Krankenkasse eingegangen sind, wobei für die Zuordnung zu einem Quartal das Datum der Schlussrechnung maßgeblich ist

Die Höhe der Prüfquote beträgt im Jahr 2020 durchgehend 10%. Ab dem Jahr 2021 findet eine gestufte Quotierung der Prüfmenge in Abhängigkeit von den unbeanstandeten Abrechnungen des Krankenhauses über alle belegenden Krankenkassen hinweg statt. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen in Höhe von >= 60 % beträgt die Prüfquote bis zu 5 % und bei einem Anteil zwischen 40 % und < 60 % beträgt die Prüfquote im Krankenhaus bis zu 10 %. Ist der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen < 40 %, beträgt die Prüfquote maximal 15 %. Die Abrechnungsqualität im vorvergangenen Quartal bestimmt auch die Höhe einer erstmals eingeführten Sanktion bei Falschabrechnung, in Form eines Aufschlages auf die geprüfte Rechnung. Die Zuordnung von Prüfquotenklassen erfolgt für alle ein Krankenhaus belegende Krankenkassen gemeinsam. Der MDK hat eingeleitete Prüfungen abzulehnen, wenn die Prüfquote eines Krankenhauses von einer Krankenkasse überschritten wird.

In bestimmten Ausnahmefällen haben die Krankenkassen die Möglichkeit, auch nach Ausschöpfung der Prüfquote Einzelfallprüfungen vorzunehmen. Diese Prüfungen müssen unter Angabe von Gründen der zuständigen Landesbehörde angezeigt werden.

Erhält eine Krankenkasse weniger als 20 Rechnungen im Quartal von einem Krankenhaus ist die Krankenkasse berechtigt, zumindest eine Rechnung zu prüfen.

Absatz 3

Durch die beabsichtigte Neureglung werden Krankenhäuser zur Zahlung quotierter Aufschläge auf die Rechnungssumme verpflichtet, sofern der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen Abrechnungen eines Quartals bestimmte Prozentsätze unterschreitet. Die Aufschläge werden jedoch auf maximal 1.500€ je Fall begrenzt.

Absatz 4

Der GKV-Spitzenverband erstellt zur Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen. In Absatz 4 werden die Datenlieferungen, Fristen und Auswertungen des GKV-SV für die Ermittlung von Prüfquoten und Sanktionshöhen definiert.

Die Ergebnisse sind in aggregierter Form, bundesweit und geordnet nach MDK, zu veröffentlichen. Nähere Einzelheiten legt der GKV-Spitzenverband bis zum 31.03.2020 fest. Dazu sind Stellungnahmen der DKG und der MDKs einzubeziehen.

Absatz 5

Absatz 5 regelt, dass Widerspruch und Klage gegen den Aufschlag nach Absatz 3 und die ermittelte Prüfquote nach Absatz 4 keine aufschiebende Wirkung haben. Einwände gegen einzelne Prüfergebnisse, die der Ermittlung der Prüfquote zugrunde liegen, können nicht geltend gemacht werden. Veränderungen durch behördliche oder gerichtliche Entscheidungen zu einzelnen Prüfungen haben keine Auswirkung auf die im betreffenden Quartal ermittelte Prüfquote.

Absatz 6

Nr. 1: Die Regelung sieht vor, dass eine einzelfallbezogene Prüfung bei der Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG nicht zulässig ist. Prüfergebnisse dürfen keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben, d. h. auch dann nicht, wenn eine Prüfung zu einem anderweitigen Prüfanlass erfolgt ist.

Nr. 2: Die Überprüfung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes im Rahmen von Einzelfallprüfungen soll entfallen.

Absatz 7

Der Absatz 7 stellt klar, dass Vereinbarungen von Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung nicht zulässig sind. Vereinbarungen auf Grundlage von § 17c Absatz 2 Satz 1 und Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleiben unberührt.

B Stellungnahme

Das vom Gesetzgeber vorgeschlagene Prüfquotenmodell ist in der vorliegenden Form abzulehnen. Den gesetzlichen Krankenkassen und damit den Beitragszahlern werden durch die niedrige Quotierung und dem damit verbundenen Anstieg von Falschabrechnungen jährlich Kosten von jeweils über 1 Mrd. Euro entstehen. Die in der Gesetzesbegründung angeführten prüfmindernden Instrumente werden im Jahr 2020 gar nicht und in den Folgejahren nur sehr bedingt zur Minderung der Prüfanlässe beitragen. Die Aufschläge auf Differenzbeträge wird es erst 2021 geben. Zudem ist das Modell in sich nicht konsistent und weist eine Vielzahl von Umsetzungsmängeln auf. Im Folgenden erfolgt eine Kommentierung der einzelnen Absätze.

Absatz 1

Ein Teil der bisherigen Regelungen bleibt unverändert.Die Verlängerung der 6-Wochenfrist auf drei Monate greift zu kurz. Die Krankenkassen müssen die MDK-Prüfung einer Rechnung vom Quartalsbeginn bereits einleiten, bevor Sie alle Rechnungen des Quartals sichten und sinnvoll in der Gesamtschau entscheiden können, welche Rechnungen dieses Quartals prioritär als prüfwürdig einzustufen sind.

Sofern am Quartalsbezug festgehalten wird, ist für die Einleitung der Prüfung deshalb eine Frist von 6 Wochen nach Quartalsende festzulegen, um den Krankenkassen die Sichtung aller Rechnungen eines Quartals zu ermöglichen. Somit entfiele für die Krankenhäuser der Anreiz, den Zeitpunkt der Rechnungsstellung innerhalb eines Quartals unter strategischen Gesichtspunkten festzulegen (vgl. dazu auch die Stellungnahme zu Absatz 2).

Die in Satz 2 festgelegte einseitige Aufwandspauschale wird durch das Prüfmodell hinfällig. Die zugeschriebene Funktion der Limitierung von krankenkassenseitigen Prüfungen wird durch die festgelegten Quoten erzielt. Die asymmetrische Sanktionierung der Krankenkassen ist vor diesem Hintergrund vehement abzulehnen. Die Regelung ist zu streichen.

Absatz 2

Prüfquotenhöhe und -ausgestaltung

Die vom Gesetzgeber intendierte Ausgabenneutralität des MDK-Reformgesetzes wird durch die Regelung nach § 275c Abs. 2 SGB V konterkariert. Derzeit beträgt die durchschnittliche Prüfquote der Krankenkassen rund 18%. Die im Gesetzentwurf definierte Prüfquote i. H. v. 10% für das Jahr 2020 führt somit zu einer nahezu halbierten Anzahl von Abrechnungsprüfungen. Als Folge werden die Krankenkassen deutlich weniger falsch abgerechnete Beträge zurückfordern können als bisher. Es ist für das Jahr 2020 von einem beitragssatzrelevanten Volumen von mehr als 1 Mrd. Euro für die GKV auszugehen. Auch die für die Folgejahre ab 2021 gestaffelten Prüfquoten i. H. v. 5%, 10% und 15% werden die Beitragszahler in erheblichen Maße belasten.

Krankenkassen müssen auch in Zukunft Anreize für eine professionelle Abrechnungsprüfung erhalten. Äußerst kritisch ist daher, dass die Prüfquote zwar hinsichtlich der Krankenkassen kontingentiert ist, aber für das Krankenhaus eine Gesamteinordung in eine Auffälligkeitsklasse erfolgt. Das bedeutet, dass die saldierte Prüfqualität aller Kassen für die Einordung des Krankenhauses in eine Auffälligkeitsklasse verantwortlich ist und damit die Prüfquote bestimmt. Im Ergebnis senken Krankenkassen, die bislang ihre Abrechnungsprüfung nicht ausreichend professionell aufgestellt haben, die saldierte Aufklärungsquote von Dokumentationsfehlern des Krankenhauses. Es leitet sich daraus wiederum eine niedrigere Prüfquote für alle Krankenkassen ab, d.h. auch Krankenkassen mit professioneller Abrechnungsprüfung können als Folge weniger Abrechnungs- und Dokumentationsfehler aufklären. Dies wird sich negativ auf die Rechnungsprüfung auswirken und steht nicht im Einklang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Krankenkassen die Prüfquoten nur im mathematischen Idealfall tatsächlich voll ausschöpfen können. Erhält die Krankenkasse im Quartal beispielsweise 99 Rechnungen, darf der MDK bei einer Prüfquote von 10 % nur 9 Rechnungen zur Prüfung anneh-

men; die zehnte muss abgewiesen werden. Allein durch das Abrunden entstehen dem AOK-System Ausfälle im zweistelligen Millionenbereich bei Rechnungen, die bei der Prüfung derzeit als überhöht klassifiziert werden. Daher sollten die Regeln der kaufmännischen Rundung Anwendung finden.

Die niedrigen Prüfquoten lassen sich auch nicht mit der Einführung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V begründen. Diese werden zwar die Einzelfallprüfung von Komplexkodes bzgl. einiger Strukturanforderungen reduzieren. Für den überwiegenden Teil der Prozess- und Interventionsanforderungen, die durch Komplexkodes definiert werden, kann jedoch sachgerecht nur durch Einzelfallprüfung festgestellt werden, ob eine Fallpauschale korrekt abgerechnet wurde oder eine Falschabrechnung vorliegt.

Negative Folgen ergeben sich nicht nur für die Beitragszahler der GKV, sondern auch für die Finanzmittelallokation zwischen den Krankenhäusern. Falschabrechnung führt dazu, dass Krankenhäuser Finanzmittel erhalten, die ihnen nicht zustehen. Das Prinzip der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern wird damit untergraben. Problematisch ist ferner, dass die Kalkulationsgrundlage des DRG-Systems beschädigt wird: Werden falsch abgerechnete Fälle aufgrund zu niedriger Prüfquoten kaum identifiziert, gehen sie mit falsch hohen (bzw. zu niedrigen) Kosten in die Kalkulation von Leistungen ein. Als Folge kann keine sachgerechte Bewertung der Fallpauschalen untereinander vorgenommen werden. Es entstehen damit Fehlanreize im Vergütungssystem, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

Insgesamt ist es zwingend erforderlich, die vorgesehene Prüfquote für das Jahr 2020 auf bis zu 18% anzuheben. Um im Übergangsjahr eine Ausgabeneutralität sicherzustellen, wird damit die durchschnittliche Prüfquote der letzten zwei Jahre angelegt. Darüber hinaus sind die vorgeschlagenen Quoten für das Jahr 2021 deutlich zu erhöhen. Um das Ziel der Ausgabenneutralität zu erreichen, sollte der Gesetzgeber ferner bereits ab dem Jahr 2020 Sanktionen für Dokumentationsfehler und Falschabrechnung der Krankenhäuser einführen. Des Weiteren muss im Gesetz noch klargestellt werden, dass die Regelungen, die in 2020 greifen sollen, erst für Krankenhausfälle ihre Anwendung finden, bei denen der Patient in 2020 aufgenommen wurde.

Um die angestrebte Ausgabenneutralität zu erreichen, sind ab dem Jahr 2021 Prüfquoten von 10% und 15% für die ersten beiden Auffälligkeitsklassen vorzusehen. Die Auffälligkeitsklassen der Krankenhäuser sind daran orientiert auszugestalten, dass bei ca. 10 Prozent falscher Rechnungen nicht von einem bewussten Fehler, sondern von systemimmanenten Ungenauigkeiten und Auslegungsspielräumen auszugehen ist. Für Krankenhäuser mit einer Falschabrechnungsquote von mehr als 40% ist von einer strategischen Ausrichtung auf Upcoding und Falschabrechnung auszugehen. Rechnungen dieser Krankenhäuser sollten ohne Einschränkung Gegenstand der Abrechnungsprüfung sein, um eine Verschwendung von Beitragsmitteln zu Lasten der Versicherten und eine Fehlallokation der Finanzmittel im Krankenhausmarkt zu verhindern.

Die in Satz 4 genannte Möglichkeit für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nummer 1 und 2 KHG, das Vorliegen der Voraussetzungen unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen, muss auch für einzelne Kassen möglich sein, damit diese nicht strategisch von Krankenhäusern ausgespielt werden können.

Sachlich notwendig ist die Klarstellung, dass das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld der Beauftragung des MDK nicht der quartalsbezogenen Prüfquote unterliegt.

Umsetzungsprobleme und Strategieanfälligkeit

Das vom Gesetzgeber geplante Prüfquotenmodell ist in sich nicht konsistent. Sofern am Prüfquotenansatz festgehalten wird, sind folgende operative Aspekte anzupassen:

Es besteht innerhalb eines Quartals Gestaltungsspielraum, da ein Krankenhaus zumindest abschätzen kann, wann keine MDK Prüfungen mehr möglich sind, da die Verlängerung der 6-Wochen- auf eine 3-Monatsfrist zu kurz greift. Um die hohe Strategieanfälligkeit zu beheben, sind a) die Fristen für das Einleiten von Prüfungen auf 6 Wochen nach Quartalsende festzulegen (vgl. Kommentierung zu Absatz 1). Zudem sollte der Zeitpunkt der Rechnungslegung durch die Krankenhäuser gesetzlich definiert werden, um zu vermeiden, dass Krankenhäuser Abrechnungen in Quartale mit geringer Prüfquote und geringen Aufschlägen steuern. Rechnungen sollten deshalb innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Patienten übermittelt werden.

Weiterer Anpassungsbedarf

Im Jahr 2017 waren 56 Prozent der vom MDK geprüften Krankenhausabrechnungen fehlerhaft. So mussten die Krankenhäuser 2,8 Milliarden Euro für überhöhte Abrechnungen aufgrund der Prüfergebnisse des MDK zurückzahlen, ohne dass die Falschabrechnungen weitere Sanktionen für das jeweilige Krankenhaus mit sich gebracht hätten. Durch die Neureglungen im Kabinettsentwurf reagiert die Bundesregierung unter anderem auf diese Verwerfungen. Entgegen den Empfehlungen des Bundesrechnungshofes schränkt es jedoch die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen durch die Einführung von Prüfquoten ein. Sofern die vom Gesetzgeber angestrebte zielgenauere Abrechnungsprüfung erreicht werden soll, muss die Einführung der Prüfquoten mit einer Ausweitung der Auskunftspflichten der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen einhergehen. Nur so kann bei Absenkung des Prüfniveaus sichergestellt werden, dass es nicht zu einem massiven Anstieg von Falschabrechnungen kommt. Die Krankenkassen sollten daher künftig alle wesentlichen Abrechnungsfalldaten, bspw. auch die Inhalte des Entlassbriefes, übermittelt bekommen, um die Prüfverfahren auf die relevantesten Fälle fokussieren zu können.

Nicht nachvollziehbar ist, dass der Gesetzesentwurf normativ Prüfquoten für Krankenhäuser definiert, ohne dass eine einzige empirische Grundlage für eine Folgenabschätzung existiert. Dieser Ansatz ist für die Krankenkassen und die Beitragszahler mit hohen Risiken im 3-stelligen Millionenbereich behaftet. Sofern das geplante Prüfquoten-Modell ohne einen massiven Anstieg von Falschabrechnung einhergehen soll, müssen die Quoten auf einer soliden empirischen Grundlage ermittelt werden, um Fehlanreize zu vermeiden und Ausgabenneutralität sicherzustellen. Ausgaben- und anreizneutrale Prüfquoten sind im Rahmen eines einjährigen Übergangszeitraums zu erheben und können im Anschluss per Rechtsverordnung durch das BMG festgelegt werden.

Absatz 3

Die Regelung zielt in die richtige Richtung, muss jedoch nachgebessert werden. Die Sanktionierung der Krankenhäuser bei nachgewiesener überhöhter Rechnungsstellung ist seit mehr als einem Jahrzehnt eine Kernforderung des Bundesrechnungshofes und der Krankenkassen. Sie schafft für die Krankenhäuser einen starken finanziellen Anreiz, korrekte Abrechnungen vorzunehmen und ist somit geeignet, zu einer Senkung des Anteils fehlerhafter Rechnungen und damit zu einer Senkung des Prüfaufkommens beizutragen. Im starken Widerspruch dazu steht jedoch die Regelung, dass der Aufschlag nun auf maximal 1.500 € je Rechnung begrenzt wird. Damit wird ein Upcoding-Anreiz insbesondere bei schweren Fällen als erfolgsversprechende Gewinnmaximierungsstrategie geschaffen. Die Höhe der Sanktion und des Ertrag einer Upcodingstrategie stehen in keinem sinnvollen Verhältnis mehr zueinander, sodass mit massiven Verwerfungen in der Abrechnung zu rechnen ist.

Die vorgeschlagenen Regelungen zu den Prüfquoten bleiben zudem sehr lange wirkungslos, sofern eine Fehlerquote von bis zu 40 Prozent nach MDK-Prüfungen als akzeptabel gilt. Bis zu dieser Quote besteht für das Krankenhaus kein Risiko; es muss lediglich den zu viel abgerechneten Betrag zurückerstatten. Gestaffelte Strafzuschläge müssten deutlich früher greifen – idealerweise ab der ersten Rechnung. Unverständlich ist auch, warum diese Maßnahme erst ab dem Jahr 2021 gelten soll und nicht bereits ab dem Jahr 2020. Es sollte ferner ein Mindestaufschlag von 300 Euro vorgesehen werden, um sehr geringe Aufschläge infolge der prozentualen Berechnung abhängig vom Differenzbetrag zu vermeiden. Folgerichtig ist die Klarstellung, dass im Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld der Beauftragung des MDK kein Aufschlag erhoben werden darf.

Absatz 4

Die in Absatz 4 genannten zu erhebenden Daten sind zweckmäßig. Anzupassen ist jedoch die Zuordnung von Abrechnungen zum Quartal. Die in der Gesetzesbegründung vorgesehene Zuordnung anhand des Rechnungsdatums erscheint arbiträr und eröffnet vielfältige Manipulationsmöglichkeiten (vgl. auch Stellungnahme zu Absatz 2). Daher muss die Rechnungsstellung zwingend verbindlich bis spätestens 14 Tage nach dem Tag der Entlassung erfolgen. Dadurch würde sichergestellt, dass der Fall abgeschlossen ist und die Krankenkasse zeitnah alle notwendigen Informationen erhält.

Absatz 5

Die Regelung wird begrüßt, da sie Rechtssicherheit schafft.

Absatz 6

Zu Nr. 1: Die Regelung ist abzulehnen.

Als Folge der Regelung steht dem Anreiz zur Verweildauerverlängerung unter den Bedingungen der Selbstkostendeckung bei den Pflegepersonalkosten kein Instrument mit einer gegenläufigen

Anreizwirkung mehr gegenüber. Die vorgelegte Regelung wird somit der Prüfung der unteren Grenzverweildauer (UGVD-Prüfung) und der Verlegungsprüfung nicht gerecht.

Als weitere Konsequenz muss die Falschabrechnung einer aG-DRG mit einem hoch bewerteten Pflege-Relativgewicht nicht korrigiert werden, sodass ein gezieltes Upcoding legalisiert wird. Diese Regelung ist nicht sachgerecht und setzt in höchstem Maße Fehlanreize.

Auch die gesetzliche Anspruchsgrundlage für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V und die darin festgelegte „umfasste Behandlungsleistung“ kann nicht mehr ganzheitlich hinterfragt werden, beispielsweise ob „das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“.

Mit der angestrebten Neuregelung in § 275c Abs. 6 SGB V werden bestehende Abrechnungsregelungen und Systematiken über den Anteil der Pflegekosten hinaus tangiert. In der Folge werden auch diese Inhalte normativ geändert und nicht sachgerecht beurteilt.

Führt eine Einzelfallprüfung zu einer anderen DRG (z. B. „leichtere“ DRG mit einer anderen Verweildauer), führt die gesetzliche Regelung dazu, dass die Verweildauertage in Bezug zur Pflege größer sind als die neue Verweildauer der neuen aG-DRG. Dies ist auf jeden Fall zu verhindern; es darf keine unterschiedlichen Verweildauerzählweisen in demselben Fall geben. Im Rahmen der Einführung und Umsetzung der Regelungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) für die Pflegekostenfinanzierung wurde im Rahmen einer DRG-Grundlagenvereinbarung zur Umsetzung des Pflegeerlöskatalogs 2020 für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG eine alternative Regelung angestrebt, die zielführend ist. Diese sieht vor, dass Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen nach § 275 SGB V bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages dann berücksichtigt werden, wenn sich eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der jeweils zugeordneten aG-DRG ergibt (§ 4 Abs. 6 der Grundlagenvereinbarung). Die dort vereinbarte Regelung sollte übernommen werden.

Zu Nr. 2: Die Prüfung von Strukturmerkmalen im Rahmen von Einzelfallprüfungen darf nur insoweit ausgeschlossen werden, als es sich um allgemeine Strukturvoraussetzungen handelt. Die im OPS enthaltenen leistungs- und damit einzelfallbezogenen Kriterien müssen weiterhin Gegenstand der Einzelfallprüfung bleiben (vgl. auch Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 23, § 275d SGB V), weil die Erfüllung der allgemeinen Strukturkriterien kein Garant dafür sind, dass auch die leistungsbezogenen Kriterien im Einzelfall eingehalten werden. Das DIMDI hat entsprechende Voraussetzungen zu schaffen.

Absatz 7

Dass Vereinbarungen auf Grundlage von § 17c Absatz 2 Satz 1 und Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von dem Verbot pauschaler Abschläge unberührt bleiben, ist zwingend, um einen effektiven Klärungsprozess strittiger Abrechnungen unterhalb von Rechtsstreitigkeiten ermöglichen zu können.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1

1. In Satz 1 werden die Wörter „drei Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse“ ersetzt durch die Wörter „**sechs Wochen nach Quartalsende der Entlassung**“.
2. § 275c Abs. 1 Satz 2 wird gestrichen.

Absatz 2

1. In Satz 1 werden nach der Jahreszahl „2020“ die Wörter ***„(Aufnahmedatum im Krankenhaus)“*** eingefügt.
2. In Satz 1 werden die Worte „bis zu 10 Prozent“ ersetzt durch die Worte „**bis zu 18 Prozent**“.
3. Nach Satz 1 werden folgende neue Sätze 2 und 3 eingefügt: „**Die Krankenhäuser sind ab dem Jahr 2020 verpflichtet, die Rechnung innerhalb von 14 Tagen ab Entlassung abschließend zu übermitteln. Verzögerte Übermittlungen führen zu einer Sanktionszahlung von 300€ je Fall an die Krankenkasse. Dieser Fall wird zudem als beanstandeter Fall in den Statistiken des GKV-Spitzenverbandes in § 275c Absatz 4 geführt.“.**
4. Im bisherigen Satz 3 wird vor dem Wort „quartalsbezogene“ das Wort „**krankenkassenindividuelle**“ eingefügt.
5. Im bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Schlussrechnungen“ die Wörter **„(Zählung nach Eingangsdatum bei der Krankenkasse)“** eingefügt.
6. Im bisherigen Satz 4 Nummer 1 werden die Worte von „60 Prozent“ geändert in „**90 Prozent“** und „bis zu 5 Prozent“ ersetzt durch die Worte „**bis zu 10 Prozent**“.
7. Im bisherigen Satz 4 Nummer 2 werden die Worte zwischen „40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent“ geändert in **„60 Prozent und unterhalb von 90 Prozent**“ und „bis zu 10 Prozent“ ersetzt durch die Worte „**bis zu 15 Prozent**“.
8. Im bisherigen Satz 4 Nummer 3 werden die Worte „40 Prozent“ geändert in „**60 Prozent**“ und die Worte „beträgt die krankenhausbezogene Prüfquote bis zu 15 Prozent“ werden ersetzt durch die Worte „**wird keine begrenzende krankenhausbezogene Prüfquote angewendet**“.
9. Nach dem bisherigen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
   „Ab dem Jahr 2022 werden die Prüfquoten nach Satz 4 Nummern 1 bis 3 auf Grundlage der Auswertungen gemäß Absatz 4 vom GKV-Spitzenverband geprüft. Dies erfolgt unter der Maßgabe, dass die Prüfquote je Krankenhaus rechnerisch neu ermittelt wird, wenn die an den Medizinischen Dienst zur Prüfung angezeigten Abrechnungen die zulässige Prüfquote im Durchschnitt über alle Krankenkassen über- oder untersteigt.“
10. In Satz 7 werden die Wörter „Die anderen“ ersetzt durch **„Eine oder mehrere“**

11. In Satz 6 wird das Wort „**gemeinsam**“ gestrichen**“**
12. In Satz 5 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „**nach kaufmännischer Rundung**“ eingefügt.
13. Nach Satz 7 wird folgender neuer Satz 8 (neu) eingefügt:
„Die Datenlieferung der Krankenhäuser umfasst zukünftig alle wesentlichen Abrechnungsdaten zum Fall, um die Prüfverfahren auf die relevantesten Fälle von Falschabrechnung fokussieren zu können.“

Absatz 3

1. Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 § 275c Absatz 2. In § 275c Abs. 3 Satz 1 wird „60 Prozent“ durch „**90 Prozent**“ ersetzt.
2. In §275c Abs. 3 werden folgende Sätze 3 und 4 eingefügt: **Die Höhe des Aufschlags beträgt mindestens 300€. Ein genereller Aufschlag für jede fehlerhafte Rechnung von 25% gilt ab dem Jahr 2020 bis die differenzierten Aufschläge aus Satz 2 a und b Anwendung finden.**
3. In § 275c Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „höchstens jedoch 1500 Euro“ gestrichen

Absatz 4

In §275c Abs. 4 wird folgender Satz 2 eingefügt. „**Die Krankenhäuser stellen die Rechnung zu dem dazugehörigen Fall spätestens 14 Tage nach der Entlassung.**“

Absatz 5

Keiner

Absatz 6

§ 275c Abs. 6 Nr. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„1. der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes. Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen werden bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt. “

Zu § 275c Abs. 6 Nr. 2: Nichtzulässigkeit der Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V (siehe Änderungsvorschlag Artikel 1 Nr. 9 § 275d SGB V)

Absatz 7

Keiner

Art. 1 Nr. 23 § 275d SGB V (neu) – Prüfung von Strukturmerkmalen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 275d SGB V soll die Abrechnungsprüfung von Strukturmerkmalen gesetzlich geregelt werden. Strukturprüfungen sind zukünftig auf der Grundlage von OPS-Kodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) durch den MD vor der Leistungserbringung durchzuführen. Die Grundlagen der Begutachtung legt der Medizinische Dienst Bund fest. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Für Krankenhäuser, die die Strukturanforderungen erfüllen, entfällt für die entsprechenden Abrechnungen die Einzelfallprüfung (§ 275c Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Die Begutachtungen erfolgen, soweit in den Richtlinien nach §283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 nichts Abweichendes bestimmt ist, durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist.

Die Zertifizierung der Leistungserbringung kann durch den MD erfolgen. Die Krankenhäuser erhalten das Gutachten in schriftlicher oder elektronischer Form und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Strukturprüfung, in der auch die Dauer der Gültigkeit der Erfüllung der Strukturkriterien festgelegt wird.

Die Ergebnisse der Strukturprüfung sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 31. Dezember des Vorjahres des Vereinbarungsjahres zu übermitteln. Sofern Krankenhäuser ein oder mehrere Strukturmerkmale länger als einen Monat nicht mehr einhalten, müssen sie dies den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitteilen.

Ab dem Jahr 2021 wird ein Vergütungsausschluss für die Krankenhäuser festgelegt, die die Strukturkriterien nicht einhalten.

Die Finanzierung der Prüfung von Strukturmerkmalen durch den MD wird dahingehend geregelt, dass die dem MD entstehenden Kosten, wie bisher, durch eine Umlage aus den Beiträgen der GKV aufgebracht werden

B Stellungnahme

Die Regelung, dass Strukturprüfungen auf der Grundlage von OPS-Kodes zukünftig vor der Vereinbarung und Abrechnung einer Leistung erfolgen sollen, ist zu begrüßen.

Auch wenn in etlichen Bundesländern Strukturprüfungen auch bislang schon stattgefunden haben, ist es in vielen Bundesländern wieder zu Diskussionen mit Krankenhäusern gekommen. Eine gesetzliche Klarstellung ist daher positiv zu bewerten.

Durch die neue Regelung kann der Prüfungs- und Verwaltungsaufwand erheblich verringert und die Patientensicherheit gestärkt werden.

Klar abzulehnen ist hingegen der undifferenzierte Ausschluss der Einzelfallprüfung entsprechender Abrechnungen von Krankenhäusern, die die Strukturanforderungen erfüllen (§ 275d SGB V in Verbindung mit § 275c Absatz 6 Satz 1 Nr. 2). Eine Strukturprüfung ist zwar für bestimmte

bauliche Parameter allgemein möglich (z.B. Wand-an-Wand-Lösung für Kreissaal und Neonatologie). Für andere Anforderungen eines Komplexkodes kann jedoch nur im Einzelfall geprüft werden, ob sie erfüllt wurden oder nicht. So sagt etwa die schlichte Vorhaltung einer Abteilung für Physiotherapie nichts darüber aus, ob die im Komplex-OPS geforderte Leistung am Patienten auch erbracht wurde. Diesbezüglich ist auch die zeitliche Dimension zu beachten. Strukturvoraussetzungen müssen dauerhaft vorgehalten werden – nicht nur zum Zeitpunkt der Überprüfung. Je nach Art der Strukturvoraussetzung ist dies zu überprüfen.

Verschärfend kommt hinzu, dass in den Komplex-OPS des DIMDI nicht ausreichend zwischen Strukturvorgaben und Prozessvorgaben, also zu erbringenden Leistungen am Patienten differenziert wird. Da die vorgesehenen Regelungen bzgl. der Strukturprüfung aber dazu führen, dass die Einzelfälle nicht mehr geprüft werden können, wird bei den Krankenhäusern ein starker Anreiz für eine Erlösoptimierung gesetzt. Diese Regelung ist deshalb nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot und der Verpflichtung zum sorgsamen Umgang mit Beitragsmitteln sowie der Sicherung oder Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit vereinbar. Daher sind Einzelfallprüfungen auch künftig für viele Strukturmerkmale unabdingbar.

Um diesbezüglich eine klare Unterscheidung vornehmen zu können, sollte das DIMDI künftig bei der Definition von OPS-Schlüsseln festlegen, welche der Merkmale nicht durch eine Einzelfallprüfung, sondern durch die Strukturprüfung zu überprüfen sind. Die Regeln für eine solche Kategorisierung von Strukturmerkmalen sollte verpflichtender Gegenstand der neu zu erstellenden Verfahrensordnung des DIMDI nach § 295 SGB V werden.

Hinzuweisen ist ferner darauf, dass mit der der vorgesehenen Regelung nach Feststellung einer Strukturvoraussetzung durch einen Gutachter de-facto eine Beweislastumkehr einhergeht. In der Folge hat die Krankenkasse den Nachweis zu erbringen, dass Strukturvoraussetzungen nicht vorliegen, sofern entsprechende Hinweise darauf hindeuten. Die damit einhergehende Risikoverschiebung zu Lasten der Versicherten und Patienten ist zu berücksichtigen.

Abzulehnen ist die Regelung, dass Krankenhäuser die Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen erst dann an die Krankenkassen melden müssen, wenn sie länger als einen Monat nicht eingehalten werden. Krankenhäuser sollten Leistungen ab dem Zeitpunkt nicht mehr erbringen dürfen, an dem die notwendigen Strukturmerkmale nicht mehr erfüllt werden; die Meldung muss somit sofort verpflichtend erfolgen und führt zum Vergütungsausschluss ab dem ersten Tag der Nichteinhaltung.

Neben den Krankenhäusern müssen auch die Krankenkassen das Gutachten in schriftlicher oder elektronischer Form bei Einhaltung der Strukturmerkmale erhalten. Eine Bescheinigung über das Ergebnis der Strukturprüfung, in der auch die Dauer der Gültigkeit der Erfüllung der Strukturkriterien festgelegt wird, ist nicht ausreichend.

Für eine effektive Durchführung von Strukturprüfungen sind unbestimmte Rechtsbegriffe wie „Station“, „Fachabteilung“ und „Standort“ zu definieren (vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 29 bzw. § 301 SGB V).

C Änderungsvorschlag

1. In Absatz 3 wird folgender Satz 3 gestrichen: „Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.“
2. Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt**: „Das Krankenhaus ist verpflichtet, den Wegfall einer nachgewiesenen Strukturvoraussetzung unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen bekannt zu geben. Der Vergütungsanspruch erlischt ab dem ersten Tag der Nichteinhaltung. Kommt das Krankenhaus seiner Verpflichtung zur Bekanntgabe nicht nach, hat es zuzüglich der unberechtigt entstandenen Mehrerlöse eine Sanktionszahlung in Höhe von 50 v.H. der Differenzsumme an die Kostenträger zu erstatten.“**
3. In Absatz 2 Satz 1 werden nach „Die Krankenhäuser“ die Worte „und die **Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen**“ eingefügt.

Art. 1 Nr. 25 § 278 SGB V – Medizinischer Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Medizinischen Dienste im Bundesgebiet einheitlich als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Beibehaltung der föderalen und etablierten Strukturen ausgerichtet. In der organisatorischen Ausgestaltung werden sie jedoch vollständig von den Kranken- und Pflegekassen unter Wegfall der Eigenschaft als Arbeitsgemeinschaft getrennt.

Künftig soll eine unabhängige Ombudsperson bestellt werden, die dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde über Beeinflussungsversuche auf Gutachter des MD durch Dritte und über Versichertenbeschwerden berichtet.

Den Medizinischen Diensten werden regelhafte Berichtspflichten zur Anzahl, Ergebnisse und Qualitätssicherung der Begutachtungen und zur Personalausstattung aufgegeben.

B Stellungnahme

Eine einheitliche Rechtsform der Medizinischen Dienste unter Beibehaltung der föderalen Strukturen wird begrüßt. Die Rechtsform Körperschaft des öffentlichen Rechts reicht jedoch nicht aus, eine Mehrwertsteuerinfizierung auszuschließen. Es bedarf daher zumindest einer Klarstellung im Umsatzsteuergesetz.

Die Bestellung einer Ombudsperson birgt die Gefahr, dass die notwendigen Gespräche im Rahmen einer Sozialmedizinischen Fallbegutachtung zwischen Gutachter und Kassenmitarbeiter – insbesondere solchen mit ärztlicher oder pflegefachlicher Kompetenz – durch die Regelung belastet werden und die vertrauensvolle Zusammenarbeit darunter leidet. Mit dem Wort „Unregelmäßigkeit“ wird ein gesetzlicher Begriff aus der Fehlverhaltensbekämpfung verwendet, der das Fachgespräch zwischen Kasse und Medizinischem Dienst stigmatisiert. Darüber hinaus sind zahlreiche Prüfinstanzen bei den Medizinischen Diensten und in den Ländern etabliert (Beschwerdestellen beim Medizinischen Dienst, Korruptionsbeauftragte, Revisionsamt, Aufsichtsbehörden). Die Etablierung einer Ombudsperson wird aufgrund der gut etablierten Instrumente, insbesondere in der inneren Führung der Medizinischen Dienste und dem Verwaltungsrat in Frage gestellt.

Die Verpflichtung der Medizinischen Dienste, ihre Tätigkeit und ihre Qualität transparent darzustellen, wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

In § 4 Satz 1 Nr. 15a UStG werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen und die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282 SGB V)“ durch die Wörter „Bund (§ 281 SGB V)“ ersetzt.

Absatz 3 wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 25 § 279 SGB V – Verwaltungsrat und Vorstand

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass der Verwaltungsrat aus 23 ordentlichen Mitgliedern besteht und jeweils hälftig mit Männern und Frauen besetzt ist. 16 Vertreter werden nach dem bisher üblichen bestehenden Verfahren durch die Krankenkassen gewählt. Fünf stimmberechtigte Vertreter der Betroffenen- und Patientenorganisationen werden durch die oberste Landesbehörde benannt, ebenso zwei Vertreter aus den Pflegeberufsverbänden und Landesärztekammern. Diese zwei Vertreter haben kein Stimmrecht. Für die Vertreter der Krankenkassen wird einschränkend geregelt, dass es sich weder um Mitglieder des Verwaltungsrates einer Krankenkasse handeln darf, noch dürften die Mitglieder hauptamtlich Beschäftigte bei Krankenkassen und deren Verbände sein. Dabei gilt eine 12-monatige Karenzzeit.

B Stellungnahme

Die im Kabinettsentwurf zum Ausdruck gebrachte Intention, die Mehrheit des Verwaltungsrates mit Kassenvertretern zu besetzen, wird begrüßt. Die bisherige Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgebern und Versichertenvertretern im Verwaltungsrat soll beibehalten werden. Das Mitbestimmen beider Gruppen garantiert sachgerechte und praxisnahe Entscheidungen, zumal sie weiterhin zu je 50 Prozent die Finanzierung der geplanten Medizinischen Dienste tragen.

Allerdings sind bei den Krankenkassen in der Selbstverwaltung aktiv Tätige nach wie vor von der Beteiligung am Verwaltungsrat ausgeschlossen, es wird eine 12-monatige Karenzzeit festgelegt. Hingegen können Vertreter der leistungserbringernahen Organisationen Mitglied im Verwaltungsrat (ohne Stimmrecht) sein, die hauptamtlich in der entsendenden Organisation tätig sind oder ein aktives Ehrenamt bekleiden.

Die vorgesehene Unvereinbarkeit der Selbstverwaltungsämter bei einer Krankenkasse und einem geplanten Medizinischen Dienst bringt nicht nur Fragen der Legitimation mit sich, sondern schwächt auch die Vertretung der Beitragszahler im Verwaltungsrat des geplanten Medizinischen Dienstes erheblich. Ebenfalls entsteht ein Verlust an Wissen und Erfahrung für die Arbeit im Verwaltungsrat. Es ist daher zwingend notwendig, die aktive soziale Selbstverwaltung im Verwaltungsrat einzubinden und die direkte Verbindung zwischen den Kassen und den Medizinischen Diensten aufrecht zu erhalten. Nur so kann sichergestellt werden, dass die notwendigen Prozesse in den Kranken- und Pflegekassen berücksichtigt werden. Die Sitzverteilung nach Kassenart im Verwaltungsrat der geplanten Medizinischen Dienste muss die Verhältnisse der Mitgliederzahlen der Kassen im Einzugsbereich des jeweiligen Medizinischen Dienstes widerspiegeln.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 4 werden Satz 2 und 3 durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat, die auf die einzelne Kassenart entfällt, entspricht dem Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes."

Absatz 6 Satz 2 wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 25 § 281 SGB V Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund wird vom GKV-Spitzenverband losgelöst als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Seine Mitglieder sind die Medizinischen Dienste. Die Medizinischen Dienste finanzieren den Medizinischen Dienst Bund durch eine Umlage. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzubringen. Der Medizinische Dienst Bund untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Sein Haushaltsplan ist durch ihn zu genehmigen.

B Stellungnahme

Der geplante Medizinische Dienst Bund als Nachfolgeorganisation des MDS wird organisatorisch und finanziell vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelöst. Unter der Voraussetzung, dass an der von uns abgelehnten geplanten Ablösung des Medizinischen Dienstes Bund als Nachfolgeorganisation des MDS vom GKV-Spitzenverband festgehalten wird, erscheint konsequent, dass der Medizinische Dienst Bund als Dachverband der Medizinischen Dienste von diesen durch eine Umlage zu finanzieren ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 25 § 282 SGB V Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Organe des geplanten Medizinischen Dienstes Bund werden ein Verwaltungsrat und ein Vorstand eingesetzt. Analog zu den Regelungen für den Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste in den Ländern besteht der Verwaltungsrat aus 23 Vertretern. Diese teilen sich nach dem Vorbild der Medizinischen Dienste in 16 Vertreter der Kassenseite, fünf Vertreter der Patientenorganisationen und zwei Vertreter der Leistungserbringerorganisationen. Letztere haben kein Stimmrecht. Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht innerhalb der jeweiligen Vertretergruppen im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der jeweiligen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht richtet sich – wie bei der Berechnung der Umlage – nach der Mitgliederzahl der Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsgebiet des jeweiligen Medizinischen Dienstes. Verfahrensweisen, beispielsweise zur Wahl des Vorsitzenden und dessen Stellvertreters, werden in einer Satzung geregelt, die durch den Verwaltungsrat zu beschließen ist. Außer der Satzungsfestsetzung hat der Verwaltungsrat den Haushaltsplan festzustellen, die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen und den Vorstand zu wählen und zu entlasten.

Auch im Medizinischen Dienst Bund wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt. An diese sollen sich sowohl Beschäftige des Medizinischen Dienstes Bund, als auch Versicherte bei Beschwerden wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund und dem Bundesgesundheitsministerium als der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form zweijährlich oder anlassbezogen.

B Stellungnahme

Wenn der Medizinische Dienst Bund über eine von den Medizinischen Diensten aufzubringende Umlage finanziert wird, ist die letztendliche finanzielle Belastung nach wie vor bei den Kassen verortet. Daher ist es zu begrüßen, dass die Zahl der durch die Kassen gewählten Vertreter die Mehrheit im Verwaltungsrat bildet. Die bisherige Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgebern und Versichertenvertretern im Verwaltungsrat soll beibehalten werden. Das Mitbestimmen beider Gruppen garantiert sachgerechte und praxisnahe Entscheidungen. Die Unvereinbarkeitsregelung ist ersatzlos zu streichen. Es ist unabdingbar, dass die Kassen durch die aktive soziale Selbstverwaltung im Verwaltungsrat vertreten werden, um so die Berücksichtigung der notwendigen Prozesse in den Kranken- und Pflegekassen sicherzustellen.

Für die Ombudsregelung auf der Ebene des Medizinischen Dienstes Bund wird ebenso wie für die Medizinischen Dienste die Erforderlichkeit nicht gesehen, da ausreichende Instrumente bereits gut etabliert sind. Versicherte und Patienten können sich an bereits vorhandene Beschwerdestellen wenden (als solche fungieren bereits die Verwaltungsräte der MDK, sowie die Widerspruchsausschüsse der Krankenkassen, darüber hinaus z.B. der Patientenbeauftragte oder die

Verbraucherzentralen), vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 25 § 278 SGB V. Sie sollte daher gestrichen werden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 5 wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 25 § 283 SGB V – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinienkompetenz, die bislang beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen lag, geht vollständig auf den geplanten Medizinischen Dienst Bund über. Der geplante Medizinische Dienst Bund soll die Arbeit der Medizinischen Dienste koordinieren und ihre Zusammenarbeit befördern, ihm obliegt die Sicherstellung einer einheitlichen Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste und er berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen. Die Richtlinien, die nunmehr in der alleinigen Verantwortung des Medizinischen Dienstes Bund liegen, werden abschließend aufgeführt. Neben bereits bestehenden Regelungsbereichen werden auch neue Richtlinien eingeführt. Die Richtlinien stehen unter dem Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit.

B Stellungnahme

Dem Medizinischen Dienst Bund werden Richtlinienkompetenzen zugewiesen, die bisher dem GKV-Spitzenverband zustanden. Anstelle einer Gesamtübertragung muss eine differenzierte Aufteilung von Kompetenzen vorgenommen werden. Grundsätzlich müssen Richtlinien, die ausschließlich die Kassen betreffen, in alleiniger Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes verortet werden. Angelegenheiten, welche die technische und operative Zusammenarbeit von Kassen und Medizinischen Diensten betreffen, können nicht allein der Regulierungskompetenz des Medizinischen Dienstes Bund unterworfen werden. Alle Kompetenzen für Regelwerke, die die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste mit den Kassen betreffen, müssen dem GKV-Spitzenverband und dem Medizinischen Dienst Bund gemeinsam zugewiesen werden.

Dies betrifft insbesondere die Richtlinie zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten. Hier sollte das Recht zur Stellungnahme durch den Grundsatz des Einvernehmens ersetzt werden.

Die Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern bedarf einer genaueren Justierung, denn oft sind Strukturmerkmale an die Anstellung medizinischen Personals und dessen Qualifikation gebunden. Personelle Strukturen unterliegen naturgemäß regelmäßigen Schwankungen. Es muss daher möglich sein, auch antizyklisch Strukturprüfungen zu veranlassen, wenn eine Krankenkasse Kenntnis über personelle Veränderungen erlangt, die ggf. Auswirkungen auf die Erfüllung der Strukturmerkmale haben können. Darüber hinaus darf eine Sanktionsfestlegung für die Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen nicht erst in den MDK-Richtlinien erfolgen, sondern muss schon vorher vom Gesetzgeber rechtssicher definiert werden. (siehe Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 23 § 275d SGB V).

Körperschaften öffentlichen Rechts unterliegen im Allgemeinen einer Rechtsaufsicht. Unter einer solchen Rechtsaufsicht sind Auflagen für Richtlinien nur dann zu erteilen, wenn sie nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen. Um politische Einflüsse und Setzungen zu Medizin, zu

Pflege und zur Organisation der Medizinischen Dienste als Länderbehörden auszuschließen, hat sich die Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit ausschließlich im Rahmen des § 88 SGB IV zu bewegen.

C Änderungsvorschlag

1. In Absatz 2 wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:
   „Der Medizinische Dienst Bund erlässt Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten und zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Des Weiteren erlässt der Medizinische Dienst Bund Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch

   1. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung sowie über die Möglichkeit von vorzeitigen Begutachtungen im Falle von begründeten Zweifeln am Fortbestehen von Strukturmerkmalen und die Anforderungen bei der Durchführung der Begutachtung durch andere Gutachterdienste nach § 275d Absatz 1; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 30. April 2020 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,

   2. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihm übertragenen Aufgaben,

   3. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben,

   4. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,

   5. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,

   6. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie

   7. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.“

2. Hilfsweise wird für den Fall, dass der erste Änderungsvorschlag nicht übernommen wird, vorgeschlagen, in Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 die folgenden Worte zu streichen: „und den Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden.“ (siehe Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 23 § 275d SGB V)

3. In Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 des Regierungsentwurfs wird nach den Wörtern „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ die Wörter „zu den in Satz 2 aufgeführten Richtlinien“ eingefügt.

4. Entsprechend Änderungsvorschlag 1 ist Absatz 2 Satz 4 des Regierungsentwurfs wie folgt zu fassen:
„Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 bis 7 innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 zu erlassen.“

5. In Absatz 2 Satz 5 des Regierungsentwurfs werden die Worte „und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit“ ersetzt durch die Worte „und unterliegen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 88 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.“

Art. 1 Nr. 28 § 301 Abs. 2 SGB V – Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung erfolgt die Klarstellung, dass das DIMDI die strukturellen Voraussetzungen für die Abrechnung von Operationen und sonstigen Prozeduren in OPS-Schlüsseln festlegen darf. Die ICD- und OPS-Schlüssel werden mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens verbindlich und sind durch die Krankenhäuser für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden. Das DIMDI gibt sich eine Verfahrensordnung, die durch das BMG genehmigt werden muss und dann auf der Website des DIMDI zu veröffentlichen ist.

B Stellungnahme

Abzulehnen ist, dass die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) im Jahre 2018 eingeführte retrospektive „Korrektur“ von OPS-Auslegungen (Satz 4 alte Fassung) durch Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe b) weiterhin legitimiert wird. Es handelt sich hierbei um einen eklatanten Systembruch mit weitreichenden Folgen für die Rechtsauslegung und das Kalkulationsverfahren des DRG-Systems. Die Regelung nach Buchstabe b) ist in Verbindung mit Satz 4 (alte Fassung) abzulehnen; Satz 4 (alte Fassung) ist zu streichen.

Die Festlegung einer klar strukturierten Verfahrensordnung für die Arbeit des DIMDI ist zwingend erforderlich und wird daher begrüßt. In die Verfahrensordnung ist aufzunehmen, nach welchen Kriterien Strukturanforderungen zu definieren sind, die von einer Einzelfallprüfung auf Grundlage von § 275c Abs. 6 SGB V auszuschließen sind (vgl. auch Stellungnahme zu § 275d SGB V). Liegen bis zum Inkrafttreten des § 275d noch keine differenzierten OPS-Schlüssel des DIMDIs vor, hat der MDS hilfsweise eine Liste bis zum Erscheinen zu veröffentlichen.

Eine Möglichkeit, unnötige Strukturprüfungen zu vermeiden, besteht darüber hinaus darin, dass die benötigten Strukturen schon aus den Abrechnungsdaten plausibel ableitbar sind. Die beiden rechtssicheren Begriffe „Krankenhausstandort“ und „Fachabteilung“ sind zudem verbindlich in die geeigneten OPS-Kodes einzufügen.

C Änderungsvorschlag

1. In Absatz 2 ist Satz 4 (alte Fassung) zu streichen.
2. In Absatz 2 werden nach Satz 7 (neue Fassung) folgende Sätze 8, 9 und 10 eingefügt:
   „In der Verfahrensordnung ist festzulegen, nach welchen Kriterien Strukturmerkmale von OPS-Schlüsseln zu definieren sind, die Gegenstand einer Prüfung nach §275d SGB V sein können und die von einer Einzelfallprüfung auf Grundlage von § 275c Abs. 6 SGB V auszuschließen sind. Liegen bis zum Inkrafttreten des § 275d SGB V noch keine differenzierten OPS-Schlüssel des DIMDIs vor, hat der MDS hilfsweise eine Liste bis zum Erscheinen zu veröffentlichen. Für die Beschreibung von Krankenhausstrukturen sind die Be-

griffe „Standort“ (nach Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und „Fachabteilung“ (nach § 5 Absatz 2 der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3) zu verwenden.“.

Art. 1 Nr. 30 § 327 SGB V – Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Bereits vor der Errichtung der geplanten Medizinischen Dienste und des geplanten Medizinischen Dienstes Bund erlangen einige Regelungen sofort mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes Gültigkeit und sollen daher auch schon für die MDK in ihrer jetzigen Form Anwendung finden. Es handelt sich hierbei um die verpflichtende Beteiligung des Medizinischen Dienstes vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheides in bestimmten Fällen, die Ausweitung der Unabhängigkeitsvorgabe auf nichtärztliche Gutachterinnen und Gutachter, die Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei Krankenhausbehandlung und Strukturprüfungen von Krankenhäusern, das Betretensrecht der Gutachterinnen und Gutachter zum Zweck der vorgenannten Prüfungen und die Genehmigungspflicht des Haushaltes der Medizinischen Dienste. Für den MDS sind die Regelungen zur fachlichen Unabhängigkeit nichtärztlicher Gutachterinnen und Gutachter, über die Genehmigungspflicht des Haushaltes und die Erlasskompetenz für die Richtlinie über die regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern und die Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung jedoch bereits mit Inkrafttreten dieses Gesetzes anwendbar.

B Stellungnahme

Folgeänderung zu der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 21e) § 275 Abs. 3b – zur verpflichtenden Beteiligung vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheides in bestimmten Fällen: hier ist die Übergangsregelung um den Hinweis auf § 275 Abs. 3b zu bereinigen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 3 werden nach der Zahl „275“ die Wörter „3b und“ gestrichen.

Art. 1 Nr. 30 § 328 SGB V – Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 328 werden die geplanten Medizinischen Dienste bis zum 31. Dezember 2020 errichtet und der geplante Medizinische Dienst Bund bis zum 30. Juni 2021. Die bestehenden Tarifverträge bestehen fort und der bestehende Betriebsrat nimmt übergangsweise bis zur Wahl eines Personalrates dessen Aufgaben wahr.

B Stellungnahme

Innerhalb des gesetzten Zeitrahmens ist bei guter Kommunikation und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure ein Übergang in die neue Organisationsform möglich. Es ist allerdings wahrscheinlich, dass im Zeitraum von einigen Monaten gegen Ende des Jahres 2020 und zu Beginn des Jahres 2021 ein Nebeneinander von noch existierenden MDK und bereits in der neuen Organisationsform agierenden Medizinischen Diensten besteht, und dies kann auch innerhalb eines Bundeslandes auftreten, da die Zuständigkeitsbereiche der MDK nicht deckungsgleich mit den Ländergrenzen sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 2 Nr. 1 § 199a SGB V Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Einführung des maschinellen Studenten-Meldeverfahrens wird im Hinblick auf die Verfahrenssicherheit eine Übergangsphase eingerichtet, um den Aufwänden einer Stichtagsumstellung entgegen zu wirken. In diesem Zeitraum müssen die Hochschulen ins maschinelle Meldeverfahren eintreten. Da die Übergangsphase zum 31.12.2021 enden soll und damit das maschinelle Meldeverfahren obligatorisch wird, werden die in der Übergangsphase möglichen Papiermeldungen zum 01.01.2022 aus dem Gesetz gestrichen.

B Stellungnahme

Da den Hochschulen zur Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Hochschulen und den Krankenkassen eine Übergangsphase eingeräumt werden soll, wird mit der ersatzlosen Streichung der Papiermeldungen zum 31.12.2021 ein Endzeitpunkt für die Übergangsphase festgelegt. Damit wird das maschinelle Studenten-Meldeverfahren ab dem 01.01.2022 obligatorisch, so dass ab diesem Zeitpunkt Meldungen nur noch elektronisch zwischen den Hochschulen und den Krankenkassen ausgetauscht werden.

C Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Art. 3 Nr. 1 § 17b KHG – Pauschalierendes Entgeltsystem für Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe b).

Zu Buchstabe b)

Durch die Änderung erhält das InEK die Befugnis, auf Grund des Konzepts für eine repräsentative Kalkulation die Krankenhäuser für die Teilnahme an der Kalkulation verbindlich zu bestimmen. Diese vom InEK bestimmten Krankenhäuser sind verpflichtet, ihm die für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten zu übermitteln. Dies gilt nicht nur für die Übermittlung der Daten, die nach dem Inkrafttreten generiert werden; Gegenstand dieser Verpflichtung können auch Daten aus der Zeit vor dem Inkrafttreten dieser Änderung sein, sofern das InEK diese Daten für die Kalkulation benötigt. Die Befugnis, Krankenhäuser zur Datenübermittlung zu verpflichten, war bisher den Vertragsparteien vorbehalten. Da sich die Verpflichtung zur Datenübermittlung nunmehr unmittelbar aus dem Gesetz ergibt, ist die bisherige Befugnisnorm für die Vertragsparteien nach Satz 5 entbehrlich. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation durch das InEK haben keine aufschiebende Wirkung.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Durch die in Buchstabe b) eingeführte gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser zur Datenlieferung an das InEK, bedarf es der gestrichenen und nicht so weitreichenden Befugnisnorm nicht mehr.

Zu Buchstabe b)

In der Vergangenheit gab es vermehrt Klagen gegen die Verpflichtung von Krankenhäusern zur Lieferung von Kosten- und Strukturdaten zwecks Erhöhung der Repräsentativität der Entgeltkataloge. Hintergrund aus Sicht der Kläger ist der fragliche Rechtscharakter des InEK. Dabei steht insbesondere die Frage im Raum, ob das InEK Krankenhäuser zur Lieferung von sensiblen Daten verpflichten kann oder ob dies nicht originär durch die Selbstverwaltungspartner geschehen muss. Selbst dann stellt sich aus Sicht der Kläger noch die Frage nach der gesetzlichen Grundlage. Um hier die Rechtsposition des InEK zu stärken, wird es als notwendig angesehen, diese auch gesetzlich zu kodifizieren. Damit erhält das InEK nicht nur einen Auftrag der Selbstverwaltungspartner, sondern auch eine gesetzliche Grundlage für sein Handeln. Des Weiteren soll mit dieser Normänderung den bereits anhängigen Klagen die Grundlage entzogen werden. Dies dient der Rechtssicherheit und vermeidet Verzögerungen im Ablauf.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 3 Nr. 2 § 17c Abs. 2a und 2b KHG (neu) – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2a

Mit dem neuen Absatz 2a beabsichtigt der Gesetzgeber, die Krankenhausabrechnungsprüfung effizienter zu gestalten. Hierzu wird der neue Grundsatz eingeführt, dass die erste Rechnungslegung abschließend wird, d.h. die nachträgliche Korrektur durch das Krankenhaus ist nicht mehr möglich. Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn ein anderslautendes MDK-Gutachten oder ein rechtskräftiges Urteil vorliegt.

Der zweite Grundsatz legt fest, dass die Abrechnungsprüfung durch den MDK für die Krankenkasse fallabschließend ist, d.h. nach Abschluss einer Prüfung gemäß §275 Abs.1 Nr. 1 SGB V dürfen keine weiteren Prüfungen erfolgen. Ausnahmemöglichkeiten können in der PrüfvV nach § 17c Absatz 2 KHG vereinbart werden.

Absatz 2b

Vor der gerichtlichen Überprüfung einer Krankenhausabrechnung wird eine einzelfallbezogene Erörterung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus verpflichtend eingeführt. Einzelfallbezogene Vergleichsverträge als Ergebnis der Erörterung sind ausdrücklich vorgesehen. Dadurch sollen die Sozialgerichte entlastet werden.

B Stellungnahme

Absatz 2a

Die geplante abschließende Rechnungslegung ist zu begrüßen, da die Krankenhäuser in der Vergangenheit Rechnungen häufig nachträglich korrigiert und neu kodiert haben. Dadurch konnten Fälle lange nicht abgeschlossen werden und wurden gegebenenfalls erneut durch den MDK geprüft. Die Regelung führt somit zu einem verminderten Verwaltungsaufwand und zur Sicherheit in der Krankenhausabrechnung. Die Ausnahmeregelung, dass von diesem Grundsatz abgewichen werden kann, wenn ein anderslautendes MDK-Gutachten oder ein rechtskräftiges Urteil vorliegt, ist sachgerecht, jedoch noch nicht ausreichend. Rechnungsänderungen müssen zusätzlich im Vorverfahren möglich bleiben sowie immer dann Korrekturen möglich sein, wenn hierüber ein Konsens zwischen Krankenkasse und Krankenhaus besteht.

Eine fallabschließende Betrachtung durch die Prüfung des MDK nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V kann als verfahrensverkürzende, effizienzsteigernde Idee in vielfältiger Weise jedoch nicht befriedigend greifen.

Der MDK schließt bisher Begutachtungen unter rein medizinischen Gesichtspunkten ab. Diese sind nicht gleichzusetzen mit einer umfassenden leistungsrechtlichen Prüfung. Es ist keineswegs davon auszugehen, dass die Gutachter des Medizinisches Dienstes stets über die aktuelle Rechtsprechung zu bestimmten Fallkonstellationen informiert sind. Außerdem liegen dem MDK-Arzt weder die budgetrechtlichen Informationen der beiden Vertragspartner noch alle weiteren Versicherteninformationen der Krankenversicherung vor, sodass eine abschließende Beurteilung des Falles nicht möglich ist. Die fallabschließende Wirkung des MDK-Gutachtens kann sich deshalb nur auf die medizinischen Aspekte des Falls beziehen.

In der Folge wird es in erheblichem Umfang zu Fehlentscheidungen kommen, da die angefragten medizinischen Bewertungen nicht automatisch alle leistungsrechtlichen Bewertungen einschließen. Korrekturen können von den Krankenkassen jedoch infolge des Ausschlusses des Rechtsweges nicht mehr durchgeführt werden. Bei diesem Verfahren wäre auch die rechtliche Prüfung notwendig, ob der Medizinische Dienst beim Leistungsentscheid über die der Krankenversicherung anvertrauten Versichertengelder die abschließende, nicht justiziable Ultima-Ratio sein kann.

Absatz 2b

Generell wird die Stärkung einer vorgerichtlichen Streitbeilegung begrüßt. Die Fallerörterung als Prozessvoraussetzung stellt sicher, dass von den Beteiligten außergerichtliche Einigungen zuvor geprüft wurden. Zudem besteht nach Durchführung der Erörterung die Möglichkeit für außergerichtliche Vergleiche.

Aufgrund des permanenten Informationsvorsprunges der Kliniken bei der Rechnungsprüfung ist die Formulierung jedoch zu kurz gesprungen. Einwendungen und Tatsachenvortrag im gerichtlichen Verfahren dürfen nicht mehr geltend gemacht werden können, wenn Sie in der Erörterung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vorher nicht geltend gemacht worden sind. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Justiz von unnötigen Verfahren entlastet wird, die bisher aufgrund nachgeschobener Informationen der Klinikseite zu diesem Zeitraum entstehen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 2a

In § 17c Abs. 2a S. 1 KHG werden nach dem Wort „Urteils“ folgende Worte eingefügt: „**oder dem Ergebnis eines Vorverfahrens oder dem gemeinsamen Konsens zwischen Krankenkasse und Krankenhaus**“

Absatz 2b

1. § 17c Abs. 2b S. 3 KHG wird nach dem Wort „verarbeiten“ ergänzt um den Halbsatz: **„und verpflichtet, diese an die Krankenkassen zu übermitteln.“**

2. In § 17c Abs. 2b KHG wird folgender Satz 4 neu eingefügt: „**Einwendungen und Tatsachenvortrag können in gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen der Erörterung nach Satz 1 hätten geltend gemacht werden können.“**

Art. 3 Nr. 3 § 19 KHG (neu) – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung wird ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene gebildet (vormals in § 17c Abs. 3 KHG geregelt, der mit Artikel 2 Nummer 1.d aufgehoben wird). Aufgabe des Schlichtungsausschusses Bund ist es, Kodier-und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung zu klären. Gemeinsamer Träger sind Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung und die deutsche Krankenhausgesellschaft.

Die bisherige Regelung in § 17c Abs. 3 KHG sah eine Anrufungsmöglichkeit für DKG, GKV-Spitzenverband, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und Landeskrankenhausgesellschaften vor. Die neue Regelung weitet den Kreis der anrufberechtigten Akteure aus, sodass zukünftig neben den Trägern auch einzelne Krankenkassen und Krankenhäuser, einzelne MDKs, mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befasste Fachgesellschaften und Verbände, z. B. die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses antragsberechtigt sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat das BMG bei einer möglichen Anrufung des Schlichtungsausschusses zu unterstützen.

Zukünftig muss der Schlichtungsausschuss innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung treffen. Die Entscheidung gilt für alle danach gestellten Krankenhausabrechnungen, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gestellt werden sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst sind.

Die Sozialmedizinische Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FOKA) haben bis zum 31.12.2019 strittige Kodierempfehlungen auszuweisen. Der Schlichtungsausschuss Bund entscheidet bis zum 31.12.2020 über diese strittigen Kodierempfehlungen. Die Entscheidungen erhalten den Status von Kodierrichtlinien, d.h. sie gelten unmittelbar verbindlich. Klagen gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses haben keine aufschiebende Wirkung.

Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses wird beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführt. Die Kosten werden über den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 finanziert.

Die Entscheidungen sind schiedsstellenfähig. Klagebefugt sind nur die Einrichtungen, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben.

B Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Neuregelung erfährt der Schlichtungsausschuss Bund eine starke Aufwertung seiner Befugnisse für den Abrechnungsbereich und das DRG-System. Die vorgesehenen Regelungen können zur Normklarheit beitragen. Die Aufnahme der Privaten Krankenversicherung in den Kreis der Gründer, die bürokratische Anbindung der Geschäftsstelle an das InEK, die Finanzierung über den Systemzuschlag sind sachgerecht. Eine Reihe von Regelungen sind jedoch problematisch:

Das Inkrafttreten der Beschlüsse ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats erzeugt hohen bürokratischen Aufwand, da alle bereits im Prüfverfahren eingeleiteten Fälle (Momentane Bearbeitungsdauer bis 11 Monate) immer wieder regelhaft auf Änderungen geprüft werden müssen. Daher ist hier die Gültigkeit für Fälle mit dem Aufnahmedatum ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats einzuschränken. Laufende Verfahren müssen von einer möglichen Rückwirkung ausgenommen werden.

Der Schlichtungsausschuss Bund kann zukünftig in laufende Verfahren eingreifen und wird faktisch zum Normengeber. Durch die Regelungen zur Schiedsstellenfähigkeit und zur Klagebefugnis wird der Rechtsweg für Auseinandersetzungen über die Abrechnung abgeschnitten. Gegen die inhaltlichen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses wäre kein effektives Rechtsmittel möglich. Auch eine direkte politische Einflussnahme durch das Bundesministerium für Gesundheit als Antragsberechtigten ist dem Prinzip der Selbstverwaltung wesensfremd und daher abzulehnen.

Abzulehnen ist ferner, dass die Kompetenzen des neuen Schlichtungsausschusses über Gebühr ausgeweitet werden. Da der Kreis der Anrufungsberechtigten erheblich erweitert wird, dabei jedoch keine Gebühren anfallen sollen, dürfte der Schlichtungsausschuss mutmaßlich völlig überlastet werden, zumal er auch innerhalb von acht Wochen zu entscheiden hat. Sofern an der vorgelegten Systematik festgehalten wird, müssen Anpassungen vorgenommen werden, damit das Gremium nicht mit der Entscheidung von Einzelfällen übermäßig belastet wird. Des Weiteren ist die Gesamtgüte des DRG-Systems vor den Partikularinteressen singulärer Antragsteller zu schützen, um eine Verschlechterung der Abrechnungsqualität und der Kodierung im DRG-System durch isolierte, kurzfristige Eingriffe des Schlichtungsausschusses zu verhindern.

Es ist daher zumindest die bisher in § 2 der Vereinbarung über die Bildung des Schlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 3 KHG verankerte Prüfkaskade bzgl. der Bedeutung von strittigen Tatbeständen in die Regelung aufzunehmen. Absatz 2 ist dafür, wie unterhalb skizziert, zu erweitern. So kann effektiv und effizient verhindert werden, dass strittige Tatbestände den Schlichtungsausschuss ohne Prüfung auf grundsätzliche Bedeutung durchlaufen. Die Prüfkaskade ist auch für die strittigen Kodierempfehlungen anzuwenden, über die der Schlichtungsausschuss Bund bis Ende des Jahres 2020 zu entscheiden hat. Absatz 5 ist entsprechend anzupassen. Ferner ist der Kreis der Antragsberichtigten nach Absatz 3 einzuschränken.

C Änderungsvorschlag

1. Dem Absatz 2 wird folgender Satz hinzugefügt:

„2Kodier- und Abrechnungsfragen sind von grundsätzlicher Bedeutung, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. **Es handelt sich nicht um eine Abrechnungs- oder Kodierfrage im Einzelfall,**
2. **die Frage ist bislang ungeregelt oder getroffene Regelungen werden unterschiedlich angewendet, sodass wiederholt Konflikte in der Abrechnung auftreten,**
3. **es ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (zum Beispiel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss),**
4. **die Frage kann durch die gemeinsame Selbstverwaltung geregelt werden,**
5. **eine Lösung der Thematik konnte innerhalb des nächsten erreichbaren Anpassungszyklus´ (DRG-System, Klassifikationen) nicht erreicht werden und seit erstmaliger Erörterung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene sind mindestens sechs Monate vergangen.**

2. In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden“ gestrichen.

3. In Absatz 4 Satz wird der Satz 3 gestrichen und durch folgenden neuen Satz ersetzt: „**Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle Krankenhausfälle, deren Aufnahmedatum nach dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats liegt.**“

4. Dem Absatz 5 wird folgender Satz 2 hinzugefügt: **„Geeint werden können hier nur Kodierempfehlungen, deren grundsätzliche Bedeutung durch Absatz 2 Satz 2 und 3 festgestellt wurde.“**

Hilfsweise:

Streichung der gesamten Vorschrift

Artikel 4 Änderungen des KrankenhausentgeltgesetzesArt. 4 Nr. 1 § 2 Abs. 2 KHEntgG Gebärdensprachendolmetscher

A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher trägt die GKV die Kosten für Gebärdensprachdolmetscherleistungen ausschließlich im Zusammenhang mit ambulanten Leistungen. Die Gebärdensprachdolmetscherleistungen im Krankenhaus wurden bisher durch das Krankenhaus getragen.

Die hier angeführte Unterfinanzierung der Gebärdensprachdolmetscherleistungen in der Kalkulation des pauschalierten Entgeltsystems soll damit geheilt werden, die Kosten für Gebärdensprachdolmetscherleistungen im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung aus der Kalkulation des pauschalierten Entgeltsystems heraus zu nehmen und den Krankenkassen direkt in Rechnung zu stellen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung wird abgelehnt. Sie stellt ein Systembruch bei der Kostenkalkulation dar und wirft zudem Prozess- und Haftungsfragen auf. Auch ist bei den Krankenkassen mit einer Ausweitung der Kosten und des Organisationsaufwandes zu rechnen, vor allem dann, wenn weitere stationäre Einrichtungen wie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen eine solche Änderung beantragen.

Für den Patienten in der stationären Versorgung wäre es zudem kaum nachvollziehbar, warum er sich in allen Angelegenheit an das versorgende Krankenhaus wenden soll und bei einem Bedarf einer Gebärdensprachdolmetscherleistung an die Krankenkasse.

Es entspricht auch nicht den letzten gesetzlichen Änderungen, Krankenhäuser als koordinierende Stelle zu stärken (Schaffung eines gesetzlich verankerten Entlassmanagements, neue Verordnungsmöglichkeiten durch das Krankenhaus).

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Änderung

Art. 4 Nr. 2 § 4 KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Mit der Regelung wird die Aufzählung der Leistungen, die vom Fixkostendegressionsabschlag befreit sind, um Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung von Patienten erweitert.

b) Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Mit dem PpSG wurde geregelt, dass Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ab dem Jahr 2020 durch krankenhausindividuelle Pflegebudgets und nicht mehr durch Fallpauschalen finanziert werden. Eine separate Finanzierung von Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen durch das Pflegestellen-Förderprogramm ist daher ab dem Jahr 2020 nicht mehr erforderlich. Die Mittel aus dem Pflegestellen- Förderprogramm können für das Jahr 2019 letztmalig in Anspruch genommen werden.

B Stellungnahme

a) Die Erweiterung der Abschlagsfreiheit auf Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation ist grundsätzlich nachvollziehbar. Bei genauerer Betrachtung der Mengenentwicklung zeigt sich jedoch, dass sich die Zahl der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation in den letzten zehn Jahren verdoppelt hat, während die Zahl der Schlaganfälle und schweren Schädel-Hirn-Traumata in diesem Zeitraum um lediglich ca. 10% gestiegen ist. Daher ist eine pauschale Herausnahme von Leistungen zur neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation mit dem Gedanken der Herausnahme von nicht mengenanfälligen Leistungen nicht vereinbar. Stattdessen wird eine Qualifizierung solcher nicht steuerbaren Leistungen gefordert.

   Dagegen ist die bestehende Anspruchsgrundlage zur Herausnahme von sogenannten Zentrumsleistungen nach § 4 Abs. 2a S. 2 Nr. 1 KHEntgG ohne reale Wirkung und daher zu streichen. Zentrumsleistungen nach § 2 Abs. 2 S. 4, 5 sind nämlich gerade keine Leistungen, die mit Fallpauschalen zu vergüten, sondern mit Zuschlägen abzugelten sind. Wenn also diese Leistungen nicht mit DRG vergütet werden, sind sie aus einem Abschlag, der nach Fallpauschalen bemessen wird, nicht herausnehmbar. Die bestehende Regelung läuft damit immer ins Leere.

b) Die Folgeregelung dient der Klarstellung, dass eine separate Finanzierung von Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen ab dem Jahr 2020 ausschließlich über das Pflegebudget und nicht mehr über das Pflegestellen-Förderprogramm erfolgt. Die Regelung ist daher zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

§ 4 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen“ durch die Wörter „Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Frühgeborenen und bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation, sofern der Frührehabilitation ein schwerer Schlaganfall oder eine schwere Schädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten in unmittelbarem zeitlichen und medizinischen Zusammenhang vorausgegangen ist“ ersetzt.

In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 wird Buchstabe d) gestrichen

In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c) wird das Komma durch das Wort „sowie“ ersetzt.

Art. 4 Nr. 3 § 6 KHEntgG – Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Durch die Regelung wird das InEK als direkter Ansprechpartner für die Krankenkassen im Verfahren zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) festgelegt. Bislang galt die Regelung, dass vor der Vereinbarung eines gesonderten NUB-Entgeltes eine Information von den Vertragsparteien auf Bundesebene einzuholen ist.

b) Durch die Regelung wird das InEK als direkter Empfänger der Informationen der Krankenkassen über gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 2a bestimmt.

B Stellungnahme

a) Die Regelung dient der Klarstellung der Verfahrensabläufe und bildet das bisherige Vorgehen in der Praxis ab. Die Regelung ist zu begrüßen.

b) Die Regelung dient der Klarstellung der Verfahrensabläufe und bildet das bisherige Vorgehen in der Praxis ab. Die Regelung ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 4 Nr. 4 § 6a Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird festgelegt, dass einzelfallbezogene Prüfungen von tagesbezogenen Pflegeentgelten unzulässig sind und Prüfergebnisse aus anderen Prüfanlässen nur insoweit umgesetzt werden dürfen, als sie keine Auswirkung auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben. Durch die Übernahme der Regelung aus dem SGB V in das KHEntgG gilt die Regelung zukünftig auch für andere Kostenträger, beispielsweise die PKV.

B Stellungnahme

Die Ausweitung der Gültigkeit auf weitere Kostenträger ist zu begrüßen. Die Ausführungen in der Stellungnahme zum §275c Abs. 6 SGB V sind jedoch zu beachten: Danach werden Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt. “

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 4 Nr. 5 § 8 KHEntgG – Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3

Sofern nach einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 SGB V das Vorliegen einer vollstationären Behandlungsbedürftigkeit nicht anerkannt wurde, sind die erbrachten Leistungen nach § 115 a SGB V zu vergüten (vorstationäre Leistungen), soweit keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht.

Absatz 4

Sofern Krankenhäuser die Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275 d SGB V nicht bestehen, dürfen die Entgelte für diese Leistungen nicht berechnet werden.

B Stellungnahme

Absatz 3

Die Vergütung vorstationärer Leistungen nach §115a SGB V bei primärer Fehlbelegung im Krankenhaus ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

Absatz 4

Diese Regelung ist zu begrüßen. Die Prüfung von Strukturmerkmalen bereits vor der Leistungserbringung und Abrechnung vermindert Prüfaufwendungen bei den Krankenkassen, führt zur Abrechnungssicherheit bei den Krankenhäusern und Planungssicherheit bei den Ländern (siehe auch Stellungnahme zum § 275 d SGB V).

C Änderungsvorschlag

Absatz3

Streichung des Absatzes

Absatz 4

Keiner

Art. 4 Nr. 6 § 11 Abs. 1 KHEntgG – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, die die Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V für bestimmte Leistungen nicht bestehen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen. Krankenhäuser, die die notwendigen Strukturvoraussetzungen für bestimmte Leistungen nicht erfüllen, dürfen diese auch nicht vereinbaren und abrechnen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Änderung des § 8 KHEntgG

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird das Pflegestellen-Förderprogram ab dem Jahr 2021 aufgehoben.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht, da die Finanzierung der Pflegekräfte ab dem Jahr 2020 über das Pflegebudget erfolgt. Da die Aufhebung erst zum Jahr 2021 erfolgt, wird sichergestellt, dass die Regelungen zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel, zu den Nachweispflichten der Krankenhäuser, zur Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands und zu den Datenübermittlungspflichten der Krankenkassen im Jahr 2020 noch anzuwenden sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Artikel 6 Nr. 1 § 8 BPflV – Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3

Krankenhäuser, die die Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V für bestimmte Leistungen nicht bestehen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

Absatz 6

Sofern nach einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 SGB V das Vorliegen einer vollstationären Behandlungsbedürftigkeit nicht anerkannt wurde, sind die erbrachten Leistungen nach § 115 a SGB V zu vergüten (vorstationäre Leistungen), soweit keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht.

B Stellungnahme

Absatz 3

Es handelt sich hierbei um die analoge Regelung aus dem KHEntgG für den Bereich der BPflV. Diese Regelung ist zu begrüßen. Krankenhäuser, die die notwendigen Strukturvoraussetzungen für bestimmte Leistungen nicht erfüllen, dürfen diese auch nicht vereinbaren und abrechnen.

Absatz 6

Die Vergütung vorstationärer Leistungen nach §115 a SGB V bei primärer Fehlbelegung im Krankenhaus ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Absatz 3

Keiner

Absatz 6

Streichung des Absatzes

Art. 6 Nr. 2 § 11 Abs. 1 BPflV – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, die die Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V für bestimmte Leistungen nicht bestehen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um die analoge Regelung aus dem KHEntgG für den Bereich der BPflV. Diese Regelung ist zu begrüßen. Krankenhäuser, die die notwendigen Strukturvoraussetzungen für bestimmte Leistungen nicht erfüllen, dürfen diese auch nicht vereinbaren und abrechnen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 10 Nr. 4d) § 17 SGB XI – Richtlinien der Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der geplante Medizinische Dienst Bund soll künftig die Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes erlassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird an der Erarbeitung und Überarbeitung beteiligt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt weiterhin nach § 17 Absatz 1a unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund die Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen, der Beratungsstellen und der Pflegestützpunkte. Unter § 17 Absatz 1b geht die Zuständigkeit zum Erlass von Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils der Pflegeversicherung von Personen mit besonders hohem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) ebenfalls auf den MD Bund über. Die Richtlinien werden im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlassen.

B Stellungnahme

Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien regeln das Verfahren zur Aufteilung der Zeitanteile zur Abgrenzung der Kosten zwischen SGB V und SGB XI ab dem 01.01.2017. Hintergrund von deren Schaffung war der Wegfall der im Rahmen der Begutachtung durch den MDK erhobenen Zeitaufwände der von den Pflegekassen zu übernehmenden „reinen Grundpflege“. Man hat sich daher auf pauschale Minutenwerte je Pflegegrad verständigt, die von den im Anwendungsbereich der Richtlinien von den der GKV zu tragenden Zeitaufwänden in Abzug zu bringen sind.

Im Ergebnis der Evaluation der Kostenabgrenzungs-Richtlinien wurde von den MDK zum einen die Praktikabilität der Richtlinie insbesondere durch den Wegfall der Rolle der MDK bei der Ermittlung der individuellen Minutenwerte festgestellt. Zum anderen wurde von den MDK bestätigt, dass die Zeitbemessung – wie erwartet – nicht mehr durchgeführt wird, es also keinen Bedarf für solche Gutachten gibt (vgl. Punkt 4 des Evaluationsberichtes von IGES vom 20.12.2018). Widerspruchsbegutachtungen wurden danach nicht durchgeführt. Die Richtlinien dürften insofern keine praktische Wirkung für die Medizinischen Dienste haben. Sie regeln damit maßgeblich das Verfahren zur Kostenverteilung im Anwendungsbereich der Richtlinien zwischen Kranken- und Pflegekasse. Es erscheint daher nicht nachvollziehbar, warum dies in die Regelungskompetenz des MD Bund übergehen soll. Richtlinien, die ausschließlich die Kassen betreffen, sind in alleiniger Kompetenz des GKV-SV zu verorten.

Zudem stellt dies eine Abweichung zu § 17 Absatz 1a dar, bei dem die Richtlinienkompetenz für die Richtlinien zur Pflegeberatung beim Spitzenverband Bund verbleibt und dieser den Medizinischen Dienst Bund dabei beteiligt. Die fachliche Kompetenz des geplanten Medizinischen Dienstes Bund sollte auch künftig in die Ausgestaltung der Richtlinien nach § 17 Absatz 1b einbezogen werden. Daher ist auch hierfür eine Aufgabenverteilung analog zu § 17 Absatz 1a vorzusehen. Weiterhin ist die gegenstandslos gewordene Datumsangabe zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1b wird Satz 1 wie folgt gefasst: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat.“

Art. 10 Nr. 9 § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 SGB XI Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Praktikanten, die ein in einer Studien- und Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum absolvieren, wird auch in der Pflegeversicherung die für die Krankenversicherung eingeführte Altersgrenze nachgezogen. Auch für Praktikanten gilt damit künftig das 30. Lebensjahr als Altersbegrenzung. Anzuwenden ist diese Grenze für alle nach der jeweils anzuwendenden Studien- und Prüfungsordnung durchgeführten Vor-, Zwischen- und Nachpraktika.

B Stellungnahme

Sachgerechte Folgeänderung für die soziale Pflegeversicherung, sie bezieht sich auf die Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 10 SGB V.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 10 Nr. 10 § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3a SGB XI Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Familienversicherung soll bei Studierenden an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule über die Vollendung des 25. Lebensjahres hinaus bis zum Ablauf des entsprechenden Semesters fortbestehen. Die neuen Zusätze in § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 SGB V gelten entsprechend (siehe Art. 1 Nr. 11).

B Stellungnahme

Durch die einheitliche Beendigung der Familienversicherung zum Semesterende wird eine Angleichung an die Regelungen zur studentischen Versicherung geschaffen, so dass keine studentische Versicherung für Teilsemester begründet werden muss. Diese Regelung ist sachgerecht und vermindert den Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und den Hochschulen erheblich, daher ist die Neuerung zu begrüßen.

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Änderungen in § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V (siehe Art. 1 Nr. 2).

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 10 Nr. 15 § 53c SGB XI – Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund; Übergangsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die geplanten Medizinischen Dienste, wie sie in § 278 SGB V errichtet wurden, haben die ihnen durch das SGB XI zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Der geplante Medizinische Dienst Bund, wie er in § 281 SGB V errichtet wurde, nimmt Aufgaben wahr, die ihm durch § 53d des SGB XI zugewiesen werden. Bis zur Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund nehmen die MDK und der MDS die Aufgaben, die ihnen mit dem SGB XI zugewiesen wurden, wahr.

B Stellungnahme

Die Regelung § 53c verknüpft die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch geregelte Neuorganisation der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund, die als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts an die Stelle der MDK bzw. des MDS treten, mit den Regelungen des Elften Buches. Während die organisatorischen Grundlagen für den Aufbau und die Arbeit der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund im Fünften Buch geschaffen werden, werden ihre konkreten Aufgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung im Elften Buch des Sozialgesetzbuches bestimmt. Das ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 10 Nr. 15 § 53d SGB XI – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Dem geplanten Medizinischen Dienst Bund obliegt – teilweise unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen – die Erlassung von Richtlinien im Bereich der Pflegeversicherung. Einerseits erlässt er Richtlinien für die Arbeit und die Organisation der Medizinischen Dienste einschließlich zur Personalbedarfsermittlung, andererseits zu Aufgabenbereichen, welche die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste mit den Pflegekassen betreffen. Alle Richtlinien unterliegen der Genehmigungspflicht des Bundesgesundheitsministeriums.

B Stellungnahme

Die Richtlinienkompetenzen, die hier dem Medizinischen Dienst Bund übertragen werden, beruhen zum Teil auf den zuvor in § 53a (alt) geregelten Sachverhalten, zum Teil knüpfen sie an die in § 283 SGB V aufgelisteten Richtlinien an. Nicht alle sind geeignet, sie unter die alleinige Kompetenz des Medizinischen Dienstes Bund zu stellen, da sie entweder nur das Verhältnis von Kranken- und Pflegekasse berühren (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) oder die Zusammenarbeit zwischen Medizinischen Diensten und Pflegekassen betreffen.

Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien regeln ausschließlich das Verhältnis zwischen Kranken- und Pflegekassen und sind deshalb in der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes zu verorten (siehe Stellungnahme zu Art. 10 Nr. 4d) § 17 Abs. 1b).

Der Erlass von Richtlinien, die die Tätigkeit und Qualität der Medizinischen Dienste nach einheitlichen Kriterien transparent und vergleichbar darstellt, wird begrüßt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Leistungen und Ergebnisse statistisch nicht ohne Weiteres dem hierfür eingesetzten Personal zugeordnet werden können, da das Personal in den Medizinischen Diensten nicht immer ausschließlich in einem Fachbereich eingesetzt wird.

Die Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund unterliegen der Genehmigungspflicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Bei den Richtlinien und Begutachtungsanleitungen handelt es sich um Regelwerke, die medizinische/pflegefachliche Maßgaben als auch (inner-)organisatorische Regularien für die Medizinischen Dienste bestimmen. Um politische Einflüsse und Setzungen zu Medizin, zu Pflege und zur Organisation der Medizinischen Dienste auszuschließen, hat sich die Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit ausschließlich im Rahmen des § 88 SGB IV zu bewegen. Auflagen für Richtlinien im Rahmen ihrer Prüfung sind vom BMG nur dann zu erteilen, wenn sie nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen.

C Änderungsvorschlag

1. In Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 sind die Wörter: „sowie des hierfür eingesetzten Personals“ zu streichen.
2. In Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 sind die Wörter „und Personalausstattung“ zu streichen.

3. In Absatz 2 ist Satz 2 wie folgt zu fassen: „Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und unterliegen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 88 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.“

4. Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 und 6 werden gestrichen. Die Ziffern sind entsprechend anzupassen.

5. In Absatz 3 ist Satz 2 wie folgt zu fassen: „Die Richtlinien unterliegen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 88 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.“

6. In Satz 4 wird die Ziffer „6“ durch die Ziffer „4“ ersetzt.

7. In Satz 5 wird die Ziffer „7“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.

8. Es wird ein neuer Absatz 4 eingefügt: „Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien über die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten. Die Richtlinien unterliegen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 88 Viertes Buch Sozialgesetzbuch und treten mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste und für die Pflegekassen verbindlich.“

Artikel 12 Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Durch Streichung der Ermächtigungsgrundlage in § 200 Abs. 2 SGB V, nach der das Bundesministerium der Gesundheit durch Rechtsverordnung den Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Nähere über das Meldeverfahren zu regeln hat, ist auch die Meldeverordnung aufzuheben. Die bisher darin enthaltenen Regelungen sind in das Sozialgesetzbuch (SGB V) übernommen worden.

C Änderungsvorschlag

keiner

BAGP BundesArbeitsGemeinschaft der Patient/inn/enstellen
Astallerstr. 14, 80339 München, T. 089 / 76 75 51 31, Fax 089 / 725 04 74, www.bagp.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(20)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
19(14)102(20)

BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
PA14/001 z. Hd.: Katharina Lauer
10011 Berlin
gesundheitsausschuss@bundestag.de

München, 11.10.2019

Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP) zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) BT-Drs. 19/13397
sowie zu einzelnen Änderungsanträgen zum Gesetzesentwurf:

Kontakt:
Geschäftsstelle der BAGP
c/o Gesundheitsladen München e.V.
Astallerstr. 14, 80339 München
mail@bagp.de
Verantwortlich:
Gregor Bornes & Carola Sraier, SprecherIn der BAGP[1]

[1] Seit 1989 bündeln Patientenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Wir beziehen uns auf unsere Stellungnahme vom 04.06.2019 und möchten zu den eingearbeiteten Änderungen des Gesetzesentwurfes zum Teil der Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene ergänzend Stellung nehmen.

Die BAGP befürwortet grundsätzlich die gesetzgeberische Initiative des Artikel 1 Nummer 10b (§ 140f Abs. 7 SGB V).

Aufgrund der Zunahme der Anforderungen der Patientenbeteiligung auf Landesebene fordern wir seit Jahren eine Unterstützung der bisher überwiegend ehrenamtlich geleisteten Arbeit der PatientenvertreterInnen auf Landesebene.

Aufgrund nicht vorhandener allgemeiner gesetzgeberischer Regelungen, wurden in den letzten Jahren in einigen Bundesländern unterschiedliche freiwillige Zuschüsse zur Unterstützung der Patientenbeteiligung z. B. in Form von Koordinierungsstellen gewährt.

So gibt es seit 2015 in NRW, seit Ende 2016 in Bayern und seit 2019 in Brandenburg unabhängige Koordinierungsstellen der Patientenbeteiligung auf Landesebene. Die Finanzierung dieser Stabs-/ Koordinierungsstellen ermöglichen unterschiedliche Ministerien mit großer Spannweite in der Bezuschussung.

Im aktuellen Entwurf gibt es nun eine Forderung nach Unterstützung der Patientenbeteiligung auf Landesebene, die wir grundsätzlich gutheißen, damit die wichtige Arbeit der Patientenvertreter organisatorisch und inhaltlich unterstützt wird.

Die vorgenommene Zuordnung der Koordinierungs-/ Stabsstellen zum Landesgremium der Selbstverwaltung der ärztlichen Bedarfsplanung nach § 90 SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung können wir in der Form nicht unterstützen, da dieses Gremien nur für einen Teil der Gremien mit Patientenbeteiligung „zuständig" ist.

Weitere Gremien der Patientenbeteiligung wie z. B. das 90a Gremium zur Sektorübergreifenden Versorgung auf Landesebene werden von den Staatsministerien der Länder beauftragt und finanziert.

Weitere wichtige und arbeitsintensive Gremien im Rahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus über die Qualitätssicherungsrichtlinie (QSKH-RL) oder der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gemäß DeQS-RL benötigen Patientenvertretung und lösen ebenso einen Koordinierungsaufwand aus wie die dazugehörenden zahlreichen Fachgruppen und Lenkungsgremien. Die Übernahme der Aufwandsentschädigungen und Reisekosten der Patientenvertreter ist in den Budgets der neu gegründeten Landesarbeitsgemeinschaften (LAGn) aus KVn, KZVn, Kassen und Landeskrankenhausgesellschaft bereits haushalterisch enthalten bzw. eingestellt.

Der vorliegende Entwurf zur Unterstützung der Patientenbeteiligung berücksichtigt die Vielzahl der Gremien der Patientenbeteiligung nicht. Bei einer Anbindung einer Koordinierungs-/ Stabsstelle an den Landesausschuss nach § 90 SGB V müssen wir annehmen, dass nur die Bereiche aus der dort verankerten Zuständigkeit bezuschusst würden.

Sinnvoller ist es, unter Berücksichtigung der zahlreichen Patientenbeteiligungsgremien in unterschiedlicher Zuständigkeit, eine unabhängige und übergreifende Stelle pro Bundesland für die Umsetzung der Koordination der Patientenvertretung zu schaffen.
Dies ist z. B. in Bayern mit Zuschussmitteln des Ministeriums für Gesundheit und Pflege (zwar unzureichend aber immerhin) sichergestellt. Diese Landes-Koordinierungsstelle wird von einem Zusammenschluss der maßgeblichen Organisationen analog der Bundesebene betrieben und ist bei einem gemeinnützigen Träger angesiedelt, der zu den Maßgeblichen Organisationen gehört – wie in NRW und Brandenburg auch.

Unsere Forderungen:
Wir fordern eine von den Gremien unabhängige Koordinierungs-/ Stabsstelle für die Patientenvertretung auf Landesebene, die im Auftrag und im Abstimmungsprozess der maßgeblichen Organisationen alle gesetzlich vorgesehenen Bereiche der Patientenvertretung organisiert.
Zur Sicherstellung der größtmöglichen Unabhängigkeit von Kostenträgern und Leistungserbringern im Landesausschuss sollte die Möglichkeit bestehen, dass die koordinierenden Stellen von einer maßgeblichen Organisation im Auftrag der anderen Maßgeblichen betrieben wird.
Die im Entwurf aufgeführte Kann-Regelung ist durch eine Sollregelung zu ersetzen.
Bis zu einer finanziellen und organisatorischen Abstimmung der beteiligten Zuschussgeber sollte das zuständige Landesministerium die Koordinierungsstellen finanzieren.

Außerdem fordern wir eine Präzision der im Entwurf genannten „angemessenen Finanzierung". Wir schlagen vor, dass die Koordinierungsstellen je nach Größe des Bundeslandes mit ein bis zwei Personalstellen, ergänzt um eine Verwaltungskraft und entsprechenden Sachmitteln ausgestattet werden. Hierbei sind auch Kosten einzukalkulieren, die durch das Aufstellen und Betreiben einer barrierefreien Homepage und durch Dolmetscherkosten z. B. für das Gebärden- und Schriftdolmetschen entstehen werden.

Unsere Stellungnahme vom 04.06.2019 zum Referentenentwurf mit aktuellen Ergänzungen zum Gesetzesentwurf:

I. <u>Zu den wesentlichen Entwurfsinhalten:</u>

1. Einheitliche Rechtsform der MD

Wir befürworten die Umstrukturierung zu einer Körperschaft des öffentlichen Rechts unter Beibehaltung der föderalen Strukturen.

2. Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD

Die Neuregelung zur Besetzung des Verwaltungsrates wird von uns begrüßt, da nunmehr auch PatientenvertreterInnen einbezogen werden und diese auch die Patienteninteressen für den Bereich der Pflegeversicherung mit vertreten können.
Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Möglichkeit der Einbindung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) zur Benennung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste zu benennen, erschließt sich uns nicht. Der gesetzliche Auftrag der UPD gemäß § 65 b

SGB V ist die Verbraucher- und Patientenberatung in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Die Interessensvertretung gehört nicht zum Auftrag der UPD gGmbH und ist daher abzulehnen.

Unklar sind aus unserer Sicht aber die Bedingungen der Beteiligung der PatientenvertreterInnen zum jetzigen Zeitpunkt.

3. Angemessene Finanzierung der MD

Die BAGP befürwortet, dass die Kassen nicht mehr über den Haushalt bestimmen.
Allerdings ist es aus unserer Sicht schwierig, dass der Verwaltungsrat die Haushaltshöhe bestimmen soll, ohne über einen eigenen Etat zu verfügen.
Aus unserer Sicht wäre es passender die Finanzierung der MD aus der Verantwortung der Kassen und Länder herauszunehmen und mittels mitgliederangepassten, morbiditätsorientierten Betrages in einen Fond / Gesundheitsfonds die Finanzierung zu sichern, der auch Steuergelder enthält.

4. Neuorganisation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Die organisatorische Trennung des MDS vom GKV-Spitzenverband befürworten wir.
Allerdings finden wir es z.T. problematisch, dass der MDS den GKV-SV z. B. bei G-BA – Fragen berät.

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

Wir befürworten die neuen Verfahrensvorschriften zur Einschaltung einer medizinischen Begutachtung im Widerspruchsfall, damit die medizinischen Fragestellungen vor einem Sozialgerichtsverfahren geklärt werden können.
Auch die Schaffung einer Ombudsstelle für Mitarbeiter des MD in Fällen von versuchten Einflussnahmen der Krankenversicherung ist ebenso zu befürworten - wie die Forderung nach regelmäßiger Berichterstattung der Begutachtungen.

6. Aufgabenwahrnehmung des MD Bund in der sozialen Pflegeversicherung

Die Vereinheitlichung der Anforderungen von SGB V und SGB XI befürworten wir.

Zu den Punkten 7 – 13 enthalten wir uns einer Bewertung mangels Praxisbezugs zu unserem Arbeitsfeld der Patientenberatung.

7. Stärkung der Anreize für eine korrekte Krankenhausabrechnung
8. Systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen
9. Schaffung einer Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen
10. Keine Prüfung der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten
11. Reduzierung des Prüfumfangs der primären Fehlbelegung
12. Ergänzende Maßnahmen zur Stärkung von Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung
13. Weitere Regelungen

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

zu Nr. 1 (§ 91 Abs. 7 Satz 6):

Die Regelung wird begrüßt. Die gesetzlich vorgeschriebene Öffentlichkeit der Plenarsitzungen des G-BA ist derzeit sehr begrenzt und kaum wahrzunehmen für Interessierte außerhalb Berlins.
Aus Sicht der BAGP sollten allerdings die Effekte auf die Diskussionen im Plenum untersucht werden. Dazu sollte die Regelung erst ab 2021 gelten und in der Zwischenzeit die aktuelle Debattenkultur dokumentiert werden, damit anschließend Änderungen auch erfasst und ausgewertet werden können.

Zu Nr. 3 (§ 115b):

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die „Aufweichung" der Sektorengrenzen bei der Leistungserbringung und der Vergütung werden als sinnvoll angesehen. Die Setzung eines Termins bis zur Erfüllung scheint geboten, ebenso die Evaluation und Weiterentwicklung der Regelung.
Nicht nachvollziehbar ist, warum die Bundesregierung diese Aufgabe ohne Beteiligung der Patientinnen und Patienten analog §140f regeln will. Es ist aus Sicht der BAGP unabdingbar, die medizinischen und strukturellen Rahmenbedingungen des ambulanten Operierens und auch die Bestimmung von Ausnahmetatbeständen unter Beteiligung der Betroffenen zu gewährleisten. Ohne Patientenbeteiligung droht eine Diskussion unter ausschließlich monetärer Betrachtung.
Wichtig ist, dass die persönlichen Voraussetzungen und Lebensumstände der Patienten in ausreichendem Maß berücksichtigt werden, wenn eine Indikation zu einer ambulanten OP gestellt wird. Die Rahmenbedingungen der Patienten und die organisatorischen Notwendigkeiten für die Umsetzung und Nachsorge der Versorgung nach einer OP werden in die alleinige Verantwortung der Patienten gestellt. Das führt bei vulnerablen Personen zum Verzicht auf medizinisch angezeigte Maßnahmen, weil beispielsweise keine Begleit- oder Aufsichtsperson zur Verfügung steht.
Zudem müssen zwingend für jede hier vereinbarte Leistung verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen definiert werden, deren Ergebnisse zeitnah ausgewertet und transparent gemacht werden. Der dadurch entstehende Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung zwischen den verschiedenen Sektoren aber auch der einzelnen Leistungserbringer untereinander ist aus Patientensicht wünschenswert.
Ebenfalls wichtig ist, dass diese ambulanten Leistungen, so sie medizinisch notwendig sind, auch real erbracht werden. Die Leistungserbringung muss also auch in ihrer Mengenentwicklung beobachtet werden.

zu Nr. 5 (§ 176 – neu)

Die BAGP begrüßt die gesetzliche Anerkennung der bestehenden Solidargemeinschaften.

zu Nr. 7a (§ 275)
Die BAGP begrüßt die Neustrukturierung der Medizinischen Dienste in von den gesetzlichen Krankenkassen unabhängige Körperschaften mit regionalem Bezug.

zu Nr. 7d (§ 275 Abs. 3)
Die vorgesehene verpflichtende Beauftragung des MD in Fällen der Ablehnung eines Antrages aus medizinischen Gründen ist sinnvoll. Vor allem die verpflichtende Befragung des MD bei Verdacht auf Behandlungsfehler ist ein wichtiger Schritt zur Unterstützung der Patienten. (Neufassung Absatz 3a)

zu Nr. 7f (§ 275)
Die BAGP befürwortet die Erweiterung des Kreises der für die Begutachtung möglichen Berufsgruppen. Vor allem für den Bereich der Pflegefragestellungen und der Hilfsmittel ist das zu begrüßen.

zu § 278
Die Ausweitung der fachlichen Kompetenzen auf weitere Berufsfelder wird begrüßt. Insbesondere die Einsetzung von Gutachtern mit pflegefachlichem Hintergrund ist angesichts der Aufgaben des MD erforderlich.
Die Einrichtung einer Ombudsperson, an die sich auch Versicherte wenden können, wird ausdrücklich begrüßt.

Zu den §§ 279-283
Insgesamt entstehen der Patientenvertretung sowie der Vertretung der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und deren Angehörigen auf Bundes- und Landesebene durch diese neue Aufgabe eine stark steigende Verantwortung.
Das gemeinsame Benennungsverfahren zur Entsendung in die Verwaltungsräte und auch das Stimmrecht sind eine neue Dimension der Patientenbeteiligung.
Diese erfordert aber auch entsprechende Strukturen innerhalb der Verbände, um diesen Aufgaben gerecht werden zu können. Solche Strukturen sind derzeit noch nicht ausreichend entwickelt und müssen dringend finanziell gefördert und politisch gestärkt werden, z. B. durch landesweite Koordinierungsstellen für Patientenbeteiligung wie in NRW, Bayern und Brandenburg, siehe Anmerkungen auf Seiten 2-3.

zu § 279
Die BAGP begrüßt die Besetzung des Verwaltungsrates mit neun Personen, die *„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"* entsandt werden sollen. Die BAGP empfiehlt aber:

- die Formulierung so klar zu stellen, dass auf Landesebene ein eindeutiges Verfahren der Verbände herzustellen ist,
- die Ausstattung der benannten Verbände auf Landesebene sichergestellt ist und
- die Vergütung der VertreterInnen einheitlich geklärt wird und gewährleistet wird.

zu § 282

Die BAGP hält die Wahl der Vertreterinnen und Vertreter nach § 282 Abs. 2 Nr. 2 für zu kompliziert. Sie erfordert eine bundesweite Abstimmung aller Veraltungsräte auf Landesebene. Der dazu erforderliche Abstimmungsaufwand wird als zu hoch eingeschätzt. Die BAGP schlägt deshalb vor, die Benennung für den Verwaltungsrat des MD Bund auf Bundesebene durch die maßgeblichen Verbände nach §140f und Patientenvertretern aus der Pflege (Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung) zu bestimmen.

III. Alternativen

IV. Gesetzgebungskompetenz

V. Vereinbarkeit mit dem Recht mit der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

VI. Gesetzesfolgen

VII. Befristung; Evaluierung

Stellungnahme des Einzelsachverständigen Uwe Klemens, alternierender Verwaltungsrats-vorsitzender des GKV-Spitzenverbandes

vom 11.10.2019

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(21)
gel. ESV zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
14.10.2019

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen - MDK-Reformgesetz

München, den 11.10.2019

Vorbemerkung

Im Koalitionsvertrag der Regierungskoalition wurde die Stärkung der sozialen Selbstverwaltung vereinbart. Das ist sehr begrüßenswert. Die Ankündigung hat hoffen lassen, dass Taten folgen. Aktuell sehen wir aber, dass die soziale Selbstverwaltung durch die Gesetzgebung massiv geschwächt wird. Von Ansätzen zur Stärkung fehlt bislang jede Spur. Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) zielt im Wesentlichen auf eine umfassende und tiefgreifende Organisationsreform des Medizinischen Dienstes ab. Damit verbunden sind weitreichende negative Folgen für die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Funktionsfähigkeit des Medizinischen Dienstes.

Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst

Die vorgesehene Organisationsreform stellt einen weiteren Schritt zur Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung in den Organisationen der gesetzlichen Krankversicherung dar. Nach den vorgesehenen Regelungen werden die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste in den Bundesländern und auf Bundesebene vollständig umgestaltet. Demnach sollen sich die Verwaltungsräte aus 23 Mitgliedern zusammensetzen. Hiervon wählen die Krankenkassen 16 Vertreter mit Stimmrecht. Die Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat einer Krankenkasse bzw. Beschäftigung einer Krankenkasse oder einem ihrer Verbände soll unvereinbar mit der Wahl in den Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes sein. Dies bedeutet die faktische Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung in der vorgesehenen Neuordnung des Medizinischen Dienstes.

Als konstitutives Element der gesetzlichen Krankenversicherung muss die soziale Selbstverwaltung auch künftig in den Verwaltungsräten des Medizinischen Dienstes unmittelbar vertreten sein. Die Pläne bedeuten einen weiteren Angriff auf die soziale Selbstverwaltung, die offensichtlich aus den Gremien und Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung gedrängt werden soll. Dabei wird der gesellschaftliche Wert der Mitbestimmung im Gesundheitswesen verkannt. Die Beteiligung der in Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Mitglieder der Verwaltungsräte der Krankenkassen sorgt für praxisnahe Lösungen, einen fairen Ausgleich der Interessen und die größtmögliche Akzeptanz bei den Betroffenen. Die soziale Selbstverwaltung ist damit eine wichtige Grundsäule für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Versorgung.

Die bestehenden Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung – als bislang unabhängig konstituierte und durch Sozialwahlen in ihren Krankenkassen legitimierte Institutionen der sozialen Selbstverwaltung – verlieren Ihre Anbindung an die gesetzlichen Krankenkassen. Die vorgesehene Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung hat zur Folge, dass die sozialpartnerschaftliche Mitwirkung nicht mehr zum Tragen kommt. Die soziale Selbstverwaltung muss auch künftig in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund als durch die Sozialwahl legitimierte Vertretung der Versicherten und Arbeitgeber unmittelbar vertreten sein, da nur sie die Versicherten und Beitragszahler als Finanziers des Medizinischen Dienstes vertreten. Während bei den Krankenkassen die Vertreter nicht aus dem

Hauptamt und aus der aktiven sozialen Selbstverwaltung kommen dürfen, gilt dies für die anderen entsendeberechtigten Organisationen nicht. Es ist unverständlich, weshalb die Unvereinbarkeitsregel nur für Beschäftigte der Krankenkassen oder ihrer Verbände und die Verwaltungsräte der Krankenkassen, nicht jedoch für die Leistungserbringer gelten soll. Gerade hier besteht insbesondere bei Entscheidungen über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird, ein großes Potential für Interessenkonflikte, die dringend auszuschließen sind. Eine Mitwirkung der Berufsgruppen im Verwaltungsrat ist deshalb auch abzulehnen.

Fazit

Es besteht keinerlei Anlass für die vorgesehene tiefgreifende Neuorganisation. Bereits heute ist eine Einflussnahme des Verwaltungsrates auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten mit der Organisation des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ausgeschlossen. Der Verwaltungsrat ist weder in die eigentliche Begutachtung von Fällen einbezogen noch greift er darin ein. Daher sollte von einer Neuordnung der Medizinischen Dienste auf Landes- und Bundesebene abgesehen werden. Insbesondere aber die Unvereinbarkeit der Mitgliedschaft im Verwaltungsrat einer Krankenkasse und des Engagements im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste auf Landes- und Bundesebene muss aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(2.2)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
11.10.2019

AOK Die Gesundheitskasse. | BUNDESVERBAND

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 14.10.2019

Zu den Änderungsanträgen

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) - BT-Drs. 19/13397

Ausschussdrucksache 19(14)104.1

Stand 10.10.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299

Inhaltsverzeichnis:

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 4 -
Änderungsantrag 2 zu den §§ 32, 124, 125 und 302 SGB V ..... - 4 -
Änderungsantrag 4 zu Art. 1 Nr. 2d § 75a Abs. 9 SGB V ..... - 6 -
Änderungsantrag 7 zu Art. 1 Nr. 5c § 103 Abs. 4, 4a und 4b SGB V ..... - 7 -
Änderungsantrag 9 zu Art. 1 Nr. 7 Buchstabe c § 115b Abs. 2 SGB V ..... - 8 -
Änderungsantrag 10 zu Art. 1 Nr. 9a und 21a §§137, 275a SGB V ..... - 9 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe a § 175 Abs. 2 SGB V SGB V ..... - 10 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe b § 175 Abs. 2a SGB V ..... - 11 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe c § 175 Abs. 3a SGB V ..... - 12 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe d § 175 Abs. 4 SGB V ..... - 13 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe e § 175 Abs. 5 SGB V ..... - 15 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe f § 175 Abs. 6 SGB V ..... - 16 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 29b § 304 Abs. 2 SGB V ..... - 17 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 15 Abs. 4 ..... - 19 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 25 § 279 Abs. 7 Satz 6 SGB V ..... - 20 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 25 § 282 Abs. 4 Sätze 5 bis 7 SGB V ..... - 21 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 29c (neu) § 326 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ..... - 22 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 30 § 327 Abs. 2 Satz 1 SGB V ..... - 23 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 30 § 328 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V ..... - 24 -
Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nr. 25 § 282 Abs. 2 Satz 2 SGB V ..... - 25 -
Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nr. 30 § 328 Abs. 5 SGB V ..... - 26 -
Änderungsantrag 16 zu Art. 1 Nr. 25 § 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V ..... - 27 -
Änderungsantrag 17 zu Art. 1 Nr. 25 § 283a Abs. 1 Satz 2 SGB V ..... - 28 -
Änderungsantrag 19 zu Art. 1 Nr. 30 § 327 Abs. 1 bis 3 SGB V ..... - 29 -
Änderungsantrag 20 zu Art. 1 Nr. 30 §§ 327, 328 SGB V ..... - 30 -
Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ..... - 31 -
Änderungsantrag 22 zu Art. 3 Nr. 1 § 17b Abs. 1 KHG ..... - 31 -
Änderungsantrag 22 zu Art. 3 Nr. 1 § 17b Abs. 3 KHG ..... - 32 -
Änderungsantrag 23 zu Art. 3 Nr. 2f § 17c Abs. 3 KHG ..... - 33 -
Änderungsantrag 24 zu Art. 3 Nr. 2h § 17c Abs. 5 KHG ..... - 34 -
Artikel 4 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes ..... - 35 -
Änderungsantrag 25 zu Art. 4 Nr. 2 § 4 Abs. 9 KHEntgG ..... - 35 -
Änderungsantrag 25 zu Art. 4 Nr. 2 § 10 Abs. 12 KHEntgG ..... - 36 -
Änderungsantrag 26 zu Art. 4 Nr. 4 § 6a KHEntgG ..... - 37 -

Änderungsantrag 26 zu Art. 4 Nr. 4 § 6a KHEntgG ..... - 39 -
Änderungsantrag 27 zu Art. 4 Nr. 7 § 15 Abs. 2a KHEntgG..... - 40 -
Änderungsantrag 28 zu Art. 4 Nr. 8 § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e und Abs. 5 KHEntgG ..... - 41 -
Artikel 6 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung..... - 42 -
Änderungsantrag 29 zu Art. 6 Nr. 0 § 2 Bundespflegesatzverordnung ..... - 42 -
Änderungsantrag 30 zu Art. 6 Nr. 3 § 18 Abs. 2 BPflV ..... - 43 -
Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 44 -
Änderungsantrag 33 zu Art. 10 Nr. 15 § 53d Abs. 3 Satz 1 SGB XI..... - 44 -

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 2 zu den §§ 32, 124, 125 und 302 SGB V Heilmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich überwiegend um Konkretisierungen und Folgeänderungen im Zuge der Neufassung der §§ 124 und 125 SGB V (Zulassungsverfahren und Vertragsgestaltung im Heilmittelbereich).

§ 32 (Zuzahlung, wenn Heilmittel im Zuge durch Vertragsärzte abgerechnet werden)

Der GKV-Spitzenverband soll zukünftig der KBV die entsprechenden anzuwendenden Preise der Heilmittel mitteilen, da zum 01.07.2019 bundeseinheitliche Vergütungssätze für verordnete Heilmittelleistungen die regional vereinbarten Vergütungssätze abgelöst haben. Bisher wurden die regional unterschiedlich hohen Vergütungssätze durch die Krankenkassen an die zuständigen KVen übermittelt.

§ 124 (Zulassung von Heilmittelerbringern)

Es werden zwei Konkretisierungen hinsichtlich der Datenerhebung und der Datennutzung eingeführt. Zum einen wird der GKV-SV verpflichtet die Daten der zugelassenen Heilmittelerbringer, nach deren Einwilligung, in Form einer Liste zu veröffentlichen. Zum anderen, wird den neuen Arbeitsgemeinschaften „Zulassung“ die Erteilung der Abrechnungserlaubnisse für besonderen Maßnahmen der Physiotherapie als weitere Aufgabe zugeteilt.

§ 125 (Verträge Heilmittel) und § 302 (Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer)

Es werden redaktionelle Korrekturen und Anpassungen vorgenommen.

B Stellungnahme

§ 32 (Zuzahlung, wenn Heilmittel im Zuge durch Vertragsärzte abgerechnet werden)

Gemäß § 125 Abs.1 Satz 5 hat der GKV-Spitzenverband die Verträge sowie die Preislisten zu veröffentlichen. Demnach ist eine gesonderte Übermittlung der Preislisten von Seiten des GKV-SV an die KBV eigentlich obsolet.

§ 124 (Zulassung von Heilmittelerbringern)

Beide Ergänzungen der Zulassungsregelungen hinsichtlich der Datenerhebung und der Datenverwendung sind zu begrüßen. Hinsichtlich der Erteilung der Abrechnungserlaubnisse für besondere Maßnahmen der Physiotherapie ist die Ergänzung dringend notwendig, da die bisherigen zulassenden Stellen der Krankenkassen diese Tätigkeit ebenfalls übernommen hatten, die gesetzliche Neufassung des § 124 aber hier keine eindeutige Legitimation zur Erhebung dieses Sachverhaltes durch die Argen „Zulassung“ beinhaltete.

Die Verwendung der relevanten Zulassungsdaten für eine entsprechende Liste von Heilmittelerbringern wird ebenfalls als sinnvoll erachtet.

§ 125 (Verträge Heilmittel) und § 302 (Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer)

Es handelt sich um nachvollziehbare redaktionelle Änderungen bzw. Anpassungen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 4 zu Art. 1 Nr. 2d § 75a Abs. 9 SGB V Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die erst mit dem TSVG in § 75a Abs. 9 SGB V aufgenommene Regelung, dass eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen ist, wird konkretisiert. Zukünftig sind mindestens 250 der insgesamt 2.000 für die grundversorgende fachärztliche Versorgung bundesweit zur Verfügung stehenden Weiterbildungsstellen für diese Fachgruppe vorgesehen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird abgelehnt, da sie den Handlungsspielraum auf regionaler Ebene beschränkt. Die Auswahl der förderfähigen weiteren Facharztgruppen erfolgt auf regionaler Ebene gemeinsam und einheitlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Hierdurch können insbesondere die regionalen Besonderheiten und der sich daraus ergebende Bedarf berücksichtigt werden.

Die Festlegung von mindestens 250 Weiterbildungsstellen für Kinder- und Jugendmedizin schränkt die Kapazitäten für regional ggf. dringender benötigte Fachgruppen unnötig ein.

Gemäß der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V gelten bereits heute die Facharztgruppen der Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Augenheilkunde als ausschließlich förderfähig, sollte eine einvernehmliche Entscheidung auf regionaler Ebene nicht zustande kommen. Der Evaluationsbericht 2016 zeigt, dass bereits rund ein Fünftel der Weiterbildungsabschnitte im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin absolviert werden. Eine zusätzliche Konkretisierung der Förderung ist nicht notwendig.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Änderungsantrag 7 zu Art. 1 Nr. 5c § 103 Abs. 4, 4a und 4b SGB V Zulassung

A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Streichung eines Verweises, der sich auf eine nicht zu Anwendung gekommenen Gesetzesfassung bezieht.

bb) Rechtliche Klarstellung bzw. Erweiterung des Geltungsbereiches der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindest- und Höchstversorgungsanteile. Entsprechend der Umsetzung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind diese Anteile auch bei der Nachbesetzung anzuwenden.

cc) Erweiterung des Geltungsbereiches der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindest- und Höchstversorgungsanteile auf die Nachbesetzung einer Arztstelle im Medizinischen Versorgungszentrum.

dd) Erweiterung des Geltungsbereiches der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindest- und Höchstversorgungsanteile auf die Nachbesetzung von Ärzten, die bei einem Vertragsarzt angestellt sind.

B Stellungnahme

aa) Nachvollziehbare Streichung, da es sich um einen obsoleten Verweis handelt.

bb) Die vorgesehene Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt. Eine entsprechende Interpretation der Regelung findet bereits in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Anwendung und wurde entsprechend von der Rechtsaufsicht bestätigt.

cc) Die vorgesehene Erweiterung wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund des wachsenden Anteils an Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren ist eine Versorgungssteuerung entsprechend der vertragsärztlichen Zulassungen unabdingbar.

dd) Die vorgesehene Erweiterung wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund des wachsenden Anteils von angestellten Ärzten ist eine Versorgungssteuerung entsprechend der vertragsärztlichen Zulassungen unabdingbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 9 zu Art. 1 Nr. 7 Buchstabe c § 115b Abs. 2 SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Es liegt eine Klarstellung vor, dass ausschließlich Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des erweiterten AOP-Katalogs ambulant erbringen, von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 ausgenommen sind.

B Stellungnahme

Generell wird die Einschränkung der Prüfmöglichkeiten für die Krankenkassen abgelehnt. Dass diese Einschränkung nun explizit auf die ambulant erbrachten Leistungen im Rahmen des erweiterten AOP-Kataloges beschränkt wird und die stationär erbrachten Leistungen aus dem AOP-Katalog weiterhin geprüft werden können, wird daher begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 10 zu Art. 1 Nr. 9a und 21a §§137, 275a SGB V Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses / Begutachtung und Beratung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Nummer 1 (§ 137 SGB V)

Die Regelung soll die Prüfung der Strukturmerkmale gemäß § 275d ergänzen und die Rechtssicherheit bezüglich der Frage erhöhen, ob eine Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf.

Der Gemeinsamen Bundesausschuss wird daher beauftragt, neben den durch Anhaltspunkte ausgelösten Prüfungen sowie den Stichprobenprüfungen auch die Erfüllung der in den Richtlinien des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 regelmäßig zu kontrollieren. Insbesondere sollen Kontrollen bei den Tatbeständen einer erstmaligen Erbringung der Leistung oder nach einer Unterbrechung von 12 Monaten oder wenn das Krankenhaus einen befristeten Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund dieser Richtlinien gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz begehrt, erfolgen.

Zu Nummer 2 (§ 275a SGB V)

Klarstellung, dass sich die vorher bestehende Vorgabe, wonach der Auftrag in angemessenem Verhältnis zu den auslösenden Anhaltspunkten stehen muss, nur auf Kontrollen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, beziehen kann.

B Stellungnahme

Eine Klarstellung, dass die Erbringung von Leistungen mit Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den Qualitätsanforderungen aus dem neuen § 275d gleichgestellt wird, ist aus sachlogischen Erwägungen zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe a § 175 Abs. 2 SGB V SGB V Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz wird neugefasst. Dabei wird das Verfahren des Krankenkassenwechsels neustrukturiert. Entscheidend ist, dass die gewählte Krankenkasse zum einen unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen und zum anderen die bisherige Krankenkasse über den Wechsel zu informieren hat. Die Übermittlung dieser Information soll maschinell erfolgen. Die bisher zuständige Krankenkasse hat der neu zuständigen Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen das Ende der Mitgliedschaft zu bestätigen. Sollte die Bindungsfrist von zwölf Monaten zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfüllt sein, hat die bisherige Krankenkasse als Ende der Mitgliedschaft das Ende der Bindungsfrist anzugeben.

B Stellungnahme

Ziel der gesetzlichen Anpassung ist das Verfahren des Krankenkassenwechsels für Mitglieder zu vereinfachen und einheitlicher zu gestalten. Bereits heute ist die gewählte Krankenkasse verpflichtet umgehend eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Neu ist, dass die Mitgliedsbescheinigungen künftig elektronisch zur Verfügung gestellt werden können.

Gleiches gilt auch hinsichtlich des maschinellen Meldeverfahrens im Zusammenhang mit der Wahl einer neuen Krankenkasse, welches von der AOK-Gemeinschaft bereits seit längerem gefordert wird. Insofern wird die Einführung eines maschinellen Verfahrens unterstützt. Ferner ist davon auszugehen, dass das Verfahren des Krankenkassenwechsels dadurch beschleunigt und an Transparenz gewinnen wird. Die Versicherten profitieren zudem von vereinfachten Verwaltungsabläufen, da die Krankenkassen nun verpflichtet sind bei nicht erfüllter Bindungsfrist deren genaues Ende an die neue Krankenkasse zu melden. So erfährt die neue Krankenkasse direkt zu welchem konkreten Datum der Krankenkassenwechsel tatsächlich stattfindet. Aufgrund des maschinellen Verfahrens ist von einer Reduktion des Bearbeitungsaufwandes des Einzelfalls auszugehen. Allerdings kann es durch das geänderte Wahlrecht zukünftig deutlich mehr Einzelfälle geben, die durch die Sachbearbeitung zu prüfen sind.

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens müssen ebenfalls die Unterschiede/Feinheiten des Krankenkassenwechsels mit und ohne Kündigungserfordernis beachtet werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe b § 175 Abs. 2a SGB V

Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Sollte eine Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel bewusst verhindern bzw. verzögern und die abgebende Krankenkasse der gewählten Krankenkasse nicht in dem vorgeschriebenen Zwei-Wochenzeitraum das Ende der Mitgliedschaft bestätigen, können seitens der Aufsichtsbehörden Zwangsgelder verhängt werden, sofern dieses Verhaltens bekannt wird.

B Stellungnahme

Die Notwendigkeit der Einführung von Zwangsgeldern zur Beschleunigung des Krankenkassenwahlrechts wird abgelehnt. Auch im bisherigen Verfahren stellen die Krankenkassen zeitnah die erforderlichen Kündigungsbestätigungen aus, die bei der gewählten Krankenkasse vorzulegen sind. Allein durch die maschinelle Mitteilung des Mitgliedschaftsendes bzw. der bestehenden Bindungsfrist ist zukünftig ebenfalls von einem reibungslosen Ablauf des Kassenwahlrechts auszugehen, wobei die fristgerechte Meldung zudem technisch überprüfbar und nachweisbar ist. Ferner tragen die Anpassungen im Krankenkassenwahlrecht weiter zu einer beschleunigten Abwicklung eines Krankenkassenwechsels bei, wodurch sich Strafverfahren in Form von Zwangsgelder erübrigen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Änderungen in § 175 Abs. 2a Satz 2 und 4 SGB V - Neu

Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe c § 175 Abs. 3a SGB V

Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Das maschinelle Meldeverfahren ist auch im Zuge des Sonderfalls einer Krankenkassenschließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse einzusetzen.

B Stellungnahme

Die letzten Krankenkassenschließungen liegen bereits länger zurück, jedoch war bei diesen die Übernahme der Versicherten durch die verbleibenden Krankenkassen sehr aufwendig und an die Zusammenarbeit mit den Versicherten sowie der gewählten und der bisherigen Krankenkasse gebunden. Es wird Vorsorge geleistet, dass zeitnah alle Mitglieder der betroffenen Krankenkasse problemlos eine neue Krankenkasse wählen können und damit ausreichend für den Krankheits- bzw. Pflegefall abgesichert sind. Durch das maschinelle Meldeverfahren werden die Versicherten und die bisher zuständige, geschlossene Krankenkasse zudem nicht mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand belastet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe d § 175 Abs. 4 SGB V Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher geltende Bindungsfrist nach einem Krankenkassenwechsel wird von 18 Monaten auf zwölf Monate verkürzt.

Die Bindungsfrist besteht jedoch zukünftig nur, wenn die Versicherung ohne Statusänderung, also ohne zwischenzeitlichem Mitgliedschaftsende kraft Gesetzes für zwölf Monate fortbesteht. Sollte bereits früher z.B. ein Beschäftigungswechsel oder der Verlust des Arbeitsplatzes im Zusammenhang mit einem Arbeitslosengeldbezug oder eine Statusänderung in der Mitgliedschaft eintreten, besteht durch die Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes trotz nicht erfüllter Bindungsfrist bereits mit Eintritt des Ereignisses die Möglichkeit zum Wechsel der Krankenkasse.

Sofern ein Versicherter die gesetzliche Krankenversicherung verlassen möchte (Wechsel zur PKV), ist im Gegensatz zu einem Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung aktiv zu kündigen. Entsprechendes gilt auch beim Verzug ins Ausland. Bei bestehender Bindungsfrist kann die Kündigung nach wörtlicher Auslegung des Gesetzes dann erst nach dem Ablauf der Bindungsfrist, also zum übernächsten Monat, erfolgen.

Sollte im Gegensatz dazu ein Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erwogen werden, wird auf eine aktive Kündigung der Krankenkasse zukünftig verzichtet. Der Krankenkassenwechsel wird allein durch den Beitritt zur gewählten Krankenkasse und dem Meldeverfahren mit der bisherigen Krankenkasse vollzogen. Gleichwohl bleibt die Kündigungsfrist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats bestehen. Diese gilt somit trotz fehlender aktiver Kündigung. Ferner wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das maschinelle Meldeverfahren auch bei einem Krankenkassenwechsel im Zuge des Sonderkündigungsrecht aufgrund der Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes anzuwenden ist, daher ist eine aktive Kündigung seitens des Versicherten auch in diesen Fällen nicht notwendig.

B Stellungnahme

Die 18-monatige Bindungsfrist wurde mit dem Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte zum 01.01.2002 geschaffen. Zuvor galt bereits eine 12-monatige Bindungsfrist, somit ist die Verkürzung der Bindungsfrist gleichbedeutend mit einer Rückkehr zum ursprünglichen Recht, welches bei der Einführung der Krankenkassenwahlrechte galt. Hintergrund der Einführung der 18-monatigen Bindungsfrist war seinerzeit, dass ein kurzfristiges „Krankenkassenhopping“ seitens der Versicherten vermieden werden sollte. Letztlich ist allerdings festzustellen, dass der ursprünglich erwartete Umfang von Krankenkassenwechseln nicht eingetreten ist. Daher wird die Verkürzung der Bindungsfrist nicht als problematisch angesehen, auch wenn mit einer Steigerung des Verwaltungsaufwandes durch die Möglichkeit eines kurzfristigeren Krankenkassenwechsels zu rechnen ist.

Letztlich verliert die Bindungsfrist aufgrund der flankierenden, auf den letzten Entscheidungen des Bundessozialgerichts basierenden, Änderungen an Bedeutung, da die Bindungsfrist in einer Vielzahl von Sachverhalten zukünftig nicht mehr greift. Schon allein das Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes führt dazu, dass unabhängig von einer bestehenden Bindungsfrist die Krankenkasse gewechselt werden kann. Auch eine Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes und dem daraus resultierenden Sonderkündigungsrecht ermöglicht einen Krankenkassenwechsel ohne Beachtung der Bindungsfrist.

Lediglich bei einem Wechsel in die private Krankenversicherung oder beim Verzug ins Ausland ist die Bindungsfrist zukünftig zu beachten. Hierbei räumt der Gesetzgeber nach dem Wortlaut der zukünftigen gesetzlichen Regelung erst nach Ablauf der Bindungsfrist ein Kündigungsrecht ein. Das heißt, sofern eine Kündigung aus den benannten Gründen ausgesprochen wird, ist diese erst nach Ablauf der Bindungsfrist gültig. Die Mitgliedschaft endet unter Beachtung der vollständigen Bindungs- und nachfolgender Kündigungsfrist.

Durch den Verzicht auf eine Kündigung bei einem Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erfährt die bisherige Krankenkasse erst durch das von der aufnehmenden Krankenkasse veranlasste Meldeverfahren von der Willensentscheidung ihres Mitglieds. Da nach der bisherigen allgemeinen Auffassung eine Versicherung grundsätzlich aktiv vom Versicherungsnehmer zu kündigen ist, ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber sich veranlasst sieht, von einer Kündigung seitens des Mitglieds abzusehen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe e § 175 Abs. 5 SGB V Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Sollten Versicherungspflichtige durch Errichtung bzw. Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Zugang zu einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse erhalten, kann der Krankenkassenwechsel nach dem neuen Verfahren, also ohne Kündigung, vollzogen werden, wenn das vorgeschriebenen Meldeverfahren fristgerecht durchgeführt wird.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung von § 175 Abs. 2 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe f § 175 Abs. 6 SGB V Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband wird ermächtigt das maschinelle Meldeverfahren zum Krankenkassenwechsel zu regeln.

B Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband regelt bereits heue das Verfahren zum Krankenkassenwahlrecht. Daher ist die Ergänzung seiner Aufgaben hinsichtlich der Umsetzung des maschinellen Meldeverfahrens nachvollziehbar und folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 29b § 304 Abs. 2 SGB V Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigung und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge eines Krankenkassenwechsels kann die gewählte Krankenkasse für die Fortführung der Versicherung erforderliche Angaben bei der bisherigen Versicherung anfordern. Zukünftig sind im Zuge eines Krankenkassenwechsels von der bisherigen Krankenkasse alle Angaben zur Fortführung des Versicherungsverzeichnisses an die gewählte Krankenkasse zu übermitteln.

B Stellungnahme

Eine zwingende Notwendigkeit der verpflichtenden Übermittlung der Versicherungsdaten ist im Hinblick auf die Vorsicherungszeitenprüfungen im Zuge eines Rentenantrages nicht zu erkennen. Bei der Überprüfung der Vorversicherungszeit zur Krankenversicherung der Rentner ist lediglich die zweite Hälfte des Erwerbslebens entscheidend. Neunzehntel in diesem Zeitraum sind mit Versicherungszeiten der gesetzlichen Krankenversicherung nachzuweisen. Zusätzlich sind je leiblichem Kind bzw. Pflege- oder Stiefkind pauschal drei Jahre als Versicherungszeit zu berücksichtigen. Für die Einzelfälle, die die Vorversicherungszeit nicht erfüllen, wird es als zumutbar erachtet, dass die Versicherungszeiten vom Mitglied nachgewiesen werden. Sofern die Versicherungszeiten vom Mitglied auch nicht ausreichend nachgewiesen werden können, kann die Krankenkasse im Bedarfsfall in Zusammenarbeit mit ihrem Mitglied die Vorversicherungszeiten aufgrund der bisherigen gesetzlichen Vorgabe bei den in der Vergangenheit zuständigen Krankenkassen erfragen.

Die dem Versichertenverzeichnis zusätzlich zuzuführenden Daten sind von den Krankenkassen in ihren Datenbeständen zu speichern und für den beschriebenen Verwendungszweck vorzuhalten/zu archivieren, obwohl sie nicht zum Versicherungsverlauf bzw. zur Mitgliedschaft passen. Hier sind entsprechende aufwändige technische Voraussetzungen zu schaffen diese Daten vorzuhalten, zu verwalten und auszuwerten. Durch die neugeschaffenen Möglichkeiten im Krankenkassenwahlrecht, die Krankenkasse mehrmals und kurzfristig zu wechseln, sind erhebliche Datenbewegungen zu erwarten, die als nicht zwingend notwendig erachtet werden, da die Vorversicherungszeit für Krankenversicherung der Rentner in der überwiegenden Anzahl der Fälle erfüllt sein wird.

Dieses Verfahren wiederspricht einem verwaltungsarmen Handeln, deshalb sollte darauf Verfahren verzichtet werden.

C Änderungsvorschlag

Die Streichung der Wörter „auf Verlangen“ ist lediglich auf die Informationen nach § 292 zu beziehen. Insofern ist nach der Angabe „§ 288“ die Angabe „und § 292“ zu streichen und folgender Satz 2 anzufügen „Die nach § 292 erforderlichen Angaben zur Fortführung der Leistungsgewährung sind der neuen Krankenkasse zu übermitteln.

Änderungsantrag 12 zu Art. 15 Abs. 4 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die angestrebten gesetzlichen Änderungen zum Wahlrecht sowie zur Übermittlung der erforderlichen Angaben zur Fortführung der Versicherung im Zuge des Krankenkassenwechsels sollen zum 01.01.2021 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Zur Umsetzung und Einführung des maschinellen Meldeverfahrens ist mindestens ein Vorlauf von zwölf Monaten erforderlich. Diese Zeit wird zwingend benötigt, um das Verfahren zwischen den Krankenkassenorganisationen abzustimmen, technisch zu entwickeln und bei den Krankenkassen zu implementieren.

Sollten Verzögerungen im Gesetzgebungsverfahren eintreten, ist auch ein späteres Inkrafttreten in Erwägung zu ziehen, da ein funktionierendes maschinelles Meldeverfahren für das neue Krankenkassenwahlrecht zwingende Voraussetzung ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner, sofern keine Verzögerungen im Gesetzgebungsverfahren entstehen.
Bei einem späteren Abschluss des Gesetzgebungsverfahren ist entsprechend auch das Inkrafttreten um den Verzögerungszeitraum nach hinten zu verschieben.

Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 25 § 279 Abs. 7 Satz 6 SGB V Vorstand des Medizinischen Dienstes

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Amtszeit des Vorstandes der Medizinischen Dienste wird auf 6 Jahre mit der Möglichkeit auf Wiederwahl festgesetzt.

B Stellungnahme

§ 35a Absatz 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch regelt die Hauptamtlichkeit des Vorstands mit einer Amtszeit von sechs Jahren mit Möglichkeit der Wiederwahl für die Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Durch die Anwendung auf die Medizinischen Dienste (neu) und den Medizinischen Dienst Bund (neu) wird Analogie zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen hergestellt, was konsequent erscheint.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 25 § 282 Abs. 4 Sätze 5 bis 7 SGB V Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder sind unzulässig. Die Aufsichtsbehörde hat die Befugnis, eine niedrigere Vergütung zu Beginn einer neuen Amtszeit anzuordnen.

B Stellungnahme

Die Angleichung der gesetzlichen Regelung zur Vergütungserhöhung an diejenige der übrigen Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung ist konsequent und nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 29c (neu) § 326 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 326 Absatz 1

Für den amtierenden Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter gelten bis zum 30. Juni 2021 die bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Vorschriften fort.

§ 326 Absatz 2

Das Verbot von Vergütungserhöhungen bis Ende 2027, das für den amtierenden Geschäftsführer und seinen Stellvertreter gilt, wird ebenso auf die künftigen Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund übertragen.

B Stellungnahme

Die Klarstellung der Übergangsregelung für die amtierende Geschäftsführung des MDS ist nachvollziehbar. Es erscheint konsequent, dass die künftigen Vorstandsmitglieder denselben Beschränkungen zur Vergütungserhöhungen unterliegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 30 § 327 Abs. 2 Satz 1 SGB V Übergangsregelung Medizinischer Dienst Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 326 Absatz 2 gilt das Verbot von Vergütungserhöhungen für die Übergangsphase sowohl für den amtierenden Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter als auch für die künftigen Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund fort.

B Stellungnahme

Die Klarstellung der Übergangsregelung für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund ist nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 30 § 328 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 328 Absatz 1 Satz 7

Die jeweils amtierenden Geschäftsführer und ihre Stellvertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in den Regionen werden qua Amt zum Vorstand der Medizinischen Dienste bis zum 31. Dezember 2021. Innerhalb von sechs Monaten nach der Neukonstituierung der Verwaltungsräte müssen sie sich einer tatsächlichen Wahl stellen.

§ 328 Absatz 5 Satz 5

Der Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands der Krankenkassen und sein Stellvertreter werden ebenfalls automatisch zum Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund, in diesem Falle bis zum 30. Juni 2022.

B Stellungnahme

Mit dieser Regelung einer fingierten Wahl des Geschäftsführers oder der Geschäftsführerin und seines Stellvertreters oder seiner Stellvertreterin zum Vorstand wird Unsicherheit in der Übergangsphase vermieden und eine Kontinuität in der Geschäftsführung sichergestellt. Diese konkreten Regelungen werden begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nr. 25 § 282 Abs. 2 Satz 2 SGB V Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Die erste Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund (neu) wird durch den amtierenden Verwaltungsratsvorsitzenden des MDS durchgeführt. Es wird gemäß den Vorgaben des § 282 getrennt nach Vertretergruppen und mit den festgelegten Stimmgewichten gewählt; jedes Mitglied einer Vertretergruppe gibt eine Stimme für eine weibliche Kandidatin und einen männlichen Kandidaten ab. Der amtierende Verwaltungsratsvorsitzende des MDS sammelt die Kandidatenvorschläge von den vorschlagsberechtigten Gruppen und erstellt für jede Vertretergruppe eine Liste mit männlichen und weiblichen Kandidaten und Kandidatinnen. Diese Listen werden den entsprechenden Vertretergruppen in den Medizinischen Diensten zugesandt. Der amtierende Verwaltungsratsvorsitzende des MDS lädt zur Wahl ein. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes sendet einen Vertreter, der die beiden Stimmen eines jeden Mitglieds seiner Gruppe aufnimmt und entsprechend der Weisung des Mitglieds abgibt. Die Kandidaten und Kandidatinnen, die die meisten Stimmen auf sich vereinigen, sind gewählt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Der amtierende Verwaltungsratsvorsitzende des MDS lädt auch zur konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates nach der erfolgten Wahl und leitet diese.

B Stellungnahme

Die Klarstellung des Wahlmodus und konkreten Ablaufs der Wahl zum Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund (neu) wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nr. 30 § 328 Abs. 5 SGB V Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund (neu) kann durch die Entsendung jeweils eines Vertreters der entsprechenden Vertretergruppe in einem Medizinischen Dienst, welcher die Stimmen seiner Vertretergruppe abgibt, durchgeführt werden.

B Stellungnahme

Eine Versammlung von sämtlichen Mitgliedern der Verwaltungsräte von 15 regionalen Medizinischen Diensten bedeutet einen hohen Organisations- und Ressourcenaufwand. Durch die Möglichkeit der Entsendung von Vertretern für eine gebündelte Stimmabgabe wird das Verfahren vereinfacht und praktikabler. Die Regelung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 16 zu Art. 1 Nr. 25 § 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Richtlinien, die der Medizinische Dienst Bund (neu) erlässt, wird die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer in die Liste der Stellungnahmeberechtigten aufgenommen.

B Stellungnahme

Unter Nummer 4 der Liste (maßgebliche Verbände und Fachkreise auf Bundesebene) sind auch die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer mit einbezogen. Die explizite Aufnahme in die Liste bringt keine grundsätzlichen Änderungen des Verfahrens mit sich, erhöht aber die Sichtbarkeit und Gleichberechtigung im Kreis der anhörungsberechtigten Organisationen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 17 zu Art. 1 Nr. 25 § 283a Abs. 1 Satz 2 SGB V Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Rechte und Pflichten der Medizinischen Dienste gelten in gleicher Weise auch für den Sozialmedizinischen Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD). Dies umfasst neben der Bindung an die Richtlinien des MD Bund auch die Bestellung einer Ombudsperson und die Berichtspflicht an den MD Bund.

B Stellungnahme

Es erscheint konsequent, für den SMD Analogie zu den Regelungen für die Medizinischen Dienste herzustellen. Die Ombudslösung wird von der AOK-Gemeinschaft jedoch insgesamt abgelehnt, da sie die Gefahr birgt, dass die notwendigen Gespräche im Rahmen einer Sozialmedizinischen Fallberatung zwischen Gutachter und Kassenmitarbeiter – insbesondere solchen mit ärztlicher oder pflegefachlicher Ausbildung – durch die Regelung belastet werden und die vertrauensvolle Zusammenarbeit darunter leidet. Mit dem Wort „Unregelmäßigkeit“ wird ein gesetzlicher Begriff aus der Fehlverhaltensbekämpfung verwendet, welcher das Fachgespräch zwischen Kasse und Medizinischem Dienst stigmatisiert. Eine solche Ombudslösung ist daher weder im Sinne der Patienten und Verbraucher, noch trägt sie zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und Medizinischem Dienst, in diesem Falle dem SMD, bei.

C Änderungsvorschlag

Der nach § 283a Absatz 1 Satz 1 einzufügende Satz wird wie folgt formuliert:
„Für den Sozialmedizinischen Dienst gelten bei Wahrnehmung dieser Aufgaben insbesondere die Vorschriften nach § 128 Absatz 1 Satz 2 des Neunten Buches, § 53c Absatz 1 und 3 des Elften Buches, § 53d Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 4 und 5 des Elften Buches, den §§ 62a und 78 Absatz 1 des Zwölften Buches sowie nach § 13 Absatz 3a, § 116b Absatz 6 Satz 10, § 197a Absatz 3b Satz 3, den §§ 275 bis 277, **278 Absatz 2 und 4** und § 283 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 entsprechend“.

Änderungsantrag 19 zu Art. 1 Nr. 30 § 327 Abs. 1 bis 3 SGB V Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

In der Übergangszeit zur neuen Organisationsform der Medizinischen Dienste, in welcher ein Nebeneinander von neu konstituiertem Verwaltungsrat und amtierendem Verwaltungsrat eine Zeit lang existieren wird, ist der amtierende Verwaltungsrat für die Erledigung der Aufgaben, wie beispielsweise die Aufstellung des Haushaltsplanes für das Folgejahr zuständig, während der neu gewählte Verwaltungsrat die neue Satzung erstellt. Mit dem Übergang in die neue Organisationsform – der genaue Zeitpunkt hängt von der Genehmigung der Satzung durch die oberste Landesbehörde und Bekanntmachung dieses Zeitpunktes ab – werden die Verwaltungsräte des MDK aufgelöst. Gleiches gilt für den MDS, dessen amtierender Verwaltungsrat ebenfalls noch für die laufenden Aufgaben verantwortlich ist und zum Zeitpunkt des Übergangs und nach Genehmigung und Inkrafttreten der neuen Satzung (in diesem Falle ist das Bundesministerium für Gesundheit zuständig) aufgelöst wird.

B Stellungnahme

Die Regelungen erscheinen folgerichtig und dienen der Klarstellung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 20 zu Art. 1 Nr. 30 §§ 327, 328 SGB V Übergangsregelung für den Medizinischen Dienst Bund, Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Übergangszeitraum in die neue Organisationsform des Medizinischen Dienstes beträgt anderthalb Jahre. Für die Wahl und Ernennung der neuen Verwaltungsratsmitglieder ist nun ein Jahr Zeit, die Genehmigung der Satzung durch die Landesbehörden erfolgt zum 30. Juni 2021. Der Medizinische Dienst Bund wird innerhalb von zwei Jahren errichtet, bis Anfang 2022.

B Stellungnahme

Mit der Verlängerung der Frist zur Errichtung der neuen Organisationen wird einem Vorschlag des Bundesrates gefolgt. Der nun vorgesehene Zeitraum ermöglicht allen beteiligten Parteien einen angemessenen Umgang mit den Aufgaben, die zur Errichtung notwendig sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Änderungsantrag 22 zu Art. 3 Nr. 1 § 17b Abs. 1 KHG Anpassung der Sachkostenkorrektur

A Beabsichtigte Neuregelung

aa) Der Gesetzgeber stellt klar, dass die Sachkostenkorrektur für das Entgeltsystem 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung (aDRG-System) vorzunehmen ist.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung ist durch die Pflegeausgliederung erforderlich.

Mit der Klarstellung werden dem Krankenhausbereich keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt, es erfolgt eine finanzierungsneutrale Umverteilung innerhalb des aG-DRG-Systems 2021.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 22 zu Art. 3 Nr. 1 § 17b Abs. 3 KHG Teilnahme

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus soll mehr Bestimmungsrechte für Auswahl der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser erhalten.

B Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 23 zu Art. 3 Nr. 2f § 17c Abs. 3 KHG Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Bislang wird die Möglichkeit, gemeinsam Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen, von den Krankenhäusern und Krankenkassen nur wenig genutzt.

In der nur eingeschränkt möglichen gerichtlichen Überprüfbarkeit der Entscheidung der Schlichtungsperson wird einer der wesentlichen Gründe dafür gesehen.

Die gerichtliche Überprüfungsmöglichkeit einer Entscheidung der Schlichtungsperson soll künftig voraussetzungslos gewährt werden.

B Stellungnahme

Die Institution der Schlichtungspersonen auf Landesebene wird unter bürokratischen Gesichtspunkten abgelehnt. Sofern diese Regelung umgesetzt wird, ist die nun vorgenommene Ergänzung einer gerichtlichen Überprüfbarkeit der Entscheidung im Sinne des Rechtsstaatsprinzips zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 24 zu Art. 3 Nr. 2h § 17c Abs. 5 KHG Elektronische Direktabrechnung mit PKV und Beihilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Krankenhäuser dazu verpflichtet werden, die für die Krankenhaus-Abrechnung notwendigen Daten von privat krankenversicherten Personen und solchen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt sind, ebenfalls entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle zu übermitteln. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der privaten Krankenversicherung und die teilnehmenden Beihilfeträger haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt.

B Stellungnahme

Diese Regelung ist aus GKV-Sicht im Sinne der Gleichbehandlung zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Änderungsantrag 25 zu Art. 4 Nr. 2 § 4 Abs. 9 KHEntgG Hygieneförderprogramm

A Beabsichtigte Neuregelung

Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm, das Ende 2019 im Wesentlichen auslaufen würde, wird um drei Jahre bis zum Jahr 2022 verlängert und um einen zusätzlichen Förderschwerpunkt im Bereich der Antibiotika-Therapieberatung und der Förderung des sachgerechten Einsatzes von Antibiotika erweitert.

B Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Änderungsantrag 25 zu Art. 4 Nr. 2 § 10 Abs. 12 KHEntgG Hygieneförderprogramm

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt eine Folgeregelung im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms bis zum Jahr 2022 dar. Die Regelung sieht vor, dass die zusätzlichen Mittel für Personaleinstellungen im Rahmen des Hygieneförderprogramms nicht bereits im Jahr 2020, sondern erst im Jahr 2022 bei den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2023 erhöhend zu berücksichtigen sind.

B Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Änderungsantrag 26 zu Art. 4 Nr. 4 § 6a KHEntgG Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung von Leiharbeitskräften – im Krankenhaus tätiges Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis – soll zukünftig auf die tarifvertraglich vereinbarte Höhe des im Krankenhaus tätigen Pflegepersonals mit direktem Beschäftigungsverhältnis begrenzt werden. Eine Vergütung von Vermittlungsentgelten bzw. Overheadkosten des Leiharbeitsvermittlers sind ausgeschlossen.

B Stellungnahme

Mit der Einführung der Selbstkostendeckung für das Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen im Krankenhaus soll die Pflege gestärkt werden. Die bisherige Regelung sieht vor, dass alle vom Krankenhaus geltend gemachten Kosten für das Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen gerechtfertigt und als wirtschaftlich anzusehen sind. In der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG wurde zusätzlich durch die Vertragsparteien auf Bundesebene konkretisiert, dass neben dem angestellten Pflegepersonal im Krankenhaus auch das Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in dem zu vereinbarenden Pflegebudget zu berücksichtigen ist. Mit der gegenwärtigen Regelung ist damit implizit verbunden, dass ein Krankenhausträger auch die Vermittlungsentgelte oder hinausgehende Zusatzkosten für das Fremdpersonal gegenüber den Kostenträgern geltend machen könnten.

Vor diesem Hintergrund wird die gesetzliche Regelung und Änderung befürwortet. Private Zeitarbeitsagenturen dürfen nicht zulasten der Solidargemeinschaft unverhältnismäßige Gewinne mit der Vermittlung von bedarfsnotwendigen Pflegepersonal im Krankenhaus erwirtschaften. Darüber hinaus sind die finanziellen Mittel des Pflegebudgets zweckentsprechend einzusetzen, ein Vermittlungsentgelt der Leiharbeitsfirma gehört hierzu nicht. Ein Überbieten bei Gehältern oder Inrechnungstellung von Vermittlungsgebühren bringt für die Patientenversorgung keine Verbesserung, sondern sorgt für Fehlanreize (Wechsel in die Beschäftigung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis) und einer bloßen Umverteilung des Personals, das dort arbeitet, wo die Gehälter inkl. Vermittlungsgebühr am höchsten sind. In diesem Zusammenhang ist die gesetzliche Änderung, dass eine Anbindung an einen Leittarifvertrag erfolgt, zielführend.

Neben den oftmals hohen Vermittlungsgebühren und Zusatzkosten der Leiharbeitsfirmen führt die Leiharbeit in den betroffenen Einrichtungen zu sozialem Unfrieden. Die oftmals besseren Arbeitsbedingungen, die u.a. durch die flexiblen Arbeitszeitmodelle, Wahlmöglichkeit attraktiver Schichten und durch besseres Gehalt gekennzeichnet sind, führen zu innerbetrieblichen Spannungen zwischen Personal mit direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis. Nach Analysen des Pflegerates müssen festangestellte Pflegende darüber hinaus vermehrt Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdienste übernehmen und dafür eine im Vergleich geringere Vergütung hinnehmen. Eine Gleichstellung der vergütungsrelevanten Komponenten wird die finanzielle Ungleichbehandlung beseitigen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 26 zu Art. 4 Nr. 4 § 6a KHEntgG Verschiebung des Vorlagetermins für Bestätigung des Jahresabschlussprüfers

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist der Krankenhausträger für den Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung der Pflegepersonalkostenfinanzierung inklusive jahresdurchschnittlicher Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnung, sowie Pflegepersonalkosten durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers wird jährlich vom 30. April auf den 30. September verschoben.

B Stellungnahme

Die Änderung ist nur teilweise nachvollziehbar. Bei der Erstellung eines Jahresabschlusses für ein abgelaufenes Geschäftsjahr bis zum 30. April eines Jahres ist auch die Rechnungslegung für die Ausgaben des Pflegepersonals auf bettenführenden Stationen verbunden, was aufgrund der Krankenhaus Buchführungsverordnung nachvollziehbar ist. Eine Verschiebung auf den 30. September ist allerdings nicht nachvollziehbar, die Frist sollte um 2 Monate auf den 30. Juni verschoben werden. Für die prospektiv geführten Budgetverhandlungen, die Berechnung der Ausgleiche und die Weiterentwicklung des Entgeltsystems muss das Testat den Vertragsparteien so früh wie möglich vorliegen. Mit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) gemäß § 137i Abs. 1 SGB V und der dazugehörigen Sanktionsvereinbarung bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) nach § 137i Abs. 5 SGB V wurde bereits vereinbart, dass ein Krankenhausträger eine Bestätigung des Wirtschaftsprüfers jährlich bis zum 30. Juni über den jährlichen Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorzulegen hat. Eine Anpassung auf diese Frist ist sachgerecht, da der Wirtschaftsprüfer für beide Prozesse Synergien schaffen kann.

C Änderungsvorschlag

§ 6a wird wie folgt geändert:
„In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „30. April“ durch die Angaben „30. Juni“ ersetzt.

Änderungsantrag 27 zu Art. 4 Nr. 7 § 15 Abs. 2a KHEntgG Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Statt eines einheitlichen Eurobetrages je Belegungstag für die Erbringung von Pflegeleistungen soll ein bundesweit vorläufiger Pflegeentgeltwert bis zur Vereinbarung der krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerte für das Jahr 2020 festgelegt werden. Mit der Festlegung des vorläufigen Entgeltwertes ist die flächendeckende Anwendung des Pflegeerlöskataloges 2020 ab dem 01.01.2020 verbunden und damit eine sachgerechtere Verteilung der finanziellen Mittel sichergestellt.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung wird begrüßt. Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

C Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

Änderungsantrag 28 zu Art. 4 Nr. 8 § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e und Abs. 5 KHEntgG
Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG

A Beabsichtigte Neuregelungen

a) Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e

Im Sinne der Weiterentwicklung der §21er-Daten soll künftig die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Standortkennzeichen und nach den Fachabteilungen des Standorts sowie für die in einer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten pflegesensitiven Bereichen gegliedert nach den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen übermittelt werden.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

Die Datenstelle soll künftig für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Datenübermittlung nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e einen pauschalen Abschlag je Standort eines Krankenhauses festlegen. Dies v.a. deshalb, weil diese Informationen von hoher Bedeutung für die Realisierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V sowie der Untergrenze für die Pflegepersonalquotienten sind. Der Abschlag nach Satz 2 beträgt mindestens 20 000 Euro und höchstens 500 000 Euro. Zur Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 wird ein Abschlagsfaktor gebildet, indem die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte eines Krankenhausstandorts durch die Anzahl der Pflegevollkräfte, für die vollständig und rechtzeitig Daten übermittelt wurden, dividiert wird. Der Abschlagsfaktor ist kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden und mit dem Mindestabschlagsbetrag von 20 000 Euro zu multiplizieren. Übermittelt ein Krankenhaus für einen Standort nicht die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte, hat die Datenstelle die Anzahl der Pflegevollkräfte für die Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 sachgerecht zu schätzen.

B Stellungnahme

zu a) Da diese Änderung im unmittelbaren Zusammenhang mit der Datenübermittlung zur Anzahl des Pflegepersonals im Krankenhaus ab dem Datenjahr 2019 zu betrachten ist, kann sie als sachgerecht und folgegerichtet bewertet werden. Im Sinne der Datenvalidität ist sie somit zu begrüßen.

zu b) Die Änderung von einer fall- auf eine standortbezogene Abschlagsregelung ist im Sinne des Ziels einer Verbesserung der Datengrundlage sachgerecht und damit angemessen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Änderungsantrag 29 zu Art. 6 Nr. 0 § 2 Bundespflegesatzverordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher trägt die GKV die Kosten für Gebärdensprachdolmetscherleistungen ausschließlich im Zusammenhang mit ambulanten Leistungen. Die Gebärdensprachdolmetscherleistungen im Krankenhaus wurden bisher durch das Krankenhaus getragen.

Der im Referentenentwurf angeführte Unterfinanzierung der Gebärdensprachdolmetscherleistungen in der Kalkulation des pauschalierten Entgeltsystems soll damit begegnet werden, die Kosten für Gebärdensprachdolmetscherleistungen im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung aus der Kalkulation des pauschalierten Entgeltsystems heraus zu nehmen und den Krankenkassen direkt in Rechnung zu stellen.

Der ÄA 29 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sieht nun eine Folgeänderung zu der Neufassung in § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG vor. So soll die Neufassung - im Sinne einer einheitlichen Vorgehensweise für die Abrechnung der Kosten von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern - auch für psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen, welche nach BPflV abrechnen, gelten.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung für unter § 1 der Bundespflegesatzverordnung fallende Krankenhäuser, also psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen, wird – ebenso wie die zuvor für somatische Krankenhäuser eingebrachte Neufassung in § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG – abgelehnt. Sie stellt ein Systembruch bei der Kostenkalkulation dar und wirft zudem Prozess- und Haftungsfragen auf. Auch ist bei den Krankenkassen mit einer Ausweitung der Kosten und des Organisationsaufwandes zu rechnen, vor allem dann, wenn weitere stationäre Einrichtungen wie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen eine solche Änderung beantragen.

Für den Patienten in der stationären Versorgung wäre es zudem kaum nachvollziehbar, warum er sich in allen Angelegenheit an das versorgende Krankenhaus wenden soll und bei einem Bedarf einer Gebärdensprachdolmetscherleistung an die Krankenkasse.

Es entspricht auch nicht den letzten gesetzlichen Änderungen, Krankenhäuser als koordinierende Stelle zu stärken (Schaffung eines gesetzlich verankerten Entlassmanagements, neue Verordnungsmöglichkeiten durch das Krankenhaus).

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Änderungsantrag 30 zu Art. 6 Nr. 3 § 18 Abs. 2 BPflV Erweiterung des Nachweises über zweckentsprechende Mittelverwendung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, die Verpflichtung zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung in § 18 Absatz 2 Satz 3 auch auf das vereinbarte therapeutische Personal zu erweitern, das nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben erforderliche Personalausstattung hinausgeht.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar. Nach der gesetzlichen Vorgabe, kann eine über die Mindestvorgaben hinausgehende Vereinbarung von Personal für eine angemessene personelle Ausstattung in den Budgetverhandlungen getroffen werden. Die Verhandlung der von den besonderen Umständen im Einzelfall obliegt den Verhandlungspartnern auf der Ortsebene. Soweit finanzielle Mittel für therapeutisches Personal vereinbart werden, ist die zweckentsprechenden Verwendung dieser Mittel sicherzustellen. Ein entsprechender Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung ist demnach auch für das Personal, das nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben erforderliche Personalausstattung hinausgeht, erforderlich. Die Regelung ist auch vor dem Hintergrund zu begrüßen, dass die Krankenhäuser sich bei dem Nachweis nicht auf die Mindestausstattung beschränken können.

C Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 33 zu Art. 10 Nr. 15 § 53d Abs. 3 Satz 1 SGB XI Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegkassen und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienst Richtlinien, welche die zu erbringenden Leistungen und die Qualität in der Pflege sicherstellen.

B Stellungnahme

Die Beteiligung der Medizinischen Dienste bei der Erstellung von Richtlinien in Analogie zur Einbindung der Medizinischen Dienste in § 282 Absatz 2 Satz 1 bei der Erarbeitung von Richtlinien für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wird begrüßt, da dadurch die enge Anbindung des Medizinischen Dienstes Bund an die Medizinischen Dienste in den Ländern gestärkt wird. Mit dieser Ergänzung wird einem Vorschlag des Bundesrates gefolgt.

Allerdings spricht sich die AOK-Gemeinschaft für die Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes für die Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b bzw. § 53d Abs. 3 Nr. 2 aus, da diese ausschließlich die Beziehungen zwischen Kranken- und Pflegekassen regeln (siehe dazu die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zu Art. 10 Nr. 4d) § 17 Abs. 1b auf S. 83 sowie zu Art. 10 Nr. 15 § 53d auf S. 88 ff.)

C Änderungsvorschlag

Keiner

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(3)
gel. ESV zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
04.10.2019

Stellungnahme von Prof. Dr. Andreas Beivers zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)
BT-Drucksache 19/13397

sowie die dazugehörige

Unterrichtung durch die Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)
Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates
BT-Drucksache 19/13547

anlässlich der öffentlichen Anhörung als Einzelsachverständiger am **14. Oktober 2019 im Deutschen Bundestag, Ausschuss Gesundheit** in Berlin.

Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers
Professor für Volkswirtschaftslehre, Studiendekan Gesundheitsökonomie
Assoziierter Wissenschaftler am RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Hochschule Fresenius München
Infanteriestraße 11a
80797 München
beivers@hs-fresenius.de

I. Hintergrund

Seit Jahren besteht ein intensiver Diskurs über die Methodik und das Volumen der Krankenhausabrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Hintergrund ist u.a., dass die Anzahl der Abrechnungsprüfungen durch den MDK in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat, was zu einem nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenhäusern auf der einen, und bei den Krankenkassen auf der anderen Seite führt. Gleichzeitig ist ein Anstieg der sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen zu beobachten, wodurch wertvolle und knappe Ressourcen der Selbstverwaltung sowie der Justiz ineffizient gebunden werden. Die Zahl von 2,6 Mio. Abrechnungsprüfungen im Jahr 2018 – mit einem Rückforderungsvolumen von insgesamt knapp 3 Mrd. Euro – zeigen den Reformbedarf in diesem Bereich deutlich auf (Augurzky et al. 2019). Richtigerweise reagierte daher die Bundesregierung am 23.09.2019 mit dem Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz). Sicherlich werden nun richtige und wichtige neue Wege beschritten, um dem „Prüfwahn" der vergangenen Jahre entgegenzuwirken. Dem Problem wird aber nicht wirklich auf den Grund gegangen. Die folgende Kurzstellungnahme versucht in den zentralen Punkten eine Bewertung aus gesundheitsökonomischer wie auch ordnungspolitischer Sicht vorzunehmen.

II. Bewertung ausgewählter Aspekte des Gesetzentwurfes

Zunächst gilt subsumierend festzuhalten, dass das MDK-Reformgesetz auf den aktuellen Handlungsbedarf reagiert. Einzelne Elemente, wie die **Abschaffung der Rechnungskorrektur**, die **Einführung bundesweiter Statistiken** und eines **digitalen Datenaustauschs zwischen Krankenhaus und Medizinischem Diensten** weisen aus gesundheitsökonomischer Sicht in die **richtige Richtung**. So wird beispielsweise durch die **Vorgabe einer maximalen Prüfquote** pro Krankenhaus und Quartal, die unterhalb derjenigen des Status quo liegen soll, der **Prüfaufwand unmittelbar reduziert** (siehe auch Augurzky et al. 2019). Auch sind Strukturprüfungen auf gesicherter Grundlage grundsätzlich ein richtiger Weg, eine abschließende Rechnungsstellung schafft Sicherheit für die Beteiligten (Waser 2019). In Punkto **Strukturprüfungen** wird jedoch der zentrale **Aspekt der Indikationsqualität außer Acht gelassen** (s. Punkt III).

Die vorgesehene Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe für Krankenhäuser ist ein guter Ansatz, um einen Großteil der Streitigkeiten im Bereich der primären wie auch sekundären Fehlbelegung zu vermeiden. Das dahinterstehende, strukturelle Problem fehlender intersektoraler Vergütungssysteme wird damit jedoch nicht gelöst (Beivers 2019). Auch das prüfanfällige Thema der „unteren Grenzverweildauer" im DRG-System wurde bedauerlicherweise abermals nicht angegangen.

Leider ergeben sich durch den aktuellen Gesetzesentwurf inklusive der vorliegenden Änderungsanträge auch neue, **zu erwartende Fehlanreize**. So kann auch laut Augurzky et al. 2019 eine maximale Prüfquote je Krankenhaus den Effekt entfalten, dass ein mögliches Upcoding der Krankenhäuser nur eingeschränkt feststellbar ist und nach Überschreitung der Prüfquote selbst eindeutige Falschabrechnungen nicht mehr zurückgefordert werden können. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Sanktionierung von Krankenhäusern kann zwar eine abschreckende Wirkung entfalten, gleichzeitig aber auch den Anreiz bieten, den Streitwert eines Falles zu erhöhen. So könnten bereits heute auffällige Krankenhäuser von **taktischem Verhalten profitieren**, zu Lasten korrekt abrechnender Kliniken (Demmler 2019).

Ähnlich verhält es sich mit der **Abschaffung der Möglichkeit zur Aufrechnung durch die Krankenkassen**: Aufgrund der Tatsache, dass in den kommenden Jahren – u.a. durch die Effekte des demografischen Wandels sowie einer schwindenden Wirtschaftskraft der deutschen Industrie (siehe auch Gemeinschaftsprognose #2-2019) – eine schwierigere Haushaltslage der gesetzlichen Krankenkassen zu erwarten ist, werden Krankenkassen noch mehr als heute dazu gezwungen sein, bei strittigen Rechnungen vor dem Sozialgericht zu klagen, was eine **Zunahme der Sozialgerichtsverfahren erwarten lässt** (Waser 2019, Augurzky et al 2019).

Die beabsichtigte, neue **Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes** (MD) ist im Detail ein weiteres Problemfeld, auch wenn der Ansatz vom Gesetzgeber grundsätzlich richtig ist. So werden die Medizinischen Dienste – unter Beibehaltung der föderalen Struktur – künftig als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts geführt. Spannend bleibt, wie die vorgesehenen Verwaltungsräte/-innen geschlechterparitätisch zu berufen sind und wie man v.a. ehrenamtliche Schlichtungsausschussmitglieder finden möchte, die dann über eine große Fülle von Verfahren zu bestimmen haben. Es bleibt zu hoffen, dass sich hier nicht nur ein Kreis von „Ehemaligen und Pensionären“ zusammenfindet, denn aktive Persönlichkeiten mit den gesuchten Qualifikationsprofilen und institutioneller Unabhängigkeit sind nicht im Übermaß auf dem Markt vorhanden. Fraglich ist, warum man nicht den Weg des InEK gegangen ist. Dieses gehört paritätisch den Krankenkassen und den Krankenhäusern, wird von beiden finanziert und ist von allen Seiten hoch angesehen und akzeptiert (Beivers 2019).

Summa summarum bleibt festzuhalten, dass der Entwurf des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen leider nur an der Oberfläche kratzt, aber die eigentlichen Probleme wie Indikationsqualität (Stichwort: Zweitmeinung), Neujustierung des Vergütungssystems sowie die Schaffung einer neuen, echten Vertrauensbasis leider zu wenig gelöst werden (Beivers 2019). Das Gutachten von Augurzky et al. zeigt weitere Maßnahmenbündel im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung auf, wie beispielsweise ein Scoringmodell, Stichprobenprüfungen oder die Etablierung eines Prüfrechtehandels, die berücksichtigenswert sind (siehe dazu im Detail auch Augurzky et al. 2019).

III. Ordnungspolitischer Anpassungsbedarf und erste Lösungsansätze

Im Rahmen der Bewertung des MDK-Reformgesetzes scheint es aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht nur wichtig, zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes Stellung zu beziehen, sondern vor allem auch eine ordnungspolitische Einordnung vorzunehmen und neue Lösungsansätze aufzuzeigen.

Wie bereits dargestellt, besteht im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung Handlungsbedarf. Es scheint jedoch, dass der Gesetzgeber damit nur die aktuellen Symptome bekämpft, anstatt sich den grundlegenderen Fragen und Fehlanreizen in dem Bereich der Abrechnung zu widmen. Der **eigentliche Grund zunehmender Abrechnungsstreitigkeiten** ist nämlich in den **falschen Anreizen** zu suchen, die **den Krankenhäusern durch das Vergütungssystem gesetzt werden**. Will man daher eine nachhaltige Lösung des Problems, bedarf es einer **tiefgreifenden ordnungspolitischen Anpassung des Vergütungssystems**.

Die ab dem Jahr 2003 eingeführten DRGs stellten damals eine grundlegende Neuausrichtung der Krankenhausvergütung dar und sollten das ehemals vorherrschenden Selbstkostendeckungsprinzip endgültig ablösen (Neubauer 2003). Die Auswirkungen und die dadurch entstandenen, neuen Fehlanreize, die sich auch in der Thematik der Krankenhausabrechnungsprüfung widerspiegeln, werden derzeit von der (Gesundheits-)Politik, der Öffentlichkeit wie auch in der (gesundheitsökonomischen) Wissenschaft kontrovers diskutiert. Unbestritten bedarf es hier einer Reihe von Anpassungen.

Zentrale Eckpunkte sind dabei aus gesundheitsökonomischer Sicht v.a. eine **Lösung der Investitionskostenproblematik**, die **Etablierung intersektoraler Vergütungsanreize**, die Schaffung neuer **Finanzierungsmodelle für Vorhalteleistungen** sowie auch die **Integration preislicher Steuerungselemente in das um Qualitätsaspekte erweiterte Fallpauschalensystem** (Beivers 2019a, Beivers und Emde 2019).

Bereits in der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wurde mit dem Krankenhaus-strukturgesetz (KHSG) versucht, bestehende Fehlanreize zu internalisieren. Mit dem durch das KHSG beschlossenen Fixkostendegressionsabschlag (FDA) versuchte der Gesetzgeber ein neues „(Mengen-)Steuerungsinstrument“ einzuführen. Daneben ist u.a. auch das im Versorgungsstärkungsgesetz geregelte, stärkere Recht der Patientinnen und Patienten auf Zweitmeinung zu nennen, womit der Gesetzgeber versuchte, die Indikationsqualität zu verbessern (Beivers 2019a, Beivers und Emde 2019).

Betrachtet man die Entwicklung des Casemix-Volumens, so scheinen die Steuerungseffekte erste Wirksamkeit zu zeigen. Mit Blick auf die Entwicklung der Anzahl der Abrechnungsprüfungen durch den MDK hingegen nicht.

Die derzeit in der 19. Legislaturperiode parallel zum MDK-Reformgesetz stattfindenden Eingriffe in das Fallpauschalensystem – wie beispielsweise der „**Pflexit**“ – sind jedoch aus **gesundheitsökonomischer Sicht sicherlich kein zielführender Weg** um die Probleme zu lösen und können vielmehr als **ordnungspolitischer Irrweg** bezeichnet werden. Pflegepersonalkosten künftig unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten und damit die Vergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen einerseits und einer Pflegepersonalkostenvergütung andererseits umzustellen, ist der falsche Weg (Beivers 2019a, Beivers und Emde 2019). Was die Pflegepersonalkosten angeht, ist dies als ein Rückfall in das Selbstkostendeckungsprinzip der 1990er Jahre zu bewerten.

Durch die Selbstkostendeckung im Krankenhaus schafft man starke Fehlanreize dafür, dass möglichst viele Aufgaben der Pflege zugeordnet werden und außerdem Pflegekräfte aus anderen Segmenten, in denen es keine Selbstkostendeckung gibt, wie z.B. in der Reha und Altenpflege, abgezogen werden. **Eine langfristige und erforderliche Stärkung der Pflege in Deutschland bleibt dadurch aus** und der bereits heute bestehende Fachkräftemangel wird sich unnötig weiter zuspitzen. So zeigt auch das im Entwurf des MDK-Reformgesetzes zu findende Vorhaben, „die **Kosten für Leiharbeit im Rahmen des Pflegebudgets nur bis zum Tariflohn vergüten** zu wollen“, wie weit der Gesetzgeber hier von der aktuellen, **personalpolitischen Realität des Krankenhausbetriebes entfernt** ist – auch wenn das Vorhaben an sich argumentativ nachvollziehbar ist.

In der Gesamtschau der aktuellen Vorhaben, wird das Vergütungssystem leider handlungsunfähig und dient keinesfalls mehr zur Steuerung und zur Setzung von struktur- und wegweisenden Anreizen. Vielmehr scheint der ordnungspolitische Kompass zu fehlen. **Daher läuft man Gefahr, das zugegebenermaßen anpassungsbedürftige deutsche Fallpauschalensystem am Ende zu zerstören** (Beivers 2019a, Beivers und Emde 2019). **Damit wird jedoch auch das Problem der Krankenhausabrechnungsprüfung am Ende nur noch komplexer und weniger steuerbar**.

Dass die im MDK-Reformgesetz vorgesehene „Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe für Krankenhäuser" zwar sinnvoll ist, aber viel zu kurz greift, wurde bereits thematisiert. Hintergrund ist, dass das das derzeitige Fallpauschalensystem die ambulant-stationäre Verzahnung erschwert. **Das gewichtigste Hindernis zur vollständigen Umsetzung einer integrierten Versorgung ist die sektorenspezifische Vergütung**. Als Folge dessen findet lediglich eine Optimierung der Leistungserstellung innerhalb jedes Sektors statt. Eine ganzheitliche sektorenübergreifende Optimierung unterbleibt dagegen.

Dem Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode folgend soll sich dieser Problematik die Bund-Länder-Arbeitsgruppe annehmen, die bis zum Jahr 2020 unter anderem Vorschläge für die Einführung einer sektorenübergreifenden Vergütung machen soll. Bei der Diskussion um das Zusammenwachsen der Sektoren – sprich der **Suche nach sektorenübergreifenden, hybriden Vergütungsmodellen** – kommt man aber nicht voran, solange der Gesetzgeber nicht klare Definitionen vorgibt (Beivers 2018, Beivers 2019a).

Eine Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe für Krankenhäuser löst das strukturelle Problem fehlender intersektoraler Vergütungssysteme leider nicht: Solange für die Krankenhäuser kein relevanter Anreiz besteht, wo immer möglich ambulant bzw. teilstationär zu arbeiten und sich dies für sie auch lohnt, wird hier wenig passieren (Beivers 2019). Eine Lösungsoption kann die Einführung von **Capitationmodellen** sein, die eine sektorenunabhängige Vergütung darstellen. Mittelfristig sollten solche Modelle regional erprobt werden können, um Erfahrungen damit zu sammeln. Zentral sind hierfür klar definierte Qualitätsstandards (Indikations-, Struktur- und Prozessqualität) und messbare Ergebnisparameter (Beivers und Emde 2019).

Zumindest das Thema Strukturqualität findet im MDK-Reformgesetz einen thematischen Einzug, um durch sogenannte „Strukturprüfungen" die Anzahl der Abrechnungsprüfungen zu reduzieren. Es schneit in diesem Zusammenhang jedoch beinahe paradox, dass wir in unserem System immer versuchen, Leistungen, die bereits erbracht wurden, auf ihre Sinnhaftigkeit, Notwendigkeit und Qualität (hier: Strukturqualität) zu prüfen, anstatt zu Beginn der „Wertschöpfungskette" zu hinterfragen, ob der Eingriff eigentlich medizinisch nötig bzw. sinnvoll ist. Daher sollte viel mehr Wert auf einen **Ausbau der Indikationsqualität** gelegt werden.

So wäre beispielsweise durchaus denkbar, dass Leistungserbringer – vor (elektivem) Behandlungsbeginn – bei den Kostenträgern oder dem Medizinischen Dienst eine Art „**Voranfrage**" stellen können, um zu Beginn der Wertschöpfungskette eine „**Freigabe**" hierfür zu bekommen, die dann ex post nicht mehr auf ihre Notwendigkeit hin geprüft werden muss. Um einen großen Verwaltungsaufwand zu verhindern, müssen **klare Kriterien und Algorithmen** vorliegen, die eine Prüfung (als eine Art „strukturierte Zweitmeinung") ermöglichen. Dies sollte automatisiert, d.h. **digital, z.B. unter Einsatz künstlicher Intelligenz** erfolgen.

Sicherlich ist dies nicht sofort, und zunächst nur für gewisse, elektive Leistungen möglich. Doch würde es Sinn machen, in den Indikationsgebieten, in denen ein großes Prüfvolumen besteht, mit der Etablierung derartiger Verfahren zu beginnen. Dies könnte einen großen Teil der Prüfproblematik gänzlich lösen. Dies, in Kombination mit einer Neujustierung des Fallpauschlensystems, v.a. in puncto intersektorale Vergütungsmodelle, wäre der ordnungspolitisch richtig zu wählende Weg, und nicht vereinzelte, dirigistische Eingriffe (Beivers 2019).

Vielleicht wäre es sinnvoller, die Kraft und Mühe, die man gerade für den „Pflexit" aufbringt, in eine zukunftsweisende Neujustierung des DRG-Systems zu investieren. Das könnte eine große Anzahl an Problemen lösen und vielleicht sogar Teile des geplanten MDK-Reformgesetzes obsolet machen.

Quellenverzeichnis

Augurzky, B., Korfhage, T., Reif, S., Reifferscheid, A. (2019), Reformvorschläge für die Krankenhausabrechnung und MDK-Abrechnungsprüfung: Projektbericht im Auftrag des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek), Institute for Health Care Business/RWI Consult, 19. September 2019, Essen.

Beivers, A. (2018), Hybrid-DRGs: Äpfel und Birnen, Gesundheit und Pflege, Rechtszeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 5, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S. 161-164.

Beivers, A. (2019), Kommentar zum Orientierungswert: Auf ein Neues: Die Prüfung der Prüfungsreform, Bibliomed Verlag, Melsungen, online im Internet, URL: https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/38609-auf-ein-neues-die-pruefung-der-pruefungsreform/, Abrufdatum: 04.10.2019.

Beivers, A. (2019a), Entgeltsystem-Reform: Mehr Ordnung bitte!", in: f&w führen und wirtschaften, Ausgabe 4/2019, Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen, S. 308-311.

Beivers, A., Emde, A. (2019), DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Springer Verlag, in Bearbeitung.

Demmler, G. (2019), Reform der Krankenhausabrechnungsprüfung: Änderungsbedarf aus Sicht einer Krankenkasse, Vortrag auf dem 6. Dialog Gesundheitswirtschaft Bayern, 23. Juli 2019, München.

Neubauer, G. (2003), Ordnungspolitische Neuorientierung der Krankenhausversorgung auf der Basis von diagnosebezogenen Fallpauschalen, in: Klusen, N., Straub, C. [Hrsg.], Bausteine für ein neues Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft, Band. 6, Baden-Baden, S. 91-107.

Projektgruppe Gemeinschaftsdiagnose [Hrsg.] (2019), Gemeinschaftsprognose #2-2019, Herbst 2019: Industrie in der Rezession – Wachstumskräfte schwinden, Halle (Saale), online abrufbar unter: http://gemeinschaftsdiagnose.de/wp-content/uploads/2019/10/GD_H19_Langfassung.pdf, Abruf-datum: 04.10.2019.

Waser, M.-P. (2019), MDK-Reformgesetz: Die bayerische Sicht, Vortrag auf dem 6. Dialog Gesundheitswirtschaft Bayern, 23. Juli 2019, München.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(4)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
09.10.2019

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz (BT-Drs. 19/13547) sowie zu

den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 19(14)104.1)

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 14. Oktober 2019

Berlin, 09.10.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs ... 3
2. Stellungnahme im Einzelnen ... 5
Streichung der Aufrechenbarkeit auf Rückforderung geleisteter Vergütungen ... 5
Artikel 1 Nummer 6 (§ 109 Abs. 6 SGB V) ... 5
Katalog Ambulantes Operieren ... 5
Artikel 1 Nummer 7 (§ 115b SGB V) ... 5
Fachliche Unabhängigkeit als Grundlage der Begutachtung ... 6
Artikel 1 Nummer 21 Buchstabe g (§ 275 SGB V) ... 6
Prüfung der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst ... 6
Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c SGB V) ... 6
Prüfung von Strukturmerkmalen ... 7
Artikel 1 Nummer 23 (§ 275d SGB V in Verbindung mit § 295 Abs. 1a SGB V und § 301 Abs. 2 SGB V) ... 7
Besetzung von Verwaltungsrat und Vorstand des Medizinischen Dienstes auf Landesebene ... 8
Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Abs. 5 Nr. 2 SGB V) ... 8
Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Abs. 7 SGB V) ... 9
Besetzung und Stimmrecht im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund ... 9
Artikel 1 Nummer 25 (§ 282 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) ... 9
Besetzung des Vorstands des Medizinischen Dienstes Bund ... 9
Artikel 1 Nummer 25 (§ 282 Abs. 4 SGB V) ... 9
Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund ... 10
Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V) ... 10
Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ... 10
Artikel 1 Nummer 25 (§ 283a SGB V) ... 10
Klärung strittiger Kodierfragen durch den Schlichtungsausschuss Bund ... 11
Artikel 3 Nummer 3 (§ 19 Abs. 1 Satz 2 u. Abs. 3 Satz 1 KHG) ... 11
Erstattung der Kosten für die Liste nach § 13 Abs. 3 SchwKG ... 11
Artikel 13a (§ 13 Abs. 3 SchwKG, Änderungsantrag 28) ... 11

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Im Koalitionsvertrag dieser Legislaturperiode ist die Absicht der Regierung dokumentiert, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stärken zu wollen, deren Unabhängigkeit zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung, darunter die Prüfung von Krankenhausabrechnungen für erbrachte Behandlungsleistungen, Sorge zu tragen.

Dieses Ziel soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgt werden. Darin wird ausgeführt, dass die Unabhängigkeit der MDK von den Kranken- und Pflegekassen in den letzten Jahren wiederholt kritisch hinterfragt worden sei. Auch wird auf eine Vielzahl von Streitigkeiten anlässlich der im Auftrag der Krankenkassen durch die MDK durchgeführten Prüfungen von Krankenhausabrechnungen verwiesen.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die langjährige Forderung der Ärzteschaft nach einer deutlichen Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste aufgegriffen wird und sowohl auf organisatorischer, personeller als auch finanzieller Ebene gewährleistet werden soll. Die Leitung der Medizinischen Dienste sollte dabei stets durch eine Ärztin bzw. einen Arzt wahrgenommen werden; auch dies ist seitens der Ärzteschaft immer wieder betont worden.

Als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts sollen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung künftig in den Ländern unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ geführt werden. Die mit der Neuaufstellung verbundene Neujustierung des jeweils aufsichtführenden Verwaltungsrates unter gleichzeitiger Beteiligung von Vertretern von Landesärztekammern ist sachgerecht und wird eine deutlich verbesserte Integration unabhängiger medizinischer Expertise in die Begutachtungsverfahren der Medizinischen Dienste ermöglichen. Allerdings muss dazu den Landesärztekammern ein Stimmrecht gewährt werden.

Auf Bundesebene soll der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) organisatorisch vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gelöst werden. Auch hier ist die vorgesehene institutionelle Einbeziehung von Ärzteschaft und Pflege sachgerecht, etwa für die anstehende Vereinheitlichung der Prüfsystematiken auf Basis medizinischer Kriterien, wobei auch hier das Stimmrecht im Gesetzentwurf noch ergänzt werden muss.

Der Verzicht auf die im Referentenentwurf zu diesem Gesetz noch angelegte Eingliederung des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) der Knappschaft-Bahn-See (KBS) in die neuen Medizinischen Dienste entspricht einer Forderung des 122. Deutschen Ärztetags 2019.

Mit dem Gesetzentwurf wird auch einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft nach einer deutlichen Arbeitsentlastung von Ärztinnen und Ärzten durch eine umfassende Entbürokratisierung Rechnung getragen. Es ist in diesem Zusammenhang richtig, Anreize für plausible Krankenhausabrechnungen vorzusehen und Abstand von der überbordenden Einzelfallprüfung zu nehmen. Es sollte weiterhin Ziel sein, das Abrechnungsverfahren einfach und rechtssicher zu gestalten. Die Anreize müssen medizinische Qualität und - auf dieser Basis - ressourcenschonendes Verhalten fördern. Dieses Vorhaben sollte von einer Evaluation mit dem grundsätzlichen Ziel, den Ressourcenverbrauch für Abrechnungsprüfungen zu prüfen, begleitet werden. Auf Basis der zu erwartenden Ergebnisse sind anschließend pragmatische Vorschläge zur Vereinfachung und Entbürokratisierung des Verfahrens vorzulegen.

Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses soll zukünftig den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen mitbestimmen und abhängig davon die zulässige

Prüfquote je Krankenhaus bestimmt werden. Bei diesem Prozedere gilt es aus Sicht der Bundesärztekammer jedoch zu berücksichtigen, dass angesichts der erheblichen Komplexität der Vergütungs- und Kodiersystematik mögliche Fehlkodierungen nicht immer zu vermeiden sind. Umso wesentlicher wird die mit dem Gesetzentwurf angelegte Intention, mit Hilfe einer unabhängigen Gutachtersystematik strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch zu reduzieren. (Erneute) Fehlsteuerungen, die zu überhöhten, nicht medizinisch bedingten Dokumentationsanforderungen im Rahmen von streitigen Abrechnungen führen, müssen vermieden werden.

Bei der geplanten Strukturprüfung sowie einer in Zukunft möglichen Integration von Strukturkriterien über die Klassifikationssysteme OPS und ICD ist aus Sicht der Bundesärztekammer durch eindeutige Formulierungen im Gesetzestext klarzustellen, dass diese weder direkt noch indirekt mit der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer interagieren oder diese unterlaufen können.

Der Gesetzentwurf greift weiterhin die Forderung der Bundesärztekammer nach einer intensivierten Verzahnung der Sektoren auf. Die geplante Stärkung des Kataloges zum Ambulanten Operieren und dessen sektorenübergreifende Ausrichtung werden grundsätzlich unterstützt. Durch eine Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe können bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in Zukunft besser genutzt und ausgebaut werden. Dabei darf jedoch die ärztliche Indikation, ob ein Eingriff bei einem Patienten ambulant oder stationär erfolgen muss bzw. kann, nicht wie bisher, quasi automatisch, in Frage gestellt werden, wenn die Leistung im Katalog aufgeführt ist. Hier sollten Prüfungen ebenfalls nur bei eindeutigen Auffälligkeiten erfolgen und nicht pauschalisiert.

Die Abschaffung der bisherigen Möglichkeit der Krankenkassen, gegen Forderungen von Kliniken auf Vergütung schon erbrachter Leistungen mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufzurechnen, ist nach Einschätzung der Bundesärztekammer sachgerecht und dringend geboten.

Bei der Neuregelung zur Klärung strittiger Kodierfragen sollte die langjährige Erfahrung der Selbstverwaltungspartner ausreichend integriert werden. Dies umfasst insbesondere die unverzichtbare Integration der Bundesärztekammer in den Schlichtungsausschuss gemäß § 19 Abs. 1 KHG. Es hat sich in den bisherigen Gremien durchgehend bewährt, dass in vielen strittigen Fragen eine medizinische und nicht rein ökonomisch orientierte Argumentation in den Diskurs integriert werden konnte. Nur wenn ein entsprechender Konsens der Beteiligten über diese zukünftigen medizinischen Leistungen und deren Finanzierung sichergestellt wird, kann von einer ausreichenden Effizienz und Akzeptanz der für die Dokumentation letztverantwortlichen Ärztinnen und Ärzte und der gewünschten Umsetzung vor Ort ausgegangen werden.

Die geplante Anpassung der Sachkostenkorrektur im Rahmen der Änderung des Artikels 3 Nr. 1 § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (ÄA 22 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.1) stellt einen unverzichtbaren und notwendigen Ausgleich der mit der geplanten Einführung der neuen aDRG und der damit einhergehenden Ausgliederung der Pflegepersonalkosten dar und verhindert so eine unnötige, zusätzliche finanzielle Belastung der Kliniken und ihrer Mitarbeiter im Jahr 2020.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Streichung der Aufrechenbarkeit auf Rückforderung geleisteter Vergütungen

Artikel 1 Nummer 6 (§ 109 Abs. 6 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll die bisherige Möglichkeit der Krankenkassen, gegen Forderungen von Kliniken auf Vergütung schon erbrachter Leistungen mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufzurechnen, abgeschafft werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Änderung wird vollumfänglich zugestimmt. Sie entspricht einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft. Durch die bisherige, rückwirkende Aufrechnungspraxis der Krankenkassen wurde wiederholt die Liquidität in den Kliniken und damit auch die beschlossene Krankenhausplanung gefährdet. Entsprechend negative Auswirkungen auf die Personalplanung und Vergütung sowie verzichtbare rechtliche Auseinandersetzungen haben das Verhältnis zwischen Kliniken und Krankenkassen massiv belastet und unnötig viel Arztzeiten durch die damit verbundenen Prüfaufwendungen vergeudet.

Katalog Ambulantes Operieren

Artikel 1 Nummer 7 (§ 115b SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung soll auf Basis eines zu erstellenden Gutachtens bis zum 30. Juni 2021 ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen sowie eine einheitliche Vergütung für Kliniken und Vertragsärzte für diese Leistungen festgelegt werden. Sofern diese Leistungen durch Kliniken erbracht werden, unterliegen sie nicht den Prüfungen des zukünftigen Medizinischen Dienstes.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die mit der Neuregelung vorgesehene Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen wird grundsätzlich befürwortet. Schon derzeit werden jährlich ca. 4,2 Millionen Patienten ambulant und 1,9 Millionen Patienten stationär auf Basis der Regelungen zum ambulanten Operieren versorgt. Ebenso wird die geplante Vergabe eines Gutachtens als zielführend erachtet. Von einer direkten Übernahme der Ergebnisse des Gutachtens in einen zukünftig zu etablierenden Katalog wird jedoch abgeraten. Hier sollte mehr Spielraum für die beteiligten Partner der Selbstverwaltung auf Basis der Umsetzungserfahrungen des letzten Jahrzehnts verbleiben. Bei über 2.500 möglichen Katalogpositionen sollte zudem eine medizinische, technische und ökonomische Folgenabschätzung erfolgen. Eine verlässliche sektorenübergreifende Neujustierung kann nur dann gelingen, wenn die Verlagerungseffekte sowohl für den ambulanten als auch den stationären Sektor umsetzbar und finanzierbar sowie im Einklang mit dem lokalen Versorgungsbedarf und den verfügbaren Personalstrukturen bleiben. Die individuelle ärztliche Indikation darf dabei nicht durch überbordende Kontrollen und Zahlungsverweigerungen unterlaufen werden.

Fachliche Unabhängigkeit als Grundlage der Begutachtung

Artikel 1 Nummer 21 Buchstabe g (§ 275 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung soll die bisher nur auf ärztliche Gutachter bezogene gesetzliche Vorgabe der fachlichen Unabhängigkeit und des Verbots des Eingriffs in die Behandlung des Versicherten klarstellend auf die pflegerische Versorgung und alle in der Begutachtung einbezogenen Berufsgruppen erstreckt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Regelung wird grundsätzlich unterstützt, sofern die Letztverantwortung und Leitung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Diensts gegeben ist.

Prüfung der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der zukünftigen Durchführung und des Umfangs von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst soll ab dem Jahr 2020 eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus eingeführt werden. Diese Prüfquote steht in Abhängigkeit zum Anteil der korrekten Abrechnungen durch die Klinik. Die Kliniken werden unterhalb eines Anteils korrekter Abrechnungen von 60 Prozent mit erheblichen Rückzahlungsaufschlägen sanktioniert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante generelle Reduktion der Prüfquote entspricht einer langjährigen Forderung der Bundesärztekammer. Angesichts der Neuaufstellung der Medizinischen Dienste, der notwendigen Etablierung ihrer Unabhängigkeit und der erheblichen Komplexität der Abrechnungs- und Kodiervorgaben sollte die Einführung finanzieller Sanktionsmechanismen gegenüber den Kliniken mit einer adäquaten Übergangsphase (von z. B. zwei Jahren) verbunden werden, falls erforderlich ggf. in Kombination mit einer stufenweisen Erhöhung der Aufschläge nach Ablauf der Übergangszeit.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

„(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag **ab dem 01.01.2023** einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt

a) ~~25~~**15** Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2,

b) ~~50~~**25** Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6.“

Prüfung von Strukturmerkmalen

Artikel 1 Nummer 23 (§ 275d SGB V in Verbindung mit § 295 Abs. 1a SGB V und § 301 Abs. 2 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der zukünftige Medizinische Dienst die auf Basis des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels vorgegebenen Strukturkriterien bezüglich ihrer Einhaltung in den Kliniken überprüft. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Einzelfallprüfungen von Strukturmerkmalen sollen damit entfallen. Krankenhäuser, welche die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen in Zukunft die Leistung nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Gemäß der geplanten Änderung des § 295 SGB V und des § 301 SGB V sollen auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstiger Prozeduren durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) festgelegt werden können. Dies umfasst laut Begründung z. B. die Anzahl und Qualifikation medizinischen Personals oder die technische Ausstattung.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Mit der geplanten Neuregelung wird sukzessive ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Während in den letzten zwei Jahrzehnten die amtlichen Klassifikationen schwerpunktmäßig als Grundlage zur Differenzierung von Vergütungstatbeständen der verschiedenen Vergütungssysteme dienten, wird zukünftig der Aufnahme von Strukturkriterien mehr und mehr eine zentrale Funktion zukommen. Diskussionen zu den Komplexcodes und deren Umsetzung in den Jahren 2016-2019 haben erkennen lassen, dass insbesondere mit der vermehrten Aufnahme von Strukturkriterien eine Fülle von Dokumentations- und Nachweispflichten sowie erhebliche Umsetzungsprobleme vor Ort bis hin zur Versorgungsgefährdung (Debatte zur Schlaganfallversorgung in 2018) verbunden waren. Zudem sind aus Sicht der Bundesärztekammer die bisherigen Gremien nicht für eine entsprechende evidenzbasierte Festlegung dieser Kriterien vorbereitet. Darüber hinaus würden zum Beispiel Vorgaben zu der strukturellen Ausstattung einer Klinik, zu Personalbesetzung, Erreichbarkeiten, technischem Gerät etc. massiv mit der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer interagieren.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Aus dem Gesetzestext sollte eindeutig hervorgehen, dass mögliche Strukturvorgaben im Operationen- und Prozedurenschlüssel in keiner Weise in Konkurrenz zu der Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer stehen dürfen. Die zuständigen Gremien haben diese Strukturkriterien auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin zu erarbeiten. Den Planungsgremien auf Landesebene muss genügend Spielraum für eine regionalspezifische Adaptierung der Versorgungsstrukturen bleiben.

Besetzung von Verwaltungsrat und Vorstand des Medizinischen Dienstes auf Landesebene

Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Abs. 5 Nr. 2 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der zukünftige Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes soll aus 23 Vertretern bestehen, von denen auch Vertreter der jeweiligen Landesärztekammer und der Pflegeberufe durch die zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes benannt werden. Diese beiden Vertreter sollen allerdings kein Stimmrecht haben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Beteiligung der Ärzteschaft ebenso wie der Pflege in dem geplanten Aufsichtsgremium auf Landesebene ist sachgerecht und wird begrüßt. Als gemeinwohlorientierte, sektorenübergreifende Körperschaften des öffentlichen Rechts bringen die Ärztekammern den medizinischen Sachverstand und das Versorgungswissen der gesamten Ärzteschaft aus allen Bereichen der Patientenversorgung ein. Sie stehen für eine fachlich hochwertige und ethische Patientenversorgung. Die Einbeziehung der Ärztekammern wird die künftigen Medizinischen Dienste darin stärken, ihr Handeln am medizinisch-fachlich Gebotenen auszurichten und die gesetzlich festgeschriebene Unabhängigkeit ihrer Gutachter weiter zu sichern. Diese Einschätzung hat der 122. Deutsche Ärztetag 2019 erst kürzlich bekräftigt.

Den Vertretern von Ärzteschaft und Pflege sollte allerdings ein Stimmrecht nicht vorenthalten werden. (Die Gewährung des Stimmrechts für Ärztekammer und Pflege entspricht auch dem Beschluss des Bundesrats, siehe Drucksache 359/19). Abgesehen von der professionellen Fachkompetenz, die ein Stimmrecht bereits rechtfertigt (und die bei den stimmberechtigten fünf Vertretern 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 im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen so nicht vorausgesetzt werden kann), ist angesichts der Größe des Gremiums von immerhin 23 Personen allein aus rechnerischen Gründen kaum damit zu rechnen, dass das Stimmverhalten des ärztlichen oder des pflegerischen Vertreters notwendige Beschlussfassungen behindern oder verzögern könnte.

Für die Gewährung eines Stimmrechts spricht zudem der bereits aufgezeigte Status der Landesärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts, die dem Gemeinwohl verpflichtet sind. Das Stimmrecht wäre auch deshalb sachgerecht und rechtlich schlüssig, weil zum gesetzlichen Auftrag der Landesärztekammern sowohl u. a. die Berufsaufsicht als auch die Qualitätssicherung gehören. Es handelt sich bei den Landesärztekammern also nicht um berufsgruppenspezifische Interessenverbände. Insofern sind eventuelle Bedenken hinsichtlich eines Vorliegens von Interessenkonflikten bei Abstimmungen in den Gremien der Medizinischen Dienste, welche die gesetzlich vorgesehenen Prüfaufgaben beeinflussen oder gar behindern könnten, nicht nur nicht stichhaltig, sondern angesichts des gesetzlichen Auftrags der Landesärztekammern auch sachlich unrichtig.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 279 Abs. 5 SGB V wird wie folgt geändert:

Ersatzlose Streichung von Satz 2 („~~Die Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 haben kein Stimmrecht~~“).

Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Abs. 7 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und dem Stellvertreter gebildet und führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält es für geboten, dass wenigstens eine der beiden genannten Personen Ärztin oder Arzt ist, um ärztlichen Sachverstand auf Ebene des Vorstands zu gewährleisten. Auch wenn für die Ärztekammern ein Stimmrecht eigeführt würde, so würde die beabsichtigte Stärkung der Unabhängigkeit des MDK erneut gefährdet, wenn die ärztliche Expertise nicht auf der Ebene des Vorstandes zwingend gesetzlich verankert würde.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Einfügen hinter § 279 Abs. 7 Satz 1 SGB V: „Mindestens eine dieser beiden Personen ist Ärztin oder Arzt“.

Besetzung und Stimmrecht im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund

Artikel 1 Nummer 25 (§ 282 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im zukünftigen Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund sollen Vertreter der Ärzteschaft und Pflege ohne Stimmrecht anwesend sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Beteiligung der Ärzteschaft ebenso wie der Pflege im Organ der Bundeebene analog zur Landesebene ist konsequent und wird begrüßt. Auch hier ist jedoch den Vertretern das Stimmrecht zu gewähren. Hierzu gelten die Ausführungen zum Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes auf Landesebene entsprechend (Artikel 1 Nummer 25, § 279 Abs. 5 Nr. 2 SGB V).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung von § 282 Abs. 2 Satz 7 („~~Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt~~“).

Besetzung des Vorstands des Medizinischen Dienstes Bund

Artikel 1 Nummer 25 (§ 282 Abs. 4 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und dem Stellvertreter gebildet und führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Analog zur Besetzung der Medizinischen Dienste auf Landesebene hält die Bundesärztekammer es für geboten, dass wenigstens eine der beiden genannten Personen Arzt oder Ärztin ist, um ärztlichen Sachverstand auf Ebene des Vorstands zu gewährleisten und die Unabhängigkeit des MDK hierdurch zu stärken.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Einfügen hinter § 282 Abs. 4 Satz 1 SGB V: „Mindestens eine dieser beiden Personen ist Ärztin oder Arzt".

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesärztekammer ist zu den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Das Stellungnahmerecht für die Bundesärztekammer ist sachgerecht und wird daher unterstützt.

Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Artikel 1 Nummer 25 (§ 283a SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auch weiterhin deren Sozialmedizinischer Dienst wahr. Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung soll mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Beibehaltung der Zuständigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist sachgerecht und wird daher unterstützt.

Klärung strittiger Kodierfragen durch den Schlichtungsausschuss Bund

Artikel 3 Nummer 3 (§ 19 Abs. 1 Satz 2 u. Abs. 3 Satz 1 KHG)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen eingerichtet werden. Dieser soll aus dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gebildet werden. Mitglieder ohne Stimmrecht sollen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus sowie das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aufgrund der weitreichenden Bedeutung, der jeweiligen Umsetzungsnotwendigkeit durch Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken, der ärztlichen Verantwortung für die Dokumentation und der Fülle der inkludierten medizinischen Regelungsinhalte muss der Schlichtungsausschuss die Bundesärztekammer als weiteres Mitglied umfassen. Zudem sollte die Bundesärztekammer in die Liste der Berechtigten aufgenommen werden, die den Schlichtungsausschuss direkt anrufen können.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

„(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information **sowie die Bundesärztekammer** sind Mitglieder ohne Stimmrecht."

„(3) Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, **der Bundesärztekammer**, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden."

Erstattung der Kosten für die Liste nach § 13 Abs. 3 SchwKG

Artikel 13a (§ 13 Abs. 3 SchwKG, Änderungsantrag 28)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesärztekammer wurde die Aufgabe übertragen, eine Liste mit Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern und Einrichtungen zu führen, die ihr mitgeteilt haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 StGB durchführen. Zur Klarstellung wird jetzt gesetzlich geregelt, dass der Bund der Bundesärztekammer die ihr durch die Übertragung dieser Aufgaben entstehenden Aufwendungen erstattet.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer spricht sich für die aus ihrer Sicht zwingende und bisher fehlende Regelung aus.

Krankenhausabrechnungen weiter uneingeschränkt prüfen – Soziale Selbstverwaltung nicht schwächen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(5)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
09.10.2019

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

9. Oktober 2019

Zusammenfassung

Die soziale Selbstverwaltung darf auch im Bereich der Medizinischen Dienste nicht weiter geschwächt werden, sondern sollte, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, gestärkt werden. Zwar ist zu begrüßen, dass die Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr – wie ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehen – als Minderheit in den Verwaltungsräten der zukünftigen Medizinischen Dienste (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes Bund (MD-Bund) vorgesehen sind. Richtig wäre hingegen, dass sie auch weiterhin ausschließlich in den Verwaltungsräten vertreten sind und über die Verwendung der Beitragsmittel allein bestimmen.

Es ist abzulehnen, dass Mitglieder des Verwaltungsrates der geplanten MD und des MD Bund nicht gleichzeitig Mitglied im Verwaltungsrat einer Krankasse sein dürfen. Diese Unvereinbarkeitsregelung bedeutet eine nicht hinnehmbare weitere Schwächung der sozialen Selbstverwaltung und eine Abwertung der Sozialwahlen.

Für die geplante Neuorganisation der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) besteht zudem kein Anlass. Die organisatorische Anbindung der Medizinischen Dienste an die Krankenkassen ist sinnvoll und gerechtfertigt und stellt keinen Interessenkonflikt dar. Eine faire und gerechte Leistungsgewährung an die Versicherten ist ureigenes Interesse der Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung und wird durch die unabhängige Aufgabenwahrnehmung der Gutachter der MDK garantiert.

Die Einschränkung der Prüfungen von Krankenhausabrechnungen stellt einen ungerechtfertigten Eingriff in das operative Geschäft der Krankenkassen dar und nimmt im Ergebnis finanzielle Ausfälle zu Lasten der Krankenkassen in Kauf. Allein im Jahr 2020 wird dies die Beitragszahler mindestens 1,2 Mrd. € kosten, denn in dieser Größenordnung werden künftig fehlerhafte Klinikabrechnungen von den Krankenkassen durchgewunken werden müssen.

Statt Prüfquoten einzuführen sollten die Ursachen der Falschabrechnungen der Krankenhäuser angegangen werden, also entweder die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nachkommen oder grundsätzlich auf eine monistische Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen umgestellt werden.

Im Einzelnen

Besetzung der Verwaltungsräte beibehalten

Der politische Kurs des Bundesgesundheitsministeriums, die soziale Selbstverwaltung zu schwächen, wird mit diesem Gesetzentwurf

weiter fortgesetzt. Wie bereits im Referentenentwurf des Faire-Kassenwahl-Gesetzes wird auch hier die im Koalitionsvertrag vereinbarte Stärkung der Selbstverwaltung ins Gegenteil verkehrt.

Die Arbeitgeber und Versicherten müssen als Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin ohne Beteiligung von Patientenvertretern und Berufsvertretern über die Verwendung ihrer Beitragsmittel mitbestimmen können. Es ist nicht hinnehmbar, dass die nach dem Gesetzentwurf konzipierten MD und der geplante MD-Bund einerseits auch zukünftig von den Arbeitgebern und Versicherten vollständig finanziert werden müssen, aber diese andererseits keine ausschließliche Entscheidungskompetenz in zentralen Belangen dieser Organisationen mehr besitzen sollen.

Zudem ist es abzulehnen, dass Mitglieder des Verwaltungsrates der geplanten MD und des MD Bund nicht gleichzeitig Mitglied im Verwaltungsrat einer Krankenkasse sein dürfen. Diese Unvereinbarkeitsregelung führt zu einer mangelnden Legitimation, weil die Mitglieder der MD-Verwaltungsräte dann nicht mehr durch Sozialwahlen von den Beitragszahlern gewählt worden wären. Mit der vorgesehenen Unvereinbarkeitsregelung geht zugleich ein Erfahrungs- und Wissensverlust einher. Die soziale Selbstverwaltung würde im Ergebnis weiter geschwächt werden.

Bei der geplanten Neuorganisation der Verwaltungsräte wird zudem verkannt, dass die Interessen und die Sicht der Patientinnen und Patienten bereits heute hinreichend einbezogen sind. Zum einen sind die Vertreter der Versicherten in der Selbstverwaltung auch die Vertreter der erkrankten und pflegebedürftigen Versicherten. Zum anderen verfügen die heutigen MDK über Beiräte, die mit Vertreterinnen und Vertretern von Patientenorganisationen und den Pflegeverbänden besetzt sind und neue Impulse und Perspektiven für die Beratungen in den MDK geben können. Überdies besteht für Patientenorganisationen die Möglichkeit des Beitritts als fördernde Mitglieder des Verwaltungsrats des MDS. Wenn die Patientenvertreter darüber hinaus auch noch in die Verwaltungsräte aufgenommen würden, hieße das, einer Gruppe Mitbestimmungsrechte zu geben, die einseitig an höheren Ausgaben, nicht hingegen an der notwendigen Wirtschaftlichkeit der Versorgung interessiert ist.

Die Einbindung der Berufsvertreter aus den Pflegeberufen und der Ärzteschaft ist nicht nachvollziehbar. Durch die Einbeziehung der Leistungserbringer droht eine interessengeleitete Einflussnahme, die im Ergebnis zu einer Verteuerung der Versorgung führt.

Loslösung des neuen MD-Bund vom GKV-SV abzulehnen

Die geplante organisatorische Loslösung des neuen MD-Bund vom GKV-SV – trotz vollständiger Weiterfinanzierung des neuen MD-Bund durch die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung – ist abzulehnen. Im Ergebnis müssten beim GKV-SV neue Gremien zur Überprüfung der Tätigkeit der geplanten MD und des MD-Bundes geschaffen werden, um die gewissenhafte Verwendung der Beitragsgelder sicherzustellen. Dies würde im Ergebnis zu vermeidbaren Doppelstrukturen führen.

Zweifel an der Unabhängigkeit unbegründet

Der Vorwurf einer mangelnden Unabhängigkeit der heutigen MDK geht fehl. Die Gutachterinnen und Gutachter der MDK sind bei ihren medizinischen und pflegerischen Bewertungen ausschließlich ihrem ärztlichen bzw. pflegefachlichen Gewissen unterworfen. Die Begutachtungen werden frei von Wettbewerbsinteressen oder Einflussnahmen der Leistungsanbieter, Krankenkassen, Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten oder aus der Gesundheitspolitik durchgeführt. Die unabhängige Aufgabenwahrnehmung garantiert eine faire und gerechte Leistungsgewährung an die Versicherten.

Diese gerechte Leistungsgewährung und damit eine gewissenhafte Verwendung der Beitragsmittel nach objektiven Kriterien ist das originäre Interesse der Gemeinschaft der Bei-

tragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit ist eine organisatorische Anbindung der medizinischen Dienste an die Krankenkassen sinnvoll und gerechtfertigt und stellt keinen Interessenkonflikt dar.

Die Arbeitsweise der MDK ist im Grundsatz etabliert und bei den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung breit akzeptiert. Lediglich die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Begutachtungen für Patientinnen und Patienten könnte bei einzelnen Prüfungsergebnissen weiter verbessert werden. Ein guter Ansatzpunkt hierfür könnte die Nutzung der elektronischen Patientenakte darstellen. Dies könnte auch hilfreich sein, um weiteren ungerechtfertigten Vorwürfen an den MDK von vornherein besser entgegentreten zu können.

Im Übrigen setzen andere Sozialversicherungen wie die Renten- und Unfallversicherung, aber auch der öffentliche Dienst bei medizinischen Begutachtungen regelmäßig von ihnen bestellte Einrichtungen bzw. Ärzte ein, ohne dass hierin ein Interessenskonflikt gesehen wird. Auch insofern wirkt der erhobene Vorwurf an den MDK willkürlich.

Korrekte Krankenhausabrechnungen herbeiführen

Die gewissenhafte Verwendung der Beitragsmittel sollte insbesondere im kostenintensiven stationären Bereich bestmöglich sichergestellt werden. Dabei ist eine Überprüfung der Krankenhausabrechnungen unabdingbar, zumal dadurch bisher seitens der Krankenkassen immense Rückforderungen realisiert werden konnten. Von den 2,6 Mio. geprüften Krankenhausabrechnungen im Jahr 2018 hat sich jede zweite geprüfte Abrechnung als falsch erwiesen und zu Rückerstattungsansprüchen geführt.

Mit der geplanten Begrenzung der Zahl der Abrechnungsprüfungen werden finanzielle Ausfälle der Krankenkassen bewusst in Kauf genommen. Durch die Reduzierung der Prüfungen auf 10 % der Abrechnungen werden sich die Prüfungen um ca. ein Drittel im Vergleich zum heutigen Volumen verringern und damit auch die Rückforderungen der Krankenkassen niedriger ausfallen. Dies wird die Beitragszahler nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes allein im Jahr 2020 mindestens 1,2 Mrd. € kosten, denn in dieser Größenordnung werden künftig fehlerhafte Klinikabrechnungen von den Krankenkassen durchgewunken werden müssen. Dieser nicht gerechtfertigte Eingriff in das operative Geschäft der Krankenkassen ist daher abzulehnen.

Abzulehnen ist auch das geplante Aufrechnungsverbot, da es dazu führen würde, dass Rückforderungen aktiv von den Krankenkassen eingeklagt werden müssten, der Verwaltungsaufwand massiv steigen und die Gerichte unnötig belastet würden.

Zu begrüßen ist, dass ein Anreiz für korrekte Abrechnungen gesetzt wird, indem die Prüfquote bei einem hohen Anteil fehlerhafter Abrechnungen erhöht und bei einem niedrigen Anteil gesenkt wird.

Grundsätzlich muss die duale Finanzierung der Krankenhäuser überdacht werden, um die primären Ursachen für den Abrechnungsbetrug im stationären Sektor anzugehen. Da die Länder ihrer Finanzierungsverantwortung für Investitionen immer weniger nachkommen, sollte eine Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen angedacht werden – unter gleichzeitiger Übernahme der Krankenhausplanung und des Sicherstellungsauftrags.

Kontraproduktive Beschränkung der Zeitarbeit unterlassen

Der Änderungsantrag 26 würde zu einer Beschränkung der Pflegemöglichkeiten in den Krankenhäusern und zu einer systemwidrigen Einschränkung der Nutzung von Zeitarbeit führen.

Zeitarbeit ist gerade im Bereich der Pflege eine Möglichkeit, Personalengpässe zu vermeiden und damit in Krankenhäusern die Pflege von Patienten sicher zu stellen. Zeitarbeit ermöglicht, den Menschen, die in diesen Einrichtungen eingesetzt werden, die eigene Bereitschaft und die eigenen Fähigkeiten zu

überprüfen und zu verbessern, diese wichtige Arbeit zu verrichten. In der Pflegebranche ist der Einsatz von Zeitarbeitskräften wie in allen Branchen bereits durch das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz streng geregelt. Auch der Arbeitnehmerschutz gebietet keine Beschränkung des Einsatzes von Zeitarbeit in solchen Einrichtungen.

Vor diesem Hintergrund sollte die Deckelung der Kosten für den Einsatz von Zeitarbeitskräften, die die Krankenhäuser selbst treffen oder die Bereitstellung von Behandlungskapazitäten erheblich beschränken würde, unterbleiben.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 20 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(6)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
09.10.2019

SOZIALVERBAND VdK DEUTSCHLAND

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

(BT-Drucks. 19/13397)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, den 09.10.2019

1. Grundsätzliche Anmerkungen

Die Loslösung der Medizinischen Dienste (MD) von den Krankenkassen war ursprünglich eine gute Idee. Leider wurde daraus aus Sicht der Patienten und Pflegebedürftigen eine mutlose Reform! Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die MD nicht wesentlich unabhängiger von den Kassen. In den Verwaltungsräten der Dienste werden die Krankenkassen deutlich mehr Vertreter stellen als die Patienten und Pflegebedürftigen. An der Alleinherrschaft der Kassen ändert sich dadurch nichts.

Die Unabhängigkeit der MD ist zentral für Pflegebedürftige und Patienten. Ihre Gutachten 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 zudem über den Umfang von Hilfsmitteln und häuslicher Pflege.

Neben der Unabhängigkeit der MD ist auch die Qualität der Gutachten zentral für Pflegebedürftige und Patienten. Leider sehen wir in der Rechtsberatung immer wieder Gutachten, die fachfremd erstellt wurden. In denen beispielsweise ein Augenarzt orthopädische Fragestellungen begutachtet. Zudem leidet die Qualität der Gutachten stark unter der Begutachtung nach Aktenlage ohne persönliche Inaugenscheinnahme der Patienten. Dabei kommt bei den Patienten immer wieder der Verdacht auf, dass der MD der verlängerte Arm der Krankenkassen ist und nur dazu dient, Kosten einzusparen. Das erschüttert das Vertrauen in unseren Sozialstaat.

Der MD muss daher mehr Ressourcen in eine persönliche Begutachtung und weniger in die Abrechnungsstreitigkeiten mit Krankenhäusern stecken. Dafür sind die angedachten Maßnahmen zur Reduzierung der Krankenhausrechnungsprüfung ein wichtiger Schritt. Falsche Krankenhausabrechnungen dienen dazu die fehlenden Investitionskosten der Länder zu kompensieren. Sie dienen aber auch dazu Profite für die Anteilseigner zu generieren. Mittelfristig sollten die Krankenhäuser aus dem Wettbewerb genommen werden. 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.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Einheitliche Rechtsform der MD

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.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Leider führt die neue Rechtsform nicht zur Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Wir begrüßen zwar die Idee der Loslösung von den Krankenkassen, diese wird jedoch mit dem geplanten Gesetzesentwurf nicht gelingen. Je härter der Wettbewerb und das betriebswirtschaftliche Verhalten der Krankenkassen, desto dringender braucht es jedoch einen tatsächlich unabhängigen Medizinischen Dienst.

2.2. Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD

Die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MD 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. Damit wird stärker als bisher das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im Verwaltungsrat der MD abgebildet.

Hierzu wird gesetzlich vorgegeben, dass die über die MD aufsichtführenden Länder sieben Vertreter für die Verwaltungsräte der MD benennen. Die Benennung der einzelnen Vertreter durch die Länder erfolgt auf der Grundlage von Vorschlägen der nachfolgenden Organisationen:

- Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene (fünf Vertreter) und
- maßgebliche Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene sowie Landesärztekammern (zwei Vertreter ohne Stimmrecht).

Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände, insbesondere die Erfordernisse an die fachliche Qualifikation, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung zu bestimmen. Die Benennung von Personen, die zu mehr als insgesamt zehn Prozent durch Dritte finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung erbringen, ist ausgeschlossen.

16 weitere Vertreter werden von den Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK in dem bisher geübten Verfahren gewählt.

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 Pflegebegutachtungsassesments konnten Hinweise aus der Perspektive der Pflegebedürftigen für den Ablauf der neuen Begutachtungen eingebracht werden. Dadurch wurden die Gutachten jedoch nicht unabhängig von den Krankenkassen. Daher wäre es nun wichtig, tatsächlich für eine strukturelle Unabhängigkeit von den Krankenkassen zu sorgen. Leider werden die Vertreter der Krankenkassen mit 16 Personen deutlich stärker repräsentiert sein als die Patienten und Pflegebedürftigen, die lediglich fünf Vertreter stellen können. Dies führt dazu, dass die MD nicht unabhängiger von den Krankenkassen werden. Wir fordern, dass Krankenkassen und Patienten die gleich Anzahl an Vertretern und damit gleiche Stimmrechte in den Verwaltungsräten erhalten!

Neue Regelungen zur Anerkennung der Organisationen und Verbände sind nicht erforderlich. Diese sind bereits ausreichend in den § 140f SGB V und § 118 SGB XI geregelt. Zudem kann es unserer Ansicht nach nicht gewollt sein, dass Einzelpersonen ihre persönlichen finanziellen Verhältnisse offenlegen müssen. Die Formulierung im neuen § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V des Gesetzentwurfs spricht jedoch von Vertretern, die nicht zu mehr als zehn Prozent von Dritten, die Leistungen für die GKV oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen, finanziert sein dürfen.

Wir begrüßen den Ausschuss hauptamtlicher Krankenkassenmitarbeiter und Mitglieder verschiedener Verwaltungsräte. Dies ist jedoch nur ein kleiner Schritt in die richtige Richtung.

Es ist außerdem 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. Leider erhalten die Vertreter der Pflege und der Ärzte jedoch kein Stimmrecht. Dies verstärkt das Ungleichgewicht zu Gunsten der Krankenkassen. Grundsätzlich sollte allen Vertretern in den Verwaltungsräten ein Stimmrecht zustehen.

Abgesehen davon, sind wir als maßgeblicher Verband der Patienten, Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Menschen mit Behinderung in allen Bundesländern bereit, diese wichtige Aufgabe in den Verwaltungsräten wahrzunehmen.

2.3. Angemessene Finanzierung der MD

Die Verwaltungsräte der MD stellen den vom Vorstand vorgelegten Haushaltsplan fest. Durch die neue Besetzung der Verwaltungsräte werden die MD auch bezüglich der Feststellung ihrer Haushalte unabhängiger. Zur Sicherung einer angemessenen Haushaltsaufstellung werden die Haushalte der MD künftig von den aufsichtführenden Ländern zu prüfen und zu genehmigen sein. Die umlagebasierte Finanzierung der MD mit für alle Krankenkassen einheitlichen mitgliederbezogenen Beträgen wird beibehalten, um weiterhin einen Einfluss einzelner Krankenkassen über ihr Auftragsverhalten auf die Finanzierung der MD auszuschließen. Die häufig diskutierte Umstellung auf Auftragsgebühren für die Krankenkassen wird nicht umgesetzt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Genehmigung der Haushalte durch die Länder ist folgerichtig. Auftragsgebühren setzen Anreize für betriebswirtschaftlich arbeitende Krankenkassen, die den MD nur dann beauftragen, wenn Einsparungen zu erwarten sind. Also wenn es um Leistungsablehnungen oder Krankenhausabrechnungen geht. Unserer Auffassung nach sollte der Medizinische Dienst perspektivisch immer dann eingeschaltet werden, wenn es medizinische oder pflegerische Unklarheiten gibt. Um dieses Ziel zu erreichen, 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-Spitzenverbands, 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 hinzu, die nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband erfolgt. Dabei muss der MD Bund den betroffenen maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene die Gelegenheit zur Stellungnahme geben. Diese sind in die Entscheidung einzubeziehen. 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. Dies ist jedoch ebenfalls nur ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Eine tatsächliche Unabhängigkeit wird durch die Besetzung des Verwaltungsrats verhindert.

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 mehr Neutralität und Transparenz.

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

- Es werden gesetzliche Vorgaben zur Erarbeitung von Richtlinien für die Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten, zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD für die Krankenkassen sowie zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der MD-Tätigkeit und des hierfür eingesetzten Personals geschaffen.
- 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, in dem 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.

Bewertung des Sozialverbands VdK

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

Wir bedauern, dass der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft entgegen des Referentenentwurfs nicht einbezogen wird. Eine Einbeziehung wäre folgerichtig, da auch hier von einer Unabhängigkeit von der Krankenkasse nicht die Rede sein kann.

Insgesamt wünschen wir uns aber den ganz großen Wurf eines einheitlichen sozialmedizinischen Dienstes. Es hätte sich angeboten, neben dem Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft, auch die sozialmedizinischen Dienste der Renten- und Unfallversicherung sowie der Arbeits- und Sozialämter zu integrieren und unabhängig zu gestalten. Zwar stellt sich dort nicht das Ausgangsproblem von betriebswirtschaftlich arbeitenden Versicherungen, die Patienten würden jedoch sehr von einem einheitlichen Dienst profitieren.

Heute werden dieselben Gesundheitsprobleme mehrfach von verschiedenen Diensten begutachtet. Der MD 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 zu 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 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 MD Bund 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 abgetrennt 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 krankenhausbezogene 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 krankenhausbezogene Prüfquote bis zu zehn Prozent,
3. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent beträgt die krankenhausbezogene 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 abzurechnen. Das behebt allerdings nicht die Ursache: 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

Der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene soll Kodier- und Abrechnungsfragen verbindlich klären. Dies ist allerdings erst einmal gelungen, auch weil GKV und DKG ihn nicht anrufen. Daher wird der Kreis derer, die die Schlichtungsstelle anrufen können, auf alle Betroffenen ausgeweitet. Es werden Fristen bestimmt und die Liste der MDK-Gemeinschaft und der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) mit derzeit rund 90 dissenten Punkten wird direkt zur Entscheidung vorgelegt. Über diese muss bis zum 31. Dezember 2020 entschieden werden. Die Regelungen zielen insgesamt darauf ab, vielfach bestehende Konflikte

und eine unnötige Ressourcenbindung in Krankenhäusern, bei Krankenkassen und bei den MD zu vermeiden.

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. 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 könnte die Verweildauer wieder ein Streitpunkt bei den Krankenhausabrechnungen werden. Eine durch einzelne Kostenträger veranlasste Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verweildauer würde lediglich zu einer Umverteilung zwischen den Kostenträgern, nicht aber zu einer insgesamt verminderten Zahlung führen. Ohne einen Ausschluss dieses Prüffelds ist zu erwarten, dass die Krankenkassen hier in hoher Zahl Prüfaufträge an den MD erteilen würden. Da dies nicht Sinn und Zweck der MD-Prüfungen sein kann und darf, wird gesetzlich vorgegeben, dass eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verweildauer im Rahmen des Pflegebudgets unzulässig ist. Die Entstehung unnötigen Prüfaufwands wird damit vermieden.

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.

2.10. Reduzierung des Prüfumfangs der primären Fehlbelegung

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

tenzial 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 stationsersetzende 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 stationsersetzende 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 trotz des Anstiegs dieser 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 Betten reduziert, die Über- und Fehlversorgung noch weiter verstärken. Krankenhäuser werden nur nach Bettenanzahl, nicht nach Ärzten geplant. Daher können sie, wie in der Vergangenheit geschehen, wenn sich die Liegedauer verkürzt mehr Ärzte einstellen, um mehr Operationen durchzuführen. Diese Ärzte fehlen gleichzeitig in der ambulanten Versorgung. Während die Zahl der in Deutschland tätigen Ärzte immer weiter steigt, fehlen gleichzeitig Haus- und Kinderärzte, insbesondere auf dem Land.

Auch in der ambulanten Versorgung kommt es durch den Trend zu ambulanten Operationen zu Fehlallokationen. Die Bedarfsplanung begrenzt die Zahl der Ärzte, um einer angebotsinduzierten Nachfrage entgegenzuwirken. Wenn die begrenzten Ärzte nun in ihrer begrenzten Zeit lukrative ambulante Operationen durchführen, fehlen sie für die Grundversorgung. Besonders deutlich wird dies bereits bei den Augenärzten. Sie sind nicht mehr in ausreichender Anzahl konservativ tätig. Die Vertragsarztsitze werden durch operierende Augenärzte blockiert, die keine normalen Kontrollen durchführen. 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 spezial-fachärztlich behandelt werden können. Dadurch fehlen die Vertragsarztsitze aber für normale U-Untersuchungen und Hand-Mund-Fuß-Erkrankungen.

Ambulante Operationen und stationsersetzende Maßnahmen dürfen nur weiter ausgebaut werden, wenn die korrespondierenden pflegerischen und unterstützenden Leistungen sichergestellt sind. Bei uns häufen sich die Berichte, dass Krankenhäuser ihre neuen Möglichkeiten im Entlassmanagement nicht nutzen. Häusliche Krankenpflege und Hauswirtschaft werden nicht verordnet, geschweige denn organisiert. Notwendige Medikamente und Hilfsmittel werden ebenfalls 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.

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

2.12. Gebärdendolmetscher werden nicht mehr durch die Fallpauschale vergütet

Um Probleme im Zusammenhang mit der Erstattung der Kosten für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung zu vermeiden, wird festgelegt, dass die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern in Krankenhäusern nicht mehr im Rahmen der Krankenhausbehandlung durch die Fallpauschalen vergütet, sondern unmittelbar zwischen dem Gebärdensprachdolmetscher und den Kostenträgern abgerechnet werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die Ausgliederung der Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern aus den Fallpauschalen der Krankenhausbehandlung. Die Verfügbarkeit eines solchen Dolmetschers ist für viele Menschen mit Hörbehinderung die einzige Möglichkeit die Ihnen zustehende ärztliche Versorgung wahrzunehmen. Die barrierefreie Kommunikation muss daher sichergestellt sein. Bisher weigern sich jedoch viele Krankenhäuser die Kosten bei stationärem Aufenthalt zu übernehmen. Dies geht zulasten der Patienten und der Sozialgerichte. Durch die Abrechnung direkt mit den Krankenkassen erhoffen wir uns einen besseren Zugang zur Krankenhausversorgung für Menschen mit Hörbehinderung.

2.13. Finanzreserven der Krankenkassen

Zur gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven der Krankenkassen werden ergänzende und klarstellende Regelungen getroffen, durch die insbesondere eine einheitliche und klare Rechtsauslegung sichergestellt werden soll.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK befürchtet, dass diese Maßnahmen zu einer weiteren Risikoentmischung zwischen den Krankenkassen führen. Krankenkassen, die im Wettbewerb stehen, versuchen natürlich einzusparen wo es geht. Zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität kommt es dadurch nicht. Die Krankenkassen führen lediglich einen Beitragswettbewerb um junge, gesunde Versicherte. Menschen mit aufwendiger Hilfsmittelversorgung bleiben hingegen auf der Strecke. Sie können die Krankenkasse praktisch kaum wechseln und bleiben dadurch in den „Restkassen“ zurück.

Wir sind weiterhin gegen einen Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen. Die Finanzüberschüsse sollten zurück in den RSA fließen und dort sollte eine Anpassung der Zuweisungen erfolgen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(7)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
09.10.2019

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Kabinettsentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Stand: 09.10.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil 3

2. Kommentierung des Gesetzes 6

- Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 6

  Zu Artikel 1 Nr. 6 § 109 (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern) 6

  Zu Artikel 1 Nr. 7 § 115b (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) 7

  Zu Artikel 1 Nr. 23 § 275c neu (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) 8

  Zu Artikel 1 Nr. 23 § 275d neu (Prüfung von Strukturmerkmalen) 11

  Zu Artikel 1 Nr. 25 § 279 Absatz 3 und 4 – neu (Verwaltungsrat und Vorstand) 13

  Zu Artikel 1 Nr. 25 § 279 Absatz 6 – neu (Verwaltungsrat und Vorstand) 15

- Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 16

  Zu Artikel 3 Nr. 1 § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung) 16

  Zu Artikel 3 Nr. 3 § 19 neu (Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen) 17

- Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 18

  Zu Artikel 4 Nr. 3 § 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte) 18

  Zu Artikel 4 Nr. 5 § 8 (Berechnung der Entgelte) 19

1. Allgemeiner Teil

Der vom Bundeskabinett am 17. Juli 2019 beschlossene Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) beinhaltet zwei wesentliche Regelungsschwerpunkte. Zum einen soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) unabhängiger von den Kranken- und Pflegekassen werden. Zum anderen wird die Krankenhausabrechnungsprüfung reformiert.

MDK-Reform

Der Gesetzentwurf sieht vor, aus den bisher bestehenden unabhängigen 15 MDK Medizinische Dienste (MD) in der vereinheitlichten Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR) zu machen. Dadurch soll die Unabhängigkeit der MD hergestellt werden. Aus Sicht der Ersatzkassen waren auch die bisherigen MDK aufgrund ihrer Strukturen und Finanzierung unabhängig. Zudem sieht der Entwurf vor, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) in einen MD Bund zu überführen. Die Kompetenz zum Erlass von Begutachtungsrichtlinien soll vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) auf den MD Bund übergehen. Aus Sicht der Ersatzkassen sind die Gründung des MD Bund und der Übergang der Richtlinienkompetenz nachvollziehbar und umsetzbar.

Der vdek sieht die – gegenüber dem Referentenentwurf – im Gesetzentwurf erfolgten Nachbesserungen in Bezug auf die Besetzung der Gremien der MD mit Vertretern der Krankenkassen als folgerichtig an. So sollen Kassenvertreter mit 16 von 23 Verwaltungsratsmitgliedern nun die Stimmenmehrheit in den Verwaltungsräten erhalten und von den Verwaltungsräten der Landesverbände der Kassenarten bzw. der Ersatzkassen gewählt werden. Das entspricht der Tatsache, dass die Krankenkassen auch zukünftig die volle Finanzierung der MD tragen. Die Hauptaufgabe der Verwaltungsräte der MD liegt in der Steuerung und Verwaltung dieser Finanzmittel. Hierfür ist die Erfahrung und Sachkunde aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen zwingend erforderlich. Die Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in der Sozialwahl legitimierten Mitglieder der Sozialen Selbstverwaltung hat sich genau in diesem Punkt bewährt. Deshalb fordern die Ersatzkassen, dass auch in Zukunft gewählte Mitglieder eines Verwaltungsrates einer Krankenkasse in den Verwaltungsrat eines MD gewählt werden dürfen. Die vorgesehene Unvereinbarkeitsregelung zwischen einem Ehrenamt im Verwaltungsrat des MD und der Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände und darüber hinaus die Karenzzeit von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates, sind nicht sachgerecht. Die Arbeit in den Verwaltungsräten der MD erfordert eine ausgesprochen gute Kenntnis aktueller Erfordernisse, Bedarfe und Problemlagen in den Bereichen, die die Geschäftsfelder der MD betreffen. Innerhalb der vorgesehenen Zeit für die Neukonstituierungen der Verwaltungsräte wird es nicht möglich sein, ausreichend Kandidatinnen und Kandidaten ausfindig zu machen, damit schließlich 720 Personen (240 Mitglieder und je zwei Stellvertreter) in die Verwaltungsräte gewählt werden können. Vor diesem Hintergrund und unter dem Anspruch einer hohen und notwendigen Professionalität, ist die Aufrechterhaltung der Entsendung von Verwaltungsratsmitgliedern aus den Krankenkassen ohne Karenzzeit in die neu zu konstituierenden Verwaltungsräte der MD zwingend geboten. Nur so können die von der Politik geforderte Professionalität und der notwendige Sachverstand in den Verwaltungsräten erhalten bleiben.

Die Neuorganisation der MD stellt neben den geplanten Regelungen des Faire-Kassenwettbewerb Gesetzes (GKV-FKG) zur Besetzung des Verwaltungsrats des GKV-SV jedoch weiterhin einen Eingriff in die Rechte der durch Sozialwahlen demokratisch legitimierten Sozialen Selbstverwaltung dar. Dies steht der im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarten Stärkung der Sozialen Selbstverwaltung unvereinbar entgegen.

Krankenhausabrechnungsprüfung

Es ist beabsichtigt, die Effizienz und die Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung zu verbessern. Hierfür sollen nunmehr erstmals auch Anreize für eine korrekte Abrechnung für die Krankenhäuser gesetzt werden. Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses soll zukünftig (ab 2021) den Umfang der maximal zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Zuvor ist allerdings vorgesehen, im Jahre 2020 eine zulässige quartalsbezogene Prüfquote von maximal zehn Prozent je Krankenhaus festzuschreiben. Der Umfang der von den Krankenkassen beauftragten MD-Prüfungen hängt dann gerade nicht von der Abrechnungsqualität ab, sondern bedeutet eine ungerechtfertigte pauschale Begrenzung der Prüfungen. Gegenwärtig werden durchschnittlich ca. 17 Prozent der Krankenhausabrechnungen überprüft, wobei krankenhausindividuell starke Unterschiede zu verzeichnen sind. Der vdek bewertet die Begrenzung der Prüfquoten als zu drastisch. Der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entstehen so voraussichtlich Mehrkosten von über einer Milliarde Euro im Jahr 2020. Zu niedrige Prüfquoten setzen zudem erst einen Anreiz zur falschen Rechnungslegung, da diese dann aufgrund der Prüfobergrenzen von den Krankenkassen nicht identifiziert und korrigiert werden kann. Dies birgt ein weiteres hohes Kostenrisiko für die Krankenkassen. Aus Sicht des vdek sollte die gesetzlich festgelegte Prüfquote für 2020 gestrichen werden. Denn die darüber hinaus eingeleiteten Maßnahmen des Gesetzgebers, wie die Stärkung der Ambulantisierung und die Beseitigung von strittigen Kodier- und Abrechnungsfragen führen frühestens ab 2021 zu einer natürlichen Reduzierung der Prüfanlässe.

Für die Ermittlung der zulässigen Prüfquoten sind grundsätzlich die Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals maßgebend. Ausgenommen ist das 1. Halbjahr 2020. Sachgerecht ist, dass die Krankenkassen die Einhaltung der Prüfquote im gesamten 1. Halbjahr 2020 eigenverantwortlich beachten und anschließend die grundsätzliche Regelung greift, dass der MD auf Basis der Daten im vorvergangenen Quartal prüft.

Die an die ab 2021 geltenden Prüfquoten gekoppelten Aufschläge für falsche Abrechnungen der Krankenhäuser werden außerdem auf maximal 1.500 Euro gedeckelt. Diese Regelung kann nicht nachvollzogen werden, mindert sie doch erheblich den Anreiz zur korrekten Rechnungsstellung. Falsche Abrechnungen in 2020 bleiben weiterhin für Krankenhäuser sanktionsfrei.

Die zur Reduzierung von Rechnungsprüfungen eingeführten Aufwandspauschalen sind mit Implementierung einer Prüfquote obsolet und daher zu streichen.

Die MDK-Prüfung muss nun spätestens drei Monate (vorher sechs Wochen) nach Eingang der Abrechnung bei der Kasse eingeleitet werden. Das ist positiv zu bewerten. Die Kassen sind nicht mehr zwingend an die MD-Gutachten gebunden, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, sondern treffen wie bisher eigenständig

ihre leistungsrechtliche Entscheidung. Auch diese Änderung ist sachgerecht und wird vom vdek begrüßt.

Weiterhin abgelehnt wird das grundsätzliche Aufrechnungsverbot für die Krankenkassen. Dies dürfte zu einer erheblichen Steigerung der Klagefälle vor den Sozialgerichten führen. Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind, dürfen Krankenkassen laut Gesetzentwurf grundsätzlich nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen; Ausnahmen können in der Prüfverfahrensverordnung (PrüfvV) geregelt werden.

Kassen und Krankenhäuser müssen vor Klageerhebung verpflichtend eine Erörterung des strittigen Sachverhaltes durchführen. So können bestehende Ungewissheiten über die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigt werden. Zur vermehrten Klärung von strittigen Abrechnungsfragen wird der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-SV und der privaten Krankenversicherung (PKV) gebildete Schlichtungsausschuss gestärkt. Dies wird vom vdek begrüßt.

Die vereinheitlichten Strukturprüfungen von OPS-Komplexkodes in Krankenhäusern sollen nun regelhaft durch die MD erfolgen. Der Wegfall der ursprünglich vorgesehenen Möglichkeit zur externen Prüfung wird begrüßt.

2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 6
§ 109 (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)

Beabsichtigte Neuregelung
Aufrechnungen von Krankenkassen mit Erstattungsforderungen nach überzahlten Krankenhausvergütungen gegen Vergütungsforderungen der Krankenhäuser werden grundsätzlich unzulässig.

Bewertung
Das Aufrechnungsverbot wird vom vdek grundsätzlich abgelehnt. Sollte es beim Verbot bleiben, ist die Verschiebung auf 2020 zu begrüßen. Krankenkassen zahlen heute Krankenhausrechnungen zunächst ungeprüft, um die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern. In diesem Kontext stellen Aufrechnungen sicher, dass überzahlte Vergütungen – diese machen lediglich einen Bruchteil des ungeprüft im Voraus Gezahlten aus – ausglichen werden. Aufrechnungen sind somit ein bürokratiearmer Weg, Ansprüche der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern geltend zu machen. Damit werden Klageverfahren vermieden.

Änderungsvorschlag
Die Reglung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 7
§ 115b (Ambulantes Operieren im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Katalog für ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe wird um stationsersetzende Behandlungen erweitert. Der gesamte Katalog soll auf der Grundlage eines zu vergebenden Gutachtens zwischen den dreiseitigen Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene neu vereinbart werden. Laut Gesetzentwurf sollen die Definition der Leistungen des neuen Katalogs auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und die Bewertung auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage erfolgen.

Bewertung

Die Regelung ist zu begrüßen. Die Leistungen aus dem Überschneidungsbereich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sollen in einem einheitlichen Katalog definiert werden. Weiterhin ist eine einheitliche Vergütung für die Sektoren vorgesehen. Damit wird das Potenzial primärer Fehlbelegungsprüfungen in der Krankenhausabrechnung reduziert.

Der neue Katalog soll Schweregrade abbilden. Dies ist wichtig, da die Leistungen sowohl im niedergelassenen Bereich als auch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können. Der Schweregrad wird allerdings auch vom Ort der Leistungserbringung abhängen. Dies bildet der EBM nicht ab. Die Voraussetzungen für eine Bewertung bzw. Kalkulation auf einer betriebswirtschaftlichen Grundlage unterscheiden sich zwischen den beiden Sektoren erheblich. Eine Kostenarten-, Kostenstellen oder Kostenträgerrechnung ist in niedergelassenen Praxen grundsätzlich derzeit nicht vorhanden.

Änderungsvorschlag

Die Sätze 1 und 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.“

Zu Artikel 1 Nr. 23
§ 275c neu (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 275c ersetzt die alte Regelung des § 275 Absatz 1c. Die Aufwandspauschale, die die Krankenkassen den Krankenhäusern in Höhe von 300 Euro für den Fall zu zahlen haben, dass der Rechnungsbetrag nicht vermindert wird, bleibt bestehen. Ab 2020 dürfen Krankenkassen nur noch zehn Prozent der Krankenhausrechnung eines Quartals durch den MD prüfen lassen. Ab 2021 wird die Prüfquote nach der Qualität der Rechnungslegung der Krankenhäuser in drei Gruppen differenziert. Der GKV-SV hat hierzu notwendige Auswertungen zu erstellen. Ferner müssen die Krankenhäuser der mittleren und schlechten Gruppe der Rechnungslegung Sanktionszahlungen leisten. Die Vereinbarung pauschaler Abschläge auf Krankenhausrechnungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wird untersagt. Mit dem Kabinettsentwurf verlängert sich die Prüffrist der Kassen von sechs Wochen auf drei Monate.

Bewertung

Die Beibehaltung der Aufwandspauschale wird abgelehnt. Mittlerweile sehen Krankenhäuser die von den Krankenkassen zu zahlende Aufwandspauschale als feste Einnahmequelle und richten ihre Rechnungsstellung dahingehend aus. Die Aufwandspauschale ist inzwischen zu einem Instrument degeneriert, mit dem Krankenhäuser Zusatzeinnahmen erzielen. Auf Krankenhausseite setzt sie keine Anreize zur korrekten Abrechnung, sondern eher für das Gegenteil. Daher ist die Aufwandspauschale zu streichen.

Die in 2020 vorgesehene Prüfquote von zehn Prozent unterschreitet den derzeitigen Status quo von durchschnittlich 17 Prozent um mehr als 40 Prozent. Diese drastische Reduzierung der Prüfquote wird den Fehlanreiz unkorrekter Rechnungslegung verstärken und zu beitragsrelevanten Ausgabensteigerungen führen. Auf eine gesetzlich festgelegte Prüfquote sollte daher verzichtet werden.

Die Etablierung eines Scoringverfahrens, das die Krankenhäuser in drei Gruppen nach der Qualität der Rechnungslegung differenziert, wird ausdrücklich begrüßt. Hier wird ein Anreiz zu der ersehnten besseren Rechnungslegung durch die Krankenhäuser erreicht. Begrüßenswert ist, dass die Ergebnisse des Scoringverfahrens veröffentlicht werden sollen. Dies schafft Transparenz über das Geschäft der Krankenhausabrechnung und trägt zur Versachlichung bei.

Nicht nachzuvollziehen ist, dass nicht alle Krankenhäuser im Falle einer Falschabrechnung einen gestaffelten Sanktionsbetrag zahlen müssen. Diese Regelung ist auch deshalb unverständlich, weil die Aufwandspauschale für die Krankenkassen erhalten bleibt. Daher sollten auch Krankenhäuser, die einer 5%igen Prüfquote unterliegen gestaffelt eine Aufschlagszahlung leisten.
Der Gesetzgeber greift mit der Regelung in Absatz 7 die Empfehlungen des Bundesrechnungshofes und des Bundesversicherungsamtes (BVA) auf.

Die Verlängerung der Beanstandungsfrist auf drei Monate ist zu begrüßen, da diese eine quartalsweise und effektive Fallauswahl ermöglicht.

Die Präzisierung des undefinierten Begriffes „Abrechnung“ durch „Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung“ ist eine notwendige Klarstellung. Gleiches trifft auf die Festlegung zu, dass sich die Prüfquote nur aus den beauftragten Prüfungen des MD ermittelt.

Die Konkretisierung, dass die Quartalszuordnung auf Basis des Datums der Schlussrechnung erfolgt, ist noch immer nicht hinreichend, da dieses Datum willkürlich und manipulierbar ist.

Die Ersetzung der bestreitbaren Sachaussage „korrekt“ durch den prozessorientierten Begriff „unbeanstandet“ ist eine anwendungsorientierte Verbesserung zur Vermeidung rechtlicher Unklarheiten.

Die Prüfungen der Krankenkassen im Vorverfahren vor einer Gutachtenbeauftragung des MD werden klarstellend von einer Prüfquote ausgenommen.

Der Aufschlag für falsche Abrechnungen wird auf 1.500 Euro gedeckelt. Hierdurch wird der Anreiz zur korrekten Rechnungslegung erheblich reduziert und die gewünschte Sanktionswirkung verfehlt. Wenn ein hoher Betrag fehlerhaft in Rechnung gestellt wurde, ist die Strafzahlung gedeckelt, so dass bereits bei Beträgen über 3.000 Euro bei einem Aufschlag von 50 Prozent bzw. 6.000 Euro bei einem Aufschlag von 25 Prozent Euro die Deckelung eintritt. Dadurch wird die Einführung der Sanktionierung in ihrer Wirkweise stark begrenzt.

Unabhängig von Einwänden gegen die der Prüfquote zugrundeliegenden Einzelfallentscheidungen bleibt die festgelegte Prüfquote unverändert. Durch diese Ergänzung wird die Verfahrenssicherheit erhöht und werden Rechtsstreitigkeiten über die Ermittlung der Prüfquoten minimiert.

Änderungsvorschlag

1)
§ 275c Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

2)
In Absatz 2 werden die Sätze 1 und 2 gestrichen.

3)
Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote zu weiteren Prüfungen nach Absatz 1 befugt."

Alternativ sind nach dem Wort *„Prüfquote“* die Worte *„für dieses Quartal“* einzufügen.

4)
In Absatz 3 wird folgender Buchstabe a) eingefügt:

„a) 10 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 1.“

Die Buchstaben a) und b) werden die Buchstaben b) und c). Das Komma im neuen Buchstaben c) wird durch einen Punkt ersetzt.

5)
In Absatz 3 Satz 2 werden die Worte *„höchstens jedoch 1.500 Euro“* gestrichen.

6)
Folgender Absatz 8 wird eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund vergibt ein Gutachten zur Feststellung der Wirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen, wie dem Scoringverfahren und der Sanktionsregelungen der Krankenhäuser, den erweiterten Katalog ambulant erbringbarer Leistungen sowie des Schlichtungsausschusses Bund auf die Prüfnotwendigkeit der Krankenkassen bis zum 31.12.2022. Die Ergebnisse sind bis zum 31.12.2023 zu veröffentlichen.“

Zu Artikel 1 Nr. 23
§ 275d neu (Prüfung von Strukturmerkmalen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass Strukturmerkmale, die sich aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ergeben, verbindlich im Rahmen von Strukturprüfungen überprüft werden können. Liegen die Strukturvoraussetzungen nicht vor, dürfen entsprechende Leistungen weder vereinbart noch abgerechnet werden. Die Strukturprüfungen erfolgen durch den MD.

Die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung, dass ein Krankenhaus für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst beauftragen kann, ist entfallen.

Mit dem Kabinettsentwurf wurde die Regelung aufgenommen, dass Krankenhäuser anzeigen müssen, wenn sie nachgewiesene Strukturmerkmale länger als einen Monat nicht mehr erfüllen.

Bewertung

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Hier werden Einzelfallprüfungen durch kollektive Strukturprüfungen ersetzt. Die überfällige fehlende verbindliche Rechtsgrundlage hierfür wird mit der Regelung geschaffen. Es fehlt allerdings eine Regelung, dass der Nachweis des Krankenhauses auf Standortebene zu erfolgen hat. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Standortdefinition und des Standortverzeichnisses bereits die richtigen Weichen hierfür gestellt, also muss in der hier angedachten Regelung auch auf den Standort Bezug genommen werden.

Positiv ist, dass nach dem Kabinettsentwurf nur noch der MD als Gutachter fungieren darf. Dies reduziert Streitpotenzial von Gutachten und Gegengutachten und schließt zudem Gutachter aus, an deren Unabhängigkeit Zweifel bestehen könnten.

Die Regelung, dass Krankenhäuser eine Änderung nachgewiesener Strukturmerkmale anzeigen müssen, ist positiv zu werten. § 275d Absatz 3 lässt jedoch offen, welche Folgen die Anzeige der Nichterfüllung von Strukturmerkmalen haben soll. In der Gesetzesbegründung ist beschrieben, dass in der Richtlinie des MD nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V geregelt werden soll welche Folgen die Nichterfüllung hat. Aus Sicht des vdek wäre eine gesetzliche Normierung besser geeignet. Unabhängig davon, ob sich die Nichterfüllung aufgrund eines Gutachtens nach Absatz 1 oder aufgrund der Anzeige der Nichterfüllung nach Absatz 3 ergibt. Ebenfalls ist unklar, für welchen Zeitraum die Anzeige gilt. Eine gesetzliche Klarstellung wäre wünschenswert. Nicht geregelt ist, wie verfahren werden soll, wenn zwischen einem Krankenhaus und dem MD Streit darüber entsteht, ob Strukturmerkmale tatsächlich vorliegen oder wie diese rechtlich auszulegen sind. Offen bleibt auch ein Konfliktlösungsmechanismus zwischen Krankenhaus und MD. Zudem Ungeklärt ist, inwieweit Krankenkassen Einwirkungsmöglichkeiten haben, der Gefahr unzutreffender Gutachten zu begegnen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 werden nach den Worten: *„§ 301 Absatz 2“* folgende Worte eingefügt: *„für ihre Standorte“*

In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt."

Die folgende Satznummerierung ändert sich entsprechend.

In Absatz 2 werden nach den Wörtern *„für welchen Zeitraum"* die Wörter *„und für welchen Standort"* eingefügt.

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Krankenhäuser, deren Standorte die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen Leistungen für diese Standorte ab dem Jahr 2021 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Gleiches gilt für die Anzeige der Nichterfüllung gemäß Absatz 3 bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Krankenhaus die erneute Einhaltung der Strukturmerkmale nachweist."

Zu Artikel 1 Nr. 25
§ 279 Absatz 3 und 4 – neu (Verwaltungsrat und Vorstand)

Beabsichtigte Neureglung

Die Verwaltungsräte der neuen MD sollen zukünftig aus 23 Vertretern bestehen. Davon entfallen 16 stimmberechtigte Vertreter auf die Krankenkassen, fünf stimmberechtigte Vertreter auf die Verbände und Organisationen der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie Verbraucherschutzorganisationen sowie zwei Vertreter ohne Stimmrecht auf die Landespflegekammern oder die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und die Landesärztekammern (Ärzte/Pflegeberufe).

Die 16 Vertreter der Kassen sollen von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt werden. Die Krankenkassen sollen sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, einigen. Die Vertreter müssen je zur Hälfte von Frauen und Männern besetzt werden. Ist eine geschlechtsparitätische Besetzung auch nach dem dritten Wahlgang nicht erfolgt, reduziert sich die Gesamtzahl der Vertreter auf die doppelte Anzahl des Minderheitengeschlechts.

Die Vertreter der Patienten, pflegenden Angehörigen, Verbraucherschutzorganisationen, Landespflegekammern bzw. der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und Landesärztekammern sollen von den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder benannt werden.

Bewertung

Der vdek bewertet die – gegenüber dem Referentenentwurf – im Kabinettsentwurf erfolgten Nachbesserungen in Bezug auf die Besetzung der Gremien der MD mit Vertretern der Krankenkassen als Verbesserung. So sollen Kassenvertreter mit 16 von 23 Verwaltungsratsmitgliedern die Stimmenmehrheit in den Verwaltungsräten erhalten. Das entspricht der Tatsache, dass die Krankenkassen auch zukünftig die volle Finanzierung der MD tragen und nahezu die einzigen Auftraggeber sind.

Die Vertretung von Frauen und Männern zu gleichen Teilen ist zeitgemäß. Es ist darüber hinaus zu beachten, dass neben Arbeitnehmern auch andere Gruppen, z. B. Rentner, Studenten, Familienangehörige, Versicherte in der GKV/sozialen Pflegeversicherung (SPV) darstellen. Nach Auffassung des vdek sollte deshalb darauf geachtet werden, dass neben einer angemessenen Anzahl von Arbeitgebervertretern nicht nur Vertreter der Arbeitnehmer sondern der Versicherten insgesamt Berücksichtigung finden.

Die Regelungen zum Wahlverfahren für die 16 Vertreter der Krankenkassen sind inkonsistent. Die Formulierungen sind unpräzise und bieten somit einen breiten Interpretationsspielraum. Unklar ist zum Beispiel, ob eine gemeinsame Bewerberliste aller Kassenarten oder je Kassenart gemäß ihrem Stimmenanteil einzelne Bewerberlisten erstellt werden sollen. Näheres zur Durchführung der Wahl soll in der Satzung geklärt werden. Auch hier ist unklar, ob die Satzung der jeweiligen MD oder die der Landesverbände der Kassen gemeint ist. Es wird vorgeschlagen, das ursprüngliche

Wahlverfahren durch die demokratisch legitimierte Selbstverwaltung der Krankenkassen beizubehalten. Es ist leistungsfähig und garantiert die demokratische Legitimation der Vertreter in den Verwaltungsräten der MD auf der Grundlage der gesetzlich vorgeschriebenen Sozialwahlen. Die Mitglieder der genannten Organe der Selbstverwaltung schlagen innerhalb ihrer Kassenart die ihnen zugewiesene Anzahl von Vertretern vor, die dann von dem zuständigen Selbstverwaltungsorgan innerhalb der Kassenart in den Verwaltungsrat des MD gewählt werden. Dabei ist auf die Wahl von Männern und Frauen zu gleichen Teilen zu achten.

Änderungsvorschlag

In § 279 Absatz 4 neu werden die Sätze 5 bis 9 gestrichen.

§ 279 Absatz 6 a. F. bleibt erhalten.

Zu Artikel 1 Nr. 25
§ 279 Absatz 6 – neu (Verwaltungsrat und Vorstand)

Beabsichtigte Neureglung

Die Regelung enthält Vorschriften für die Benennung und die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der MD. Aktive, durch die Sozialwahl gewählte Selbstverwalter in den Verwaltungsräten der Krankenkassen oder ihrer Verbände dürfen nicht in den Verwaltungsrat der MD gewählt werden. Sie müssen mindestens zwölf Monate Karenzzeit einhalten.

Bewertung

Aus Sicht der Ersatzkassen hat sich die Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in der Sozialwahl legitimierten Mitglieder der Sozialen Selbstverwaltung bewährt. Die geplante Neuregelung in Bezug auf die Wählbarkeit von Mitgliedern der Verwaltungsräte der Krankenkassen und die vorgeschriebene Karenzzeit werden deshalb abgelehnt. Um die vom Gesetzgeber geforderte Professionalität und den notwendigen Sachverstand in den Verwaltungsräten der MD zu gewährleisten, sollten auch in Zukunft gewählte Mitglieder eines Verwaltungsrates einer Krankenkasse oder deren Verbände in den Verwaltungsrat eines MD gewählt werden dürfen.

Änderungsvorschlag

Absatz 6 Satz 2 wird gestrichen.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 Nr. 1
§ 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung:
Durch die Neufassung soll die Befugnis des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) konkretisiert werden, Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation auszuwählen und diese zur Datenübermittlung zu verpflichten.

Bewertung:
Die Neuregelung ist zu begrüßen. Es wird festgelegt, dass das InEK Krankenhäuser zur Übermittlung von Daten verpflichten kann und insofern als Beliehener tätig wird. Dadurch wird die Rechtssicherheit für die Handlungen des InEK in diesem Bereich gestärkt.

Damit die Stellung des InEK als Beliehener, auch für mögliche weitere Aufgaben, sicher ausgestaltet ist, erscheint es sinnvoll, die Beleihung generell, unabhängig von der konkreten Aufgabe, festzuschreiben. Die Norm sollte daher um eine generalistische Aussage zur Beleihung des InEK erweitert werden.

Änderungsvorschlag:
In § 17 b Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus handelt im Rahmen der übertragenen Aufgaben als Beliehener.

Absatz 3 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Insbesondere bestimmt es auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 4, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen und verpflichtet sie zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation sowie gegen die Verpflichtung zur Datenübermittlung haben keine aufschiebende Wirkung.“

Zu Artikel 3 Nr. 3
§ 19 neu (Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Schlichtungsausschuss Bund soll zur Klärung strittiger Kodierfragen aufgewertet und verbindlicher eingebunden werden. Einmalig sollen die von der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ sowie von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling strittig festgestellten Kodierempfehlungen entschieden werden. Mit dem Kabinettsentwurf soll die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses Bund beim InEK angesiedelt werden.

Bewertung

Die Regelungen sind zu begrüßen. Der Schlichtungsausschuss sollte jedoch regelhaft von der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ sowie von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling über die strittig festgestellten Kodierempfehlungen entscheiden.

Zudem sollte der Schlichtungsausschuss im Sinne einer reibungslosen und konfliktfreien Umsetzung des Gesetzes Konkretisierungen für unbestimmte Regelungen vornehmen müssen.

Die Ansiedlung der Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses Bund beim InEK ist nicht optimal, da es das InEK in Interessenskonflikte seiner Gesellschafter treibt. Allerdings fehlen Alternativen zu einer besseren Ansiedlung der Geschäftsstelle.

Änderungsvorschlag

In Absatz 5 Satz 1 wird nach dem Wort *„entscheidet“* das Wort *„jährlich“* eingefügt und die Zahl *„2020“* durch die Worte *„eines Jahres“* ersetzt. Die Worte *„bis zum 31. Dezember 2019“* werden gestrichen.

Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„Der Schlichtungsausschuss Bund definiert den Begriff der „korrekten Abrechnungen“ zur Ermittlung der Prüfquote im Sinne des § 275c SGB V. Ferner legt er bundesweite Kriterien für die Prüfung der Anzeige einer erhöhten Prüfquote gemäß § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V und Anforderungskriterien für die fallbezogene Erörterung gemäß § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG fest.“

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 4 Nr. 3
§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

Beabsichtigte Neuregelung
Durch die Regelung wird das InEK als direkter Ansprechpartner für die Krankenkassen im Verfahren zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) definiert. Dies entspricht seit jeher der gängigen Verfahrenspraxis. Bislang sieht das geltende Recht jedoch vor, dass vor der Vereinbarung eines gesonderten NUB-Entgeltes eine Information von den Vertragsparteien nach § 9 darüber einzuholen ist, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Insoweit ist hier eine Klarstellung angezeigt. Die anschließende Information der Krankenkassen über ein vereinbartes Entgelt hat ebenfalls direkt an das InEK zu erfolgen.

Leistungen, die von den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten ausgenommen werden sollen, sollen nicht von den Vertragsparteien auf Bundesebene, sondern vom InEK bestimmt werden.

Bewertung
Diese Regelung beschneidet die gemeinsame Selbstverwaltung in ihren Kompetenzen und bringt das InEK in einen Interessenkonflikt seiner Gesellschafter.

Änderungsvorschlag
Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 4 Nr. 5
§ 8 (Berechnung der Entgelte)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll gewährleisten, dass wenn eine Fehlbelegungsprüfung dazu führt, dass anstelle einer durchgeführten vollstationären Behandlung eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre, das behandelnde Krankenhaus für die von ihm erbrachten Leistungen zumindest eine Vergütung erhält, die bei einer vorstationären Behandlung abrechenbar gewesen wäre. So soll vermieden werden, dass ein Krankenhaus trotz erbrachter Leistungen gar keine Vergütung erhält. Bestehende anderweitige Abrechnungsmöglichkeiten für die erbrachten Krankenhausleistungen bleiben unberührt.

Bewertung

Die Neuregelung führt in den Fällen, in denen auch eine ambulante Leistungserbringung überflüssig gewesen wäre, zu Problemen. Aus Sicht der Ersatzkassen besteht diese Gefahr insbesondere bei operativen Eingriffen und diagnostischen Maßnahmen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Keine Vergütung erfolgt, wenn auch eine ambulante Versorgung nicht indiziert war.“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(8)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
09.10.2019

MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)

zum

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

9. Oktober 2019

I. Allgemeine Stellungnahme:

Soziale Selbstverwaltung muss Versicherteninteressen wirksam wahrnehmen können

Die geplante Gesetzgebung für eine Reform der Medizinischen Dienste wird die soziale Selbstverwaltung schwächen und damit die funktionale Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste erschweren. Deshalb lehnen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) die vorgesehenen Organisationsänderungen für die MDK und MDS entschieden ab.

Zwar ist zu begrüßen, dass inzwischen anerkannt wurde, dass die im Referentenentwurf ursprünglich im Verwaltungsrat vorgesehene Minderheitenposition der Selbstverwaltungsvertreterinnen und -vertreter zu einer mit den Grundrechten nicht zu vereinbarenden Schwächung der Interessenwahrnehmung der Versicherten und ihrer Arbeitgeber und damit der demokratischen Legitimation führt. Auch wenn die durch die Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegeversicherung zu benennenden Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der MDK jetzt zahlenmäßig wieder die Mehrheit stellen sollen, so fehlt ihnen doch die Anbindung an das GKV-System, da sie laut Gesetzentwurf nicht einem Selbstverwaltungsgremium der Kranken- und Pflegekassen angehören dürfen. Diese Regelungen sind daher nur eine Scheinlösung, denn das Legitimationsdefizit wird nur vordergründig behoben. Auch der neue Entwurf zur Besetzung der Verwaltungsräte ist insoweit nicht sachgerecht und wird daher ausdrücklich abgelehnt.

Verfehlte Organisationsregelungen entwerten die positiven Elemente im Gesetzentwurf

Der vorliegende Entwurf für ein MDK-Reformgesetz enthält verschiedene Regelungen, die grundsätzlich geeignet sind, die Aufgabenwahrnehmung und damit die Medizinischen Dienste zu stärken. Dies gilt insbesondere für die vorgesehene Angleichung der bislang unterschiedlichen Rechtsformen der Medizinischen Dienste. Die vorgesehene einheitliche Ausgestaltung als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Beibehaltung der föderalen Struktur wird begrüßt. Sie bildet die öffentlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. Die Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts entspricht auch den dem MDS zugewiesenen Aufgaben.

Die klarstellende Ausweitung der gesetzlichen Verankerung der gutachterlichen Unabhängigkeit bei der Wahrnehmung der Fachaufgaben auf alle in die Begutachtung einbezogenen Berufsgruppen wird ebenfalls begrüßt. Neben den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern sind insbesondere Pflegefachkräfte und Angehörige weiterer Gesundheits- und Heilberufe sowie Kodierfachkräfte in die Arbeit der MDK eingebunden. Hilfreich für die Akzeptanz der Medizinischen Dienste sind die gesetzliche Verankerung von mehr Transparenz über die Aufgabenwahrnehmung durch erweiterte Berichte und die Vorgaben zur internen Qualitätssicherung. Leider werden die vorstehenden positiven Ansätze durch die verfehlten Organisationsregelungen entwertet.

Medizinische Dienste unterstützen korrekte Krankenhausabrechnungen

Ziel der vorgesehenen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfungen zu erhöhen. Diese Zielsetzung halten wir grundsätzlich für richtig, da aktuell nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes mehr als 50 Prozent der geprüften Rechnungen nicht korrekt sind. Hierbei einen selektiven Prüfansatz zu verfolgen, ist grundsätzlich sachgerecht. Die neuen Sanktionselemente,

verbunden mit weiteren vorgesehenen Maßnahmen zur Reduzierung fehlerhafter Abrechnungen, erscheinen geeignet, den Anteil korrekter Abrechnungen zu erhöhen.

Die Prüfrechte der Krankenkassen sollten jedoch solange nicht eingeschränkt werden, bis sich die Praxistauglichkeit und Wirksamkeit des neuen Ansatzes herausgestellt hat. Dies bedeutet auch, die Prüfquote im Jahr 2020 nicht auf 10 Prozent zu begrenzen, da die Anreize für korrektes Abrechnen erst schrittweise ab 2021 greifen können.

Die Einführung regelmäßiger Prüfungen der Einhaltung von Strukturmerkmalen anstelle von Einzelfallprüfungen ist sachgerecht. Die Streichung der im Referentenentwurf vorgesehenen Möglichkeit, Strukturprüfungen neben dem Medizinischen Dienst auch durch andere Gutachterdienste durchführen zu lassen, wird begrüßt.

Vorschriften zur Organisation der Medizinischen Dienste müssen überarbeitet werden

Die geplanten neuen Organisationsstrukturen der Medizinischen Dienste werden weiterhin entschieden abgelehnt. MDK und MDS appellieren dringend an den Gesetzgeber, sich der Kritik an den geplanten Organisationsänderungen und den vorgebrachten Argumenten nicht zu verschließen. Wir erwarten eine Überarbeitung der Organisationsvorschriften dahingehend, dass die bisher vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes bei den MDK bzw. dem MDS und einem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse oder einem Verband gestrichen wird. Denn dies ist die einzig wirksame Maßnahme, um die den Grundrechten geschuldete Einbindung der Betroffenenperspektive in die Gremien der Selbstverwaltung der Medizinischen Dienste adäquat sicherzustellen. Darüber hinaus fordern wir, die Abtrennung des MDS vom GKV-Spitzenverband zurückzunehmen und dass Selbstverwaltungsvertreter des MDS auch in Zukunft aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes gewählt werden. Ansonsten wird die soziale Selbstverwaltung auf der Ebene der Medizinischen Dienste faktisch abgeschafft.

Beteiligung von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern sachgerecht ausgestalten

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit den bereits bestehenden Beiräten zu Fragen der Pflegeversicherung stehen die Medizinischen Dienste einer Beteiligung von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern grundsätzlich positiv gegenüber. Entsprechend ist es sachgerecht, die Beteiligung in den Beiräten auf Fragen der Krankenversicherung zu erweitern. Die Beteiligung kann dazu beitragen, die Transparenz über die Arbeit der Medizinischen Dienste und damit die Akzeptanz weiter zu erhöhen. Um dies zu erreichen, bedarf es jedoch keines Stimmrechtes von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern in den Entscheidungsgremien der Medizinischen Dienste.

Aufgaben des MDS erfordern Anbindung an den GKV-Spitzenverband

Die auch im Kabinettsentwurf vorgesehene Abtrennung des MDS vom GKV-Spitzenverband passt nicht zu den Aufgaben des MDS in der Systemberatung und wird daher abgelehnt. Der MDS hat den GKV-Spitzenverband in medizinischen und pflegefachlichen Fragen zu beraten. Dieser Beratungsauftrag gegenüber dem GKV-Spitzenverband steht zu Recht gleichwertig neben der Aufgabenstellung der Koordinierung der Arbeit der Medizinischen Dienste. Durch die ausschließliche Besetzung des Verwaltungsrates mit Vertretern der Landesebene wird der MDS vom GKV-System auf der Bundesebene abgetrennt. Dies steht zum einen der effizienten und sachgerechten Wahrnehmung der Beratungsaufgaben in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Gesundheit und Pflege (Gemeinsamer Bundesausschuss, Pflege-Qualitätsausschuss, Bewertungsausschuss etc.) entgegen. Zum anderen hat der GKV-Spitzenverband keine Einflussmöglichkeiten mehr auf den Ressourceneinsatz von MDS und MDK in der Systemberatung. Bei der Ausgestaltung der

Selbstverwaltung bei den MDK und beim MDS ist zu beachten, dass die Finanzierung der Medizinischen Dienste unverändert allein durch die Beitragszahler erfolgt.

Bundesweite Aufgabenwahrnehmung und Richtlinien

Die Tätigkeit der Medizinischen Dienste ist auf eine bundesweite einheitliche Aufgabenwahrnehmung in der Begutachtung, Beratung und Prüfung ausgerichtet. Insoweit unterstützen die Medizinischen Dienste die hierzu im Gesetz vorgesehenen Elemente. Ein wesentlicher Bestandteil dazu sind die Begutachtungsrichtlinien. Was die vorgesehene Übertragung der Kompetenz zum Erlass von Richtlinien auf den MDS anbelangt, so sehen wir dies als eine politische Entscheidung an, die vom Gesetzgeber zu treffen ist.

Unabhängig vom Ergebnis dieser Entscheidung kommt es darauf an, dass die hier notwendige Zusammenführung sowohl fachlicher als auch leistungs- und vertragsrechtlicher Aspekte sichergestellt ist. Dies wird aktuell dadurch gewährleistet, dass diese Richtlinien in einem strukturierten Verfahren von MDS und MDK erarbeitet und mit dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erörtert werden, um die Kompatibilität zum Leistungs- und Vertragsrecht sicher zu stellen. Dieses Verfahren ist auch künftig notwendig, damit sich Krankenkassen und die Gutachter der Medizinischen Dienste aber auch Patientinnen und Patienten, Versicherte und Leistungserbringer auf die angemessene Ausgestaltung der Richtlinien verlassen können.

II. Stellungnahme zu ausgewählten Artikeln des Gesetzentwurfs:

Zu Artikel 1 Nr. 7 Buchst. a und b (§ 115b Abs. 1 und Abs. 1a SGB V, Vereinbarung Ambulantes Operieren; Gutachten über den Stand der medizinischen Erkenntnisse zum ambulanten Operieren)

Zur Vorbereitung einer Erweiterung des AOP-Kataloges werden der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, bis zum 31. März 2020 ein Gutachten zur Untersuchung der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen in Auftrag zu geben. Darüber hinaus sollen in Verbindung mit der differenzierten Ausgestaltung des AOP-Kataloges verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad analysiert werden. Das vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu beauftragende Gutachten soll innerhalb eines Jahres nach Beauftragung vorliegen und die Grundlage für die neuen Vereinbarungen nach Absatz 1 bilden.

Bewertung:

Die vorgesehene Neuregelung erscheint sachgerecht, um das Potenzial für ambulante Operationen weiter auszuschöpfen. Der Ansatz, durch eine verbesserte Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser den häufigen Prüfanlass einer möglichen Fehlbelegung im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen zu reduzieren, erscheint grundsätzlich geeignet, einen Beitrag zur Umsetzung des politischen Ziels, den Anteil korrekter Abrechnungen zu erhöhen und die Zahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen zu reduzieren, zu leisten. Gleichzeitig bleibt offen, wie und durch wen eine Prüfung dieser Leistungen auf Notwendigkeit und Umfang durchgeführt werden kann.

Zu Artikel 1 Nr. 7 Buchst. a. aa und c. bb (§ 115b Abs. 1 und 2 SGB V, Katalog Ambulantes Operieren; nach Schweregrad differenzierte Vergütung; Ausschluss von MD-Prüfungen)

Im Rahmen der vorgesehenen Vereinbarung eines Kataloges ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, wird vorgegeben, dass die Vergütung für die Leistungen in dem Katalog künftig nach Schweregrad zu differenzieren ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, sollen nicht der Prüfung durch den MD unterliegen.

Bewertung:

Die MDK und der MDS (im Folgenden Medizinische Dienste) erachten die angestrebte Differenzierung der Vergütung nach Schweregraden als sachgerecht. Wir weisen jedoch darauf hin, dass der eigentlich auf die Reduzierung von Fehlbelegungsprüfungen abzielende Prüfungsausschluss der Leistungen nach dem AOP-Katalog auch dazu führen wird, dass die Indikation, der Schweregrad oder die Kosten für Medizinprodukte bei diesen Leistungen nicht mehr geprüft werden können. Die nicht pauschalierte Vergütung von Medizinprodukten führt erfahrungsgemäß bislang immer wieder zur Verwendung von Produkten, zu denen es ohne Qualitätsnachteil wirtschaftlichere Alternativen gäbe. Auch zu diesem Punkt erscheinen Prüfungen weiterhin sachgerecht.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchst. d Buchst. d (§ 275 Abs. 3 SGB V, Begründung von Behandlungsfehlergutachten)

Durch die in § 275 Abs. 3 SGB V beabsichtigte Regelung sollen Behandlungsfehlergutachten auch dann nachvollziehbar begründet werden, wenn gutachterlich kein Behandlungsfehler festgestellt wird. Dies steht unter dem Vorbehalt, dass die Begründung zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.

Bewertung:

Nach § 66 SGB V haben Versicherte bei einem vermuteten Behandlungsfehler einen Anspruch auf Unterstützung durch die Krankenkasse. Dies kann auch die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 beinhalten. Es ist nachvollziehbar und entspricht auch den Praxiserfahrungen, dass auch oder gerade Versicherte, bei denen gutachtlich kein Behandlungsfehler festgestellt wurde, einen hohen Informations- und Aufklärungsbedarf haben. Dem wird von den Medizinischen Diensten im Zusammenspiel mit der Krankenkasse bereits heute Rechnung getragen, wenn es im Einzelfall geboten erscheint. Es spricht jedoch nichts dagegen, diese Vorgehensweise im Sinne einer Stärkung einer einheitlichen Vorgehensweise in der vorgesehenen Form gesetzlich zu normieren.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchst. e Buchst. d (§ 275 Abs. 3b SGB V, Stellungnahme der MD bei Widerspruch)

Durch die Neuregelung in § 275 Absatz 3b SGB V ist der MD in bestimmten Fällen – im Einzelnen bei der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln, der Form einer Dialysebehandlung, der Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen und der Begutachtung von Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern – zwingend einzuschalten, wenn eine Krankenkasse auf seine vorherige Einbeziehung verzichtet hat und einem gegen die ablehnende Leistungsentscheidung erhobenen Widerspruch nicht abhelfen will. Die verpflichtende Einschaltung des MD betrifft nur die Fälle, in denen die Krankenkasse die Leistung aus medizinischen und nicht aus leistungsrechtlichen Gründen ablehnt.

Bewertung:

Grundsätzlich ist die Einschaltung der MD immer dann angezeigt, wenn zwecks Entscheidung der Krankenkassen über eine beantragte Leistung die Beantwortung medizinischer Fragestellungen erforderlich ist. Die Einbeziehung der MD sichert nicht nur die Leistungsentscheidung der Krankenkassen fachlich ab, sondern trägt zusätzlich zur Transparenz gegenüber den Versicherten bei. Eine solche Beauftragung des MD im Rahmen des Widerspruchsverfahrens dürfte bereits heute regelmäßig durch die Krankenkassen erfolgen. Trotz dieser regelhaften Beauftragung der MD erscheint die beabsichtigte Regelung zweckmäßig.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchst. f (§ 275 Abs. 5 SGB V, Fachliche Unabhängigkeit)

Die bisher nur auf ärztliche Gutachterinnen und Gutachter bezogene gesetzliche Vorgabe der fachlichen Unabhängigkeit wird mit den Änderungen in § 275 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V klarstellend auf alle in die Begutachtung der MD einbezogenen Berufsgruppen erstreckt.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen ausdrücklich die in § 275 Absatz 5 SGB V vorgesehene klarstellende Ausweitung der gesetzlichen Normierung der gutachterlichen Unabhängigkeit bei der Wahrnehmung der Fachaufgaben auf alle in die Begutachtung einbezogenen Berufsgruppen ebenso wie die in § 276 Absatz 4 SGB V geregelten Betretungsrechte und die in § 278 Absatz 2 SGB V geregelten Vorgaben zur Wahrnehmung der Fachaufgaben der Gutachterinnen und Gutachter. Dies entspricht den fachlich komplexen und vielseitigen Aufgaben der MD, zu deren Wahrnehmung neben den Ärztinnen und Ärzten weitere Professionen aus dem Gesundheitswesen zum Einsatz kommen.

Die MD gewährleisten eine unabhängige Begutachtung und Beratung, die weder von den Interessen der Kranken- und Pflegekassen noch der Leistungserbringer oder der Politik geleitet wird. Diese Unabhängigkeit ist gemäß § 275 Absatz 5 SGB V geltendes Recht und besitzt höchsten Stellenwert. Sie ist eine maßgebliche Voraussetzung für die Arbeit der MDK. Neben den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern sind insbesondere Pflegefachkräfte und Angehörige weiterer Gesundheits- und Heilberufe sowie Kodierfachkräfte in die Arbeit der MDK eingebunden.

Insoweit ist die klarstellende gesetzliche Normierung der bisher nur auf ärztliche Gutachterinnen und Gutachter bezogenen fachlichen Unabhängigkeit auf alle in die Begutachtung der künftigen MD einbezogenen Berufsgruppen richtig. Sie unterliegen damit den gleichen Anforderungen an die fachliche Unabhängigkeit wie ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Alle gutachterlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dann nach dem Gesetz fachlich unabhängig.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 275c Abs. 2 SGB V (neu), Durchführung von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den MD)

Die Neuregelung in § 275c Abs. 2 SGB V sieht unter anderem vor, dass die Frist zur Einleitung einer Prüfung bei Krankenhausbehandlung von sechs Wochen auf drei Monate verlängert werden soll. Zudem wird eine Regelung ergänzt, nach der die Prüfungen bei dem MD einzuleiten sind, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.

Bewertung:

Die Fristverlängerung zur Einleitung von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung bewerten die Medizinischen Dienste als sachgerecht. Dadurch kann eine effektive Auswahl von durch die künftigen MD zu prüfender Fälle getroffen werden.

Auch die Ergänzung zur Regelung der Zuständigkeit der Abrechnungsprüfung durch den geplanten MD, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist, stellt eine sinnvolle Neuregelung dar, damit der örtlich jeweils zuständige MD auf einer validen Datengrundlage arbeiten kann. Weitergehend kann so eine verlässliche und durch Dritte nachvollziehbare Zuständigkeit für die Prüfung etabliert werden. Dies stärkt die Akzeptanz der Prüfung durch ein transparentes Vorgehen.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 275c Abs. 2 SGB V (neu), Quotierung der Prüfaufträge)

Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse 10 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen eines Krankenhauses zur Begutachtung vorlegen. Ab 2021 wird diese Prüfquote je Krankenhaus quartalsweise nach dem Anteil der unbeanstandeten Rechnungen an den begutachteten Rechnungen festgelegt. Bezugspunkt dafür soll das vorvergangene Quartal sein. Die Ermittlung der Quote erfolgt durch den GKV-Spitzenverband. Dem künftigen MD soll die Pflicht obliegen, Prüfaufträge nach Erreichen der Prüfquote abzulehnen. Liegt die Zahl der unbeanstandeten Abrechnungen bei unter 40 Prozent, besteht eine Prüfquote von 15 Prozent. Diese reduziert sich auf 10 Prozent, wenn die Zahl der unbeanstandeten Abrechnungen zwischen 40 und 60 Prozent liegt. Ab einer Quote unbeanstandeter Abrechnungen von mehr als 60 Prozent reduziert sich die Zahl der möglichen Prüfungen auf bis zu fünf Prozent.

Über diese gestaffelte Prüfquote hinaus können Prüfungen vorgenommen werden, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent liegt oder ein begründeter Verdacht systematisch überhöhter Abrechnungen besteht.

Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen erhalten, können mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Rechnungen prüfen lassen.

Bewertung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfungen zu erhöhen. Diese Zielsetzung halten die Medizinischen Dienste grundsätzlich für richtig, da aktuell nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes mehr als 50 Prozent der geprüften Rechnungen nicht korrekt sind. Hierbei einen selektiven Prüfansatz zu verfolgen ist sachgerecht. Dabei erscheinen die Sanktionselemente, verbunden mit weiteren vorgesehenen Maßnahmen zur Reduzierung fehlerhafter Abrechnungen, geeignet, den Anteil korrekter Abrechnungen zu erhöhen.

Die Prüfrechte der Krankenkassen sollten jedoch solange nicht eingeschränkt werden, bis sich die Praxistauglichkeit und Wirksamkeit des neuen Ansatzes herausgestellt hat. Dies bedeutet auch, die Prüfquote im Jahr 2020 nicht auf 10 Prozent zu begrenzen, da die Anreize für korrektes Abrechnen erst schrittweise ab 2021 greifen können.

Kritisch zu hinterfragen sind auch die gewählten Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquoten. Diese orientieren sich offenbar an dem heute festzustellenden hohen Anteil fehlerhafter Abrechnungen von derzeit über 50 Prozent. Ob für Krankenhäuser, bei denen bis zu 40 Prozent der geprüften Abrechnungen beanstandet wurden, bereits eine Deckelung der Prüfungen auf eine fünfprozentige Prüfquote angemessen ist, ist sehr fraglich.

Die im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommene Nachjustierung bezüglich der Sonderregelung für Krankenkassen, die sehr kleine Belegungszahlen in Kliniken aufweisen, ist grundsätzlich zu begrüßen, aber weiterhin unzureichend. Bei spezialisierten Kliniken, die gegenüber kleinen Krankenkassen abrechnen, wird die Anzahl von 20 Schlussrechnungen in der Regel unterschritten werden. Als Beispiele lassen sich hochkomplexe onkologische Behandlungen, Behandlungen von Schwerstverbrannten oder spezielle pädiatrische Behandlungen aufführen. Diese

Behandlungsfälle laufen bei den Krankenkassen selten auf, sind jedoch hochpreisig und führen bei der Abrechnungsprüfung durchaus zu hohen Rückforderungen. Eine durchgängige Quotierung in der vorgesehenen Form führt dazu, dass einige Krankenkassen diese sehr selten bei ihnen auftretenden, hochpreisigen Fälle aufgrund der geringen Fallzahl nicht mehr prüfen lassen können bzw. dass einzelne (hochspezialisierte) Kliniken oder Abteilungen gar nicht geprüft werden. Die vorgesehene Neuregelung, der gemäß Krankenkassen bei weniger als 20 Schlussrechnungen eines Krankenhauses mindestens eine Schlussrechnung bzw. höchstens die sich aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Rechnungen prüfen können, sollte aus diesem Grund durch eine Regelung ersetzt werden, dahingehend dass bei geringen Fallzahlen die Quotierung nicht greift.

Eine Ablehnung von Prüfungen durch den geplanten MD, wenn die zulässigen Prüfquoten erfüllt sind, erscheint insoweit systemisch nicht zutreffend verortet, da die Daten bezüglich der entsprechenden Abrechnungen bei den Krankenhäusern und den Krankenkassen liegen. Insoweit sollte die Verantwortung für die Erteilung eines Prüfauftrags unter Beachtung der Prüfquote bei den Krankenkassen liegen.

Änderungsvorschlag:

Streichung der Prüfpflicht der MDK zur Einhaltung der Prüfquote sowie Aussetzen der Prüfquote für Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen erhalten

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 275c Abs. 3 SGB V (neu), Sanktionierung der Krankenhäuser bei Rechnungskorrekturen

Die Krankenhäuser müssen gemäß § 275c Absatz 3 SGB V bei einem Anteil von unter 60 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag an die Krankenkasse zurückzahlen. Dieser Aufschlag beträgt bei einem Anteil von unbeanstandeten Abrechnungen zwischen 40 und 60 Prozent 25 Prozent des Korrekturbetrags. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unter 40 Prozent beträgt der Aufschlag 50 Prozent. Die Höhe des Abschlags beträgt dabei höchstens 1.500 Euro. Kein Aufschlag wird auf Verfahren im Vorfeld einer Beauftragung des MD nach § 17c Abs. 2 S. 2 KHG erhoben.

Bewertung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfungen zu erhöhen. Die vorgesehenen Aufschläge auf die Differenzbeträge setzen Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser und sind daher grundsätzlich geeignet, die Abrechnungsgüte zu verbessern und den Umfang der Prüfungen zu reduzieren. Diese Zielsetzung und das hier gewählte Instrument eines sanktionsbewährten selektiven Prüfansatzes werden grundsätzlich befürwortet. Kritisch zu sehen sind allerdings die gewählten Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquoten. Diese orientieren sich offenbar an dem heute festzustellenden hohen Anteil fehlerhafter Abrechnungen von über 50 Prozent. Fraglich erscheint zudem, ob die im Kabinettsentwurf vorgesehene Deckelung des Aufschlags auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag dem Ziel zur Steigerung eines korrekten Abrechnungsverhaltens zuträglich ist, wenn Krankenhäuser 1.500 Euro als höchstmöglichen Aufschlag für nicht korrektes Abrechnungsverhalten kalkulieren können.

Die Wirksamkeit der vorgesehenen Änderungen muss sich deshalb anhand eines Rückgangs des Anteils der zu beanstandenden Rechnungen und im Zusammenspiel mit den weiteren Strukturmerkmalen der Krankenhausabrechnungen in der künftigen Abrechnungspraxis erweisen. Eine Evaluation der Wirkungen der veränderten Krankenhausabrechnungsprüfung und ggf. vorzunehmende Anpassungen des Abrechnungsverfahrens sind daher folgerichtig geboten.

Zu Artikel 1 Nr. 23 und Artikel 3 Nr. 1 Buchst. h (§ 275c Abs. 4 SGB V (neu) und § 17c Abs. 6 KHG (neu), Transparenz über die Gesamtvorgänge und Ergebnisse)

Durch den GKV-Spitzenverband soll eine bundeseinheitliche, quartalsbezogene Auswertung vorgenommen werden, welche die Vorgaben der Absätze 1 bis 3 beinhaltet. Die hierfür erforderlichen Daten sind durch die Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Die Datenübermittlung soll bis zum Ende des ersten auf ein Quartal folgenden Monats erfolgt sein. Hierauf basierend hat der GKV-Spitzenverband bis zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, welches die Datengrundlage bildet, die Daten aufzuarbeiten. Dies soll ab dem Jahr 2020 erfolgen. Die Ergebnisse dieser Auswertung sind in aggregierter Form, bundesweit und gegliedert nach MD zu veröffentlichen.

Gemäß § 17c Absatz 6 KHG ist beabsichtigt, dass der GKV-Spitzenverband jährlich, erstmals zum 30. Juni 2020, einen detaillierten Bericht über alle Aspekte der Krankenhaus-Rechnungsprüfung erstellt. Die Gliederung soll auch nach MD erfolgen.

Bewertung:

Die hier getroffene Regelung bezüglich der Auswertungen der Prüfdaten ist grundsätzlich zu begrüßen. Diese kann zu einer besseren Transparenz beitragen und ermöglicht das vorgesehene Prüfverfahren. Hinsichtlich des Berichts über die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen ist eine große Transparenz des Prüfgeschehens ebenfalls zu begrüßen.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 275c Abs. 5 SGB V (neu) (Aufschiebende Wirkung; Einwendungen gegen Ermittlung der Prüfquote; Feststellungen von Behörden und Gerichten)

Widersprüche und Klagen gegen die Geltendmachung des Aufschlags sowie gegen die Ermittlung der Prüfquote haben keine aufschiebende Wirkung. Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen werden bei der Ermittlung der Prüfquote nicht berücksichtigt. Feststellungen von Behörden oder Gerichten lassen die quartalsbezogene Prüfquote unberührt.

Bewertung:

Die hier beabsichtigte Präklusionsvorschrift für Einwendungen gegen die Prüfquote erscheint in Anbetracht des Ziels, die eingesetzten Mittel für die Krankenhausabrechnungsprüfung zu verringern, als zweckmäßig. Durch diese Neuregelung kann eine Entlastung in der Verwaltung und bei den Sozialgerichten erreicht werden. Diese müssen bei Widersprüchen oder Klagen gegen die vom GKV-Spitzenverband errechnete Prüfquote kein Vorbringen gegen einzelne Abrechnungen berücksichtigen. Gegenstand eines solchen Verfahrens ist dann ausschließlich die errechnete Prüfquote. Hierdurch kann eine Verringerung des Verfahrensaufwandes erreicht werden ohne den Rechtsschutz der Beteiligten auszuhebeln. Auch erfolgt eine strikte Trennung zwischen Verfahren gegen die zugrundeliegenden Abrechnungen und die Prüfquote selbst.

Zu Artikel 1 Nr. 23 und Nr. 25 (§ 275d SGB V (neu) und § 283 Abs. 2 Satz 3 SGB V, Strukturprüfung OPS-Komplexkodes)

Krankenhäuser müssen vor einer Budgetvereinbarung eine Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen eines OPS-Komplexkodes vorlegen. Ohne Vorliegen einer solchen Bescheinigung dürfen entsprechende Komplexkodes ab 1. Januar 2021 nicht mehr abgerechnet werden. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst in schriftlicher oder elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.

Die Regularien für diese Bescheinigung (Inhalt und Geltungsdauer) sollen in einer Richtlinie festgelegt werden, die bis zum 30. April 2020 vom MDS zu erlassen ist. Weitergehend soll diese Richtlinie auch Regelungen zu den Folgen einer Nicht-Erfüllung von Strukturmerkmalen durch Krankenhäuser enthalten. Die Prüfung durch den MD soll für die Krankenhäuser ohne Berechnung von Kosten erfolgen (umlagefinanziert). Die ersten Bescheinigungen sollen bis zum 31. Dezember 2020 an die Krankenkasse übermittelt werden.

Erfüllt ein Krankenhaus eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über mehr als einen Monat nicht mehr, sollen die Krankenhäuser diesen Umstand den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich mitteilen.

Bewertung:

Aus fachlicher Perspektive befürworten die Medizinischen Dienste die vorgesehene Durchführung regelmäßiger, krankenhausbezogener Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen. Begrüßenswert ist dabei auch die beabsichtigte Neuerung, nach der eine Prüfung vor der Abrechenbarkeit der Leistung erfolgt. Dieses bisher nicht verwendete Instrument der vorgelagerten Prüfung beugt dabei der Entstehung von Auseinandersetzungen im Bereich der Krankenhausabrechnungen vor. Durch die gesonderte Prüfung von Strukturmerkmalen kann darüber hinaus eine Prüfung im Einzelfall entfallen. Um aber Fehlentwicklungen bei diesem neuen Mechanismus zu vermeiden, sollten nur vergütungsrelevante OPS-Komplexkodes bei der Zertifizierung berücksichtigt werden. Das ausgewiesene Ziel der beabsichtigten Regelung, Ressourcen bei der Einzelfallprüfung einzusparen und die Planbarkeit für die Krankenhäuser zu erhöhen, kann so erreicht werden.

Für die erstmalige Durchführung der Strukturprüfungen im Jahr 2020 steht den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten nur ein kurzer Zeitraum für die Umsetzung zur Verfügung, da zunächst die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Nummer 3 vom MD Bund zu erlassen und vom BMG zu genehmigen ist. Insbesondere wird es darauf ankommen, dass die Krankenhäuser die Strukturprüfungen nach Inkrafttreten der o. g. Richtlinie frühzeitig bei den Medizinischen Diensten beantragen. Daher sollte im Gesetz klargestellt werden, dass die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 S.1 Nummer 3 den Besonderheiten des Einführungsjahres 2020 Rechnung tragen und organisatorische Regelungen vorsehen muss, die die Bearbeitung aller Prüfanträge der Krankenhäuser bis zum Ende des Jahres 2020 ermöglichen.

Die im Kabinettsentwurf neu eingefügte Regelung, dass Krankenhäuser das Gutachten der Medizinischen Dienste bzw. eine Bescheinigung über das Prüfergebnis auch in elektronischer Form erhalten, ist sachgerecht und leistet einen Beitrag zur weiteren effizienzsteigernden Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Begrüßt wird die Streichung zum Einsatz von anderen Gutachterdiensten bei der Strukturprüfung, welche noch im Referentenentwurf vorgesehen war. Durch die wettbewerbsneutrale und fachlich ausgerichtete Prüfung der Medizinischen Dienste kann ein einheitlicher Bewertungsmaßstab bei der Prüfung gesichert werden. Mit dem Wegfall der Möglichkeit der Beauftragung anderer Gutachterdienste wurde ein Ausweichmechanismus, welcher die einheitliche Bewertung bei der Strukturprüfung ausgehebelt hätte, vermieden.

Die vorgesehenen zeitlichen Abläufe führen zu dem Phänomen, dass die Prüfungen der Strukturvoraussetzungen zu OPS-Komplexkodes regelhaft entlang der Kriterien des OPS-Kataloges erfolgen müssen, die im Systemjahr der Abrechnung von Leistungen nicht mehr gültig sind. Bescheinigungen, die zum 31. Dezember 2020 vorgelegt werden, bestätigen die Erfüllung der Kriterien des OPS-Kataloges 2020, die sich im OPS-Katalog 2021 verändern können. Somit kann der vorliegende Prüfbericht bei Änderungen des OPS-Kataloges nicht die Erfüllung der im Abrechnungszeitraum geltenden Bedingungen bescheinigen. Bei neu aufgenommenen Kriterien würde das Krankenhaus u.U. über eine Bescheinigung verfügen, obwohl (im Abrechnungsjahr) die Bedingungen nicht vollständig erfüllt sind. Da in Absatz 3 eine Meldepflicht nur bei Wegfall „nachgewiesener Strukturmerkmale“ gefordert ist, wäre darüber der Ausschluss von Leistungserbringung und Vergütung nicht abgesichert. Wäre einem Krankenhaus andererseits die Bescheinigung wegen Strukturmerkmalen verweigert worden, die im neuen Katalog nicht enthalten sind, wäre es für ein Jahr von der Leistungserbringung und Vergütung ausgeschlossen, da Bescheinigungen nur zum Stichtag 31. Dezember eines Jahres vorgelegt werden können. Gleichsinnig wirkt die Tatsache, dass eine erstmalige Erlösrelevanz eines Kodes im Fallpauschalenkatalog erst spät im Herbst bekannt wird. Die hierfür ggf. erforderlichen Umsetzungen in den Krankenhäusern und die Überprüfung durch den MD sind bis zum 31. Dezember des laufenden Jahres nicht realisierbar. Letzteres wäre dadurch zu lösen, dass in den Sonderfällen der erstmaligen Vergütungsrelevanz eines OPS-Kodes die Bescheinigung bis zum 30. April des Folgejahres vorgelegt werden kann und rückwirkend für das Abrechnungsjahr Gültigkeit hat.

Die hier beabsichtigte Regelung kann dabei nur eine Wirkung entfalten, wenn die beteiligten Einrichtungen sich an der gesetzlich vorgegebenen Meldepflicht orientieren. Diese greift dann ein, wenn Krankenhäuser die nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr erfüllen. Um hier eine Fehlentwicklung zu Ungunsten der Versichertengemeinschaft vorzubeugen, ist ein Sicherungsmechanismus angezeigt. Hier ist die Möglichkeit einer Zwischenprüfung, welche durch die Krankenkassen verdachtsabhängig zu veranlassen ist, geboten. Durch diese Prüfung könnte die Meldetreue der Krankenhäuser im Voraus gefördert und Verstöße mit negativen Auswirkungen für die Versicherten umgehend kompensiert werden.

Änderungsvorschlag:

In § 283 Abs. 2 Satz 3 SGB V sollte ergänzend klargestellt werden, dass den Besonderheiten des Einführungsjahres der Strukturprüfungen Rechnung zu tragen ist“

Zu Artikel 1 Nr. 24 Buchst. c (§ 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V, Betretungsrecht der Gutachter)

Die Änderung in § 276 Absatz 4 SGB V sieht vor, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch weitere Gutachterinnen und Gutachter die Räume von Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen betreten dürfen, um Krankenhausunterlagen einzusehen und – soweit erforderlich – Versicherte untersuchen zu können.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste erachten die in § 276 Absatz 4 SGB V klarstellende Regelung zur Ausweitung der Betretens- und Einsichtnahmerechte auf nicht ärztliche Gutachterinnen und Gutachter der künftigen MD als sachgerecht. Durch die zunehmende Ausrichtung auf multiprofessionelle Teams wären die Tätigkeiten und Befugnisse der Gutachterinnen und Gutachter auch im stationären Bereich zu konkretisieren. Das Recht der Gutachterinnen und Gutachter zum Betreten von Einrichtungen der Leistungserbringer zum Zwecke der Einsichtnahme in Krankenhausunterlagen und für gegebenenfalls erforderliche Untersuchungen von Versicherten stellt eine aufgabengerechte Klarstellung des Betretungsrechts dar und trägt damit zur Rechtssicherheit der beteiligten Akteure bei.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 278 Abs. 1 SGB V, Umwandlung der Rechtsform der MD)

Die MD sollen künftig einheitlich in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts unter Wegfall der Eigenschaft als Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen geführt werden. Die MD können ausweislich der beabsichtigten Regelung Arbeitsgemeinschaften bilden oder ihnen angehören.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen die im Kabinettsentwurf vorgesehene Angleichung der bislang unterschiedlichen Rechtsformen der MDK in Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Beibehaltung der föderalen Struktur.

Die Ausgestaltung der MDK als Körperschaften des öffentlichen Rechts bildet die öffentlichen Aufgaben der MDK in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. In geeigneter Weise wird durch die Angleichung der Rechtsform der künftigen MD in Körperschaften des öffentlichen Rechts die Eigenständigkeit der Organisation MD unterstrichen und die bereits gegebene fachlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung für die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung auch nach außen dargestellt.

Die vorgesehene Weiterentwicklung schafft eine gleichgewichtete organisationsrechtliche Stufe der künftigen MD mit den sie beauftragenden Kranken- und Pflegekassen. Die Medizinischen Dienste begrüßen des Weiteren die Beibehaltung der föderalen Struktur bei gleichzeitiger Stärkung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung. Bei den grundsätzlich auf Landesebene ausgestalteten Versorgungs- und Qualitätssicherungsstrukturen im Gesundheitswesen sind die Kenntnis und die Nähe zu regionalen Ansprechpartnern und Strukturen von großer Bedeutung.

Darüber hinaus werden durch die Angleichung der bisher unterschiedlichen Rechtsformen der MDK die mit den bisher unterschiedlichen Rechtsformen verbundenen gesetzlichen Regelungsunterschiede beseitigt und dadurch die Umsetzung von Gemeinschaftsprojekten der künftigen MD, wie der momentan erfolgenden Einführung einer gemeinsamen Branchensoftware, erleichtert.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 278 Abs. 2 SGB V, Wahrnehmung der Fachaufgaben der MD)

Zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und Angehörigen anderer Heilberufe werden auch Angehörige weiterer Berufe des Gesundheitswesens in die Gruppe der zur Wahrnehmung der Fachaufgaben der MD berechtigten Personen aufgenommen. Die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte verbleibt bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern bzw. bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften.

Bewertung:

Wie in der Kommentierung zu § 275 Absatz 5 SGB V (neu) erläutert, begrüßen die Medizinischen Dienste die im Kabinettsentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur gesetzlichen Festschreibung der bereits gegebenen fachlich unabhängigen Aufgabenwahrnehmung der Gutachterinnen und Gutachter der MDK.

Aus diesem Grund erachten die Medizinischen Dienste die vorgesehene Regelung zur expliziten Darlegung der Berechtigung weiterer Berufsgruppen zur Wahrnehmung der Fachaufgaben der künftigen MD als folgerichtig. Zur Wahrnehmung der vielseitigen Aufgaben der MD sind bei den MDK neben den Ärztinnen und Ärzten auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den verschiedenen Professionen des Gesundheitsbereichs, wie z.B. Kodierassistenten, Psychologen und Orthopädietechniker beschäftigt.

Die MDK verantworten die medizinische und pflegefachliche Beratung und Begutachtung in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Die vorgesehene Verortung der Gesamtverantwortung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern bzw. bei pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften sichert sachdienlich die fachkompetente Beratung und Begutachtung der geplanten MD.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 278 Abs. 4 und § 283 Abs. 4 SGB V, Berichtswesen MD Bund)

In Absatz 4 wird das Berichtswesen betreffend den MD Bund geregelt. Die Berichte der MD, die diese dem MD Bund nach § 278 Absatz 4 zweijährlich zum 1. April liefern, fasst der MD Bund in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht ihn zum 1. September. Das Nähere zum Verfahren und zum Umfang hat der MD Bund in der Richtlinie über die regelmäßige Berichterstattung der MD zu regeln.

Bewertung:

Der MDS erstellt in Zusammenarbeit mit den MDK schon jetzt eine Vielzahl an Statistiken und Auswertungen zur Arbeit der MDK und des MDS. Exemplarisch zu nennen sind hier die Statistiken über die Begutachtungen und Beratungen der MDK im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung oder Statistiken über das in den Diensten beschäftigte Personal. Die im Kabinettsentwurf enthaltenen Vorgaben zum Ausbau der Transparenz über die Leistungen der geplanten MD stellen daher eine zielführende Maßnahme dar, um das Vertrauen in die Arbeit der Medizinischen Dienste weiter zu stärken.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 279 Abs. 1 – 6, Verwaltungsrat und Vorstand)

Organe der MD sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand.

Der Verwaltungsrat soll zukünftig aus 23 Vertretern bestehen, wobei 16 Vertreter in paritätischer und hälftiger Besetzung von Männern und Frauen von den Verwaltungsräten der Landesverbände der Kassen zu wählen sind. Sieben weitere Vertreter – fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände für die Wahrnehmung der Interessen von Patienten, Pflegebedürftigen und Verbrauchern sowie zwei nicht stimmberechtigte Vertreter der Pflegeberufe bzw. der Ärzteschaft – werden von den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder benannt. Die zu benennenden Vertreter der Verbände für die Wahrnehmung der Interessen von Patienten, Pflegebedürftigen und Verbraucher dürfen nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen.

In den Verwaltungsrat des MD dürfen Selbstverwalterinnen oder Selbstverwalter nicht gewählt werden, die einem Selbstverwaltungsorgan einer Krankenkasse oder ihrer Verbände angehören oder in den letzten 12 Monaten angehört haben. Ebenso ist die Wahl hauptamtlich bei den Krankenkassen oder ihren Verbänden Beschäftigter ausgeschlossen.

Bewertung:

Die geplante Gesetzgebung für eine Reform der Medizinischen Dienste wird die soziale Selbstverwaltung schwächen und damit die funktionale Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste erschweren. Deshalb lehnen die Medizinischen Dienste die entsprechenden Organisationsänderungen für die geplanten MD bzw. den MD Bund ab.

Es ist zu begrüßen, dass inzwischen anerkannt wurde, dass die noch im Referentenentwurf ursprünglich im Verwaltungsrat vorgesehene Minderheitenposition der Selbstverwaltungsvertreterinnen und Selbstverwaltungsvertreter zu einer mit den Grundrechten nicht zu vereinbarenden Schwächung der Interessenwahrnehmung der Versicherten und ihrer Arbeitgeber und damit zu einer unzureichenden demokratischen Legitimation führt. Auch wenn die durch die Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegeversicherung zu benennenden Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der MD jetzt zahlenmäßig wieder die Mehrheit stellen sollen, so fehlt ihnen doch die Anbindung an das GKV-System, da sie laut Gesetzentwurf nicht einem Selbstverwaltungsgremium der Kranken- und Pflegekassen angehören dürfen.

Angleichung der Rechtsform unter Beibehaltung föderaler Strukturen

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält verschiedene Regelungen, die grundsätzlich geeignet sind, die Aufgabenwahrnehmung und damit die Medizinischen Dienste zu stärken. So ist die im Kabinettsentwurf vorgesehene Beibehaltung der föderalen Strukturen der Medizinischen Dienste sachgerecht. Die Ausgestaltung der Medizinischen Dienste als Körperschaften des öffentlichen Rechts bildet die öffentlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. In geeigneter Weise wird durch die Angleichung der Rechtsform der Medizinischen Dienste in Körperschaften des öffentlichen Rechts die Eigenständigkeit der Organisation MD unterstrichen und die bereits gegebene fachlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung für die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung auch nach außen dargestellt. Die vorgesehene Weiterentwicklung schafft eine gleichgewichtete organisationsrechtliche Stufe der Medizinischen Dienste mit den sie beauftragenden Kranken- und Pflegekassen.

Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes im Medizinischen Dienst und im GKV-System aufheben

Die Verwaltungsräte der MD und des MD Bund werden entgegen der noch im Referentenentwurf vorgesehenen Mehrheitsverhältnisse nunmehr zwar überwiegend von den Verwaltungsräten der Kranken- und Pflegekassen gewählt, wegen der nach wie vor vorgesehenen Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes bei den MD und dem MD Bund und dem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse oder Verbandes , wird die letztlich notwendige auch personelle Anbindung der MD und des MD Bund an das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung allerdings unterbunden. Wenn künftig die in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen engagierten ehrenamtlichen Mitglieder ihren Sachverstand nicht mehr in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste einbringen dürfen, wird die bis dato praxisnahe und sachkundige Aufgabenwahrnehmung durch die Verwaltungsräte der MD und des MD Bund stark beeinträchtigt.

Bei den Medizinischen Diensten stellen die Versicherten die maßgebliche Betroffenengruppe dar, da die Aufgaben der Medizinischen Dienste überwiegend Leistungsvoraussetzungen und damit letztlich den Leistungsanspruch der Versicherten gegen die Kranken- oder Pflegeversicherung betreffen. Durch die im Regierungsentwurf vorgesehene Unvereinbarkeitsregelung wird die in der sozialen Selbstverwaltung charakteristische unmittelbare Aufgabenwahrnehmung durch Betroffene ausgeschlossen und dadurch das infolge des Bedeutungszuwachses der Medizinischen Dienste erforderliche höhere Legitimationsniveaugeschwächt.

Die Medizinischen Dienste erwarten vom Gesetzgeber eine Überarbeitung der organisationsrechtlichen Regelungen des Regierungsentwurfes dahingehend, dass nach wie vor eine gleichzeitige Wahrnehmung eines Selbstverwaltungsamtes bei den MD und dem MD Bund und dem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse und ihrer Verbände bzw. des GKV-Spitzenverbandes möglich ist. Denn dies ist die richtige Maßnahme, um die den Grundrechten geschuldete Einbindung der Betroffenenperspektive in die Gremien der Selbstverwaltung der Medizinischen Dienste adäquat sicherzustellen.

Beteiligung von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern sachgerecht ausgestalten

Im Hinblick auf die vorgesehene stimmberechtigte Mitgliedschaft der Patienten- und Betroffenenvertreter in den Verwaltungsräten der künftigen MD und des MD Bund verweisen die Medizinischen Dienste auf die Beteiligung von Vertretern der Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und der Pflegeberufe in den Beiräten der MDK, die sich bewährt hat. Mit der Einbindung von Patienten- und Betroffenenvertretern konnte die Transparenz über die Arbeit der MDK und damit ihre Akzeptanz erhöht werden. Entsprechend ist es sachgerecht, die Beteiligung von Patienten-, Betroffenen und Berufsvertretern in den Beiräten auf Fragen der Krankenversicherung zu erweitern.

Sachgerecht ist, dass zu benennenden Patienten- und Betroffenenvertreter nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden dürfen, die Leistungen für die gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung erbringen. Hiermit wird wirksam dem daraus resultierenden Risiko begegnet, dass Vertreter der Patienten und Betroffenen in Folge finanzieller Unterstützung durch Leistungserbringer in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen.

Ein ähnlicher Interessenskonflikt kann sich dabei nicht nur für die Betroffenenvertreter, sondern auch für die Berufsvertreter herausbilden. Durch die organisatorische und ökonomische Verflechtung von Berufsvertretern mit Leistungserbringern und dessen Verbänden kann eine neutrale Aufgabenwahrnehmung im Medizinischen Dienst gefährdet werden. Dieser auch vom Gesetzgeber

erkannten Problematik kann nicht allein durch einen Ausschluss von durch Dritte finanzierte Personen begegnet werden. Von daher sollten zu benennende Berufsvertreter nicht der Leitung einer Gesundheitseinrichtung, z.B. dem Vorstand eines Krankenhauses angehören oder als Hauptamtliche für Leistungserbringerverbände tätig sein dürfen.

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehenen organisatorischen Änderungen in Bezug auf die Besetzung der Verwaltungsräte der MD sind zu überdenken. Die vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes im Medizinischen Dienst und einem Selbstveraltungsamt in der Kranken-/Pflegeversicherung ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 280 Abs. 1, 3 SGB V, Finanzierung, Haushalt, Aufsicht)

§ 280 SGB V regelt in Absatz 1 die umlagebasierte Finanzierung der MD. Dabei sollen die Mittel im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 S. 2 Nr. 1 SGB V mit Wohnort im Einzugsbereich des jeweiligen MD aufgebracht werden. Unter Verweis auf § 70 Absatz 5 SGB IV soll die Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Haushalt erforderlich sein.

Bewertung:

Die MDK werden durch eine bundesweite Umlage finanziert. Diese Umlagefinanzierung garantiert den MDK eine wettbewerbsneutrale Aufgabenwahrnehmung und sichert die unabhängige Begutachtung.

Mitgliederbezogene Umlagefinanzierung

Die Medizinischen Dienste halten die Beibehaltung der Umlagefinanzierung durch die Kranken- und Pflegekassen, die sich an der Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkassen orientiert, für sachgerecht. Mit Blick auf die fachliche Unabhängigkeit der MDK ist es richtig, weder eine Einzelleistungsvergütung noch eine Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds vorzusehen.

Genehmigung des Haushalts

Die vorgesehene Genehmigungspflicht der Haushalte der MD erscheint unzweckmäßig. Bezogen auf die Haushalte der MDK reichen die schon heute bestehenden aufsichtsrechtlichen Regelungen aus. Die Feststellung des Haushaltes fällt in die Kompetenz der Selbstverwaltung. Eine Genehmigungspflicht der Haushalte schränkt demgegenüber die Gestaltungsverantwortung der Selbstverwaltung für die MD ein.

Finanzierung der Medizinischen Dienste

Die Medizinischen Dienste halten die Beibehaltung der Umlagefinanzierung durch die Kranken- und Pflegekassen, die sich an der Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkassen orientiert, für sachgerecht. Mit Blick auf die fachliche Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste ist es richtig, weder eine Einzelleistungsvergütung noch eine Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds vorzusehen.

Änderungsvorschlag:

Änderung in § 280 Absatz 3 SGB V

„Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69. § 70 Absatz 5 des Vierten Buches ~~mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf,~~ (…).“

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 281 SGB V, Rechtsform, Aufsicht)

Gemäß § 281 SGB V soll der MD Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet werden und an die Stelle des MDS treten. Dieser ist derzeit als eingetragener Verein mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als einzig stimmberechtigtem Mitglied organisiert. Der MD Bund soll organisatorisch vollständig vom GKV-Spitzenverband gelöst und von den MD als dessen Mitglieder getragen werden.

Bewertung:

Angleichung der Rechtsform unter Beibehaltung föderaler Strukturen

Die im Kabinettsentwurf vorgesehene Ausgestaltung des künftigen MD Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts bildet die dem MD Bund zugewiesenen Aufgaben systemkonform ab. In geeigneter Weise wird analog der Rechtsangleichung der künftigen MD durch die Änderung der Rechtsform des MD Bund in eine Körperschaften des öffentlichen Rechts die Eigenständigkeit seiner Organisation unterstrichen und die bereits gegebene fachlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung für die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung auch nach außen dargestellt.

Abtrennung der Medizinischen Dienste von der GKV auf der Bundesebene

Der Kabinettsentwurf sieht weiterhin vor, den künftigen MD Bund vom GKV-Spitzenverband abzutrennen. Stattdessen sollen die MD den MD Bund tragen. Die Abtrennung im Hinblick auf die Trägerschaft sowie die Finanzierung des geplanten MD Bund vom GKV-Spitzenverband passt jedoch nicht zu den Aufgaben des MD Bund in der Systemberatung und wird daher abgelehnt. Der MD Bund hat den GKV-Spitzenverband weiterhin in allen medizinischen und pflegefachlichen Fragen der ihm zugewiesenen Aufgaben zu beraten (§282 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Diese gesetzliche Aufgabe umfasst neben der Beratung des GKV-Spitzenverbandes auch die Beratung innerhalb der Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss und im Pflege-Qualitätsausschuss und macht derzeit in etwa die Hälfte der beim MDS anfallenden Arbeiten aus. Der Beratungsauftrag des MDS gegenüber dem GKV-Spitzenverband steht zu Recht gleichwertig neben der Aufgabenstellung der Koordinierung der Arbeit der Medizinischen Dienste. Infolge der vorgesehenen ausschließlichen Besetzung des Verwaltungsrates des MD Bund mit Vertretern der Landesebene wird der MD Bund vom GKV-System auf Bundesebene abgetrennt. Dies steht der effizienten und sachgerechten Wahrnehmung der Beratungsaufgaben für den GKV-Spitzenverband und der Unterstützung seiner Arbeit in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene entgegen.

Für die notwendige aufgabengerechte Verknüpfung des GKV-Spitzenverbandes mit dem geplanten MD Bund ist die Besetzung des Verwaltungsrates von zentraler Bedeutung. Entsprechend sollten dem Verwaltungsrat des MD Bund weiterhin Selbstverwaltungsvertreterinnen und -vertreter aus dem GKV-Spitzenverband angehören (siehe Kommentierung zu § 282 SGB V).

Zu den weiteren organisationsrechtlichen Regelungen betreffend die künftigen MD und den künftigen MD Bund verweisen wir auf die die Kommentierungen zu § 279 SGB V (S. 19ff.) dieser Stellungnahme.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 282 SGB V, Organe MD Bund)

In § 282 SGB V werden der Verwaltungsrat und der Vorstand als Organe des geplanten MD Bund bestimmt. Der Verwaltungsrat des künftigen MD Bund wird entsprechend der vorgesehenen Regelung für die Verwaltungsräte der MD aus drei Vertretergruppen mit sechzehn Versicherten- und Arbeitgebervertretern, fünf Vertreterinnen und Vertretern der Patientenorganisationen und zwei nicht stimmberechtigten Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe bzw. der Ärztekammern besetzt. Diese werden von den Verwaltungsräten der künftigen MD gewählt.

Bewertung:

Durch die ausschließliche Besetzung des Verwaltungsrates mit Vertretern der Landesebene wird der MD Bund vom GKV-System auf Bundesebene abgetrennt. Dies steht zum einen der effizienten und sachgerechten Wahrnehmung der Beratungsaufgaben in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Gesundheit und Pflege (Gemeinsamer Bundesausschuss, Pflege-Qualitätsausschuss, Bewertungsausschuss etc.) entgegen. Zum anderen hat die Selbstverwaltung der Bundesebene damit keinen Einfluss auf die Gestaltung der Leistungen und den Ressourceneinsatz des MD Bund und der Medizinischen Dienste in der Systemberatung.

Zentral für die aufgabengerechte Verknüpfung des GKV-Spitzenverbandes mit dem geplanten MD Bund ist die Besetzung des Verwaltungsrates. Entsprechend sollten dem Verwaltungsrat des MD Bund weiterhin Selbstverwaltungsvertretern aus dem GKV-Spitzenverband angehören. Einem Verwaltungsrat obliegt grundsätzlich eine Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand, i.S. der Überprüfung einer ordnungsgemäßen Aufgabenwahrnehmung. Hierzu gehört der Abgleich der durch die betreffende Institution erledigten Aufgaben mit den an sie gestellten (gesetzlichen) Anforderungen genauso dazu, wie die Überprüfung eines angemessenen Ressourceneinsatzes um die Aufgaben erfolgreich bewerkstelligen zu können.

Es ist zwingend erforderlich, dass auf Bundesebene die Arbeit von GKV-Spitzenverband und MD Bund weiterhin miteinander verbunden ist, genauso wie die Arbeit der MD mit den Krankenkassen im Land verbunden ist. Der Erhalt der Verknüpfung von MD Bund und GKV-Spitzenverband ist auch notwendig, damit die Erfahrungen aus der Einzelfallbegutachtung auf Landesebene unmittelbar in die Beratung des GKV-Spitzenverbandes einfließen können.

Unter Beachtung des Grundsatzes eines wirtschaftlichen und effektiven Verwaltungshandelns, sollte darüber hinaus die Möglichkeit einer Delegiertenversammlung zur Wahl des Verwaltungsrates des zukünftigen MD Bund eröffnet werden. Eine dahingehend klarstellende Formulierung könnte unter Wahrung aller demokratischen Beteiligungsrechte die Wahl des zukünftigen Verwaltungsrates des MD Bund vereinfachen.

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes im MD Bund und einem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse bzw. einem Verband ist ersatzlos zu streichen. Siehe hierzu den Änderungsvorschlag zu §279 Abs. 6 SGB V

§ 282 Absatz 2 Satz 5 ist wie folgt zu ergänzen:

§ 282 Absatz 2 Satz 5 ist wie folgt neu zu fassen:

„Der Verwaltungsrat kann durch eine Delegiertenversammlung gewählt werden. Das Nähere zur Wahl des Verwaltungsrates durch die Delegiertenversammlung, und insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.“

Zu Änderungsantrag 15 (Art. 1 Nr. 25,30; § 282, 328 SGB V, Delegiertenversammlung MD Bund)

Der Änderungsantrag sieht für die Wahl des Verwaltungsrates des zukünftigen MD Bund die Möglichkeit vor, dass die Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des Medizinischen Dienstes zu entsendende Person nach Weisung der entsendenden Vertreter bei der Wahl abgegeben werden kann.

Darüber hinaus wird ein Delegationsverfahren für die erste Wahl des neu zu konstituierenden Verwaltungsrates vorgegeben. Für dieses erste Wahlverfahren sollen die Vorschlagslisten nach Geschlecht getrennt an die Vertretergruppen der Medizinischen Dienste übersandt werden. Der zu entsendende Vertreter einer jeder Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes gibt die zwei Stimmen eines jeden Vertretenen nach dessen Weisung ab.

Bewertung:

Die durch den Änderungsantrag beabsichtigte Ermöglichung der Delegiertenwahl des Verwaltungsrates des MD Bund erscheint unter dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und des effektiven Verwaltungshandelns geboten. Durch dieses Vorgehen können die durch den Wahlvorgang entstehenden Aufwände verringert werden. Die Ausgestaltung des Delegiertenverfahrens sollte jedoch dem Verwaltungsrat des MD Bund übertragen werden, der dieses im Rahmen der Satzung festlegen sollte.

Positiv sehen wir, das Verfahren der Delegiertenwahl für den Übergang vom MDS auf den MD Bund zu regeln. Jedoch sollten dabei die demokratischen Beteiligungsrechte nicht unnötig eingeschränkt werden. In Anbetracht der Besetzung des Verwaltungsrates unter Beachtung der paritätischen Besetzung der sozialen Selbstverwaltung aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern sollten mindestens zwei Vertreter für die Kranken- und Pflegekassen als Vertreter der Krankenkassenseite vorgesehen werden. Diese Art der Delegation würde sich auch in das System der Medizinischen Dienste einfügen, da eine Vertretung durch mindestens zwei Personen, in der Regel die beiden Verwaltungsratsvorsitzenden, im Kooperationsrat bewährte Praxis ist. Gerade auch unter dem Gesichtspunkt der paritätischen Besetzung, erscheint eine Entsendung von mindestens zwei Personen geboten.

Änderungsvorschlag:

Die Ausgestaltung der Delegiertenwahl sollte durch die Satzung des MD Bund erfolgen.

Für die Übergangsregelung in § 328 Abs. 5 sollte die Vertretung der Gruppe der sozialen Selbstverwaltung durch mindestens zwei Personen erfolgen.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 281 Abs. 2 SGB V, MD Bund Finanzierung)

§ 281 Absatz 2 sieht vor, dass die zur Finanzierung der Aufgaben des MD Bund erforderlichen Mittel von den MD und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durch eine Umlage aufgebracht werden. Dabei sollen die Mittel im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 S. 2 Nr.1 SGB V mit Wohnort im Einzugsbereich des jeweiligen MD einerseits und der Mitglieder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See andererseits aufgebracht werden. Unter Verweis auf § 70 Absatz 5 SGB IV soll die Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Haushalt erforderlich sein.

Bewertung:

Der MDS wird derzeit über eine mitgliederbezogene Umlage vom GKV-Spitzenverband finanziert. Der MDS berät als medizinische und pflegefachliche Expertenorganisation den GKV-Spitzenverband zu grundsätzlichen Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Außerdem koordiniert er die bundesweite Aufgabenwahrnehmung der MDK.

Der im Kabinettsentwurf vorgesehene MD Bund soll diese Aufgaben weiterhin vollumfänglich wahrnehmen. Die Finanzierung des MD Bund sollte der geplanten Aufgabenwahrnehmung und Organisationsstruktur entsprechen. Ausgehend von der vorgesehenen Aufgabenfortschreibung und unseren Vorschlägen zur Gestaltung der Organisation des MD Bund ist die Fortführung einer Finanzierung durch den GKV-Spitzenverband naheliegend und sachgerecht.

Die vorgesehene Genehmigungspflicht des Haushalts durch das BMG wird analog zu den Regelungen in § 280 Absatz 3 als nicht sachgerecht abgelehnt. Die bestehenden Regelungen der Rechtsaufsicht über den Haushalt sind unseres Erachtens ausreichend.

Darüber hinaus sollte in Übereinstimmung mit den Regelungen für die MD auch beim MD Bund die Hälfte der Kosten durch die Pflegekassen getragen werden. Diese für die MD in § 280 Absatz 1 S. 4 SGB V beabsichtigte Regelung sollte auch für den MD Bund aufgenommen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 283 SGB V, Aufgaben des MD Bund)

In § 283 Absatz 1 bis 5 SGB V werden die Aufgaben des geplanten MD Bund festgelegt. Wie bisher soll der künftige MD Bund den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben beraten und die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MD koordinieren und fördern.

Dem künftigen MD Bund soll die bisher beim GKV-Spitzenverband verortete Kompetenz zum Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der MD unter Beteiligung der MD übertragen werden. Dies sind die bereits in § 282 Absatz 2 Satz 3 genannten Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband (Nummer 1), zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung (Nummer 2) und über Grundsätze der Fort- und Weiterbildung (Nummer 9). Neue Regelungsinhalte kommen mit den folgenden Richtlinien hinzu:

- über die regelmäßige Begutachtung von Strukturmerkmalen nach § 275d (neu) durch die MD (Nummer 3),
- zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabebezogenen Richtwerten (Nummer 4),
- zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die MD (Nummer 5),
- zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD (Nummer 6) ,
- zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals (Nummer 7) sowie
- zur regelmäßigen Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung (Nummer 8).

Die genannten Richtlinien sollen für die künftigen MD verbindlich sein und bedürfen der Genehmigung durch das BMG. Vor dem Erlass von Richtlinien durch den MD Bund ist dem GKV-Spitzenverband, der Bundesärztekammer sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe, den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene, den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen sowie dem Bundesbeauftragten für Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind. Für die Richtlinien zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ist das Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband herzustellen.

Bewertung:

Aufgaben des MD Bund

Die Medizinischen Dienste bewerten die im Kabinettsentwurf vorgesehene Fortführung der bisherigen Aufgabenwahrnehmung durch den künftigen MD Bund positiv. Wie bisher soll der künftige MD Bund den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegerischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben beraten und die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MD koordinieren und fördern. Gemeinsam mit den MD wird der geplante MD Bund beauftragt, für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen. Die Medizinischen Dienste sehen es schon heute als zentrales Anliegen, eine bundesweit einheitliche Begutachtung und Beratung sicher zu stellen. Dies ist Kernelement der intensiven fachlichen Zusammenarbeit von MDK und MDS, die in einem Kooperationsvertrag aller MDK und des MDS verbindlich vereinbart ist.

Ausweitung der bundesweiten Aufgabenwahrnehmung

Die im Kabinettsentwurf beabsichtigte Ausweitung der systematischen Qualitätssicherung auf das Begutachtungsfeld der gesetzlichen Krankenversicherung wird positiv bewertet. Die MDK haben bereits ein einheitliches und übergreifendes Qualitätssicherungssystem für die Begutachtung in der Krankenversicherung entwickelt, das kurz vor der Implementierung steht. Dies wird zu einer Weiterentwicklung und Vereinheitlichung der Begutachtungspraxis der MDK beitragen.

Die Erstellung von Berichten über die Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MDK werden bereits kontinuierlich ausgebaut. Im Rahmen von Veröffentlichungen, Fachveranstaltungen und Pressekonferenzen berichtet der MDS in Zusammenarbeit mit den MDK regelmäßig über das Auftrags- und Begutachtungsgeschehen der MDK. Insofern sind die im Kabinettsentwurf enthaltenen Vorgaben zur Steigerung der Transparenz über die Leistungen der MD und die gesetzliche Verankerung einer systematischen Qualitätssicherung zielführende Maßnahmen, um das Vertrauen in die Arbeit der geplanten MD weiter zu stärken. Diese Stärkung der bundesweiten Aufgabenwahrnehmung ist in enger Zusammenarbeit der geplanten MD und dem vorgesehenen MD Bund auszugestalten.

Die vorgesehene Personalbedarfs-Richtlinie zielt auf eine an aufgabenbezogenen Richtwerten orientierte, bundeseinheitlich adäquate Personalausstattung der Dienste. Der Bundesrechnungshof hat in einem 2017 veröffentlichten Bericht die Empfehlung zu einer einheitlichen Ermittlung des Personalbedarfs ausgesprochen. Die im Bericht des Bundesrechnungshofs angeführte Kritik an einer vermeintlichen personellen Minderausstattung der MDK ist mit Blick auf die eingetretene Personalentwicklung der MDK in den letzten Jahren nicht mehr begründet. So wurden zwischen 2016 und 2019 bei den MDK 821 zusätzliche Pflegefachkräfte (+33,7%), 264 zusätzliche Kodierassistenzen (+87,8%) und 106 zusätzliche Ärztinnen und Ärzte (+5,3%) eingestellt. Damit wird deutlich, dass die MDK auf die sich stetig ändernden Begutachtungsbedarfe adäquat reagiert haben und von ihren Verwaltungsräten mit den notwendigen Mitteln ausgestattet wurden. Falls dennoch an einer Personalbedarfs-Richtlinie festgehalten werden sollte, so sollten durch eine solche Richtlinie die Gestaltungsrechte der Verwaltungsräte nicht unnötig eingeschränkt werden.

Richtlinien für die Tätigkeit der MDK

Nach dem Kabinettsentwurf soll die Verantwortung für den Erlass der Richtlinien vom GKV-Spitzenverband auf den geplanten MD Bund übergehen. Dies sehen wir als eine politische Entscheidung an, die vom Gesetzgeber zu treffen ist. Unabhängig vom Ergebnis dieser Entscheidung kommt es darauf an, dass bei der Erarbeitung und Abstimmung der Richtlinien die notwendige Zusammenführung sowohl fachlicher als auch leistungs- und vertragsrechtlicher Aspekte sichergestellt ist.

Richtlinien für die Tätigkeit der MDK, insbesondere die Begutachtungsrichtlinien, werden aktuell in einem strukturierten Verfahren von MDS, MDK und GKV-Spitzenverband erarbeitet. Dabei wird ein Fachentwurf auf der Arbeitsebene von Vertretern der MDK und des MDS erarbeitet. Dieser Fachentwurf wird mit dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erörtert, um die Kompatibilität zum Leistungs- und Vertragsrecht sicher zu stellen. Dieses Verfahren ist auch künftig notwendig, damit sich Krankenkassen und die Gutachter der Medizinischen Dienste aber auch Patientinnen und Patienten, Versicherte und Leistungserbringer auf die angemessene Ausgestaltung der Richtlinien verlassen können.

Änderungsvorschlag:

In Absatz 2 wird die Nummer 4 gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 301 SGB V, Krankenhäuser)

In § 301 SGB V erfolgt eine Klarstellung, dass die ICD und der OPS von Krankenhäusern für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden sind und der OPS auch die durch das DIMDI festgelegten, abstrakt-generellen Voraussetzungen für die Abrechnung erbrachter Leistungen enthalten kann. Das DIMDI hat sich für die Festlegung der Schlüssel eine Verfahrensordnung zu geben und diese auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Bewertung:

Die hier beabsichtigte Regelung erscheint zweckmäßig und trägt zur transparenteren Vorgehensweise des DIMDI bei.

Zu Artikel 1 Nr. 30 (§ 327 SGB V (neu), Übergangsregelung für die MDK und den MDS)

§ 327 SGB V regelt als Übergangsvorschrift die Geltung der Rechtsvorschriften für die Zeit der Umwandlung der MDK in MD und des MDS in den MD Bund. Bis zur Vollendung dieser Umwandlung nehmen die bestehenden MDK ihre Aufgaben nach den §§ 275 bis 283 SGB V der bisherigen Fassung weiter wahr. Einige Regelungen sollen jedoch für die MDK ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes anwendbar sein. Auch für den MDS sind grundsätzlich die §§ 275 bis 283 SGB V in bisheriger Fassung - unter Beachtung einiger bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes geltenden Regelungen - weiter anwendbar.

Die Neuregelung sieht ferner vor, dass sich die Amtszeit eines bestehenden Verwaltungsrates eines MDK bis zum Zeitpunkt des Abschlusses der Umwandlung des MDK in den künftigen MD verlängert, sofern die Amtszeit des jeweiligen MDK-Verwaltungsrates vor Abschluss der Neukonstituierung eines MD endet.

Bewertung:

Die vorgesehene Neuregelung des Kabinettsentwurfs zur Verlängerung der Amtszeit von MDK-Verwaltungsräten mit Geltung ab dem 1. Januar 2020, deren Amtszeit vor dem Zeitpunkt der Neukonstituierung enden würde, ist aus Sicht der MDK und des MDS sachgerecht und vermeidet die Konstituierung von MDK-Verwaltungsräten, die absehbar nur kurzzeitig im Amt stünden.

Die beabsichtigten Regelungen im Hinblick auf die Übergangszeit bei der Umwandlung sind grundsätzlich geeignet, einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten. Durch die klare Zuweisung des anzuwendenden Rechts können Rechtsunsicherheiten in der Übergangszeit vermieden werden.

Zu Artikel 3 Nr. 2 Buchst. b. bb (§ 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 KHG, Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben unter Beteiligung des MD Bund Regelungen zu vereinbaren, die ab dem 1. Januar 2021 eine ausschließlich elektronische Übermittlung der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den MD im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sicherstellt.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen die Übermittlung von Unterlagen in elektronischer Form. Eine geordnete elektronische Übermittlung der gesamten Unterlagen, wie sie im Kabinettsentwurf vorgesehen ist, stellt eine Vereinfachung des Prüfprozesses sowohl für die Krankenhäuser als auch für die künftigen MD dar. Die Beteiligung des MD Bund an der Ausarbeitung der Regelung für die elektronische Datenübermittlung ist zweckmäßig und zielführend.

Zu Artikel 3 Nr. 2 (§ 17c Abs. 7 KHG (neu), Evaluation der Gesetzgebung)

Nach dem neuen Absatz 7 Satz 1 in § 17c KHG legen der GKV-Spitzenverband und die DKG dem BMG bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einzelfallprüfung in dem neuen gestuften Prüfsystem nach § 275c Absatz 1 bis 4 SGB V, der Strukturprüfung nach § 275d SGB V und der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses Bund nach § 18b vor. Nach Satz 2 haben die genannten Vertragsparteien für die Erstellung des Berichtes die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und § 275c Absatz 4 SGB V und eine Stellungnahme des MD Bund einzubeziehen.

Bewertung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfungen zu erhöhen. Die Wirksamkeit der vorgesehenen Änderungen muss sich anhand eines Rückgangs des Anteils der zu beanstandenden Rechnungen und im Zusammenspiel mit den weiteren Strukturmerkmalen der Krankenhausabrechnungen in der künftigen Abrechnungspraxis erweisen. Eine Evaluation der Wirkungen der veränderten Krankenhausabrechnungsprüfung und ggf. vorzunehmende Anpassungen des Abrechnungsverfahrens sind daher folgerichtig geboten.

Zu Artikel 3 Nr. 3 (§ 19 Abs. 4 und 6 KHG (neu), Wirkeintritt und Verbindlichkeit von Entscheidungen des Schlichtungsausschusses)

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für Krankenhausabrechnungen mit Datum ab Entscheidung des Schlichtungsausschusses sowie rückwirkend ausschließlich für Rechnungen, die bereits Gegenstand einer Begutachtung beim MDK sind. Die Entscheidungen sind zu veröffentlichen. Sie sind für Krankenhäuser, Krankenkassen und MD unmittelbar verbindlich und gelten als Kodierregeln. Entscheidungen können vor dem Sozialgericht beklagt werden, was keine aufschiebende Wirkung entfaltet.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste befürworten die Klarstellung der Wirksamkeit von Entscheidungen des Schlichtungsausschusses. Die Neuregelung sieht vor, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nur für alle ab dem Entscheidungszeitpunkt neu gestellten Krankenhausabrechnungen gelten sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung des MDK sind. Die Neuregelung trägt zu einer effizienten Begutachtung und Abrechnungspraxis bei.

Zu Artikel 3 Nr. 3 (§ 19 Abs. 5 KHG (neu), Klärung strittiger Kodierempfehlungen)

Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über alle zwischen der MDK-Gemeinschaft und der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling dissenten Kodierempfehlungen.

Bewertung:

Die vorgesehene Regelung trägt dazu bei, dissente Kodierempfehlungen zwischen den Parteien zu klären. Die Neuregelung erscheint daher sachgerecht.

Zu Artikel 10 Nr. 13 (§ 53a [neu] SGB XI, Beauftragung anderer Gutachter, Richtlinien)

Der bisherige § 53b wird der neue § 53a. Der Regelungsinhalt soll davon unberührt bleiben.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommene Konzentrierung der Prüftätigkeit auf die fachlich ausgerichteten und unabhängigen MD und den Wegfall der anderen Gutachterdienste. Diese durch den Gesetzgeber beabsichtigte Änderung im Kabinettentwurf ermöglicht eine hochwertige und wettbewerbsneutrale Prüftätigkeit.

Vor diesem Hintergrund kann die hier getroffene Regelung nicht überzeugen. Ziel des MDK-Reformgesetzes ist die Stärkung der Unabhängigkeit der künftigen MD. Diesem Ansatz folgend ist eine mögliche Beauftragung anderer Gutachter, die nicht der Unabhängigkeit des MD unterliegen, nicht sachgerecht. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die MD, um Auftragsspitzen abfangen zu können, externe Gutachter beauftragen können, die den gleichen Unabhängigkeitsverpflichtungen unterliegen, wie intern beschäftigte Gutachter. Vor diesem Hintergrund sollte die Möglichkeit des Einsatzes anderer Gutachter kritisch auf den Prüfstand gestellt werden. Die überzeugenden Argumente für das Entfallen der anderen Gutachterdienste im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auch hier durchgreifen.

Änderungsvorschlag:

Die Möglichkeit der Beauftragung anderer Gutachter ist in § 18 SGB XI und damit § 53b SGB XI zu streichen.

Zu Artikel 10 Nr. 15 (§ 53d [neu] SGB XI, Aufgaben des MD Bund)

Im Fünften Abschnitt „Medizinische Dienste; Medizinischer Dienst Bund“ werden die Aufgaben der MD und des MD Bund für die Pflegeversicherung dargestellt werden.

Der MD Bund soll den GKV-Spitzenverband der Pflegekassen in allen ihm zugewiesenen pflegerischen Fragestellungen beraten. Darüber hinaus sollen durch den MD Bund die Aufgabenwahrnehmung und die Zusammenarbeit der MD in pflegefachlichen und organisatorischen Angelegenheiten koordiniert und gefördert werden.

Der geplante MD Bund soll zukünftig folgende Richtlinien unter Beteiligung der MD erlassen:

1. zur Dienstleistungsorientierung nach § 18b,
2. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihm nach diesem Buch übertragenen Aufgaben,
3. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter für die ihm nach dem SGB XI übertragenen Aufgaben,
4. zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
5. über die regelmäßige Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
6. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung.

Darüber hinaus soll er folgende Richtlinien im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlassen:

1. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,
2. zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,
3. zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,
4. über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,
5. zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c,
6. über die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den MD und
7. über die von den MD zu übermittelnden Berichte und Statistiken.

Bewertung:

Aufgaben des MD Bund

Die Medizinischen Dienste bewerten die im Kabinettsentwurf vorgesehene Fortführung der bisherigen Aufgabenwahrnehmung durch den künftigen MD Bund positiv. Wie bisher soll der künftige MD Bund den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben beraten und die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MD koordinieren und fördern. Gemeinsam mit den künftigen MD wird der geplante MD Bund zudem beauftragt, für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen. Die Medizinischen Dienste sehen es schon heute als zentrales Anliegen, eine bundesweit einheitliche Begutachtung, Beratung und Qualitätsprüfung sicher zu stellen. Dies ist Kernelement der intensiven fachlichen Zusammenarbeit von MDK und MDS, die in einem Kooperationsvertrag aller MDK und des MDS verbindlich vereinbart ist.

Richtlinien

Richtlinien für die Tätigkeit der MDK in der Pflegeversicherung werden aktuell in einem strukturierten Verfahren von MDS, MDK und Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet. Dabei wird insbesondere bei den Begutachtungs- und Prüfrichtlinien ein Fachentwurf auf der Arbeitsebene von Vertretern der MDK und des MDS erarbeitet. Dieser Fachentwurf wird mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene erörtert, um die Kompatibilität zum Leistungs- und Vertragsrecht sicher zu stellen. Der konsentierte Entwurf der Richtlinie wird nach Durchführung der vom Gesetz vorgeschriebenen Anhörungsverfahren durch den GKV-Spitzenverband vom Vorstand des MDS in Abstimmung mit den Geschäftsführern und Leitenden Ärzten der MDK abgenommen und danach vom Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen als Richtlinie erlassen. Abschließend werden die Richtlinien dem BMG zur aufsichtsrechtlichen Genehmigung vorgelegt.

Nach dem Kabinettsentwurf soll, wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen, die Verantwortung für den Erlass der Richtlinien vom GKV-Spitzenverband auf den geplanten MD Bund übergehen. Dies sehen wir als eine politische Entscheidung an, die vom Gesetzgeber zu treffen ist. Unabhängig vom Ergebnis dieser Entscheidung sollte es bei dem bisher praktizierten strukturierten Erarbeitungsverfahren bleiben, das die hier notwendige Zusammenführung sowohl der fachlichen als auch der leistungs- und vertragsrechtlichen Aspekte garantiert.

Wie bereits zu §283 SGB V ausgeführt, haben die MDK durch eine umfangreiche Personalentwicklung eine vermeintliche personelle Minderbesetzung ausgeglichen. Dieses gilt gleichermaßen für die Aufgabenwahrnehmung im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung. Wenn dennoch an einer Personalbedarfs-Richtlinie festgehalten werden sollte, so sollten durch eine solche Richtlinie die Gestaltungsrechte der Verwaltungsräte auch hier nicht unnötig eingeschränkt werden.

Änderungsvorschlag:

In Absatz 2 wird die Nummer 2 gestrichen.

Ergänzender Änderungsvorschlag zu § 114 Abs. 1 SGB XI

Wie § 53a SGB XI (neu) eröffnet auch der § 114 Absatz 1 die Möglichkeit, anstelle des MDK oder des PKV-Prüfdienstes, andere Sachverständige mit einer Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen zu beauftragen.

Bewertung:

Ziel des MDK-Reformgesetzes ist die Stärkung der Unabhängigkeit der künftigen MD. Diesem Ansatz folgend ist eine mögliche Beauftragung anderer Gutachter, die nicht der Unabhängigkeit des MD unterliegen, nicht sachgerecht. Vor diesem Hintergrund sollte die Möglichkeit des Einsatzes anderer Sachverständigter kritisch auf den Prüfstand gestellt werden

Änderungsvorschlag:

§ 114 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst und im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge ~~oder den von ihnen bestellten Sachverständigen~~ einen Prüfauftrag.

Zu Artikel 10 Nr. 21 Buchst. b. aa (§ 114a Abs. 6 Satz 1 [neu] SGB XI, Qualitätsberichterstattung)

Die bisherige Regelung, dass die MD in Abständen von drei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten haben und diese Berichte durch den MDS zusammengefasst werden, soll auf einen zweijährigen Berichtsrhythmus ab dem Jahr 2020 umgestellt werden. Die Qualität der Pflege ist ein in der öffentlichen Wahrnehmung wie in der Praxis der Leistungserbringung wesentlicher Gesichtspunkt. Zudem werden im Jahr 2019 die neuen Bestimmungen zur Qualitätssicherung und -prüfung in der vollstationären Pflege wirksam.

Bewertung:

Die neuen Prüfgrundlagen für die stationäre Pflege treten zum 1. November 2019 in Kraft. Die vorgesehene Berichtspflicht der MD gegenüber dem MD Bund zum 31. Juni 2020 und die Berichtspflicht des MD Bund gegenüber GKV-Spitzenverband und Bundesministerien zum 31. Dezember 2020 ist vor diesem Hintergrund zeitlich ungünstig terminiert, da dabei nur sehr wenige Prüfergebnisse auf der Grundlage der neuen Prüfgrundlagen für die stationäre Pflege einbezogen werden können (Prüfungen im November und Dezember 2019). Vor diesem Hintergrund schlagen die Medizinischen Dienste vor, die Berichtspflicht der MD auf den 31. Juni 2021 und die Berichtspflicht des MDS bzw. des künftigen MD Bund auf den 31. Dezember 2021 festzusetzen. Damit kann ein voller Prüfzyklus der neuen stationären Qualitätsprüfung in der Berichterstattung abgebildet werden. Darüber hinaus halten wir es für angebracht, in einem zweijährigen Abstand über die Qualitätsergebnisse zu berichten.

Änderungsvorschlag:

Die erstmalige Berichtspflicht wird für die MD auf den 31. Juni 2021 und die erstmalige Berichtspflicht des MD Bund wird auf den 31. Dezember 2021 festgesetzt.

Zu Artikel 14 (Evaluierung)

Bis zum 31. Dezember 2023 hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag auf Grundlage des Berichts nach §17c Abs. 7 KHG über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung zu berichten. Insbesondere hat dieser Bericht die finanziellen und strukturellen Auswirkungen

- der Einzelfallprüfung gem. §275c SGB V,
- der Strukturprüfung gem. §275d SGB V,
- der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gem. §19 KHG sowie
- der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationsersetzender Eingriffe

zu untersuchen und die Auswirkungen auf die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen.

Bewertung:

Die Evaluation der hier beabsichtigten strukturellen Änderungen in der Krankenhausabrechnungsprüfung wird begrüßt. Durch die kontinuierliche Prüfung der Entwicklungen in der Krankenhausabrechnungsprüfung kann einer gegebenenfalls eintretenden Fehlentwicklung entgegengewirkt werden.

Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(9)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 - MDK-Reform
09.10.2019

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2019

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

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 6

II. Stellungnahme 11

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 11

§ 5 Absatz 1 Nummer 9 Versicherungspflicht 11
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 12
§ 5 Absatz 1 Nummer 10 Versicherungspflicht 12
§ 10 Familienversicherung 13
§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten 14
§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss 15
§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss 16
§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern 17
§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus 19
§ 124 Zulassung 25
§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase 27
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten 27
§ 137i Absatz 1 SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung 28
§ 137i Absatz 3a SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung 30
§ 137i Absatz 4b SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung 31
§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger 32
§ 190 Absatz 9 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger 33
§ 190 Absatz 10 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger 34
§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten 35
§ 200 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen 38
§ 210 Satzung der Landesverbände 39
§ 236 Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten 40
§ 242 Zusatzbeitrag 41
§ 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten 43
§ 260 Betriebsmittel 44
Neuntes Kapitel 46
§ 275 Absatz 1 Begutachtung und Beratung 47
§ 275 Absatz 1c Begutachtung und Beratung 48
§ 275 Absatz 2 Begutachtung und Beratung 49
§ 275 Absatz 3 Begutachtung und Beratung 50

§ 275 Absatz 3b (neu) Begutachtung und Beratung 51
§ 275 Absatz 4a Begutachtung und Beratung 53
§ 275 Absatz 5 Begutachtung und Beratung 54
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst 55
§ 275c (neu) Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst 58
§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen 70
§ 276 Absätze 2, 2a und 4 Zusammenarbeit 73
§ 278 (neu) Medizinischer Dienst 74
§ 279 (neu) Verwaltungsrat und Vorstand 77
§ 280 (neu) Finanzierung, Haushalt, Aufsicht 79
§ 281 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht 80
§ 282 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand 81
§ 283 (neu) Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund 83
§ 283a Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn See 90
§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis 91
§ 295 Abrechnung ärztlicher Dienstleistungen 92
§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung 93
§ 301 Krankenhäuser 94
§ 327 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 96
§ 328 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund 98
Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 100
§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten 100
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) 101
§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung 101
§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss 102
§ 19 Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen 109
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) 113
§ 2 Krankenhausleistungen 113
§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1a Vereinbarung eines Erlösbudgets 115
§ 4 Absatz 8 Satz 1 Vereinbarung eines Erlösbudgets 117
§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte 118
§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets 119
§ 8 Berechnung der Entgelte 120
§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus 122

Artikel 5 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) 123
§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets 123
Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) 124
§ 8 Berechnung der Entgelte 124
§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus 125
Artikel 7 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch) 126
§ 56 Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit 126
Artikel 8 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch) 127
§ 128 Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung 127
Artikel 9 (Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch) 128
§ 76 Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten 128
Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 129
Inhaltsverzeichnis 129
§ 7 Aufklärung, Auskunft 130
§ 7a Pflegeberatung 130
§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument 131
§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen 132
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 134
§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten 136
§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren 137
§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung 139
§ 25 Familienversicherung 140
§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege 141
§ 33 Leistungsvoraussetzungen 141
§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen 141
§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen 141
§ 46 Pflegekassen 141
§ 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste 142
§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 143
§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte 144
Fünfter Abschnitt (neu) – §§ 53c und 53d 145
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung 159
§ 92a Pflegeheimvergleich 160
§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen 160
§ 112 Qualitätsverantwortung 160

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten 161
§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität 162
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege 162
§ 113b Qualitätsausschuss 162
§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen 162
§ 114 Qualitätsprüfungen 163
§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen 164
§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht 165
§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung 166
§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien 167
§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden 168
§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung 169
§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren 170
Artikel 11 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch) 171
§ 62a Bindungswirkung 171
§ 76 Inhalt der Vereinbarungen 172
Artikel 12 (Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung) 173
II. Ergänzender Änderungsbedarf 174
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 174
§ 275 Begutachtung und Beratung 174
§ 275c (neu) Neuregelung der Krankenhausabrechnungsprüfung: Durchführung und Umfang von Prüfungen durch den MDK 178
§ 137 Absatz 3 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses [in Verbindung mit § 275a SGB V Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst] 180
§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen 182
Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) 184
§ 6a Absatz 3 KHEntgG Weiterleitung der Unterlagen der Pflegebudgetverhandlung an das InEK 184
Änderung des Umsatzsteuergesetzes (neu) 185
§ 4 Satz 1 Nummer 15a UStG Steuerbefreiungen bei Lieferungen und sonstigen Leistungen 185

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) zielt im Wesentlichen zum einen auf eine umfassende und tiefgreifende Organisationsreform des Medizinischen Dienstes ab und regelt zum anderen die Prüfung von Krankenhausabrechnungen neu. Damit verbunden sind weitreichende negative Folgen für die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Funktionsfähigkeit des Medizinischen Dienstes.

Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst
Die vorgesehene Organisationsreform stellt einen weiteren Schritt zur Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung in den Organisationen der gesetzlichen Krankversicherung dar. Nach den vorgesehenen Regelungen werden die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste in den Bundesländern und auf Bundesebene vollständig umgestaltet. Demnach sollen sich die Verwaltungsräte aus 23 Mitgliedern zusammensetzen. Hiervon wählen die Krankenkassen 16 Vertreter mit Stimmrecht. Die Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat einer Krankenkasse bzw. Beschäftigung bei einem MDK, einer Krankenkasse oder einem ihrer Verbände soll unvereinbar mit der Wahl in den Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes sein. Dies bedeutet die faktische Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im MDK und wird abgelehnt.

Als konstitutives Element der gesetzlichen Krankenversicherung muss die soziale Selbstverwaltung auch künftig in den Verwaltungsräten des MDK unmittelbar vertreten sein. Die Pläne bedeuten einen weiteren Angriff auf die soziale Selbstverwaltung, die offensichtlich aus den Gremien und Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung gedrängt werden soll. Dabei wird der gesellschaftliche Wert der Mitbestimmung im Gesundheitswesen verkannt. Die Beteiligung der in Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Mitglieder der Verwaltungsräte der Krankenkassen sorgt für praxisnahe Lösungen, einen fairen Ausgleich der Interessen und die größtmögliche Akzeptanz bei den Betroffenen. Die soziale Selbstverwaltung ist damit eine wichtige Grundsäule für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Versorgung.

Hinzu kommt, dass keinerlei Anlass für eine derartige tiefgreifende Neuorganisation besteht. Bereits heute ist eine Einflussnahme der Verwaltungsräte des MDK auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten ausgeschlossen. Die inhaltliche und rechtlich normierte Unabhängigkeit der medizinischen und pflegerischen Begutachtung durch den MDK ist umfassend gewährleistet. Auch die begrüßenswerte explizite gesetzliche Normierung der fachlichen Unabhängigkeit auch von nichtärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern unterstreicht die bereits bestehende klare Aufgabentrennung zwischen dem Verwaltungsrat

und der eigentlichen Begutachtung. Der Verwaltungsrat ist weder in die eigentliche Begutachtung von Fällen einbezogen, noch greift er darin ein. Daher setzt sich der GKV-Spitzenverband mit Nachdruck dafür ein, keine derartige Neuordnung vorzunehmen. In jedem Fall ist die Unvereinbarkeitsregelung aus dem Gesetzentwurf zu streichen.

Potential für Interessenkonflikte durch die weitere Besetzung der Verwaltungsräte

Auch bei der weiteren Besetzung der Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes sind Änderungen vorgesehen. Künftig sollen fünf Vertreter mit Stimmrecht auf Vorschlag der Patientenorganisationen durch die Länder benannt werden. Zudem benennen die Länder zwei Vertreter der Landespflegekammern und Landesärztekammern ohne Stimmrecht. Leistungserbringer werden damit in eine Gestaltungsverantwortung im Medizinischen Dienst gebracht.

Durch die Änderungen entsteht großes Potential für Interessenkonflikte, insbesondere bei Entscheidungen über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfs zur Sicherstellung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste würde hierdurch konterkartiert. Deshalb sollten die Berufsgruppen konsequenterweise nicht im Verwaltungsrat, sondern in Beiräten beteiligt werden – zumal die Finanzierung der Medizinischen Dienste weiterhin durch die Krankenkassen per Umlage erfolgt und keine Finanzverantwortung der Berufsgruppen oder der künftig stimmberechtigt beteiligten Patientenorganisationen vorgesehen ist.

Funktionsfähigkeit des Medizinischen Dienstes in Gefahr

Die Richtlinien für die gutachterliche Prüfung sollen künftig eigenständig vom MD Bund – und damit nicht mehr vom GKV-Spitzenverband – beschlossen werden. Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten bei der Entwicklung medizinisch-wissenschaftlicher Positionen und deren Vertretung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung werden damit zerschlagen. Die Neuordnung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) ist auch aus diesem Grund nicht zielführend und abzulehnen.

Neben medizinischen Aspekten spielen bei einer relevanten Anzahl von Richtlinien auch leistungsrechtliche Erwägungen bei gutachterlichen Entscheidungen eine wichtige Rolle. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen ist es von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der Krankenkassen übereinstimmen. Die Richtlinien schaffen sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen eine unverzichtbare, einheitliche Grundlage des gemeinsamen Handelns.

Die Frage der Richtlinienkompetenz steht in keinem Zusammenhang mit der fachlichen Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste bei der Wahrnehmung rein sozialmedizinischer Aufgabenstellungen. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund weder erforderlich, noch in der Ausgestaltung sachgerecht und wird deshalb abgelehnt.

Die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste stellt sicher, dass medizinisch-fachlich berechtigte Leistungsansprüche der Versicherten gewährleistet werden und die Versichertengemeinschaft vor nicht gerechtfertigten Ansprüchen und unnötigen Leistungen geschützt wird. Die Erfüllung dieser Kernaufgabe ist für die Krankenkassen essentiell. Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten ist dringend aufrechtzuerhalten.

Mehrausgaben und Fehlanreize durch die Neuordnung der Abrechnungsprüfung

Jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 %) war 2017 fehlerhaft. Als Folge daraus mussten Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Mrd. Euro an Krankenkassen zurückzahlen. Dies sind Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber, die ohne eine Prüfung für die Versorgung an anderer Stelle gefehlt hätten. Es ist unvorstellbar, wie hoch dieser falsch abgerechnete Betrag ohne die notwendigen qualitativen und quantitativen Prüfungen der Krankenkassen gewesen wäre.[1]

Jahr	Ausgaben Krankenhausbehandlung	Quote Rückerstattung	Betrag Rückerstattung
2012	61,66 Mrd. Euro (KJ 1)	∅ 2,76 Prozent	1,70 Mrd. Euro
2017	74,90 Mrd. Euro (KJ 1)	∅ 3,73 Prozent	2,80 Mrd. Euro

Der vorliegende Gesetzentwurf regelt das Verfahren der Abrechnungsprüfung grundlegend neu. Der Entwurf birgt dabei sowohl die Gefahr drastischer Mehrausgaben als auch strategischer Fehlanreize. Hier ist insbesondere die willkürliche Quotierung der Abrechnungsprüfungen zu nennen, die sowohl im Grundsatz als auch in der beabsichtigten Höhe abzulehnen ist. Bei deren Einführung im Jahr 2020 wird keinerlei Zusammenhang zur Abrechnungsgüte des einzelnen Krankenhauses hergestellt. Durch die dramatisch zu gering festgesetzte maximale Prüfquote von 10 %

[1] Vgl. Korrekte Rechnungen und klare Strukturen. Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnung, April 2019, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/2019-04-29_KH-Abrechnung_Argumentationspapier.pdf

pro Krankenhaus statt durchschnittlich 17,1 % (im Jahr 2017) über alle gesetzlichen Krankenkassen kommt es 2020 zu Mehrausgaben von mindestens 1,2 Mrd. Euro. Die im Gesetzentwurf proklamierte Ausgabenneutralität übersieht diesen Fakt. Auch die Verkehrung von BGB-Grundsätzen, wie die Möglichkeit, Forderungen unbürokratisch gegeneinander aufzurechnen, wird durch ein Verfahren ersetzt, in dem Krankenkassen jeden noch so geringen Betrag vom Krankenhaus gerichtlich erzwungen zurücküberweisen lassen müssen, anstatt ihn mit berechtigten Forderungen aufzurechnen. Damit entstehen unnötige Aufwände für die Krankenkassen bei der Durchsetzung berechtigter Forderungen. Zudem steht die Regelung einer Entlastung der Sozialgerichte entgegen.

Es lässt sich aber auch festhalten, dass der Gesetzgeber erstmalig in der langen Debatte um Falschabrechnung die Ursache der gestiegenen Abrechnungsprüfungen in den Blick nimmt: Die mangelhafte Qualität der Rechnungsstellung durch die Krankenhäuser. Die Rahmenbedingungen für korrekt abrechnende Krankenhäuser dürfen nicht schlechter sein als für Falschabrechner. So finden sich die vom GKV-Spitzenverband geforderten gesetzgeberischen Regelungen in Bezug auf die Etablierung von Strukturprüfungen bei fehlender Leistungsvoraussetzung, die Bereinigung der im internationalen Vergleich massiven Fehlbelegung durch eine Ausweitung des Katalogs sektorengleich vergüteter Leistungen und die längst überfällige Verbindlichkeit der vom Krankenhaus gestellten Rechnung ebenso im Gesetzentwurf, wie die Variation von Rechnungsaufschlägen anhand der krankenhausbezogenen Abrechnungsgüte. Richtig umgesetzt, bergen diese Maßnahmen ein erhebliches Potenzial, die Notwendigkeit der Rechnungsprüfung zu reduzieren und Prüfaufwände gar nicht erst entstehen zu lassen. Der GKV-Spitzenverband gibt in seiner Stellungnahme wichtige Hinweise, diese Potenziale zu heben.

Da die Maßnahmen allerdings erst schrittweise ab dem Jahr 2021 Wirkung entfalten können, ist zur Vermeidung von massiven Mehrausgaben eine Streichung der maximal zulässigen Prüfquote unerlässlich. Es kann nicht sein, dass die Krankenkassen mit Mitteln der Beitragszahler im Umfang von 1,2 Mrd. Euro falsche Rechnungen bezahlen. Wird dennoch an der Einführung einer maximal zulässigen Prüfquote ab dem Jahr 2020 festgehalten, muss diese zumindest an den Durchschnittswert von 17,1 % des Jahres 2017 angepasst werden. In dem Umfang, wie die gesetzten Anreize zukünftig (möglichst zügig) wirken, fordert der GKV-Spitzenverband diese Prüfquoten algorithmisch, schrittweise und im Einklang mit den gesetzlichen Aufträgen zur Reduktion des Prüfbedarfs, anzupassen. Um den Bezug zur Abrechnungsgüte der Krankenhäuser herzustellen, sollte die maximale Prüfquote lediglich auf die Krankenkassen, nicht aber auf die Krankenhäuser fixiert werden. Die Krankenkassen hätten dann die Möglichkeit, bei einer durchschnittlichen maximalen Prüfquote die Zahl der Prüfungen pro Krankenhaus je nach Abrechnungsgüte zu variieren.

Wenn wie derzeit geplant ab 2021 selbst die Gruppe der Krankenhäuser, die am schlechtesten abrechnet, durch die Quotierung auf 15 % noch deutlich besser dasteht als heute, dann bestehen in dieser Gruppe massive Fehlanreize zur uneingeschränkten Falschabrechnung. Ebenso, wie es zukünftig keinen Sinn mehr ergibt, den Prüfern Aufwandspauschalen in Höhe von 300 Euro in Rechnung zu stellen und sie gleichzeitig zu quotieren, macht es keinen Sinn, die am schlechtesten abrechnenden Krankenhäuser mit einer Quote zu schützen.

Das - durch die Quotierung der Prüfungen entstehende - grundsätzliche Problem der umfänglichen Vergütung fehlerhafter Abrechnungen kann jedoch durch auf der Quotierung der Prüfungen aufbauende Alternativvorschläge nicht behoben werden. Auch stellt sich die Frage der Auswirkungen von begrenzten Prüfquoten auf die Beurteilung der Prüftätigkeit der Krankenkassen durch die Aufsichts-/Prüfbehörden.

Darüber hinaus regt der GKV-Spitzenverband an, das Thema des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen in den Medizinischen Diensten auch für den Krankenhausbereich prominent zu etablieren. Derzeit scheint es aufgrund der fehlenden Anreize zur korrekten Rechnungsstellung so, als ob es in deutschen Krankenhäusern kein Fehlverhalten gäbe (als einziger Bereich des deutschen Gesundheitswesens). Dies ist falsch. Rechnen Krankenhäuser zukünftig wiederholt falsch ab und ergeben sich bei der Prüfung der Akten durch den Medizinischen Dienst dabei Anzeichen für Fehlverhalten, so muss der Medizinische Dienst dem mit staatsanwaltlicher Hilfe nachgehen.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a

§ 5 Absatz 1 Nummer 9 Versicherungspflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Begrenzung der studentischen Krankenversicherung auf eine Höchstsemesteranzahl wird aufgegeben. Durch die Änderung können Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, auch dann (noch) versicherungspflichtig sein, wenn sie das 14. Fachsemester bereits erreicht haben, längstens jedoch bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres. Über diese Altersgrenze hinaus kann die Pflichtversicherung weiterhin nur aus besonderen Gründen (Art der Ausbildung, familiäre oder persönliche Gründe) fortgeführt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Vor dem Hintergrund einer deutlichen Veränderung der Struktur von Studiengängen aufgrund der europaweiten Harmonisierung von Studiengängen und -abschlüssen (Bologna-Prozess) sowie unterschiedlicher landesrechtlicher Vorgaben hinsichtlich der Definition eines Semesters haben die Krankenkassen zunehmend Schwierigkeiten bei der Zählung der Fachsemester im Hinblick auf das Erreichen der Höchstsemesterzahl. Der Verzicht auf die Beendigung der studentischen Krankenversicherung bei längerer Fachstudienzeit trägt zu einer erheblichen Verwaltungsvereinfachung bei der Feststellung der Voraussetzungen der Pflichtversicherung der Studenten durch die Krankenkassen bei.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 1a wird wie folgt gefasst:

„In Nummer 9 werden die Wörter „bis zum Abschluss des vierzehnten Fachsemesters," und die Wörter „nach Abschluss des vierzehnten Fachsemesters oder" sowie die Wörter „oder eine längere Fachstudienzeit" gestrichen."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1b

§ 5 Absatz 1 Nummer 10 Versicherungspflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung einer Altersgrenze sind Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, künftig längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres versicherungspflichtig. In der Konsequenz erfolgt eine Harmonisierung mit der in der Krankenversicherung der Studenten nach wie vor vorgesehenen Altersgrenze.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Damit wird eine Gleichbehandlung der Studierenden während der Phasen der theoretischen und praktischen Ausbildung erreicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 10 Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Familienversicherung von Kindern, die ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule beenden, künftig bis zum Ablauf des Semesters fortbesteht.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung zum Ende der Familienversicherung erfolgt eine entsprechende Harmonisierung mit den mitgliedschaftsbeendenden Regelungen der Krankenversicherung der Studenten. Die Regelung ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der geänderten Satzzählung in § 295 Absatz 1.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Sitzungen des Plenums des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht nur öffentlich zugänglich sein, sondern zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist unnötig, da bereits heute die Sitzungen des G-BA sowie die Protokolle der Sitzungen öffentlich zugänglich sind.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres das Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten nicht übersteigen.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar. § 260 Absatz 2 Satz 1 wurde mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz zum 01.01.2019 geändert. Die zulässige Höhe der Betriebsmittel beträgt hiernach das Einfache einer Planmonatsausgabe. Um angesichts der geltenden Zahlungsmodalitäten des für den G-BA erhobenen Systemzuschlags eine hinreichende Liquidität zu sichern, ist die Beibehaltung einer Eineinhalbfachen Planmonatsausgabe angemessen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können Ansprüche auf Rückforderungen geleisteter Vergütungen nicht mehr gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen aufrechnen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband können in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG abweichende Regelungen treffen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist zu streichen. Sie kehrt das bisherige Vorgehen um und überträgt das Prozessrisiko vollständig auf die gesetzlichen Krankenkassen. Krankenkassen werden mit dieser Änderung verpflichtet, ihre Ansprüche einzufordern und ggf. einzuklagen. Mit dieser neuen Regelung werden keine Gerichte entlastet, sondern eine einseitige Schlechterstellung der Krankenkassen wird gesetzgeberisch in Kauf genommen.

Ein im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) fest verankertes Recht wird unbegründet ausgehebelt. Ein solches Recht besteht seit Jahren durch die ständige Rechtsprechung sämtlicher Senate des Bundessozialgerichts (BSG). Das BSG hat mit Urteil vom 19.09.2013 (Az. B 3 KR 31/12 R) ausdrücklich klargestellt, dass Krankenkassen berechtigt sind, Erstattungsansprüche gegenüber Krankenhäusern durch Aufrechnung gemäß § 69 Absatz 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 387 BGB zu realisieren. Dieses Verfahren ist seit Jahren ein bewährtes und unbürokratisches Mittel, offene Forderungen abzuwickeln. Es sollte auch im Interesse der Krankenhäuser sein, nicht für jeden Euro Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen abarbeiten und unnötige Bürokratie aufbauen zu müssen.

Die Aufrechnung sollte mindestens in den Fällen möglich sein, in denen das MD-Prüfergebnis vorliegt und eine offene Forderung zu begleichen ist. Bereits jetzt ist ein Großteil der Aufrechnungen unstrittig. Dies ist im Gesetzentwurf zu korrigieren. Des Weiteren ist vorgesehen, dass im Rahmen der Verhandlungen zur Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)[2] abweichende Regelungen von dem Aufrechnungsverbot getroffen werden können. Eine abweichende Regelung wird mit der DKG mit einer solchen gesetzlichen Scharfschaltung unmöglich sein. Die in

[2] Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH_2014_08_04_PruefvV.pdf.

der Begründung genannte Möglichkeit von Aufrechnungen nach einer rechtskräftig festgestellten Forderung ist ebenso selbstverständlich und sollte, wie in Fällen, in denen ein MD-Ergebnis vorliegt, als Ausnahme vom Aufrechnungsverbot gesetzlich verankert werden.

Oftmals sind Aufrechnungen unstrittig. Der Alternativvorschlag des GKV-Spitzenverbandes sieht aus diesem Grund vor, dass u. a. aufgerechnet werden kann, wenn das Krankenhaus mit dem Ergebnis der Prüfung einverstanden ist. Dies soll auch in anderen Fällen gelten, wenn Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zur Aufrechnung besteht.

Es bleibt festzuhalten, dass dieser Gesetzentwurf ein höherrangiges Recht des BGB zulasten der Krankenkassen aushebelt. Es sind mindestens die Aufrechnungen nach einer rechtskräftig festgestellten Forderung und einem vorliegenden MD-Ergebnis als Aufrechnungsmöglichkeit gesetzlich weiterhin vorzusehen.

Im Falle der Beibehaltung der vorgesehenen Regelung nach § 109 Absatz 6 ist eine Konkretisierung der Regelung erforderlich. Der Bezug auf Forderungen, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind, ist zu konkretisieren, da andernfalls unterschiedliche Auslegungen zu erwarten sind, wann und wodurch eine Forderung entsteht. Um Diskrepanzen zu vermeiden, sollte auf Aufnahmen in ein Krankenhaus ab dem 01.01.2020 abgestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 ist zu streichen.

Alternativ werden in Satz 1 nach dem Wort „die“ die Worte „für Aufnahmen“ und folgende Sätze nach Satz 2 ergänzt:

„Weicht der Rechnungsbetrag nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vom ursprünglichen Rechnungsbetrag ab, hat das Krankenhaus die Rechnung innerhalb von 30 Arbeitstagen zu stornieren und neu zu stellen. Bei Nichteinhaltung dieser Frist ist die Krankenkasse berechtigt, gegen unbestrittene Vergütungsansprüche zu verrechnen. Die Krankenkasse ist ebenfalls berechtigt, eine Aufrechnung vorzunehmen, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde. Eine Aufrechnung ist bei Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse möglich.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 115b SGB V sehen die Neuvereinbarung des AOP-Katalogs sowie einer einheitlichen Vergütung für die Leistungen des Katalogs durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die DKG und den GKV-Spitzenverband bis zum 31.06.2021 vor. Dabei soll der bisherige Katalog aus ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffen um stationsersetzende Behandlungen erweitert werden. Die einheitliche Vergütung der Katalogleistungen soll nach dem Schweregrad der Fälle differenziert werden. Zudem soll die Vergütung auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) unter ergänzender Berücksichtigung nichtärztlicher Leistungen, Sachkosten und spezifischer Investitionsbedingungen erfolgen.

Die Festlegung der Leistungen für den erweiterten AOP-Katalog soll auf Basis eines von den Vertragsparteien auf Bundesebene gemeinsam beauftragten Gutachtens vereinbart werden, welches die Leistungen konkret benennt sowie Maßnahmen analysiert, wie die Schweregraddifferenzierung der Fälle bei der einheitlichen Vergütung umgesetzt werden kann. Das Gutachten ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31.03.2020 gemeinsam zu beauftragen und spätestens bis zum 31.03.2021 fertigzustellen. Kommt eine Vergabe des Gutachtens nicht fristgerecht zustande, wird der Inhalt des Gutachtenauftrags durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V innerhalb von sechs Wochen festgesetzt. Der Konfliktlösungsmechanismus für die Neuvereinbarung des AOP-Katalogs und der einheitlichen Vergütung ist, wie durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 vorgesehen, die Entscheidung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V auf Antrag einer Vertragspartei.

Des Weiteren soll die Vereinbarung über den AOP-Katalog und die einheitliche Vergütung regelmäßig, mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31.12.2023, an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. Die Vereinbarung sowie gegebenenfalls auch die Festsetzung des AOP-Katalogs durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V unterliegen zudem der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Schließlich sehen die Änderungen des § 115b SGB V vor, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Katalogs erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegen.

Dadurch soll für Krankenhäuser die ambulante Erbringung der im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen gefördert werden.

B) Stellungnahme

Die mit den Änderungen des § 115b SGB V angestrebte bessere Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär" wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Mit der Erweiterung des bestehenden AOP-Katalogs erfolgt eine Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich. In der Folge müssen die zu vereinbarenden ambulant durchführbaren operativen und diagnostischen Eingriffe und Behandlungen substituierend wirken. Das bedeutet, dass Eingriffe oder Behandlungen, die stationsersetzend durchgeführt werden können, aus dem stationären Leistungsbereich zu bereinigen sind und somit überhaupt nicht mehr als stationäre Krankenhausleistung abrechenbar sein dürfen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Quotierung der Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen von höchster Relevanz: Nur wenn es durch die Erweiterung des AOP-Katalogs gelingt, den Bereich der DRG-Vergütung spürbar um ambulante Fälle zu bereinigen und diese mit einer neuen einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen Vergütung zu vergüten, ist eine Fehlbelegungsprüfung dieser Fälle entbehrlich. Dieser Leistungsbereich an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Vergütung würde dann in den quotierten Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen nicht mehr berücksichtigt werden müssen. Für die Umsetzung dieses Ziels schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 um die Festlegung tages- und leistungsbezogener Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des Katalogs zu erweitern. Erbringt ein Krankenhaus Leistungen nach dem AOP-Katalog und wird dabei der tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert nicht überschritten, soll die Leistung ausschließlich mit der neuen einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vergütet werden. Eine anderweitige Vergütung von Leistungen nach dem AOP-Katalog, insbesondere durch Entgelte für stationäre Leistungen, und damit verbunden die Abrechnungsprüfung dieser Leistungserbringung durch den Medizinischen Dienst soll nur dann möglich sein, wenn der tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert überschritten wird. Damit soll die derzeit noch mögliche parallele Abrechnung von AOP-Leistungen mit einerseits der einheitlichen Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und andererseits mit Entgelten für stationäre Leistungen zukünftig verhindert werden.

Neben dem Katalog müssen die Vertragsparteien eine einheitliche Vergütung mit Schweregraddifferenzierung für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbaren. Der Auftrag wird grundsätzlich begrüßt. Die geplante Schweregraddifferenzierung der einheitlichen Vergütung

trägt der Heterogenität der Patientinnen und Patienten und somit der Heterogenität des Behandlungs- und Pflegeaufwands sowie der Überwachungsnotwendigkeit von Patientinnen und Patienten nach Operationen, Eingriffen und Behandlungen Rechnung. Schwerere Fälle werden damit höher vergütet als leichtere Fälle, so dass auch die Behandlung solcher Fälle durch Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Katalogs wirtschaftlich abgebildet werden kann. Damit soll eine Generierung von stationären Fällen, die nach dem AOP-Katalog ambulante Fälle sein müssten, aufgrund ausschließlich wirtschaftlicher Gründe vermieden werden. Allerdings ist es notwendig, die Schweregraddifferenzierung der Fälle anhand möglichst robuster Kriterien vorzunehmen, um neue Prüfgründe, wie z. B. die Korrektheit des kodierten Schweregrads, zu vermeiden. Darüber hinaus ist die Verknüpfung der zu vereinbarenden einheitlichen Vergütung für die Leistungen des Katalogs mit dem grundsätzlichen Verfahren des EBM zu begrüßen. Damit soll vermieden werden, dass mit der Vergütung des AOP-Katalogs und damit von sektorengleichen Leistungen ein neuer dritter Sektor neben dem stationären und dem ambulanten Sektor geschaffen wird. Neben den Abrechnungsbedingungen und -regelungen sollte die Verknüpfung allerdings auch für die weiteren Regelungsbereiche des EBM, wie beispielsweise Regelungen zu Zulassung, Zugangs- und Leistungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung, gelten.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt zudem ausdrücklich die Vereinbarung des erweiterten AOP-Katalogs und der einheitlichen, nach dem Schweregrad differenzierten Vergütung auf Basis eines Gutachtens. Damit wird sichergestellt, dass die Leistungen des AOP-Katalogs auf den Erkenntnissen unabhängiger Organisationen basieren. Allerdings sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fristen zu knapp festgelegt und daher nicht realistisch umsetzbar. Eine Fristverlängerung sollte in Erwägung gezogen werden. Die Selbstverwaltungspartner sollten zudem die Möglichkeit erhalten, in Ergänzung des gemeinsamen beauftragten Gutachtens auch Ergebnisse bereits veröffentlichter Gutachten bzw. öffentlich geförderter Forschungsprojekte als Grundlage für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 zu verwenden. Da es derzeit vielversprechende Projektanträge für eine Förderung durch den Innovationsfonds mit inhaltlichem Bezug zu dem Gutachten nach Absatz 1a gibt, kann es aus wissenschaftlichen und auch wirtschaftlichen Gründen sinnvoll sein, die Ergebnisse dieser oder anderer geeigneter Forschungsprojekte und Gutachten zu berücksichtigen. Des Weiteren sollte das Gutachten in Verbindung mit den konkret zu benennenden ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 konkret benennen, die in die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz Nummer 1 aufzunehmen sind. Das im Mai 2019 bekannt gewordene Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG „Sek-

torenübergreifende Versorgung“ sieht ebenfalls vor, die Leistungen eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches auf Basis eines unabhängigen Gutachtens festzulegen (hier allerdings durch eine Rechtsverordnung des BMG). Daher sollte es das unbedingte Ziel sein, parallele Regelungen zur Ausgestaltung und Vergütung des AOP-Katalogs sowie zur Beauftragung externer Gutachten zu vermeiden.

Die Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst hinsichtlich der Leistungen, die Krankenhäuser nach dem erweiterten AOP-Katalog erbringen, ist in ihren Grundsätzen nachvollziehbar für die Umsetzung des politischen Ziels, die Krankenhausabrechnungsprüfungen zu reduzieren. Da Leistungen aus dem AOP-Katalog bisher einen Großteil der Fehlbelegungsprüfungen (§ 17c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHG) ausmachten, erscheint es sachgerecht, den Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes diesbezüglich einzuschränken. Andere Prüfgründe, wie z. B. die Korrektheit der kodierten Indikationen und ggf. des Schweregrads der Fälle, müssen hingegen durch den Medizinischen Dienst überprüft werden können. Nur so kann vermieden werden, dass z. B. durch die Kodierung eines nicht gerechtfertigten hohen Schweregrads oder das gezielte Weglassen von Kodierungen von Indikationen nach dem AOP-Katalog stationäre Fälle generiert werden, die nach dem AOP-Katalog ambulante Fälle sein müssten. Auch regionale Varianzen in der Art und Häufigkeit der Leistungserbringung nach dem AOP-Katalog könnten dann von dem Medizinischen Dienst analysiert und auf ihre Korrektheit geprüft werden.

Die Einschränkung des Prüfauftrags für Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst hinsichtlich der Leistungen, die Krankenhäuser nach dem erweiterten AOP-Katalog erbringen, sollte zudem unbedingt auf die Leistungen beschränkt werden, bei denen der in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert nicht überschritten wird und die einheitlich vergütet werden nach den Vorgaben der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Eine anderweitige Vergütung dieser Leistungen von Krankenhäusern, insbesondere durch Entgelte für stationäre Leistungen, muss in diesen Fällen ausgeschlossen sein. Nur dann sind bei diesen Leistungen aufgrund der Verweildauerbegrenzung und der einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen Vergütung Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst entbehrlich. Eine Abrechnung mit Entgelten für stationäre Leistungen und deren Prüfung durch den Medizinischen Dienst darf somit nur dann erfolgen, wenn der in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert überschritten wird. Durch diese Regelungen soll die parallele Abrechnung von Katalogleistungen mit einerseits der einheitlichen Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und andererseits Entgelten für stationäre Leistungen verhindert werden.

Des Weiteren sollte in Absatz 2 unbedingt eine Klarstellung erfolgen, dass die Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst erst mit Inkrafttreten des bis zum 30.06.2021 neu zu vereinbarenden bzw. vom sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V festzusetzenden Kataloges ambulanter Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 gilt. Erst dann wird der angestrebte Anreiz für eine ambulante Leistungserbringung wirksam und Fehlbelegungsprüfungen dieser Fälle durch den Medizinischen Dienst werden entbehrlich.

Die gesetzliche Verankerung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a SGB V als Konfliktlösungsmechanismus für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 sowie für den Inhalt des Gutachtenauftrags nach Absatz 1a wird hingegen in der mit dem TSVG in Kraft getretenen Fassung abgelehnt. Insbesondere die Regelungen zur Besetzung und Stimmverteilung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums führen zu einem Ungleichgewicht in den Entscheidungen des Schiedsgremiums zulasten der Kostenträgerseite (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands zum Gesetzesentwurf des TSVG vom 07.12.2018, S. 151-157).

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30.06.2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. 12. 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des Katalogs festzulegen sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Erbringt ein Krankenhaus Leistungen nach dem Katalog nach Satz 1 Nummer 1, werden diese ausschließlich mit der einheitlichen Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 vergütet, sofern der in der Vereinbarung nach Satz 1 festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert

nicht überschritten wird. Eine anderweitige Vergütung der Leistungen in Fällen nach Satz 4, insbesondere durch Entgelte für stationäre Leistungen, ist ausgeschlossen. 6Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen."

Absatz 1a wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31.03.2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. In Ergänzung zu dem beauftragten Gutachten nach Satz 1 können der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf Ergebnisse von bestehenden Gutachten oder öffentlich geförderten Forschungsprojekten zurückzugreifen. Das Gutachten nach Satz 1 hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen und in Verbindung damit tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 konkret zu benennen sowie verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31.03. 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtenauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nach dem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist."

Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Leistungen, die Krankenhäuser nach dem Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 einheitlich zu vergüten sind, unterliegen ab Inkrafttreten des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht der Prüfung auf Fehlbelegung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 124 Zulassung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufnahme des neuen Absatzes 2a sollen die seit dem 01.09.2019 für die Zulassung von Heilmittelerbringern eingerichteten Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 auch die notwendigen Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie prüfen und entsprechende Abrechnungserlaubnisse erteilen können. Es handelt sich hierbei um den Nachweis erfolgreich absolvierter Weiterbildungen bspw. für Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage und Krankengymnastik bei ZNS-Erkrankungen.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Befugnisse der Arbeitsgemeinschaften dient der Verwaltungsvereinfachung und ist im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Zulassungswesens sinnvoll. Anderenfalls müssten Heilmittelerbringer den Nachweis über eine erfolgreich absolvierte Weiterbildung auch weiterhin gegenüber den einzelnen Krankenkassen nachweisen, was zu Doppelstrukturen und einem erheblichen bürokratischen Aufwand für Heilmittelerbringer und Krankenkassen führen würde. Im Zusammenhang mit der Änderung bedarf es jedoch einer ergänzenden Anpassung der Datenübermittlungsbefugnis in Absatz 2, damit die entsprechenden Informationen über die erteilte Abrechnungserlaubnis von den Arbeitsgemeinschaften erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

C) Änderungsvorschlag

§ 124 Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden gemeinsam und einheitlich bei einem der Landesverbände oder den Ersatzkassen eine Arbeitsgemeinschaft, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die Entscheidungen über die Zulassungen trifft. Die Arbeitsgemeinschaften sind berechtigt, zur Erfüllung dieser Aufgabe Verwaltungsakte zu erlassen, zu ändern oder aufzuheben. Die Möglichkeit der Änderung oder Aufhebung gilt auch für Verwaltungsakte, die von den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen erteilt worden sind. Die Arbeitsgemeinschaft kann sich dabei auch auf mehrere Bundesländer erstrecken. Die Kosten tragen die Landesverbände und die Ersatzkassen anteilig nach Versicherten nach der Statistik KM 6. Die Arbeitsgemeinschaft darf die für die Überprüfung der

Anforderungen nach Absatz 1 und Absatz 2a erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Sie hat die maßgeblichen Daten zur Zulassung nach Satz 6 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, der die Krankenkassen regelmäßig über die zugelassenen Leistungserbringer informiert. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Arbeitsgemeinschaften sind bis zum 31. August 2019 zu bilden. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt § 124 Absatz 5 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10a

§ 137i Absatz 1 SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 137i Absatz 1 SGB V sehen die Erweiterung der auf Bundesebene geschlossenen Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung (Fassung vom 26.03.2019) um Vergütungsabschläge bei keiner, nicht vollständiger oder nicht rechtzeitiger Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten nach § 137i Absatz 4b SGB V vor. Dies bezieht sich zum einen auf die Mitteilungspflichten der Krankenhäuser, die sich aus § 5 Absätze 3 und 4 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV in der Fassung vom 05.10.2018) oder der Pflegepersonaluntergrenzen-Nachweis-Vereinbarung nach § 137i Absatz 4 SGB V ergeben und Angaben zu pflegesensitiven Bereichen und zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen umfassen. Zum anderen bezieht sich diese Neuregelung auf die Datenübermittlungspflichten der Krankenhäuser, die sich aus § 137i Absatz 3a SGB V ergeben und Daten zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen umfassen. Die bisherige Regelung beinhaltete für diese Tatbestände keine bundeseinheitlichen Vorgaben, sondern nur die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG. Die beabsichtigte Neuregelung sieht nun vor, dass analog zu den Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen der GKV-Spitzenverband und die DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) die Höhe und nähere Ausgestaltung dieser Vergütungsabschläge mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren. Die Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung (Fassung vom 26.03.2019) soll entsprechend dieser Änderungen fortgeschrieben werden. Kommt eine Fortschreibung nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. Die bisherige Regelung der Festsetzung der Sanktionsvereinbarung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei entfällt dafür.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Erweiterung der bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung um bundeseinheitliche Vorgaben zur Vereinbarung von Vergütungsabschlägen bei Nichterfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten nach § 137i Absatz 4b SGB V ausdrücklich. Damit wird zum einen vermieden,

dass Krankenhäuser sich durch die Verweigerung der Mitteilung über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen einer Sanktionierung für eine Nichteinhaltung entziehen können (Absatz 4b Satz 1). Zum anderen wird mit dieser Neuregelung vermieden, dass Krankenhäuser die gesetzlich vorgesehene Weiterentwicklung und Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenze durch die Nichtübermittlung von Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verhindern können (Absatz 4b Satz 2). Zudem gewährleistet die Neuregelung, dass die Sanktionierung einer Nichterfüllung von für die Einhaltung sowie für die Weiterentwicklung von Pflegepersonaluntergrenzen essentiellen Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG anhand bundeseinheitlicher Vorgaben umgesetzt wird. Der gesetzliche Auftrag zur entsprechenden Fortschreibung der Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung (Fassung vom 26.03.2019) wird demnach vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Die Regelung der Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen für den Fall, dass diese Fortschreibung nicht zustande kommt, erscheint sachgerecht. Ebenso ist die Streichung der bisherigen Regelung für die Festsetzung der Sanktionsvereinbarung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10b

§ 137i Absatz 3a SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 137i Absatz 3a SGB V sehen eine Rechtsklarstellung hinsichtlich der Befugnisse des InEK vor, Krankenhäuser, auf Grundlage eines Konzepts zur Abfrage und Übermittlung von Daten zur Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und den jeweiligen Pflegepersonaluntergrenzen, auszuwählen und diese zur Datenübermittlung zu verpflichten.

B) Stellungnahme

Die Rechtsklarstellung ist sachgerecht und wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10c

§ 137i Absatz 4b SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 137i Absatz 4b SGB V sehen vor, dass die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen bei keiner, nicht vollständiger oder nicht rechtzeitiger Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG entsprechend der Regelungen in der fortgeschriebenen Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 Sätze 10 bzw. 11 SGB V zu erfolgen hat (vgl. Artikel 1 Nummer 10a). Die Neuregelung baut damit auf der Neureglung in § 137i Absatz 1 SGB V auf und komplettiert diese.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Regelung ausdrücklich, da sie sicherstellt, dass die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen für die nicht, nicht vollständige oder nicht rechtzeitige Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten anhand bundeseinheitlicher Vorgaben erfolgt (vgl. Artikel 1 Nummer 10a).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, als Semester die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März gelten, es sei denn, die Hochschulen teilen das Studienjahr in Trimester ein. Im Falle der Trimester-Einteilung ist diese maßgebend.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Die fiktive Semestereinteilung war bislang in der künftig wegfallenden Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV) enthalten. Mit der Übernahme dieser Regelung aus der SKV-MV wird auch weiterhin eine einheitliche Verfahrensweise mit Blick auf den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft sichergestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12a

§ 190 Absatz 9 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang endet die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.

Die Neuregelung sieht nunmehr vor, dass die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten im Regelfall mit Ablauf des Semesters endet, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind oder bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben.

Darüber hinaus enthält die Neufassung des § 190 Absatz 9 nunmehr auch Regelungen zum Ende der Mitgliedschaft bei weiteren Sachverhaltskonstellationen, z. B. bei Ablauf des durch die Anerkennung von Hinderungsgründen begründeten Verlängerungszeitraums oder bei Rückkehr ins Ausland.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Die bislang zum Teil im Wege der Rechtsauslegung vorgehaltene Praxis zur Beendigung der Versicherungspflicht bzw. zum Beendigungszeitpunkt wird mit der Regelung auf eine stabile rechtliche Grundlage gestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12b

§ 190 Absatz 10 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher endet die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit. Die Ergänzung sieht vor, dass die Mitgliedschaft künftig vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres endet.

B) Stellungnahme

Die Änderung in Form der Begrenzung der Krankenversicherungspflicht von Praktikanten auf eine Höchstaltersgrenze ist sachgerecht. Damit wird eine Gleichbehandlung der Studierenden während der Phasen der theoretischen und praktischen Ausbildung erreicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang werden die für die Durchführung der Krankenversicherung der Studenten erforderlichen Informations-, Nachweis-, Bescheinigungs- und Meldepflichten für Studienbewerber sowie Krankenkassen und Hochschulen in einer nach § 200 Absatz 2 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Verordnung über Inhalt, Form und Fristen sowie das Meldeverfahren für die Krankenversicherung der Studenten (Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung – SKV-MV) geregelt. Diese Verordnung sieht ein ausschließlich papiergebundenes Bescheinigungs- und Meldeverfahren vor.

Mit der neuen Rechtsnorm werden die Informations-, Nachweis-, Bescheinigungs- und Meldepflichten in das SGB V aufgenommen. Bezogen auf den Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und Hochschulen wird die Grundlage für ein elektronisches Meldeverfahren geschaffen, mit dem künftig auch die papiergebundene Versicherungsbescheinigung für Studieninteressierte obsolet wird. Geregelt werden Meldetatbestände, -inhalte sowie -fristen für Krankenkassen und Hochschulen. Überdies werden verfahrensrechtliche und -technische Rahmenbedingungen geregelt; u. a. wird beim GKV-Spitzenverband eine Hochschuldatei zur Durchführung des Meldeverfahrens eingerichtet. Dieser wird zudem legitimiert, gemeinsam mit der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) das Nähere zum Verfahren untergesetzlich zu regeln.

Flankierend sind Regelungen vorgesehen, wonach Krankenkassen und Hochschulen für eine (in den Artikeln 2 und 15 Nummer 5 geregelte) Übergangszeit von zwei Jahren weiterhin papiergebundene Bescheinigungen bzw. Meldungen abgeben können.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens führt zu einer erheblichen Reduzierung der Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen. Weitere Entlastungen entstehen durch den Wegfall der bestehenden Meldepflichten der Hochschulen bei Abschluss des 14. Fachsemesters, der Aufnahme eines Promotionsstudiums sowie bei Aufnahme eines Masterstudiums hinsichtlich der Differenzierung zwischen einem konsekutiven und einem weiterbildenden Studiengang. Die Meldepflichten für Hochschulen reduzieren sich künftig auf den Beginn und das Ende des Semesters, für das sich der Student eingeschrieben hat.

Die vorgesehenen Regelungen spiegeln die Ergebnisse einer durchgeführten Machbarkeitsstudie des GKV-Spitzenverbandes und der HRK zur Umsetzung eines elektronischen Studenten-Meldeverfahrens wider. Berücksichtigt wurde auch eine in der Machbarkeitsstudie vorgesehene Übergangsphase, in der Hochschulen den Zeitpunkt der Umsetzung des elektronischen Verfahrens individuell bestimmen können; bis zu diesem Zeitpunkt wird der papiergebundene Informationsaustausch beibehalten. Es erfolgt insoweit ein „weicher Übergang“ in das neue Verfahren.

Die Inhalte der neuen Rechtsnorm sind zu begrüßen.

Bei der enumerativen Aufzählung der personenbezogenen Daten des Studierenden in der Meldung über den Versicherungsstatus ist die Angabe über das Geschlecht zu ergänzen. Überdies ist die Krankenversichertennummer als führendes Ordnungskriterium als Angabe in der Meldung mit aufzunehmen, sofern eine Mitgliedschaft besteht oder durch die Krankenversicherung der Studenten begründet wird.

Um eine vollständige Rechtssicherheit für Krankenkassen in der Verfahrenstechnik zu erreichen, sollte die Verarbeitungsbefugnis weitergefasst und klargestellt werden, dass die Träger nicht nur die (in der Hochschuldatei enthaltene) Absendernummer, sondern die Hochschuldatei selbst und die darin enthaltenen Angaben nutzen und verarbeiten dürfen, sofern es für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.

Bezogen auf die Datenkommunikation ist vorgesehen, dass Meldungen der Hochschulen aus systemgeprüften Programmen abzugeben sind. Die Systemprüfung reduziert sich bislang auf Entgeltabrechnungsprogramme der Arbeitgeber, die komplexe Berechnungslogiken für die Beitrags- und Entgeltfindung vorhalten und hierbei auch Rückrechnungen systemseitig umsetzen müssen. In den Meldungen der Hochschulen hingegen sind keine Ergebnisse von Berechnungsprozessen, sondern lediglich Zeitdaten und Meldeschlüssel enthalten. Insoweit erscheint es entbehrlich, die Campus Management Systeme vorab durch die Sozialversicherung im Rahmen von Systemprüfungen zertifizieren zu lassen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 13 wird der neu eingefügte § 199a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die Meldung enthält neben dem Versicherungsstatus nach Satz 1 auch Angaben über Name, Anschrift, Geburtsdatum und Geschlecht sowie die Krankenversichertennummer, sofern eine Mitgliedschaft besteht oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung, begründet wird.“

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „aus systemgeprüften Programmen“ gestrichen.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen dürfen die Hochschuldatei und deren Inhalte nutzen und verarbeiten, soweit dies für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 200 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung übernimmt die bislang in der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV) verankerten Vorlage- sowie Mitteilungspflichten der Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs sowie der Ausbildungsstätten. Inhalt, Form und Verfahren der Mitteilungspflichten der Ausbildungsstätten soll künftig der GKV-Spitzenverband festlegen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Nach wie vor besteht die Mitteilungspflicht der Ausbildungsstätten ausschließlich für Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz besteht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 210 Satzung der Landesverbände

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Änderung haben die Landesverbände der Kassen in ihren Satzungen die Verbindlichkeit der Richtlinien des MD Bund auch für die Krankenkassen zu regeln.

B) Stellungnahme

Mit der Anpassung wird die Verbindlichkeit der Richtlinien des MD Bund explizit normiert. Der GKV-Spitzenverband lehnt die Übertragung der Richtlinienkompetenz zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung auf den MD Bund ab. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen ist es von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der Krankenkassen übereinstimmen. Richtlinien, die leistungs- und vertragsrechtliche Fragestellungen betreffen, müssen auch künftig durch den GKV-Spitzenverband beschlossen werden. Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 (neu) SGB V) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner, sofern die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt oder Richtlinien zumindest im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband beschlossen werden. Andernfalls ist die Regelung zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 236 Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Änderungen des Bedarfsbetrages, die der Beitragsbemessung der versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten zu Grunde liegen, sind vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen. Mit der Ergänzung wird künftig geregelt, dass als Semester im Sinne dieser Vorschrift die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März gelten.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung stellt klar, dass als Semester im Sinne der Vorschrift die in der Regel üblichen Semesterzeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März gelten. Damit wird sichergestellt, dass Veränderungen des Bedarfsbetrages einheitlich zum 1. April oder zum 1. Oktober erfolgen. Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 242 Zusatzbeitrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz wurde geregelt, dass die Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze nicht anheben dürfen, solange deren nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 die zulässige Obergrenze überschreiten.

Die Änderung in Absatz 1 Satz 4 stellt eine Folgeregelung dar. Sie greift die Anpassung des § 260 Absatz 2 Satz 1 (Nummer 19) auf, wonach neben Betriebsmittelreserve und Rücklagen zukünftig auch Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen bei der Bestimmung der gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven zu berücksichtigen sind.

Zusätzlich wird die Definition einer durchschnittlichen Monatsausgabe als Obergrenze der Finanzreserven dahingehend geändert, dass zur Ermittlung nicht mehr der Haushaltsplan, sondern die zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse heranzuziehen sind. Die Ermittlung der Finanzreserven und der durchschnittlichen Monatsausgabe bezieht sich somit auf dieselbe Datengrundlage.

Die Regelung soll am Tag der 2./3. Lesung des Gesetzentwurfs in Kraft treten. Damit soll sichergestellt werden, dass die Regelungen im Rahmen der ab Herbst 2019 stattfindenden Haushaltsplanungen der Krankenkassen für das Jahr 2020 berücksichtigt werden können.

B) Stellungnahme

Die Änderung der Ermittlungsbasis einer durchschnittlichen Monatsausgabe führt einerseits zur Angleichung der Datengrundlage der maßgeblichen Rechengrößen und ist in dieser Hinsicht sachgerecht. Andererseits sind die unterjährig vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse jedoch nur eingeschränkt aussagefähig, wenn es um die Bewertung aller vermögensrelevanten Aspekte des Gesamtjahres geht. Somit würde de facto eine Ungenauigkeit durch eine andere ersetzt.

Die Änderung zur Einbeziehung der Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen bei der Bestimmung der gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven wird abgelehnt (siehe hierzu die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 260 SGB V)).

Diese Vorgabe bedeutet einen weiteren unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der sozialen Selbstverwaltung.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, nach der Studierende, die aus der studentischen Krankenversicherung ausscheiden, sich für die Dauer von maximal sechs Monaten zu einem günstigen Übergangsbeitrag in der freiwilligen Versicherung versichern können, wird ersatzlos gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung der ursprünglich für sog. Examenskandidaten geschaffenen Regelung ist sachgerecht. Sie steht im Zusammenhang mit den Änderungen zum Ende der Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten mit Ablauf des Semesters bei Exmatrikulation im Laufe oder zum Ablauf des Semesters und berücksichtigt dabei, dass vor der das Studium abschließenden Prüfungen in aller Regel keine Exmatrikulation erfolgt. Für die Fortführung eines Übergangsbeitrags bei Ende der studentischen Pflichtversicherung für die Dauer von bis zu sechs Monaten besteht kein Bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 260 Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a:

Mit der redaktionellen Streichung des Wortes „monatlich“ in Absatz 2 Satz 1 wird eine Doppelung beseitigt. Es bleibt erhalten, dass Grundlage der Bestimmung der Obergrenze für Finanzreserven eine einfache durchschnittliche Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan für das Haushaltsjahr ist.

Darüber hinaus wird die Regelung zur Bestimmung der Obergrenze für Finanzreserven ergänzt. Neben Betriebsmittelreserve und Rücklage sollen zukünftig auch Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen berücksichtigt werden. Aufgrund der Zuordnung zum Verwaltungsvermögen wurden diese liquiden Mittel bislang nicht bei der Bestimmung der Obergrenze berücksichtigt. Ziel der ausdrücklichen Einbeziehung ist die Verhinderung des Ansparens von liquiden Mitteln als Teil des Verwaltungsvermögens, um die gesetzlichen Folgen einer Überschreitung der gesetzlichen Obergrenze zu umgehen.

Buchstabe b:

Durch die Änderung in Absatz 2 Satz 2 erfolgt eine Anpassung an die eindeutige Definition in Absatz 2 Satz 1. Somit wird klargestellt, dass es sich bei der Obergrenze um eine Darstellung in Monatsausgaben handelt.

B) Stellungnahme

Buchstabe a:

Die Streichung des Wortes „monatlich“ stellt eine sachgerechte redaktionelle Änderung dar.

Die Einbeziehung der Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen bei der Bestimmung der gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven wird abgelehnt. Sie zielt darauf, das Ansparen liquider Mittel als Verwaltungsvermögen zu verhindern und die Stabilisierung und Absenkung der Zusatzbeitragssätze zu stärken. Tatsächlich entfaltet das aktuell dahinterstehende Finanzvolumen von etwa 350 Mio. Euro in der GKV nicht das Potential zu merklichen Beitragssatzsenkungen. Mit einer absehbaren relevanten Erhöhung dieser Mittel ist auch nicht zu rechnen, da Krankenkassen nicht nach Belieben Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen reservieren können, um die gesetzlichen Folgen

einer Überschreitung der gesetzlichen Obergrenze zu umgehen. Zum einen müssen die Voraussetzungen des § 11 Absatz 1 und 2 SVHV hinsichtlich vorliegender Planungen und Kostenschätzungen erfüllt sein, zum anderen ist die Umsetzung von Wirtschaftsprüfern zu testieren (§ 77 Absatz 1a Satz 4 SGB IV) bzw. bei gegebener Größenordnung von der Aufsicht zu genehmigen (§ 85 Absatz 2 SGB IV). Sofern diesbezüglich mehr Transparenz für erforderlich gehalten wird, könnte der Anhang zur Jahresrechnung dahingehend konkretisiert werden, dass Darstellungen zum Finanzierungsgrund und -ziel der Rückstellungen verpflichtend vorgegeben werden.

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die Zielsetzung der Rückstellungen untergraben. Die Möglichkeit der Rückstellungsbildung wird insbesondere dann genutzt werden, wenn es um in Relation zu den Einnahmen einer Krankenkasse größere Beträge geht. Dabei wird es sich nahezu ausschließlich um den Erwerb oder Bau von Immobilien handeln. Da die Aufnahme von Krediten zu diesem Zweck untersagt ist, besteht in der Rückstellungsbildung die einzige Möglichkeit, größere Beträge ohne Zusatzbeitragssatzanhebung anzusparen.

Auch wenn viele potenziell aufgrund ihrer Größe in Frage kommende, aber aktuell finanzstarke Krankenkassen diese Möglichkeit nicht ausschöpfen, so bleibt die Option für zukünftige Fälle uneingeschränkt notwendig. Gerade Krankenkassen mit mehr als 50.000 Mitgliedern, die nicht von der Sonderregelung einer höheren Obergrenze für zulässige Finanzreserven erfasst sind, aber auch nicht die Größe aufweisen, um allein durch Überschüsse des laufenden Jahres eine Immobilie vollständig finanzieren zu können, werden durch die Neuregelung bei der Bildung von Verwaltungsvermögen in ihrem Spielraum erheblich eingeschränkt.

Wegen der mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz eingeführten restriktiven Deckelung von Finanzreserven besteht ggf. sogar eine erhöhte Notwendigkeit, Geldmittel für die Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen zurückzustellen.

Buchstabe b:

Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 19a wird wie folgt gefasst:

„In Satz 1 wird nach dem Wort „Haushaltsjahres“ das Wort „monatlich“ gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

Neuntes Kapitel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21a

§ 275 Absatz 1 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21b

§ 275 Absatz 1c Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorgaben zur Prüfung von Rechnungen von Krankenhäusern. Diese sind nun in § 275c SGB V geregelt.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21c

§ 275 Absatz 2 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21d

§ 275 Absatz 3 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass auch die Behandlungsfehlergutachten der MD, die keinen Behandlungsfehler feststellen, nachvollziehbar begründet werden müssen, wenn dies zur Unterrichtung der Patienten im Einzelfall erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21e

§ 275 Absatz 3b (neu) Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen, bei den in § 275 Absatz 3 SGB V genannten Fällen (u. a. bei Bewilligung eines Hilfsmittels, bei Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen oder zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern) die Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) regelhaft zu veranlassen. Dies gilt einschränkend nur für solche Fälle, die aus medizinischen Gründen abgelehnt wurden und vor Erlass eines Widerspruchsbescheids stehen. Diese Pflicht für die Krankenkassen soll ohne Übergangsregelung bereits mit dem Datum des Inkrafttretens des Gesetzes eingeführt werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25).

Die geplante Verpflichtung der Krankenkassen in allen genannten Fällen die Prüfung durch den Medizinischen Dienst regelhaft zu veranlassen, kann in der Folge zu einem Anstieg der Prüffälle – vorübergehend schon für die MDK und dann auch – für den Medizinischen Dienst führen.

Inwieweit bei der Fallgruppe „Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen (§ 275 Absatz 3 Nummer 3)“ eine verpflichtende Einbindung des MDK überhaupt in Betracht kommen kann bzw. eine sinnvolle Regelung darstellt, erscheint fraglich. Die neue Regelung knüpft an die Leistungsgewährung und die Einschaltung des Medizinischen Dienstes spätestens im Widerspruchsverfahren an. Da den Krankenkassen die Verantwortung für die Prüfung der Einhaltung von Verträgen und eine qualitätsgesicherte Versorgung obliegt, muss es auch in ihrer Verantwortung bleiben, mit welchen Instrumenten und mit wessen Einbindung (unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften) sie dieses vollziehen. Diese können auch nur allein entscheiden, bei welchen Versorgungen Auffälligkeiten bzw. Defizite vorliegen, die eine Evaluierung überhaupt erforderlich machen. Es ist wichtig, dass sich die Medizinischen Dienste genau auf diese Fälle konzentrieren können und nicht Kapazitäten ausgeschöpft werden, wenn eine Notwendigkeit gar nicht vorliegt.

Die Neuregelung ist für den Bereich der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern durch die Kassen gemäß § 66 SGB V abzulehnen, da die Unterstützung gesetzliche Aufgabe der Krankenkasse ist, nicht die des Medizinischen Dienstes. Zudem handelt es sich nicht um einen Leistungsantrag des Versicherten, der wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt werden kann. Daher unterliegt auch lediglich die Gewährung bzw. Nichtgewährung der Unterstützung durch die Kassen dem Sozialrecht bzw. der Sozialgerichtsbarkeit. Die sich aus Behandlungsfehlern ergebenden Schadensersatzansprüche sind zivilrechtlicher Art, die erforderlichenfalls vor den Zivilgerichten, nicht vor den Sozialgerichten zu verfolgen sind. Die gutachterlichen medizinischen Bewertungen von Behandlungs- und/oder Pflegeabläufen auf mögliche Standardverstöße bzw. Sorgfaltspflichtverletzungen vor dem Hintergrund möglicher Schadensersatzansprüche sind zudem – anders als dies für die Fälle des Absatzes 3 Nummern 1-3 SGB V der Fall ist – keine sozialmedizinischen Begutachtungen, da sie nicht das Spannungsfeld der Interessen des Individuums und der Solidargemeinschaft betreffen, sondern sich mit den im Zivilrecht normierten Ansprüchen auf Ersatz eines aus der Behandlung entstandenen Schadens befassen. Eine losgelöst von den juristischen Bedarfen des Einzelfalles verpflichtende rein medizinische Bewertung der Behandlungsabläufe durch den Medizinischen Dienst stellte keine suffiziente Unterstützung der betroffenen Patienten dar.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21f

§ 275 Absatz 4a Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Zudem wird der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Die Namensänderung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21g

§ 275 Absatz 5 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die explizite gesetzliche Normierung zur fachlichen Unabhängigkeit wird auf die pflegerische Versorgung und alle in die Begutachtung der Medizinischen Dienste einbezogenen Berufsgruppen erstreckt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes, das Nähere zu Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V zu regeln, soll auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

B) Stellungnahme

Bei der geplanten Gesetzesänderung handelt es sich ausweislich der Aussagen in der Begründung zum Gesetzentwurf lediglich um eine Folgeänderung der geplanten Zuständigkeitsverschiebung der Richtlinienkompetenzen des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf den MD Bund. Sie geht jedoch über die reine Zuständigkeitsverlagerung hinaus.

Da weder der Wortlaut des § 275b SGB V in Bezug auf die Regelungsinhalte der Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) verändert, noch diese Richtlinie in die abschließende Aufzählung der durch den MD Bund zu erlassenden Richtlinien in § 283 Absatz 2 SGB V (neu) mit Konkretisierungen zum Richtlinieninhalt aufgenommen wird, ist davon auszugehen, dass die Regelungsbereiche der Richtlinie im Verhältnis zur heutigen QPR-HKP unverändert bleiben sollen.

Aus den nachfolgenden Gründen sind die beabsichtigten Regelungen nicht konsistent, werden dem Auftrag aus § 275b SGB V nicht gerecht und würden im Ergebnis zu unzureichenden Grundlagen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen führen. Die QPR enthält vor dem Hintergrund des Regelungsauftrags aus § 275b SGB V neben den Prüfinhalten in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität insbesondere auch

- Regelungen für die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen in Bezug auf die Abstimmung von Prüfaufträgen und das Vorgehen bei der Weiterleitung von Prüfberichten untereinander,
- Anforderungen an die Ausgestaltung der Prüfaufträge durch die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen,

- Festlegungen zur Basis der Qualitätsprüfungen, die sich aus den individuellen vertraglichen Regelungen der Krankenkassen mit den Pflegediensten ergeben sowie
- Festlegungen zur Basis der Abrechnungsprüfungen, die sich aus den individuellen vertraglichen Regelungen der Krankenkassen mit den Pflegediensten ergeben.

Damit regelt die QPR-HKP gemeinsam und einheitlich für die Medizinischen Dienste und die Krankenkassen umfassend die Prozesse, Inhalte und Grundsätze der Zusammenarbeit, die für die Vorbereitung, Umsetzung und Nachbereitung der Prüfungen erforderlich sind. Soweit in der Gesetzesbegründung die Übertragung der Richtlinienkompetenz allein auf den MD Bund mit der notwendigen Sicherstellung einer unabhängigen Aufgabenwahrnehmung auf Seiten der Medizinischen Dienste begründet wird, liegt dem ganz offensichtlich das Verständnis zugrunde, die Richtlinie würde zukünftig ausschließlich Regelungen enthalten können, die allein den sozialmedizinisch pflegerischen Kompetenzbereich des Medizinischen Dienstes bei Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen betreffen. Dies wird weder aus dem unverändert bestehenden Wortlaut des § 275b Absatz 1 Satz 3 SGB V deutlich, noch würde eine solche Ausrichtung sachgerecht möglich sein, da Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen weitestgehend auf vertragliche Grundlagen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern ausgerichtet sein müssen und nicht losgelöst davon den allgemeinen medizinisch-pflegerischen Kenntnisstand referenzieren können. Hinzu kommt, dass ordnungsgemäße Prüfverfahren verlässlich aufeinander abgestimmte Prozesse zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern erfordern. Diese notwendigen Rahmenbedingungen würden in dem vorgesehenen Verfahren einer Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund mit einem lediglich vorgesehenen Stellungnahmerecht des GKV-Spitzenverbandes (§ 283 Absatz 2 (neu) SGB V) nicht sichergestellt.

Aus diesen Gründen werden die vorgesehenen Regelungen abgelehnt (s. auch Stellungnahme zu § 283 (neu) SGB V).

Sofern dennoch daran festgehalten werden soll, die alleinige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes aufzugeben, sollte geregelt werden, dass der MD Bund diese Richtlinie im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlässt (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15).

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Sofern dennoch daran festgehalten wird, die alleinige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes aufzugeben, sollte Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa wie folgt gefasst werden:

„In Satz 3 werden die Wörter „bestimmt der“ durch die Wörter „bestimmt der Medizinische Dienst Bund im Einvernehmen mit dem“ und die Wörter „§ 282 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 275c (neu) Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Die bisherigen Regelungen (Frist, Einleitung Prüfverfahren, 300 Euro-Aufwandspauschale) werden in den neuen § 275c überführt. Die Prüfung soll bei dem örtlich für das Krankenhaus zuständigen Medizinischen Dienst eingeleitet werden, Ausnahmen sind über die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 (neu) zulässig.

Absatz 2:

Ab dem Jahr 2020 wird für Schlussrechnungen zu vollstationären Krankenhausbehandlungen ein quartalsbezogenes Prüfquotensystem eingeführt. Für das Jahr 2020 soll eine normativ festgelegte quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 10 % gelten. Ab dem Jahr 2021 wird eine krankenhausbezogene Prüfquote in Abhängigkeit von der Abrechnungsqualität eines Krankenhauses durch den GKV-Spitzenverband ermittelt. Grundlage sind die Ergebnisse der Prüfung des vorvergangenen Quartals. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen ab 60 % beträgt die Prüfquote bis zu 5 %, bei einem Anteil zwischen 40 % und weniger als 60 % beträgt die Prüfquote im Krankenhaus bis zu 10 %. Ist der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen weniger als 40 %, beträgt die Prüfquote maximal 15 %.

Für die Zuordnung von Schlussrechnungen zu einem Quartal wird das Datum der Schlussrechnung angegeben, wodurch innerhalb des Absatzes 1 ein Widerspruch erzeugt wird.

Der Medizinische Dienst hat eingeleitete Prüfungen abzulehnen, wenn die Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird. Sollte ein Krankenhaus einen Anteil von weniger als 20 % unbeanstandeter Abrechnungen haben, darf die Prüfquote durch die Krankenkassen überschritten werden. Dies gilt auch bei einem begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung. Die Budgetvereinbarungspartner haben unter Angabe von Gründen vor der Einleitung einer solchen Prüfung dies der zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen.

Eine Regelung für Krankenkassen mit weniger als 20 Schlussrechnungen in einem Krankenhaus wurde ergänzt. In diesen Fällen soll mindestens eine Rechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl geprüft werden können.

Absatz 3:

Krankenhäuser haben bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % neben der Differenz zwischen ursprünglichem und gemindertem Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf den Differenzbetrag an die Krankenkasse zu zahlen. Dieser beträgt 25 % im Korridor von 40 % bis weniger als 60 % unbeanstandeter Abrechnungen bzw. 50 % bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von weniger als 40 %.

Absatz 4:

Der GKV-Spitzenverband erstellt zur Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen. Dazu sind die Krankenkassen verpflichtet, zum Ende des ersten auf das Quartal folgenden Monats Daten je Krankenhaus zu übermitteln. Diese Fristvorgabe verdeutlicht, dass das relevante Datum für die Zuordnung von Rechnungen zu einem Quartal der Rechnungseingang bei der Krankenkasse sein muss. Wenn das Krankenhaus seine Rechnung erst am 1. Mai an die Krankenkasse übermittelt, in der als Rechnungsdatum der 31. März vermerkt ist, geht diese Rechnung nicht mehr in die Datenmeldung der Krankenkasse an den GKV-Spitzenverband zum 30. April ein und fehlt dann auch in den zu berechnenden Ergebnissen. Bezugspunkt muss einheitlich der Rechnungseingang bei der Krankenkasse sein.

Ab 2020 hat der GKV-Spitzenverband zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, für jedes Krankenhaus folgende Daten auszuweisen und zu veröffentlichen:

- Die realisierte Prüfquote,
- der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen
- die sich aus dem betrachteten Quartal ergebende zulässige Prüfquote und die Höhe des Aufschlages sowie
- die Anzahl eingegangener Abrechnungen gegliedert nach den einzelnen Krankenkassen.

Die Ergebnisse sind in aggregierter Form, bundesweit und geordnet nach den Medizinischen Diensten zu veröffentlichen. Nähere Einzelheiten (zu übermittelnde Daten, Lieferung, Veröffentlichung, Konsequenzen für Krankenkassen bei Nicht- oder Spätlieferung) legt der GKV-Spitzenverband bis 31.03.2020 fest. Dazu sind Stellungnahmen der DKG und der Medizinische Dienst einzubeziehen.

Absatz 5:

Widerspruch und Klage gegen den Aufschlag nach Absatz 3 und die ermittelte Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

Absatz 6:

Nummer 1: Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei der Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG. Prüfergebnisse anderweitiger Prüfanlässe dürfen keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben.

Nummer 2: Einzelfallbezogene Prüfungen sind ebenfalls nicht zulässig bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d.

Absatz 7:

Vereinbarungen von Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung sind nicht zulässig.

B) Stellungnahme

Der neue § 275c SGB V enthält weitreichende Einschränkungen für die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfung. In 2020 steht der Einschränkung durch eine bundeseinheitliche 10%ige Prüfquote je Krankenhaus noch kein Instrument zum Anreiz korrekter Rechnungsstellung auf Krankenhausseite gegenüber. Die Vorgabe einer einheitlichen Prüfquote je Krankenkasse, je Krankenhaus und je Quartal lässt keine Differenzierung der Krankenhäuser nach Abrechnungsqualität zu. Gehäuft fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser profitieren de facto im Jahr 2020 von einer gesetzlich vorgegebenen niedrigen Prüfquote. Zu diesem Zeitpunkt greifen die Maßnahmen, die fehlerhafte Abrechnungen reduzieren sollen, überwiegend noch nicht. Zur Vermeidung von massiven Mehrausgaben eine Streichung der maximal zulässigen Prüfquote unerlässlich. Zumindest muss die zu niedrig angesetzte Prüfquote dringend korrigiert werden, eine einheitliche Prüfquote von 17,1 % ist im Jahr 2020 erforderlich. Aufgrund des Wechsels von einem durchschnittlichen Prüfanteil hin zu einer mehrfach begrenzten Prüfquote (je Kasse, je Krankenhaus, je Quartal) werden auch dann noch häufiger fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser geschützt.

Der Schlichtungsausschuss Bund wird 2020 noch nicht alle grundsätzlichen Fragen gelöst haben. Die Leistungen im Umfeld des neuen ambulanten Leistungskatalogs stehen 2020 noch nicht fest und Strukturprüfungen sind 2020 noch nicht in eine einheitliche und ausschließende Prüfung übergegangen. Die Aufschläge auf Differenzbeträge zwischen korrigiertem und ursprünglichem Rechnungsbetrag wird es erst ab dem Jahr 2021 geben. Die gesetzlichen Krankenkassen werden durch die niedrige Prüfquote von 10 % ohne gleichzeitige prüfentlastende Maßnahmen allein in 2020 gezwungen sein, fehlerhafte Abrechnungen in Höhe von

über 1,2 Mrd. Euro hinzunehmen. Die erst in den Folgejahren wirkenden prüfentlastenden und korrekte Abrechnungen anreizenden Maßnahmen können diesen Betrag für das Jahr 2020 nicht mindern. Um eine solche Entwicklung zu vermeiden, müssen prüfbegrenzende und prüfentlastende Maßnahmen zeitgleich in Kraft treten. Die unterschiedlichen Maßnahmen bedürfen einer durch gesetzliche Regelung hergestellten Passfähigkeit unter Berücksichtigung angemessener Fristen für die Umsetzung.

Es ist jedoch auch festzuhalten, dass Regelungen enthalten sind, die der GKV-Spitzenverband begrüßt. So sind Regelungen, die auf die Abrechnungsqualität von Krankenhäusern fokussieren, wie z. B. Aufschläge auf Differenzbeträge und der Gewinn von Transparenz durch die Statistiken, längst überfällig und werden unterstützt. Einige Regelungen schaffen jedoch nicht gewollte Anreize und sind nachzubessern.

Zu Absatz 1:

Ein Großteil der bisherigen Regelungen aus § 275 Absatz 1c SGB V ist unverändert. Es wird klargestellt, dass Klagen gegen das Prüfergebnis an die Krankenkassen zu richten sind. Dies ist dem Grunde nach nicht neu.

Die Einführung quartalsbezogener Prüfquoten für Schlussrechnungen bei vollstationärer Krankenhausbehandlung erfordert jedoch eine veränderte Fristsetzung für die Einleitung von Prüfungen. Der Quotenansatz je Quartal impliziert, dass die Krankenkasse die Fälle mit der höchsten Falschabrechnungswahrscheinlichkeit identifizieren können muss, d. h. ihr müssen sämtliche Abrechnungen des Quartals bekannt sein, um die entsprechenden Fälle für die Prüfung auswählen und dabei die Prüfquote einhalten zu können. Die bisher vorgesehene Frist von drei Monaten nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse lässt nicht zu, eine Gesamtbetrachtung aller Fälle vorzunehmen und eine passgenaue Fallauswahl sicherzustellen. Daher wird die Notwendigkeit gesehen, die Frist zur Auswahl der Prüfungen durch die Krankenkassen auf vier Monate zu erweitern. Mit der Formulierung in Satz 2, das Rechnungsdatum sei maßgeblich für die Zuordnung zum Quartal, wird ein Widerspruch zur Regelung in Satz 1, wonach richtigerweise der Rechnungseingang entscheidend ist, erzeugt. Auch für die Zuordnung zum Quartal (Satz 2) muss der Rechnungseingang bei der Krankenkasse entscheidend sein.

Infolge der gesetzlichen Neuregelung zur Quotierung von Abrechnungsprüfungen ist es nicht nachvollziehbar, warum die Aufwandspauschale von 300 Euro in die neuen Regelungen überführt wird. Die Aufwandspauschale zulasten der Krankenkassen ist überflüssig, da die Prüfbegrenzung durch das Prüfquotensystem erfolgt.

Zu Absatz 2:

Die stark abgesenkte maximale Prüfquote im Jahr 2020 knüpft in keiner Weise an die tatsächliche Abrechnungsgüte von Krankenhäusern an. Bei Einführung dieser undifferenzierten Quotierung über alle Krankenhäuser müssen fehlerhafte Abrechnungen umfänglich durch die Krankenkassen beglichen werden.

Schon allein im Jahr 2020 wird die normative Vorgabe einer bundesweiten Prüfquote von 10 % pro Krankenhaus das System der gesetzlichen Krankenversicherung mindestens 1,2 Mrd. Euro kosten. Vorsichtig angesetzt wird die bisherige durchschnittliche Prüfquote über alle Krankenhäuser (MDK und Vorverfahren ca. 17,1 %) so stark reglementiert, dass statt der bisherigen 2,8 Mrd. Euro rechnerisch nur noch Rückerstattungsbeträge von 1,6 Mrd. Euro möglich sind. Negative Folgen ergeben sich nicht nur für die Beitragszahler der GKV, sondern auch für die Finanzmittelallokation zwischen den Krankenhäusern. Falschabrechnung führt dazu, dass Krankenhäuser Finanzmittel erhalten, die ihnen nicht zustehen. Auch das Prinzip der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern wird damit untergraben. Problematisch ist ferner, dass die Kalkulationsgrundlage des DRG-Systems beschädigt wird: Werden falsch abgerechnete Fälle aufgrund zu niedriger Prüfquoten kaum identifiziert, gehen sie mit falsch hohen (bzw. zu niedrigen) Kosten in die Kalkulation von Leistungen ein. Als Folge kann keine sachgerechte Bewertung der Fallpauschalen untereinander vorgenommen werden. Es entstehen damit Fehlanreize im Vergütungssystem, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

Bereits heute sind schlecht und überhöht abrechnende Krankenhäuser bekannt. Diese sind aktuell mit berechtigten Prüfquoten von über 17 % belegt. Daher sollte krankenhausindividuell die Möglichkeit höherer Prüfquoten erhalten bleiben. Andernfalls werden gerade schlecht abrechnende Krankenhäuser belohnt und profitieren am meisten von der Prüfungsbegrenzung. Die Einführung von Quotenregelungen wird neue und sehr unterschiedliche Anreize setzen.

Es ist zu erwarten, dass die Abrechnungsgüte nach Ausschöpfung der Prüfquote im Quartal sinkt, da Prüfungen durch die Krankenkassen ausgeschlossen und die Abrechnungen von Krankenhäusern generell geschützt sind. Selbst wenn man dafür in einem späteren Quartal eine höhere Prüfquote in Kauf nimmt (die mit 15 % immer noch deutlich unter dem heutigen Durchschnitt liegt), kann es lukrativ sein, quartalsweise zwischen den Stufen zu springen, indem man seine Abrechnungen steuert und nach Ausschöpfung der Quote überhöhte Rechnungen stellt.

Die Krankenhäuser mit der schlechtesten Abrechnungsqualität werden mit einer Quote von maximal 15 % geschützt. Es erschließt sich nicht, warum die letzte Stufe überhaupt einer Begrenzung bedarf, da ersichtlich ist, dass die Abrechnungsgüte des Krankenhauses nicht ausreichend ist. Die Schutzbedürftigkeit von Krankenhäusern mit einer so niedrigen Obergrenze, die deutlich unter dem heutigen bundesdurchschnittlichen Stand liegt, ist nicht nachvollziehbar. Diese Quote muss entfallen.

Die Prüfquoten von maximal 5 % und maximal 10 % sind zu gering. Diese Quotierung senkt die möglichen Prüfungen krankenhausbezogen teilweise bis auf ein Viertel und weiter im Vergleich zum heutigen Stand.

Kleine Fallzahlen

Die Aufnahme einer Mindestprüfmöglichkeit wird begrüßt, jedoch begrenzt diese weiterhin die Prüfmöglichkeiten kleiner Krankenkassen zu stark. Um dem zu begegnen, sollte die Zahl der mindestens prüfbaren Schlussrechnungen auf fünf im Quartal heraufgesetzt werden.

Rundungsregel

In der Begründung zu Absatz 2 wurde durch den Gesetzgeber angegeben, dass bei der Anwendung der Prüfquote und damit der Bestimmung der prüfbaren Schlussrechnungen keine Nachkommastellen berücksichtigt werden, das heißt, es wäre stets eine Abrundung auf ganze Zahlen vorzunehmen. Dies würde dazu führen, dass stets eine Festlegung zugunsten der Krankenhäuser erfolgen würde. Dies ist nicht nachvollziehbar und würde sich besonders stark bei Krankenkassen mit weniger als 20 Schlussrechnungen auswirken. Der kaufmännischen Rundung auf ganze Zahlen ist der Vorzug zu geben.

Weitere Prüfungen bei Anteil unbeanstandeter Rechnungen unterhalb von 20 Prozent oder systematisch überhöhter Abrechnung

Die Ausnahme von der Prüfquote – verbunden mit einer Anzeige gegenüber der Landesbehörde – soll auf systematisch überhöhte Abrechnungen und besonders geringe Abrechnungsqualität fokussieren und wird in ihrer jetzigen Formulierung ausdrücklich begrüßt. Das gemeinsame Vorgehen sollte durch ein mehrheitliches Vorgehen ersetzt werden. Hinsichtlich der Anzeige gegenüber den Landesbehörden bleibt offen, welchem Zweck die Anzeigepflicht dient.

Ausgabensteigerung

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass keine wesentlichen Ausgabensteigerungen bei den Krankenkassen zu erwarten sind. Dieser Aussage wird klar widersprochen. Es wird übersehen, dass im Jahr 2020 noch keine wesentliche prüfentlastende Maßnahme umgesetzt ist (Schlichtungsausschuss Bund, AOP-Leistungen, Aufschläge auf Differenzbeträge, Strukturprüfungen)

und einzig die Prüfung der Krankenkassen auf 10 % begrenzt wird. Der GKV-Spitzenverband geht von beitragssatzrelevanten Ausgabensteigerungen aus. Aufbauend auf dem Gesetzentwurf wird die Streichung der Prüfquote, alternativ jedoch folgende Vorgehensweise gefordert:

	2020	2021	2022	Erläuterung
Bundesweite Prüfquote	maximal 17,1 %	-	-	Im Jahr 2020 wirken die Anreize für den Rückgang von Prüfungen noch nicht. Bereits ein Umstieg von einer durchschnittlichen auf eine maximale Prüfquote hat weitreichende Konsequenzen.
Prüfquote je Krankenhaus, je Quartal				
Korrekte Abrechnungen ≥ 60 %		maximal 10 %	algorithmisch	2021: erste gesetzliche Anreize (Schlichtungsausschuss Bund, Strukturprüfungen, Aufschläge auf Differenzbeträge) 2022: individuelle algorithmische Prüfquotenberechnung
Korrekte Abrechnungen < 60 % und ≥ 40 %		maximal 15 %	algorithmisch	
Korrekte Abrechnungen < 40 %		keine Begrenzung	keine Begrenzung	

Im Jahr 2022 wird eine algorithmische Prüfquotenberechnung eingeführt. Die Prüfquote wird nicht mehr normativ und damit willkürlich festgelegt. Aus den Ergebnissen der neuen Statistiken und Erhebungen berechnet der GKV-Spitzenverband die Prüfquoten und Aufschläge rechnerisch neu. Es darf nicht dazu kommen, dass künftig über 1,2 Mrd. Euro bundesweit ohne Prüfung der Krankenkassen an Krankenhäuser bei fehlerhaften Abrechnungen überwiesen werden. Durch aufeinander abgestimmte Zeitpunkte für das Inkrafttreten der diversen Neuregelungen könnten solche unerwünschten Effekte reduziert werden. Auch die Wirkzeitpunkte der diversen Prüfungsausschlüsse sollten definiert und an die dafür relevante Voraussetzung geknüpft werden, um Klarheit zu schaffen. Wird beispielsweise der Katalog ambulanter Leistungen zum 01.01.2021 wirksam, kann nicht bereits im Vorfeld ein Prüfungsausschluss greifen.

Zu Absatz 3:

Infolge der Aufschläge auf die Differenzbeträge zwischen ursprünglichen und korrigierten Abrechnungen wird der Anreiz erhöht, korrekte Rechnungen zu stellen. Dieser Vorschlag wird unterstützt. Diese Maßnahme wird erst ab dem Jahr 2021 eingeführt und kann auch dann erst als prüfentlastender Anreiz wirken.

Die vorgeschlagene Regelung ist um einen Mindestbetrag von 300 Euro zu ergänzen, um auch im Falle geringerer Differenzbeträge eine Anreizwirkung zu erzielen.

Die mit dem Gesetzentwurf vorgenommene Begrenzung der Rechnungsaufschläge auf 1.500 Euro bewirkt, dass bei besonders preisintensiven Abrechnungsfällen die beabsichtigte Anreizwirkung verloren geht. Dennoch ist die Einführung von Rechnungsaufschlägen auf Differenzbeträge zu fehlerhaften Abrechnungen ein wichtiger und überfälliger Schritt, um Krankenhäuser zu korrektem Abrechnungsverhalten zu motivieren.

Zu Absatz 4:

Die Regelung zur Einführung neuer Kennzahlen ist Grundvoraussetzung für die ab dem Jahr 2021 vorgesehene Quotierung der Prüfungen in Abhängigkeit von der Abrechnungsgüte der Krankenhäuser. Für das Jahr 2020 entfaltet die Statistik keine Wirksamkeit, da die Prüfquote normativ vorgegeben und ausdrücklich kein Bezug zur tatsächlichen Abrechnungsgüte von Krankenhäusern hergestellt wird.

Die Veröffentlichung der Daten über quartalsweise Statistiken ist ein begrüßenswerter Schritt in Richtung Transparenz und zugleich Voraussetzung für das ab 2021 beabsichtigte Prüfquotensystem für Schlussrechnungen zu vollstationären Krankenhausbehandlungen. Es wird damit sichergestellt, dass eine einheitliche und verbindliche Datengrundlage vorliegt.

In der Begründung ist aufgeführt, dass als Zuordnung zu dem Quartal das Rechnungsdatum der Schlussrechnung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung herangezogen wird. Dies ist zu korrigieren. Das Rechnungsdatum ist ein Datum, welches durch das Krankenhaus selbst festgelegt werden kann und damit einseitig bestimmbar ist. In Analogie zur Regelung in Absatz 1 muss zwingend auf den Eingang der Schlussrechnung bei der Krankenkasse abgestellt werden.

Die Frist zur Ermittlung der Prüfquotenklasse und der anderen gesetzlich vorgesehenen Daten beträgt für den GKV-Spitzenverband vier Wochen. Nach einer ersten Einschätzung kann dies nur gewährleistet werden, wenn die Daten automatisiert aus den Datenbeständen (§ 301 Absatz 1 SGB V) und ohne Versichertenbezug von den Krankenkassen generiert werden. Es wird notwendig, kurzfristig organisatorisch-technische Voraussetzungen beim GKV-Spitzenverband zu schaffen (z. B. eine einheitliche Schnittstelle, ein automatisierter Abruf), die eine

Umsetzung zum 30.05.2020 ermöglichen. Bei den derzeitigen technischen Vorlauffristen sind deshalb bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes erste Schritte einzuleiten. Eine Festlegung bis zum 30.03.2020 für eine fortlaufende Umsetzung ab Mai 2020 wird als zu knapp bewertet.

Einige der künftig zu erhebenden Daten werden manuell oder technisch unterschiedlich bei den Krankenkassen erhoben. Dies betrifft insbesondere die Daten, die Schnittstellen zum Verfahren der Medizinischen Dienste haben. Informationen zur Einleitung eines Prüfverfahrens oder aber zum Ergebnis einer Abrechnungsprüfung (Minderung des Rechnungsbetrages) werden nur durch eigene Datenerhebungen (teilweise händisch) bei den Krankenkassen möglich sein. Es fehlt eine Vereinheitlichung und Verbindlichkeit der Datenübermittlung von Krankenkassen an den Medizinischen Dienst und umgekehrt. Hier ist eine entsprechende gesetzliche Regelung vorzusehen. Ein entsprechender Vorschlag ist der Stellungnahme zu § 17c Absatz 2 KHG (vgl. Stellungnahme zu § 17c Absatz 2KHG) zu entnehmen.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage der bei den Krankenkassen und den Medizinischen Diensten vorliegenden Daten. Warum diesbezüglich eine Stellungnahme durch die DKG notwendig ist, erschließt sich nicht. Diese Regelung ist zu streichen.

Zu Absatz 5:

Diese Regelung ist zu begrüßen, da diese das Verfahren zeitlich nicht verzögert und Rechtssicherheit im Rahmen einer Klage oder eines Widerspruches schafft.

Zu Absatz 6 Nummer 1:

Die Abzahlung des Pflegebudgets soll keine neuen Prüfansätze generieren. Die Formulierung des Gesetzgebers ist anzupassen, weil diese dazu führt, dass die Verweildauer einer aDRG (DRG ohne Pflege) mit der Verweildauer in Bezug auf die Pflegetage auseinanderläuft. Führt eine Einzelfallprüfung zu einer anderen DRG (z. B. „leichtere“ DRG mit einer anderen Verweildauer), führt die gesetzliche Regelung dazu, dass die Verweildauertage in Bezug zur Pflege größer sind als die neue Verweildauer der neuen aDRG. Dies ist auf jeden Fall zu verhindern, es darf keine unterschiedlichen Verweildauerzählweisen in demselben Fall geben. Aus diesem Grund ist die zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband gefundene Kompromisslösung im Rahmen einer DRG-Grundlagenvereinbarung zur Umsetzung des Pflegeerlöskatalogs 2020 heranzuziehen:

> „Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen werden bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt.“

Die frühzeitig im Jahr 2019 getroffene Grundlagenvereinbarung regelt verbindlich, dass es eine gewisse Kongruenz zwischen den DRGs und den zugehörigen tagesbezogenen Pflegeentgelten gibt. So fällt beispielsweise bei primärer Fehlbelegung (Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG) der Krankenhausfall weg, er wird storniert. Es kann dazu rein verfahrenstechnisch keine tagesbezogenen Pflegeentgelte mehr geben, weil es keinen Fall gibt. Darauf sind bei den beteiligten Institutionen die verfahrenstechnischen Vorbereitungen ausgerichtet worden.

Die vom Gesetzgeber nun völlig abweichende Regelung bedeutet jedoch, dass der Anteil der Pflege bestehen bleiben muss. Dies ist verfahrenstechnisch kurzfristig nicht umsetzbar, weil es z. B. keinen DRG-Fall mehr im System gibt. Es müsste alternativ dafür Sorge getragen werden, dass Pflegeentgelte gesondert abgebildet werden. Dies wird zum Zeitpunkt des Inkrafttretens Ende 2019 zum 01.01.2020 verfahrenstechnisch nicht möglich sein, da alle Beteiligten auf der Regelung der DRG-Grundlagenvereinbarung arbeiten.

Zu Absatz 6 Nummer 2:

Die Prüfung von Strukturmerkmalen darf nur insoweit ausgeschlossen sein, als diese auf die Strukturvoraussetzungen begrenzt wird, die im Vorfeld der Leistungen geprüft werden können. Die im OPS enthaltenen leistungs- und damit einzelfallbezogenen Kriterien müssen weiterhin Gegenstand von Einzelfallprüfungen sein können. Der im Gesetzentwurf vorliegende Wortlaut in Verbindung mit der Gesetzesbegründung legt nahe, dass nach erfolgter Prüfung von Strukturmerkmalen überhaupt keine Einzelfallprüfung von Strukturmerkmalen möglich sein soll. Dies ist nicht sachgerecht, da mit Strukturprüfungen nach § 275d (neu) nur bestimmte strukturelle Voraussetzungen vorab geprüft werden können und die Abrechnungsmöglichkeit begründen. Im Sinne der Qualität der Krankenhausbehandlung müssen Parameter, die nicht durch rein strukturelle Prüfungen nach § 275d (neu) belegbar sind, im Einzelfall geprüft werden können. Gleichwohl wird durch die vorgelagerten Prüfungen nach § 275d (neu) der Umfang von Einzelfallprüfungen für diesen Bereich zurückgehen.

Zu Absatz 7:

In den Prüfmitteilungen des Bundesrechnungshofes (BRH) wurde das Thema „Sondervereinbarungen der Krankenkassen und Krankenhäuser“ bereits adressiert. Dem GKV-Spitzenverband sind weder die Krankenkassen bekannt noch – mit Ausnahme der in der Prüfmitteilung des BRH gemachten ausschnittartigen Angaben – die Vereinbarungen selbst, so dass eine Beurteilung nicht erfolgen kann. Der GKV-Spitzenverband spricht sich für die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften aus und ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts in besonderem Maße an Recht und Gesetz gebunden. Gleiches gilt für die gesetzlichen Krankenkassen. Generell

geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass sich gesetzliche Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ebenfalls rechtskonform verhalten. Etwaige rechtswidrige Vereinbarungen werden abgelehnt. Insoweit ist Absatz 7 eine Klarstellung und konsequent, da solche etwaigen Vereinbarungen nicht zulässig sind.

C) Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens vier Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen."

In Absatz 1 ist Satz 2 zu streichen:

~~„Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten."~~

In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „bis zu 10 Prozent" durch die Worte „bis zu 17,1 Prozent" ersetzt sowie die Worte „eines Krankenhauses" gestrichen.

In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „das Datum der Schlussrechnung" durch die Wörter „der Eingang der Schlussrechnung bei der Krankenkasse" ersetzt.

In Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 werden die Worte „bis zu 5 Prozent" durch die Worte „bis zu 10 Prozent" ersetzt.

In Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 werden die Worte „bis zu 10 Prozent" durch die Worte „bis zu 15 Prozent" ersetzt.

In Absatz 2 Satz 2 wird Nummer 3 gestrichen.

In Absatz 2 wird nach Satz 4 folgender Satz 5 (neu) eingefügt:

„Ab dem Jahr 2022 werden die Prüfquoten nach Satz 2 Nummern 1 bis 2 auf Grundlage der Auswertungen gemäß Absatz 4 vom GKV-Spitzenverband geprüft; dies erfolgt unter der Maßgabe, dass die Prüfquote je Krankenhaus rechnerisch neu ermittelt wird, wenn die an den Medizinischen Dienst zur Prüfung angezeigten Abrechnungen die zulässige Prüfquote im Durchschnitt über alle Krankenkassen über- oder untersteigt."

Nach Absatz 2 Satz 4 (neu) wird folgender Satz 5 (neu) eingefügt:

„Ergibt die Prüfquote zu prüfende Fälle unter 1, können durch die Krankenkassen mindestens fünf Abrechnungen geprüft werden."

In Absatz 2 Satz 7 (alt) wird das Wort „~~gemeinsam~~“ gestrichen.

In Absatz 3 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Der Aufschlag nach Satz 2 beträgt mindestens 300 Euro.“

In Absatz 4 werden nach Satz 4 folgende Sätze 5 und 6 (neu) angefügt:

„Als Zuordnung zum Auswertungszeitraum gilt das Datum des Rechnungseingangs bei der Krankenkasse. Die Anzahl der Prüfungen nach Satz 2 Nummern 2 und 3 sind dem Medizinischen Dienst zuzuordnen, der örtlich für das jeweilige Krankenhaus zuständig ist, unabhängig von einer abweichenden Regelung in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1.“

In Absatz 4 Satz 6 (alt) sind die Worte „der Deutschen Krankenhausgesellschaft und“ zu streichen.

Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz ist zu ersetzen durch den Satz:

„Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen werden bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt.“

Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 ist wie folgt zu ersetzen:

„2. ab dem Jahr 2021 bei Strukturmerkmalen, die gemäß § 301 Absatz 2 Satz 1 vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information als Strukturmerkmale ausgewiesen wurden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Strukturprüfungen sollen auf der Grundlage von OPS-Kodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nun durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Die Grundlagen der Begutachtung legt der Medizinische Dienst Bund fest. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Im neu eingefügten Satz 3 wird festgelegt, dass, wenn nicht anders geregelt, der lokal zuständige Medizinische Dienst die Begutachtung vornimmt.

Absatz 2:

Die Krankenhäuser erhalten in schriftlicher oder elektronischer Form eine Bescheinigung über das Ergebnis der Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst mit der Dauer der Erfüllung der Strukturkriterien.

Absatz 3:

Die Ergebnisse der Strukturprüfung sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 31. Dezember des Vorjahres des Vereinbarungsjahres zu übermitteln. Erfüllt ein Krankenhaus ein oder mehrere Strukturmerkmale über mehr als einen Monat nicht, so muss es dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkasse und den Ersatzkassen mitteilen.

Absatz 4:

Es wird ein Vergütungsausschluss ab dem Jahr 2021 für die Krankenhäuser festgelegt, die die Strukturprüfung nicht bestehen.

Absatz 5:

Die Finanzierung der Prüfung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst wird festgelegt. Die dem Medizinischen Dienst entstehenden Kosten werden, wie bisher durch eine Umlage aus den Beiträgen der GKV aufgebracht.

B) Stellungnahme

Die strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung (z. B. die Strukturmerkmale der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung 8-98f oder der geriatrischen Frührehabilitation 8-550) konnten von den Krankenkassen oft nur im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft werden, weil viele Krankenhäuser und Landeskrankenhausgesellschaften eine Rechtsgrundlage von Strukturprüfungen bestritten und deswegen diese Strukturprüfungen verweigerten. Die Folge war ein erheblicher Aufwand für alle Beteiligten mit fehlender Planbarkeit für Krankenhäuser, Krankenkassen und Bundesländer bezüglich der Abrechnungsbefugnis für viele versorgungskritische Leistungen. Als Folge dieser Unklarheit über die Abrechnungsbefugnis kam es zu rechtlichen Auseinandersetzungen am Einzelfall (z. B. geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung, Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, intensivmedizinische Komplexbehandlungen).

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll nun die Prüfung, ob ein Krankenhaus erforderliche strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung erfüllt, nicht mehr in jedem Einzelfall vorgenommen werden. Die Strukturprüfungen sollen vielmehr, wie schon lange vom GKV-Spitzenverband gefordert, vor der Leistungserbringung erfolgen. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Dies stellt eine Vereinfachung für alle Beteiligten dar und wird vorbehaltlos begrüßt.

Eine Strukturprüfung kann Strukturmerkmale, wie die Vorhaltung bestimmter Berufsgruppen oder von Großgeräten, überprüfen. Einige Mindestanforderungen eines Komplexkodes, wie z. B. Therapieeinheiten, können hingegen nur im Einzelfall geprüft werden. So sagt etwa die Vorhaltung eines Physiotherapeuten noch nichts darüber aus, ob diese Mindestanforderung am Patienten auch erbracht wurde. Daher sind Einzelfallprüfungen auch künftig für bestimmte Mindestmerkmale unabdingbar.

Derzeit wird in den OPS-Komplexkodes des DIMDI nicht ausreichend zwischen Strukturvorgaben und Prozessvorgaben, also zu erbringenden Leistungen am Patienten differenziert.

Um diesbezüglich eine klare Unterscheidung vornehmen zu können, sollte das DIMDI künftig bei der Definition von OPS-Schlüsseln festlegen, welche der Merkmale nicht durch eine Einzelfallprüfung, sondern durch die Strukturprüfung zu überprüfen sind. Die Regeln für eine solche Kategorisierung von Strukturmerkmalen sollte verpflichtender Gegenstand der neu zu erstellenden Verfahrensordnung des DIMDI nach § 295 SGB V werden (vgl. Stellungnahme zu den Änderungen von § 301).

Generell muss noch bedacht werden, dass die Strukturprüfungen erst ab dem Jahr 2021 greifen, das Prüfverbot der Strukturvoraussetzungen im Einzelfall jedoch bereits ab dem Jahr 2020 gilt. Eine Klarstellung ist angezeigt.

Aufgrund von Personalfluktuation oder Umstrukturierungen in Krankenhäusern kann es im Geltungszeitraum der Bescheinigung über die bestandene Strukturprüfung nach Absatz 2 zu einer unterjährigen Nichterfüllung kritischer Strukturmerkmale kommen. Über diese Veränderungen muss das Krankenhaus informieren und ein neues Gutachten über die veränderten Maßnahmen erstellt werden. Die Regelung nach Absatz 3 wird daher begrüßt. Die Konsequenz der nicht mehr gegebenen Erfüllung der Strukturmerkmale sollte jedoch gesetzlich festgeschrieben sein, hierzu ist eine Ergänzung des Absatzes 4 sowie in § 8 Absatz 4 KHEntgG erforderlich. In der Richtlinie des MD nach § 283 Absatz 2 Nummer 3 kann das Verfahren für den erneuten Nachweis der Erfüllung von Strukturmerkmalen geregelt werden, der Ausschluss der Abrechnungsmöglichkeit sollte jedoch gesetzlich erfolgen.

Das Vorhaben einer einheitlichen Strukturprüfung wird sehr begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In § 275d Absatz 4 SGBV ist folgender Satz 2 zu ergänzen:

„Gleiches gilt für die Anzeige der Nichterfüllung gemäß Absatz 3 bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Krankenhaus die erneute Einhaltung der Strukturmerkmale nachweist."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 276 Absätze 2, 2a und 4 Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen. Zudem werden weitere Gründe für ein im Einzelfall erforderliches Betretens- und Einsichtnahmerecht hinzugefügt (ordnungsgemäße Abrechnung). Das Wort „Ärzte“ wird durch „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Regelung zum Betretens- und Einsichtnahmerecht wird begrüßt, da neben Ärzten auch Kodierassistenten im Rahmen der Prüfungen eingesetzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 278 (neu) Medizinischer Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst (MD) als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte und mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. In Ländern, in denen mehrere Medizinische Dienste (NRW) oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst (HH-SH, BB) bestehen, können diese weitergeführt werden. Die Dienstherreneigenschaft endet mit der Aufhebung der Aufgaben nach Artikel 73 Absätze 4 und 5 Gesundheits-Reformgesetz.

Absatz 2:

Die Fachaufgaben der Medizinischen Dienste werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Dabei stellen die Medizinischen Dienste sicher, dass die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegerischen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

Absatz 3:

Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson als Element eines Beschwerdemanagements bestellt. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form zweijährlich und zusätzlich bei gegebenem Anlass.

Absatz 4:

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) zweijährlich zum 1. April über Anzahl und Ergebnis der Begutachtung und der Prüfungen (nach §§ 275, 275a bis d) sowie der Personalausstattung der Medizinischen Dienste und der Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung im Bereich der Krankenversicherung.

B) Stellungnahme

Die bundesweite Überführung aller Medizinischen Dienste in den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts wird begrüßt. Unabhängig davon ist jedoch unklar, wer die für durch Hoheitsakt geschaffene, rechtsfähige und mitgliedschaftlich verfasste Körperschaften des öffentlichen Rechts notwendigen Mitglieder des Medizinischen Dienstes sind. Bisher waren Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskassen, die landwirtschaftliche Krankenkasse, die Ersatzkassen und BAHN-BKK (§ 278 Absatz 2). Der Gesetzesentwurf lässt die Bestimmung der Mitglieder des Medizinischen Dienstes – anders als z. B. in § 281 für den MD Bund – offen.

Zudem ist zu bedenken, ob die Regelung in Absatz 1 zur Errichtung eines Medizinischen Dienstes für mehrere Länder nicht eine Beschränkung auf drei Länder vorsehen sollte. Denn nach der Gesetzgebungskompetenz in Artikel 87 Absatz 2 Satz 2 GG darf sich der Zuständigkeitsbereich der sozialen Versicherungsträger nicht über mehr als drei Länder erstrecken. Der Entwurf sieht in § 278 Absatz 1 Satz 2 jedoch keine Beschränkung der Länderanzahl bei Errichtung eines gemeinsamen MDK vor. Nach der Begründung betrifft die Möglichkeit des Zusammenschlusses derzeit nur Hamburg und Schleswig-Holstein sowie Berlin und Brandenburg. Die Möglichkeit weiterer Zusammenschlüsse wird aber aufrechterhalten.

Nicht ausgeschlossen ist es, dass die Leistungen der Medizinischen Dienste als (umsatz-) steuerbar angesehen werden. Insofern sollte klargestellt werden, dass die Leistungen nicht der Umsatzsteuer unterliegen.

Die Bestellung einer unabhängigen Ombudsperson für die Medizinischen Dienste und deren Berichtspflichten sind ein Beitrag zu mehr Transparenz und ein Element eines Beschwerdemanagements. Die neuen Berichtspflichten der Medizinischen Dienste an den MD Bund werden derzeit schon in ähnlicher Form durch die MDK an den MDS erfüllt.

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25 – §§ 279, 281 und 283).

Die Vertreterinnen und Vertreter der Patienten und Pflegebedürftigen sowie Pflegeberufe sind bereits über die Beiräte beteiligt. Diese Regelung erscheint ausreichend.

Zusätzlich ist die Beibehaltung der föderalen Struktur notwendig um, auch weiterhin differenzierte regionale Aspekte berücksichtigen zu können.

Es wird ausschließlich ein Bezug zur Personalbedarfsermittlung durch den MD Bund im Gesetzentwurf hergestellt. Dadurch ergibt sich ggf. die Gefahr, dass die regionalen Medizinischen Dienste nicht mehr flexibel auf regionale Fachkräftesituationen reagieren können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 279 (neu) Verwaltungsrat und Vorstand

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absätze 1 bis 6:

Organe der Medizinischen Dienste (MD) sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand. Die Aufgaben des Verwaltungsrates werden bestimmt. Der Verwaltungsrat besteht zukünftig aus 23 Vertretern, davon werden:

- 16 Vertreter von den Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlungen der Landesverbände der Krankenkassenarten gewählt, je zur Hälfte Frauen und Männer. Die Krankenkassen haben sich auf die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen, anderenfalls entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.
- 7 Vertreter von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon:
  - 5 Vertreter auf Vorschlag der Verbände der Patientenorganisationen und der Organisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene sowie
  - 2 Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern. Diese Vertreter haben kein Stimmrecht.

Dabei sind Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sowie Personen nicht benenn- oder wählbar, die Mitglied eines Verwaltungsrates einer Kasse oder ihrer Verbände sind oder es 12 Monate vor Benennung waren.

Die Beschlussfassung des Verwaltungsrates wird entsprechend dem bisherigen § 280 Absatz 2 geregelt, d. h. üblicherweise mit einfacher Mehrheit und bei Beschlüssen über Haushalt und Satzung mit einer Mehrheit von 2/3 der stimmberechtigten Mitglieder.

Absatz 7:

Die Regelungen für den künftigen Vorstand des Medizinischen Dienstes entsprechen denjenigen für den Geschäftsführer gemäß § 279 Absatz 4 (alt).

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung:

Die bestehenden Verwaltungsräte der MDK – als bislang unabhängig konstituierte und durch Sozialwahlen in ihren Krankenkassen legitimierte Institutionen der sozialen Selbstverwaltung – verlieren Ihre Anbindung an die gesetzlichen Krankenkassen. Die vorgesehene Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung hat zur Folge, dass die sozialpartnerschaftliche Mitwirkung nicht mehr zum Tragen kommt. Die soziale Selbstverwaltung muss auch künftig in den Verwaltungsräten des MDK als durch die Sozialwahl legitimierte Vertretung der Versicherten und Arbeitgeber unmittelbar vertreten sein, da nur sie die Versicherten und Beitragszahler als Finanziers des MDK vertreten.

Während bei den Krankenkassen die Vertreter nicht aus dem Hauptamt und aus der aktiven sozialen Selbstverwaltung kommen dürfen, gilt dies für die anderen entsendeberechtigten Organisationen nicht. Es ist unverständlich, weshalb die Unvereinbarkeitsregel nur für Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände und die Verwaltungsräte der Krankenkassen, nicht jedoch für die Leistungserbringer gelten soll. Gerade hier besteht insbesondere bei Entscheidungen über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird, ein großes Potential für Interessenkonflikte, die dringend auszuschließen sind. Eine Mitwirkung der Berufsgruppen im Verwaltungsrat ist deshalb abzulehnen.

Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen und den Pflegeverbänden sind bereits heute in Beiräten der Medizinischen Dienste beteiligt. Diese Beteiligung hat sich bewährt und ist in der jetzigen Form beizubehalten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 280 (neu) Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Finanzierung, zum Haushalts- und Rechnungswesen und der Aufsicht der neuen Medizinischen Dienste entsprechen im Wesentlichen den bisherigen Fassungen für die MDK. Die neu geregelten Abrechnungsprüfungen im stationären Bereich (§§ 275c und 275d) werden künftig auch in die Liste der umlagefinanzierten Aufgaben der Medizinischen Dienste übernommen. Sofern Krankenhäuser die Begutachtung von Strukturmerkmalen von anderen Gutachterdiensten durchführen lassen, haben sie nach § 275d Absatz 5 Satz 2 die Kosten hierfür zu tragen.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Vorbemerkung und die Stellungnahme zu § 275d Absatz 5 verwiesen. In der Begründung des Entwurfs wird auf die Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern durch andere Gutachterdienste hingewiesen. Der GKV-Spitzenverband lehnt die Prüfung von Strukturmerkmalen durch eine Beauftragung anderer Gutachterdienste ab. Selbstverständlich ist jedoch, dass diese nicht umlagefinanziert wären, sondern durch den Auftraggeber selbst (das Krankenhaus) zu finanzieren wären.

C) Änderungsvorschlag

Redaktionelle Anmerkung: § 280 Absatz 2 Satz 4 ist das Wort „gegenüber“ zu streichen. Es geht gerade nicht um Ansprüche gegenüber anderen Stellen, sondern um Ansprüche der anderen Stellen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 281 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der MDS e.V. wird zum MD Bund in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die MD sind Mitglieder des MD Bund. Die MD und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See tragen die Finanzierung des MD Bund entsprechend der Anzahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, die in ihrem Einzugsbereich ansässig sind (KM6-Statistik). Der Haushaltsplan des MD Bund bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung ab (vgl. Vorbemerkung). Bislang ist der MDS eine Organisation des GKV-Spitzenverbandes. Die Trägerschaft des MD Bund soll bei den Medizinischen Diensten liegen. Auch dies ist abzulehnen.

Ein Festhalten an der Finanzierung des Medizinischen Dienstes allein durch die Krankenkassen wäre bei Umsetzung der Neuregelungen nicht haltbar. Dies widerspricht dem Grundsatz, dass eine Entscheidungsverantwortung mit einer Finanzverantwortung einhergeht.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 282 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Organe des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) werden der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand bestimmt. Die nach geltendem Recht bestehende Mitgliederversammlung des MDS entfällt. Der Verwaltungsrat des MD Bund wird entsprechend der neuen Regelung für die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste – gemäß § 297 Absatz 3 (neu) – aus 23 Vertretern gebildet und mit 16 Vertretern der Krankenkassen, fünf Vertretern der Patientenorganisationen sowie zwei Vertretern der Pflegeberufe und der Landesärztekammern ohne Stimmrecht besetzt.

Das Stimmgewicht innerhalb der wahlberechtigten Vertretergruppen der einzelnen Medizinischen Dienste wird wie bei der Berechnung der Umlagefinanzierung nach der Zahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des jeweiligen Medizinischen Dienstes bestimmt, wobei eine Staffelung der Stimmen in Anlehnung an den Schlüssel für die Stimmgewichte der Länder im Bundesrat gilt. Danach hat jeder Medizinische Dienst eine Mindeststimmzahl von drei Stimmen; bei über zwei Millionen Mitgliedern hat ein Medizinischer Dienst vier Stimmen, bei über sechs Millionen Mitgliedern fünf und bei über sieben Millionen sechs Stimmen. Näheres hierzu soll in der Satzung des MD Bund geregelt werden. Hauptamtlich bei einer Krankenkasse oder ihren Verbänden Beschäftigte sowie Mitglieder der Verwaltungsräte von Krankenkassen oder ihrer Verbände werden von der Wählbarkeit für den Verwaltungsrat des MD Bund ausgeschlossen.

Die Aufgaben des Verwaltungsrates des MD Bund entsprechen gleichlautend denen der Verwaltungsräte der MD. Die Regelungen für den neuen Vorstand des MD Bund entsprechen inhaltlich den bisherigen geltenden für den Geschäftsführer des MDS. Auch für den MD Bund wird eine unabhängige Ombudsperson verpflichtend eingeführt mit gleichlautenden Aufgaben wie für die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste gemäß § 278 Absatz 3 (neu).

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung.

Die tiefgreifende Umstrukturierung des Verwaltungsrates und die einseitig für die Vertretung der Krankenkassen vorgesehene Unvereinbarkeitsregelungen für die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat werden grundsätzlich abgelehnt. Dies bedeutet eine faktische Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung und gefährdet die Sozialpartnerschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung. Die Regelung ist entsprechend abzulehnen.

Zudem werden Leistungserbringer – wenn auch ohne Stimmrecht – in eine Gestaltungsverantwortung im Medizinischen Dienst gebracht. Damit entsteht ein großes Potential für Interessenkonflikte, insbesondere bei Entscheidungen über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird. Eine Mitwirkung der Berufsgruppen im Verwaltungsrat ist abzulehnen. Bei einer Beteiligung in Beiräten würden etwaige Interessenkonflikte vermieden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 283 (neu) Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wie bisher soll der MD Bund den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben beraten. Der MD Bund behält auch seine Koordinationsaufgabe zwischen den Medizinischen Diensten und bekommt zusätzlich die - bisher vom GKV-Spitzenverband ausgeübte - Richtlinienkompetenz für die Tätigkeit der MD übertragen. Der MD Bund erlässt die Richtlinien unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste. Die Richtlinienkompetenz des MD Bund wird abschließend festgelegt auf folgende neun Richtlinien:

1) Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD (Erlass im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband),
2) Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
3) Regelmäßige Begutachtung von Strukturmerkmalen und den Folgen bei Nichteinhaltung nach § 275d (neu) durch MDK,
4) Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten,
5) Beauftragung externer Gutachter durch die MD,
6) Systematische Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD,
7) Statistische Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals,
8) Regelmäßige Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie
9) Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Die o. g. Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich, bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Richtlinien nach Nummern 6 bis 8 sind durch den MD Bund innerhalb einer halbjährlichen Frist nach seiner Konstituierung zu erlassen. Vor dem Erlass von Richtlinien des MD Bund müssen umfängliche Stellungnahmeverfahren u. a. mit dem GKV-Spitzenverband, Vereinigungen der Leistungserbringer, maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen sowie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz

und die Informationsfreiheit durchgeführt werden. Auch der GKV-Spitzenverband erhält entsprechende Stellungnahmerechte.

Der MD Bund fasst die zweijährlichen Berichte der Medizinische Dienst nach § 278 Absatz 4 (neu) in einem Bericht zusammen, den er dem BMG zweijährlich zum 1. Juni vorlegen und zweijährlich zum 1. September veröffentlichen soll. Analog zu der bisherigen Regelung in § 282 Absatz 2 (alt) haben die Medizinischen Dienste den MD Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung ab (vgl. Vorbemerkung). Die Neuregelung hat weitreichende Folgen für die Handlungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes. Bislang ist der MDS eine Organisation des GKV-Spitzenverbandes. Das betrifft sowohl die Stellen- und Haushaltsplanung als auch inhaltlich-fachliche Fragen bei der Unterstützung des GKV-Spitzenverbandes, z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Die Finanzierung erfolgt künftig ausschließlich per Umlage durch die Medizinischen Dienste und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Es ist fraglich, inwieweit die Medizinischen Dienste als künftige Mitglieder des MD Bund bereit sein werden, Ressourcen insbesondere der Sozialmedizinischen Expertengruppen zur Verfügung zu stellen, die primär für Unterstützungsleistungen für den GKV-Spitzenverband erforderlich sind. Die Fülle von anspruchsvollen Aufgaben, teilweise mit Fristsetzung, für den MD Bund wird vermutlich eine Fokussierung auf die Gemeinschaftsaufgaben innerhalb des MDK-Systems zur Folge haben.

Die Kompetenz-Centren (KC) von MDS/MDK spielen derzeit bei der Unterstützung des GKV-Spitzenverbandes eine herausgehobene Rolle. Sie werden hälftig vom MDS (d. h. derzeit vom GKV-Spitzenverband) und vom MDK-System finanziert. Die Kompetenz-Centren sollen künftig alleine durch die Umlage der Medizinischen Dienste für den MD Bund finanziert werden. Laut Gesetzesbegründung fungieren die Kompetenz-Centren weiterhin als Teil des Beratungsauftrages des MD Bund für den GKV-Spitzenverband, ohne Änderung an der bisherigen Aufgabenwahrnehmung. Der GKV-Spitzenverband hätte nach neuer Rechtslage keinen Einfluss mehr auf die Entscheidung darüber, welche medizinische Expertise in welchem personellen Umfang zur Verfügung steht.

Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten bei der Entwicklung medizinisch-wissenschaftlicher Positionen und deren Vertretung in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung werden damit zerschlagen.

Übertragung der Richtlinienkompetenz

Dem MD Bund wird die Richtlinienkompetenz für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste übertragen. Dies bedeutet nach der Darstellung in der Gesetzesbegründung „einen weiteren wichtigen Schritt bezüglich einer unabhängigen Selbstverwaltung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste". Die vorgesehenen Regelungen und diese Darstellung sind weder in Bezug auf die Verknüpfung der Richtlinienkompetenz mit dem Aspekt der Unabhängigkeit der Selbstverwaltung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste noch in Bezug auf den vermittelten Eindruck, die Richtlinien würden ausschließlich die Tätigkeit der Medizinischen Dienste regeln und lägen deshalb in der alleinigen Verantwortung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, sachgerecht.

Wie im Nachfolgenden noch im Detail ausgeführt wird, regeln die Richtlinien nicht einseitig die Tätigkeit der MD, sondern schaffen sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen eine unverzichtbare, einheitliche Grundlage des gemeinsamen Handelns. Angelegenheiten, die die technische und operative Zusammenarbeit von Krankenkassen und Medizinischen Diensten betreffen, können daher nicht allein der Regulierungskompetenz des Medizinischen Dienstes Bund unterworfen werden. Die fachliche Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste in der Wahrnehmung rein sozialmedizinischer Aufgabenstellungen ist dabei ungeachtet der Frage, wer die Richtlinienkompetenz innehat, unmittelbar durch die gesetzliche Regelung in § 275 Absatz 5 SGB V gewahrt und unterliegt somit nicht der Disposition eines Richtliniengebers. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund weder erforderlich noch in der Ausgestaltung sachgerecht und wird deshalb abgelehnt.

Richtlinien über die Zusammenarbeit

Es ist vorgesehen, dass der MD Bund die Richtlinie über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist die Benehmensherstellung mit dem GKV-Spitzenverband aufgrund der direkten Betroffenheit der Krankenkassen vorgesehen. Diese Richtlinie wird schon ihrem Wortlaut nach auf Regelungen zu prozessualen Fragen begrenzt sein und keine sozialmedizinischen Grundlagen beinhalten, so dass keinerlei Gründe für eine Übertragung der Richtlinienkompetenz erkennbar sind.

Sofern dennoch daran festgehalten werden soll, ist wegen der auch von Seiten des Gesetzgebers erkannten „direkten Betroffenheit der Krankenkassen“ ein Erlass der Richtlinie im „Einvernehmen“ und nicht nur im „Benehmen“ mit dem GKV-Spitzenverband erforderlich.

Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung

Einer der wesentlichen Anwendungsbereiche der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V umfasst entsprechend dem gesetzlichen Auftrag Richtlinien, die eine einheitliche Begutachtung sicherstellen sollen. Nach dem zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) abgestimmten Verfahren werden die Richtlinien durch Sozialmedizinische Expertengruppen oder eigens dafür gegründete Arbeitsgruppen der MDK-Gemeinschaft erstellt, in den zuständigen MDK-Gremien beraten (insbesondere Konferenz der Leitenden Ärzte und MDK-Geschäftsführerkonferenz), durch den MDS-Vorstand nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen beschlossen und dem GKV-Spitzenverband zur Abstimmung und Beschlussfassung zugeleitet.

Nach diesem Verfahren wurden Richtlinien in Form von Begutachtungsanleitungen insbesondere für die Bereiche

- Arbeitsunfähigkeit,
- Arzneimittel,
- Cannabinoide,
- Heilmittel,
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Palliativversorgung,
- Schwerhörigkeit,
- Soziotherapie,
- Transsexualität und
- Vorsorge- und Rehabilitation

durch den GKV-Spitzenverband erlassen.

Der Regelungsinhalt der Richtlinien umfasst für den jeweiligen Begutachtungsbereich insbesondere die leistungs-, vertrags- und sonstigen rechtlichen Grundlagen unter Berücksichtigung der vorliegenden Rechtsprechung und Rechtsauslegung, die an diesen sozialrechtlichen Rahmen anknüpfenden sozialmedizinisch relevanten Grundlagen und Anforderungen an die Begutachtung, prozessuale Regelungen zur Beauftragung und Ergebnismitteilung sowie weitergehende Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten und den Krankenkassen. Die Richtlinien regeln damit gemeinsam und einheitlich für die Medizinischen

Dienste und die Krankenkassen umfassend die Prozesse, Inhalte und Grundsätze der Zusammenarbeit, die für reibungslose Verfahren zwischen den Krankenkassen und Medizinischen Diensten erforderlich sind. Durch das dargestellte Verfahren der engen Zusammenarbeit zwischen MDK-Gemeinschaft, MDS und GKV-Spitzenverband sind für beide Seiten damit verlässliche Regelungen entstanden, die in Bezug auf die Verwertbarkeit und Akzeptanz der Begutachtungsergebnisse sowie auch im Hinblick auf die Gestaltung der - zunehmend digitalen - Arbeitsprozesse und weitere verwaltungsverfahrensrechtliche Aspekte, wie z. B. die Sicherstellung der Einhaltung der Fristenregelungen des § 13 Absatz 3a SGB V oder der §§ 14 ff. SGB IX und rechtssichere Verfahren bei Widersprüchen, von besonderer Bedeutung sind.

Dem werden die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen in keiner Weise gerecht. Der Gesetzentwurf sieht ohne weitere Konkretisierungen zu den Inhalten der Richtlinien vor, dass der MD Bund seine Richtlinien unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste erlässt. Dem GKV-Spitzenverband soll lediglich ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden, soweit er von der jeweiligen Richtlinie betroffen ist. Abgesehen von den damit nicht einheitlich geregelten prozessualen Rahmenbedingungen der Beauftragung zwischen Medizinischen Diensten und Krankenkassen liegt dem ganz offensichtlich auch ein Verständnis zum Regelungscharakter der Richtlinien und zum Kompetenzbereich der Medizinischen Dienste zugrunde, das nicht haltbar ist.

Sofern dabei davon ausgegangen wird, die Richtlinien sollten abweichend vom Status Quo zukünftig keine leistungs- oder vertragsrechtlich definierten Anspruchsgrundlagen sowie Beurteilungsmaßstäbe enthalten und eine sozialmedizinische Begutachtung könnte losgelöst davon allein auf einem abstrakt formulierten Stand medizinischer Erkenntnisse erfolgen, verkennt dies den Verwendungszusammenhang der Begutachtungen nach § 275 SGB V, der explizit auf die gutachterliche Anwendung der Anspruchsgrundlagen des SGB V und untergesetzlicher Normen in der Einzelfallbegutachtung ausgerichtet ist.

Sofern hingegen mit den beabsichtigten Regelungen dem MD Bund die Kompetenz zugesprochen werden sollte, leistungs- und vertragsrechtliche Grundlagen sowie Beurteilungsmaßstäbe für die Begutachtung verbindlich festzulegen, würde dies unzweifelhaft den Aufgabenbereich des MD Bund überschreiten, der auf die Koordination und Förderung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung durch die Medizinischen Dienste sowie die Beratung des GKV-Spitzenverbandes ausgerichtet ist (siehe § 283 Absatz 1 SGB V (neu)), jedoch zu Recht keinerlei Gestaltungskompetenzen mit Wirkung für die Verwaltungsverfahren und Leistungsentscheidungen der Krankenkassen aufweist.

Die vorgesehene Systematik mit einer ausschließlich auf ein Stellungnahmerecht des GKV-Spitzenverbandes reduzierten Beteiligung der GKV könnte zudem dazu führen, dass der Medizinische Dienst Begutachtungen im Auftrag der Krankenkassen durchführt und dabei auf der Grundlage der einseitig für ihn verbindlichen Richtlinien Maßstäbe anlegt, die nicht mit leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen oder Rechtsauslegungen der GKV übereinstimmen. Denn die vorgesehene gesetzliche Regelung, wonach die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes - gleichrangig mit den Stellungnahmen anderer Organisationen - in die Entscheidung einzubeziehen ist, ist nicht geeignet, um die notwendige Kompatibilität mit dem Leistungs- und Vertragsrecht der GKV sicherzustellen. In der Folge wären die Ergebnisse der Begutachtungen des Medizinischen Dienstes damit für die Krankenkassen, die die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit ihrer Leistungsentscheidungen tragen, nicht verwertbar. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die GKV ist es deshalb von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der GKV übereinstimmen.

Aus den genannten Gründen wird die Übertragung der Richtlinienkompetenz zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung auf den MD Bund abgelehnt. Nur durch ein Festhalten an der bewährten Struktur abgestimmter und einheitlich ausgerichteter Begutachtungsgrundlagen können die Aufgaben der Sozialmedizinischen Dienste sachgerecht wahrgenommen und die Ergebnisse der Begutachtungen den Leistungsentscheidungen der Krankenkassen zugrunde gelegt werden. Die Unabhängigkeit der Gutachter bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Einzelfallbegutachtung wird durch die notwendige einheitliche Definition der Begutachtungsgrundlagen mittels vom GKV-Spitzenverband erlassener Richtlinien nicht in Frage gestellt (siehe oben).

Im Gegenteil ist es für eine sozialrechtlich verwertbare unabhängige Einzelfallbegutachtung sowohl im Interesse der Gutachter als der Versicherten zwingend erforderlich, solche Grundlagen zur einheitlichen Rechtsanwendung zu schaffen. Dies entspricht auch den Regelungen in anderen Sozialleistungsbereichen, so z. B. durch die fachlichen Weisungen der Bundesagentur für Arbeit für die „Feststellung von Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit nach § 44a SGB II durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit“ oder durch den expliziten gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund, nach § 138 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4b SGB VI Regelungen zur Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung auch im Bereich der Sozialmedizin zu treffen (siehe dazu das Grundlagenpapier „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“ der DRV-Bund). Es ist nicht erkennbar, warum solche übergreifenden Regelungen im Bereich der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung die Unabhängigkeit der sozialmedizinischen Einzelfallbegutachtungen in Frage stellen sollten, während sie von

Seiten des Gesetzgebers für sozialmedizinische Begutachtungen im Auftrag anderer Sozialversicherungsträger zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung als erforderlich angesehen werden.

Vor diesem Hintergrund müssen zumindest Richtlinien, die leistungs- und vertragsrechtlichen Fragestellungen betreffen, auch künftig durch den GKV-Spitzenverband beschlossen werden.

Sofern dennoch an der Übertragung der Richtlinienkompetenz zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung auf den MD Bund festgehalten werden soll, sollte geregelt werden, dass der MD Bund diese Richtlinie im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlässt (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15).

Richtlinien zur Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern

Weiterhin bedarf die Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern einer genaueren Justierung, denn oft sind Strukturmerkmale an die Anstellung medizinischen Personals und dessen Qualifikation gebunden. Personelle Strukturen unterliegen naturgemäß regelmäßigen Schwankungen. Es muss daher möglich sein, auch antizyklisch Strukturprüfungen zu veranlassen, wenn eine Krankenkasse Kenntnis über personelle Veränderungen erlangt, die ggf. Auswirkungen auf die Erfüllung der Strukturmerkmale haben können.

Hinsichtlich der Folgen nicht mehr erfüllter Strukturmerkmale ist eine gesetzliche Regelung zum Ausschluss der Abrechnungsmöglichkeit erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Sofern dennoch daran festgehalten wird, die alleinige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes aufzugeben, sollte Artikel 1 Nummer 25 wie folgt gefasst werden:

„In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ ersetzt.

In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden hinter dem Wort „Begutachtung“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ eingefügt.“

In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 werden die folgenden Worte gestrichen:

„und den Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 283a Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn See

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben des MDK für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nimmt deren sozialmedizinischer Dienst wahr, dessen Unabhängigkeit über eine Geschäftsordnung gewährleistet und für den ein Beirat errichtet wird, der den Vorstand berät und unterstützt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27a

§ 295 Abrechnung ärztlicher Dienstleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe aa:

Das DIMDI kann auch Voraussetzungen für die Abrechnungen von Operationen und sonstigen Prozeduren festlegen.

Buchstabe bb:

Die Prozedurenschlüssel sind verbindlich für die Abrechnung der erbrachten Leistung.

Buchstabe cc:

Das DIMDI erstellt sich eine Verfahrensordnung für die Festlegung der Diagnosen und Prozedurenschlüssel.

B) Stellungnahme

Eine nachträgliche „Aufweichung" insbesondere von Strukturmerkmalen, wie in § 295 Absatz 1 Satz 6 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) 2018 eingeführt, ist weder mit einer jährlichen Kalkulation noch mit einer Einführung von Strukturprüfungen gemäß § 275d vereinbar. Satz 6 (alt) erlaubt dem DIMDI unbegrenzt, rückwirkend die Kalkulationsgrundlage und die Grundlage der neuen Strukturprüfungen nach § 275d ausschließlich zugunsten der Leistungserbringer zu verändern. Dies ist rechtlich und kalkulatorisch sehr problematisch und mit der angestrebten neuen Verbindlichkeit des Buchstaben b) nicht konform. Das DIMDI könnte mit einer Klarstellung schlagartig hunderte Strukturprüfungen auf Jahre rückwirkend unwirksam machen. Der GKV-Spitzenverband fordert daher die Streichung von Satz 6 (alt).

Das DIMDI erhält über die Möglichkeit, die Voraussetzungen für die Abrechnung festzulegen, neue erweiterte Befugnisse. Daher ist die Festlegung einer Verfahrensordnung sinnvoll und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 ist Satz 6 (a. F.) zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung erfolgt eine Anpassung zur Aktualisierung der Verweise innerhalb des SGB V auf die von der Pseudonymisierungspflicht betroffenen Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). So fällt zum Beispiel der zuvor eingeführte § 27b nun auch unter die Regelungen des § 299 SGB V.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine formale Änderung, um die Regelungen des § 299 SGB V zum Schutz der Versichertendaten für alle relevanten Richtlinien und Beschlüsse des G-BA gelten zu lassen, insbesondere für in der Vergangenheit neu in das SGB V eingeführte Richtlinien wie zur Zweitmeinung (§ 27b).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 301 Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a):

Das DIMDI legt in den OPS-Kodes verbindliche Voraussetzung für die Abrechnung fest.

Buchstabe b):

OPS-Kodes sind nach dem Zeitpunkt von Satz 4 an für die Abrechnung verbindlich.

Buchstabe c):

Das DIMDI hat sich für die Festlegung der OPS-Kodes eine Verfahrensordnung zu geben und auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Das BMG hat diese zu genehmigen.

B) Stellungnahme

Der Wille des Gesetzgebers, klare Abrechnungsregeln für die Prüfung von Strukturmerkmalen zu schaffen, wird begrüßt. Vor diesem Hintergrund sind die hier geplanten Veränderungen, insbesondere die Schaffung einer Verfahrensordnung im DIMDI, zielführend.

Abzulehnen ist, dass die mit dem PpSG im Jahre 2018 eingeführte retrospektive „Korrektur“ von OPS-Auslegungen (Satz 4 (a. F.)) durch Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe b) weiterhin legitimiert wird. Es handelt sich hierbei um einen eklatanten Systembruch mit weitreichenden Folgen für die Rechtslegung und das Kalkulationsverfahren des DRG-Systems. Die Regelung nach Buchstabe b ist in Verbindung mit Satz 4 (a. F.) abzulehnen; Satz 4 (a. F.) ist zu streichen. Analog ist diese Regelung in § 295 SGB V zu korrigieren.

Um eine reibungslose, bundeseinheitliche und schnelle Prüfung der Strukturmerkmale zu erreichen, müssen die Strukturmerkmale insbesondere in OPS-Kodes klar erkennbar und die Begriffe rechtsverbindlich sein. Es muss klar definiert werden, welche Strukturen wo vorhanden sind. Diese Strukturen sollten, um unnötige Strukturprüfungen zur vermeiden, wenn möglich aus Abrechnungsdaten plausibilisierbar sein. Die Begriffe „Krankenhausstandort“ und „Fachabteilung“ stellen solche rechtssicheren Begriffe dar und sind verbindlich in geeignete OPS-Kodes einzufügen. Zu diesem Zweck wird die Hinzufügung von zwei weiteren Sätzen an § 301 Absatz 2 vorgeschlagen. Um Streitigkeiten zu vermeiden, stellt ein zusätzlicher Satz klar, dass die Prüfung von Strukturmerkmalen eine Einzelfallprüfung nicht verhindert.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 ist Satz 4 (a. F.) zu streichen.

Die folgenden Sätze werden an Absatz 2 angefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information legt im Katalog der Prozedurenschlüssel (OPS-Katalog) fest, welche Mindestvoraussetzungen des jeweiligen Kodes Strukturmerkmale für die Prüfung nach § 275d darstellen. Für die Beschreibung von Krankenhausstrukturen sind die Begriffe „Standort“ (nach Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und „Fachabteilung“ (nach § 5 Absatz 2 der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3) zu verwenden. Mindestmerkmale von Prozedurenkodes (OPS-Kodes), die nicht nach § 275d geprüft wurden, können im Rahmen der Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 geprüft werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 327 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Paragraph enthält Übergangsregelungen für die MDK und den MDS, wobei die Geltung bisheriger und der im Gesetzentwurf geplanten Rechtsvorschriften für die Zeit der Umwandlung der MDK in die Medizinischen Dienste (MD) und des MDS in den MD Bund geregelt werden. Einerseits sollen einige der bisherigen Regelungen bis zur Umwandlung fortbestehen, andererseits sollen auch diverse neue Regelungen bereits mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes Anwendung finden.

Folgende Änderungen des § 327 (neu) sind ohne unmittelbaren Bezug zu den neuen Organisationsstrukturen und sollen bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes für die MDK gelten:

- Nach § 275 Absatz 3b die verpflichtende Beteiligung der MDK vor Erlass eines Widerspruchsbescheides in bestimmten Fällen,
- nach § 275 Absatz 5 die Ausweitung der Unabhängigkeitsvorgabe auf nichtärztliche Gutachter,
- nach §§ 275c und 275d die Erweiterung der Datenverarbeitungsbefugnisse der MDK,
- nach §§ 275c und 275d die Prüfung der MDK bei Krankenhausbehandlung und Strukturprüfungen von Krankenhäusern,
- nach § 276 Absatz 2 und 4 das Betretensrecht der Gutachter zum Zweck vorgenannter Krankenhausprüfungen sowie
- nach § 280 Absatz 3 die Genehmigungspflicht der Haushalte der MDK.

Die folgenden Änderungen gelten bereits mit Inkrafttreten für den MDS:

- Die fachliche Unabhängigkeit nichtärztlicher Gutachterinnen und Gutachter,
- die Genehmigungspflicht des Haushaltes durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie

- die Erlasskompetenz von Richtlinien über die regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V und der Richtlinie Personalbedarfsermittlung gemäß § 328 (neu) SGB V.

Für die bestehenden Verwaltungsräte der MDK, deren Amtszeit regelgemäß vor dem durch den Gesetzesentwurf geplanten Umstellungszeitpunkt endet, ist eine Verlängerung der Amtszeit vorgesehen, sodass Neuwahlen entfallen können.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes – einschließlich der entsprechenden Übergangsvorschriften – ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25).

Die explizite gesetzliche Normierung der fachlichen Unabhängigkeit auch von nichtärztlichen Gutachterinnen und Gutachter der MDK und des MDS wird begrüßt.

Die weiteren Änderungen, die bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes für die MDK und den MDS Anwendung finden sollen, werden abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelungen mit Ausnahme der gesetzlichen Normierung der fachlichen Unabhängigkeit der nichtärztlichen Gutachterinnen und Gutachter.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 328 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Umwandlung der einzelnen MDK in den Medizinischen Dienst (MD) und des MDS in den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) werden im Detail geregelt. Die Medizinischen Dienste werden in einem Zeitraum von ca. einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes neu konstituiert, die Neukonstituierung des MD Bund erfolgt innerhalb von ca. eineinhalb Jahren.

Die Regelungen für die Medizinischen Dienste in § 328 Absätze 1 bis 4 sind:

- Die Benennung des Verwaltungsrates durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes innerhalb von sechs Monaten (vorauss. bis Ende Juni 2020),
- die Einladung zur konstituierenden Sitzung des neuen Verwaltungsrates durch den bisherigen Vorsitzenden des jeweiligen MDK-Verwaltungsrates (vorauss. nach Benennung bis Ende Juni 2020),
- der Beschluss der Satzung durch den neu konstituierten Verwaltungsrat innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende September 2020),
- die Entscheidung über die neue Satzung durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes nach Erhalt innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende Dezember 2020) sowie
- die Bekanntmachung des Zeitpunktes des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes (=Konstituierungs-Zeitpunkt für Medizinische Dienste – vorauss. bis Ende Dezember 2020).

Die Regelungen in § 328 Absatz 5 zum Rechtsformwechsel des MDS zum MD Bund sind:

- Die Benennung der Vertreter der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienst durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes (vorauss. innerhalb von sechs Monaten – bis Ende Juni 2020),
- die Wahl der Vertreter des Verwaltungsrates des MD Bund durch die Verwaltungsräte der MD innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende September 2020),

- daraufhin konstituierende Sitzung des Verwaltungsrates des MB Bund auf Einladung des bisherigen Vorsitzenden des Verwaltungsrates des MDS,
- der Beschluss der Satzung des MD Bund durch den neu konstituierten Verwaltungsrat des MD Bund innerhalb von sechs Monaten (vorauss. bis Ende März 2021) sowie
- die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit über neue Satzung MD Bund innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende Juni 2020).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes – einschließlich der entsprechenden Übergangsvorschriften – ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25).

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Ablauf der den Hochschulen für die Umsetzung des elektronischen Studenten-Meldeverfahrens eingeräumten Übergangszeit werden in § 199a SGB V die Regelungen für das papiergebundene Meldeverfahren gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Redaktioneller Hinweis: Artikel 2 Nummer 3b wird Nummer 4.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung erhält das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Befugnis, auf Grund des Konzepts für eine repräsentative Kalkulation die Krankenhäuser für die Teilnahme an der Kalkulation verbindlich zu bestimmen. Diese vom InEK bestimmten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem InEK die für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten zu übermitteln. Dies gilt nicht nur für die Übermittlung der Daten, die nach dem Inkrafttreten generiert werden; Gegenstand dieser Verpflichtung können auch Daten aus der Zeit vor dem Inkrafttreten dieser Änderung sein, sofern das InEK diese Daten für die Kalkulation benötigt. Die Befugnis, Krankenhäuser zur Datenübermittlung zu verpflichten, war bisher den Vertragsparteien vorbehalten. Da sich die Verpflichtung zur Datenübermittlung nunmehr unmittelbar aus dem Gesetz ergibt, ist die bisherige Befugnisnorm für die Vertragsparteien entbehrlich. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation durch das InEK haben keine aufschiebende Wirkung.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die angestrebte Gesetzesänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2:

In Absatz 2 Satz 2 wird neben einer redaktionellen Überarbeitung (Einführung einer Nummerierung) eine zusätzliche Regelung aufgenommen, in der der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Regelungen zur ausschließlich elektronischen Übermittlung sowie zu Form und Inhalt der zwischen Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten (MD) auszutauschenden Unterlagen zu vereinbaren haben.

Die DKG und der GKV-Spitzenverband haben darüber hinaus bis zum 31.12.2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zur PrüfvV zu vereinbaren; diese gelten als Bestandteil der PrüfvV. Diese Regelung wird bei Nichteinigung durch die Bundesschiedsstelle getroffen.

Neuer Absatz 2a:

Es wird festgelegt, dass nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse keine Korrektur durch das Krankenhaus mehr möglich ist. Die PrüfvV kann abweichende Regelungen vorsehen. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 finden keine weiteren Krankenhausabrechnungsprüfungen durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst statt.

Neuer Absatz 2b:

Es wird eine Erörterung der Rechtsmäßigkeit der Abrechnung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus vor einer gerichtlichen Überprüfung etabliert. Es kann ein Vergleichsvertrag geschlossen werden. Es ist eine zweckgebundene Datenverarbeitung durch die Krankenhäuser vorgesehen.

Neuer Absatz 6:

Der GKV-Spitzenverband erstellt eine jährliche Statistik bis zum 30. Juni, erstmals zum 30.06.2020 für das jeweilige Vorjahr. Diese Statistik beinhaltet u. a. die Daten der vierteljährlichen Aufbereitung nach § 295 c Absatz 4 Sätze 2 und 3. Des Weiteren werden Auswertungen zur Anzahl und zu den Ergebnissen des Vorverfahrens sowie zu den durchschnittlichen Rechnungsbeträgen, den Prüfanlässen nach Art und Anzahl, den Ergebnissen der Prüfungen, den durchschnittlich zurückgezahlten Differenzbeträgen und Aufschlägen, zur Anzahl und zum Ergebnis der Nachverfahren und zu den Ergebnissen der Prüfungen erhoben. Diese sind

bundesweit und nach den jeweiligen Medizinischen Diensten zu gliedern. Krankenkassen werden verpflichtet, die erforderlichen Daten bis zum 30. April des Folgejahres zu melden. Einige Angaben entfallen für die Berichte in den Jahren 2020 und 2021. Die näheren Einzelheiten legt der GKV-Spitzenverband bis zum 31.03.2020 fest; DKG und Medizinischer Dienst sind einzubeziehen.

Neuer Absatz 7:

DKG und GKV-Spitzenverband legen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 30.06.2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einzelfallprüfung, der Strukturprüfung und der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebne vor; die Ergebnisse nach Absatz 6 und eine Stellungnahme des MD Bund sind einzubeziehen.

B) Stellungnahme

Absatz 2:

Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt, ist jedoch noch zu konkretisieren. DKG und GKV-Spitzenverband haben in der PrüfvV die Absicht erklärt, den elektronischen Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und dem Medizinischen Dienst zu fördern. Erste Verhandlungen mit der DKG zur Umsetzung verdeutlichten, dass es einer gesetzlichen Regelung und damit einer Verbindlichkeit für alle Beteiligten bedarf. Es wird nun der bisherige „Empfehlungscharakter" aufgehoben und klargestellt, dass die Regelungen für alle Krankenhäuser und den Medizinischen Dienste verbindlich sind. Es werden datenschutzrechtliche Anforderungen sichergestellt, da es nun eine verbindliche Rechtsgrundlage zur Übermittlung gibt.

Eine Umsetzung ab 2021 bedeutet, dass sich der GKV-Spitzenverband und die DKG noch vor Inkrafttreten des Gesetzes darauf verständigen müssten, da die Umsetzung eines vollständig neuen Verfahrens mindestens ein Jahr in der Vorbereitung mit sich bringt (z. B. Aufbau eines Portals, Aufbau von Software, Infrastrukturaufbau in Krankenhäusern ab 2020). Es wird deshalb vorgeschlagen, den Krankenhäusern ein zusätzliches Jahr zur Umsetzung zu gewähren.

Eine Migration in die Telematik-Infrastruktur sollte, soweit möglich, berücksichtigt werden. Es wird besondere Datenformate geben, die insbesondere im medizinischen Bereich noch nicht deutschlandweit genormt sind oder aber deren Übermittlungsart zumindest für die Beteiligten noch zu lösen ist (u. a. bestimmte Bildgebungsgrafiken, Dateigrößen, Dateiformate). Insbesondere die gesetzliche Vorgabe „ausschließliche elektronische Übermittlung" stellt für beide Seiten eine große Herausforderung dar. Da die Gespräche mit der DKG bis zu einem ersten „Letter of Intent" auf Fachebene führten, wird eine offene gesetzliche Vorgabe mit dem

Ziel einer Lösung auf dem Vereinbarungsweg unterstützt. Eine detaillierte gesetzliche Vorgabe (u. a. zu Vorgabe der Geschäftsvorfälle, Dokumenttypen, Portallösung, Protokollierung, Verschlüsselung, Schnittstellen etc.) wird deshalb nicht gefordert. Diese sollten gemeinsam verhandelt und geregelt werden.

Der Gesetzgeber hat klargestellt, dass der Datenaustausch nicht nur die Übermittlung von Unterlagen/Fallakten elektronisch sicherstellen, sondern auch den Informationsaustausch abbilden soll (z. B. elektronische Einleitung des Prüfverfahrens, elektronische Abstimmung von Terminen, Quitterungen von Nachrichten etc.), da nun alle ablaufenden Vorgänge elektronisch übermittelt werden. Dies wird ausdrücklich begrüßt, ist jedoch mit der vorgegebenen zeitlichen Umsetzung zum 01.01.2021 nicht kompatibel. Alle Prozesse zu digitalisieren, ist ein enormer verfahrenstechnischer Aufwand für die Beteiligten. Wie bereits beschrieben, sollte das Jahr 2021 durch das Jahr 2022 ersetzt werden.

Krankenhäuser und Krankenkassen tauschen die Daten zur Abrechnung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V elektronisch aus. Künftig tauschen ebenfalls Krankenhäuser und Medizinische Dienste ihre Informationen auf dieser gesetzlichen Grundlage elektronisch aus. Einzig der Austausch der Daten zwischen Krankenkassen und MD ist bisher ohne gesetzliche Vorgabe. Der Gesetzgeber regelt nun die notwendigen Digitalisierungsanforderungen im Rahmen der MD-Prüfung. Deshalb wird vorgeschlagen, eine solche gesetzliche Regelung mit vorzusehen. Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, da die zu erstellenden Statistiken durch den GKV-Spitzenverband auf Daten der Medizinischen Dienste zurückgreifen. Ist der Datenaustausch zwischen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst nicht standardisiert, wird eine einheitliche Datenerhebung aufwendig.

Gemeinsame Vorgaben für die Ortsebene in Form von Umsetzungshinweisen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu begrüßen. Auch der vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus über die Bundesschiedsstelle wird begrüßt.

Darüber hinaus wäre zu überlegen, ob durch den Gesetzgeber zur Vermeidung weiterer Rechtsstreitigkeiten klargestellt wird, wie weit die Ermächtigung der Vereinbarungspartner reicht. In der Sozialgerichtsbarkeit bestehen unterschiedliche Auffassungen, ob in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG materiell-rechtliche Ausschlussfristen geregelt werden dürfen.

<u>Neuer Absatz 2a:</u>

Diese Regelung wird begrüßt. In der Begründung wird ausgeführt, dass Krankenhausrechnungen nicht mehr korrigiert werden dürfen. Im derzeitigen Abrechnungsverfahren gibt es eine Kombination aus Entlassungsanzeige, in dieser sind die medizinischen Informationen (OPS,

ICD, Geschlecht, Alter, Kodierung etc.) enthalten, und dazugehörig mindestens einer Rechnung (es kann z. B. zusätzlich Zwischenrechnungen geben), in der die Entgelte mit ihren Preisen enthalten sind. Der Gesetzgeber fasst diese nun unter dem Begriff „Abrechnung" zusammen. Es wird nachfolgend zu definieren sein, was man unter einer Korrektur einer Abrechnung zu verstehen hat; dies könnte im Rahmen der PrüfvV vorgenommen werden.

Die gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen zur Korrektur von Abrechnungen sind für Fälle zu ergänzen, in denen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes eine Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erzielt wurde, das Ergebnis muss bei Bedarf durch eine korrigierte Abrechnung umgesetzt werden; dies gilt auch, wenn im Nachverfahren oder bei einzelfallbezogener Erörterung eine Einigung erzielt wurde.

Neuer Absatz 2b:

Diese Regelung wird begrüßt, ist jedoch zu ergänzen. Abweichend vom Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes können bestehende Ungewissheiten beseitigt und ein Vergleich vereinbart werden. Durch das vorgesehene umfassende Aufrechnungsverbot und die damit verbundene Übertragung des Prozessrisikos auf die Krankenkassen ist diese Regelung künftig von besonderer Bedeutung.

Krankenhäuser haben alle medizinischen Informationen, Behandlungsdaten und Befunde vorliegen. Die Krankenkassen haben keine Kenntnis über diese Informationen und werden sich der Situation aussetzen müssen, dass im Rahmen der Klage weitere Informationen zu Tage treten. Bisher konnten Krankenhäuser ihr Prozessrisiko genau und sicher abwägen. Auf einer solchen soliden Basis konnten sie abwägen, ob ein Sozialgerichtsverfahren erfolgversprechend ist. Die Erörterung muss für Krankenhäuser und Krankenkassen verpflichtend sein, andernfalls könnte beispielsweise ein Krankenhaus durch Verweigerung der Erörterung sowohl die vorgerichtliche Klärung als auch die Einleitung eines Klageverfahrens behindern. Mit der neuen Regelung werden Krankenkassen zur Klage gezwungen, ohne diese Abwägung vornehmen zu können. Es ist somit notwendig, eine Regelung vorzusehen, dass Krankenkassen alle prozessrelevanten Unterlagen für dieses Nachverfahren erhalten. Nur dies verhindert unnötige Klagen und verringert das Risiko von Klageunwuchten zulasten der Krankenkassen. Anhand der in den Akten vorliegenden Informationen sind dann Vergleiche sinnvoll und Klagen können wirklich verhindert werden. Ansonsten gehen Krankenkassen blind in die Klageverfahren und die Urteile werden einseitig zuungunsten der Krankenkassen getroffen. Es wird vorgeschlagen, die vorgesehenen Modalitäten zur Erörterung vor gerichtlicher Überprüfung ebenso vorzugeben für Falldialoge vor MD-Prüfungen, da auf diese Weise MD-Begutachtungen teilweise vermieden werden können. Erfolgt keine verbindliche Regelung für die Vorlage

der relevanten Unterlagen, wird die Erörterung vor einem Klageverfahren keinerlei Wirkung entfalten und nicht zur beabsichtigten Entlastung der Gerichte führen.

Dieses neue Instrument der Erörterung ist zwingend in ein elektronisches Verfahren zu überführen, anderenfalls würde dies zu einem hohen Bürokratieaufwand führen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine Integration in das bestehende Datenübermittlungsverfahren zur PrüfvV erforderlich. In diesem Fall vereinbaren die DKG und der GKV-Spitzenverband das Nähere zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen. Derzeit sieht § 11 Absatz 1 PrüfvV vor, dass die DKG und der GKV-Spitzenverband das Nähere zur Datenübermittlung vereinbaren. Auf dieser Grundlage sind elektronische Übermittlungen u. a. zu Einladungen zum Falldialog, Verlängerungen des Falldialogs, Informationen zur leistungsrechtlichen Entscheidung oder Einleitungen des Prüfverfahrens geregelt. Es ist notwendig, die Erörterung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ebenfalls elektronisch abzubilden. Diese Informationen werden auch nach Absatz 6 für die jährliche Statistik erhoben. Eine manuelle Datenerhebung wäre bei seiner Vielzahl von Erörterungen nicht erstrebenswert.

Neuer Absatz 6:

Die gesetzliche Vorgabe sorgt für zusätzliche Transparenz. Dies ist zu begrüßen und bringt erstmalig eine verbindliche und verlässliche Aussage zum Prüfverfahren in die Öffentlichkeit.

Der GKV-Spitzenverband hat seit einiger Zeit Erfahrungen mit der Erstellung solch sensibler Daten im Rahmen der bestehenden AG Abrechnungsprüfung gesammelt. Bereits bei den Auswertungen, die dem Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Abrechnungsprüfung[3] vom 29.04.2019 zugrunde liegen, beteiligten sich Krankenkassen, die ca. 76 % der Versicherten präsentieren.

Eine solche Statistik in diesem Umfang und mit den zeitlichen Restriktionen ist mit vielen maschinellen Routinen umzusetzen. Aus diesem Grund ist erneut darauf hinzuweisen, dass die Informationen, bei denen ein Kontakt zwischen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst stattfindet, unterschiedlich von den Krankenkassen festgehalten werden, da es keine einheitliche Datenübermittlung bzw. Erfassung gibt (z. B. Prüfanlässe, Gründe der MD-Anzeigen etc.). Es ist notwendig, den Informationsaustausch verbindlich und einheitlich zu vereinbaren (vgl. Stellungnahme zu Absatz 2).

Der Termin zur Festlegung der Einzelheiten zur Datenerhebung durch den GKV-Spitzenverband liegt mit dem 31.03.2020 sehr nah an der ersten Lieferung (30.04.2020). Krankenkassen hätten im Zweifel nur vier Wochen Zeit, ihre Daten nach diesen Vorgaben zu erheben; dies ist zeitlich knapp.

---

[3] Vgl. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/2019-04-29_KH-Abrechnung_Argumentationspapier.pdf.

Für die durch den GKV-Spitzenverband zu erstellende Jahresstatistik fehlt eine Regelung für die Informationsübermittlung zu den Strukturprüfungen nach § 275d SGB V. Eine entsprechende Regelung ist zu ergänzen. Krankenhäuser sind nur verpflichtet, die Bescheinigung bei Einhaltung der Strukturmerkmale an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Notwendig für die Jahresstatistik sind jedoch sowohl Informationen über die beauftragten Strukturprüfungen als auch über deren Ergebnis. Informationen sollten dem GKV-Spitzenverband sinnvollerweise zudem auch über die Mitteilungen nach § 275 Absatz 3 Satz 3 SGB V übermittelt werden (Nichteinhaltung von nachgewiesenen Strukturmerkmalen).

Die ab dem Jahr 2020 für das Jahr 2019 vorgesehene jährliche Statistik kann keine Angaben zu einzelfallbezogenen Erörterung nach Absatz 2b umfassen, da diese ab dem Jahr 2020 gesetzlich vorgesehen sind. Für die erste Datenlieferung und Veröffentlichung ist ein Ausschluss zu ergänzen.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage der bei den Krankenkassen und den Medizinischen Diensten vorliegenden Daten. Inwieweit diesbezüglich eine Stellungnahme durch die DKG notwendig ist, erschließt sich nicht. Diese Regelung ist zu streichen.

Absatz 7:

Diese Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die Erfahrungen der bisherigen Verhandlungen zu diesen Themengebieten lassen nicht erwarten, dass ein gemeinsamer Bericht die gewünschten Ansätze für potenzielle Anpassungsbedarfe an den Gesetzgeber adressieren wird, da die Interpretationen von Statistiken im Rahmen der Abrechnungsprüfung bei der DKG und dem GKV-Spitzenverband auseinanderlaufen werden. Insoweit wäre es unter Umständen sinnvoll, zwei getrennte Berichte abzufragen oder aber gemeinsam einen unabhängigen Dritten mit einem Gutachten zur Auswirkung im Rahmen der Abrechnungsprüfung zu beauftragen.

C) Änderungsvorschlag

Im Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wird die Zahl „~~2021~~“ durch „2022“ ersetzt und nach den Worten „elektronische Übermittlung von“ die Wörter „Informationen und“ eingefügt.

Im Absatz 2 werden nach Satz 2 die Sätze 3 und 4 neu eingefügt:

„Die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste übermitteln einander die Daten und die gutachterlichen Stellungnahmen durch elektronische Datenübertragung. Das Nähere zu Form

und Inhalt sowie zum Verfahren der elektronischen Datenübertragung zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten bestimmt der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst Bund.“

In Satz 2 wird nach dem Wort „weiteren“ das Wort „medizinischen“ eingefügt.

In Absatz 2b wird nach Satz 1 der neue Satz 2 eingefügt:

„Diese Erörterung ist für beide Seiten verpflichtend.“

In Absatz 2b werden nach Satz 3 die neuen Sätze 4 und 5 eingefügt:

„Das Nähere zur elektronischen Übermittlung der dafür notwendigen Informationen regelt die Vereinbarung nach Absatz 2. Dazu werden der Krankenkasse die für das Gerichtsverfahren relevanten Unterlagen vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt; nicht zur Verfügung gestellte Unterlagen können im Klageverfahren nicht mehr geltend gemacht werden.“

In Absatz 6 Satz 3 sind nach den Worten „die Krankenkassen“ die Worte „für die Nummern 1 bis 6 und die Medizinischen Dienste für Nummer 7“ zu ergänzen.

In Absatz 6 Satz 4 sind nach dem Wort „Aufschläge“ die Worte „sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannten einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b“ zu ergänzen.

In Absatz 6 Satz 6 sind die Worte „~~der Deutschen Krankenhausgesellschaft und~~“ zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3

§ 19 Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Es wird ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene gebildet (vormals in § 17c Absatz 3 KHG, der mit Artikel 2 Nummer 1d) aufgehoben wird); die Regelung entspricht weitestgehend der Regelung in § 17c Absatz 3 KHG (a. F.). Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses wird beim InEK eingerichtet. Die Vertragsparteien, d. h. der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband und die DKG, vereinbaren eine Geschäftsordnung, die den Ablauf des Verfahrens und die Gebühren festlegt.

Absatz 2:

Der Schlichtungsausschuss Bund klärt nur Kodier-und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung

Absatz 3:

Die alte Regelung nach § 17c Absatz 3 KHG sah eine Anrufungsmöglichkeit für folgende Institutionen vor: DKG, GKV-Spitzenverband, Landesverbände der Krankenkasse, Ersatzkassen und Landeskrankenhausgesellschaften. Hinzu trat gemäß Verfahrensordnung des Schlichtungsausschusses Bund der PKV-Verband. In Absatz 3 wird dieser Kreis um folgende Institutionen erweitert: der PKV-Verband, die Krankenkassen, die Krankenhäuser, die Medizinischen Dienste, die mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses selbst.

Absatz 4:

Der Schlichtungsausschuss Bund entscheidet acht Wochen nach Anrufung. Diese Entscheidung gilt für alle Krankenhausrechnungen, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gestellt werden. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten am Entscheidungstag für alle Fälle, die dem MD Bund vorliegen.

Absatz 5:

Die Sozialmedizinische Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) erhalten den Auftrag, bis

zum 31.12.2019 strittige Kodierempfehlungen auszuweisen. Über diese ausgewiesenen strittigen Kodierempfehlungen entscheidet der Schlichtungsausschuss Bund bis zum 31.12.2020.

Absatz 6:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln und sind für die Krankenkassen, Medizinischen Dienste und die zugelassenen Krankenhäuser in der in Absatz 4 genannten Frist verbindlich.

Absatz 7:

Klagen gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses entfalten keine aufschiebende Wirkung. Klagebefugt sind nur die Einrichtungen, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber strebt eine bundeseinheitliche, unabhängige Abrechnungsprüfung und eine Reduktion der Einzelfallprüfungen an. Für diese systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen muss eine einheitliche Grundlage geschaffen werden, was richtige und was falsche Kodierung ist. Diese Rolle weist der Gesetzgeber zukünftig dem Schlichtungsausschuss zu.

Die Ausweitung des Kreises der Antragsberechtigten birgt das Risiko einer Überfrachtung des Schlichtungsausschusses mit Anträgen zur Entscheidung in Einzelfällen. Zutreffend wird die bisherige Formulierung des § 17c Absatz 3 Satz 2 KHG auch in die Neuregelung übernommen, wonach der Schlichtungsausschuss nur Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung klären soll. Leider sind in dem Gesetzentwurf keine Hinweise enthalten, wann von einer grundsätzlichen Bedeutung auszugehen ist. Um an dieser Stelle zur Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs unnötige Auseinandersetzungen zu vermeiden, halten wir es für notwendig, bereits im Gesetz entsprechende Kriterien festzulegen.

Die Kürzung der Entscheidungsfrist des Schlichtungsausschusses von sechs Monaten auf acht Wochen nach Antragstellung stellt strenge Anforderungen an die Prozesse des Schlichtungsausschusses.

Die von der SEG 4 einerseits und der DGfM andererseits schriftlich festgehaltenen, derzeit rund 90 bestehenden Kodierstreitigkeiten[4] sind bis zum 31.12.2020 vom Schlichtungsausschuss zu entscheiden. Diese Verstetigung des Prozesses ist sinnvoll. Um die veranschlagte

[4] Vgl. https://foka.medizincontroller.de/index.php/SEG-4.

Menge von 90 strittigen Kodierproblemen in einem Jahr zu lösen, wird der Schlichtungsausschuss Bund (im Durchschnitt) in einer Woche zwei Kodierfragen klären müssen. Die Entscheidungsfindungsprozesse des Schlichtungsausschusses müssen hierzu professionalisiert und verstetigt werden.

Die Klarstellung in Absatz 6, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses als Kodierregeln gelten und nach Ablauf der festgelegten Frist unmittelbar verbindlich sind, ist folgerichtig. Wir begrüßen insoweit auch, dass die Regelungen ab der Entscheidung des Schlichtungsausschusses nur für die Zukunft gelten sollen.

Es bleibt sowohl nach der Regelung in Absatz 4 als auch Absatz 6 unklar, nach welcher Rechtsgrundlage zwischen der Entscheidung des Schlichtungsausschusses und der verbindlichen Wirkung der neuen Kodier- oder Abrechnungsregel abgerechnet werden soll. Um Missverständnisse und unnötige Klagen zu vermeiden, wird angeregt, die verbindliche Wirkung einen Tag nach der Entscheidung des Schlichtungsausschusses eintreten zu lassen, um die unklare Rechtssituation nicht unnötig bis zum Fristablauf zu perpetuieren. Absatz 4 Satz 3 sollte daraufhin geändert werden, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses ab dem auf die Entscheidung folgenden Tag sowohl für die gestellten Rechnungen als auch für alle beim Medizinischen Dienst anhängigen Fälle gelten. In Absatz 6 wird die Veröffentlichung im Internet am Tag der Entscheidung festgelegt, um eine zeitnahe Übermittlung der neuen Kodierregel sicherzustellen und eine Kenntnisnahme zu erlauben.

Bei dem Schlichtungsausschuss handelt es sich um ein mit Vertretern der Vertragsparteien und unparteiischen Mitgliedern besetztes Schiedsgremium, dass durch seine Entscheidungen die Dispositionsbefugnis der Vertragsparteien ersetzt. Deswegen haben die Vertragsparteien in Schiedsverfahren jeweils nicht nur ein wechselseitiges Anhörungsrecht, sondern im Sinne der Sicherstellung der Rechtsweggarantie aus Artikel 19 Absatz 4 GG auch ein Klagerecht. Das gilt auch, wenn keine Schiedsstelle, sondern eine Schiedsperson entscheidungsbefugt ist. Um den effektiven Rechtsschutz der die Kodier- und Abrechnungsregelungen vereinbarenden Vertragsparteien zu gewährleisten, könnte man erwägen, ihnen ebenfalls den weitergehenden Rechtsschutz gegen die Entscheidung des Schlichtungsausschusses wie dem Antragsteller zu gewähren.

C) Änderungsvorschlag

Dem Absatz 2 wird der folgende Satz 2 hinzugefügt:

„Kodier- und Abrechnungsfragen sind von grundsätzlicher Bedeutung, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Es handelt sich nicht um eine Abrechnungs- oder Kodierfrage im Einzelfall,
2. die Frage ist bislang ungeregelt oder getroffene Regelungen werden unterschiedlich angewendet, so dass wiederholt Konflikte in der Abrechnung auftreten,
3. es ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (zum Beispiel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) oder die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6,
4. die Frage kann durch die gemeinsame Selbstverwaltung geregelt werden,
5. eine Lösung der Thematik konnte innerhalb des nächsten erreichbaren Anpassungszyklus (DRG-System, Klassifikationen) nicht erreicht werden und seit erstmaliger Erörterung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene sind mindestens sechs Monate vergangen.“

Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt angepasst:

„Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle Krankenhausabrechnungen, die nach dem Tag der Veröffentlichung der Entscheidung gestellt werden, sowie für Abrechnungen, die Gegenstand einer noch nicht abgeschlossenen Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.“

Absatz 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind am Tag der Entscheidung im Internet als Kurzbericht zu veröffentlichen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln.“

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 2 Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung sollen die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern von den allgemeinen Krankenhausleistungen ausgenommen werden.

B) Stellungnahme

Die Kosten für die Hinzuziehung von Gebärdensprachdolmetschern sind bisher in den Bewertungsrelationen berücksichtigt und mit den Entgelten für die allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten. Die häufig angeführte Argumentation, die Vergütung einzelner Leistungskomponenten sei nicht explizit sichtbar und es ergebe sich kein Mehrwert für die Krankenhäuser, trägt nicht und birgt das grundsätzliche Risiko, immer wieder Leistungsbestandteile, die sich vermeintlich nicht deutlich genug in der pauschalen Vergütung darstellen, aus der Kalkulation herauszulösen.

Die Ausgliederung der Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern aus den allgemeinen Krankenhausleistungen ist deshalb nicht nachvollziehbar und wird abgelehnt. Sie ist auch nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten, denen bei einer Ausgliederung der Leistungen aus den allgemeinen Krankenhausleistungen als „Veranlasser“ der Gebärdensprachdolmetscherleistungen die Verantwortung für die Verfügbarkeit der Dolmetscher zu den Zeitpunkten zukäme, an denen die Dolmetscherleistungen benötigt werden. Dies ist weder für akute Bedarfssituationen sachgerecht, noch ist es für Patientinnen und Patienten zumutbar, während der Krankenhausbehandlung Dolmetscherleistungen abgestimmt auf die Planung der Ablauforganisation der Krankenhausbehandlung zu organisieren. Die in der Begründung des Gesetzentwurfs herangezogene Parallele zur ambulanten Versorgung verkennt insoweit die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Versorgung.

Die teilweise für gehörlose Patientinnen und Patienten entstandene Belastungssituation sollte künftig durch eine korrekte Vorgehensweise der Krankenhäuser vermieden werden. Die Kostenabrechnung muss direkt zwischen Krankenhaus und Gebärdensprachdolmetscher erfolgen, da die Finanzierung seitens der Krankenkassen über die Fallpauschalen abgedeckt ist.

Sofern eine Ausgliederung dennoch erfolgen soll, ist zwingend sicherzustellen, dass die Krankenhäuser weiterhin in der Organisationsverantwortung für erforderliche Gebärdensprachdolmetscherleistungen bleiben und die Kalkulation der DRGs sowie die Landesbasisfallwerte angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2a

§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1a Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung legt fest, dass der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung der Patientin oder des Patienten keine Anwendung findet.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es unverständlich, warum der Gesetzgeber die Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation vom FDA ausnehmen will.

Bei genauerer Betrachtung der Fallzahlentwicklung in diesem Bereich zeigt sich, dass seit 2009 die Zahl der Schlaganfälle trotz immer besserer Diagnostik um weniger als 10 % angestiegen ist. Demgegenüber haben sich die Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation mehr als verdoppelt. Nicht nur die Indikation zur Frührehabilitation, auch die Länge der stationären Verweildauer in der Frührehabilitation wird häufig von Erlöserwägungen beeinflusst. Anders sind die entsprechenden Häufungen in der Verweildauer an den Erlösschwellen nicht zu erklären. Eine Mengenanfälligkeit aus nicht medizinischen Gründen liegt damit in diesem Bereich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vor.

Im Rahmen der Verhandlungen zum FDA wurden die frührehabilitativen Leistungen aufgrund der starken nicht morbiditätsbedingten Mengensteigerungen von den Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG und GKV-Spitzenverband) explizit nicht in den Katalog nichtmengenanfälliger Leistungen aufgenommen. Die Entscheidung, diese Leistungen nun per Gesetz vollständig vom FDA auszunehmen, ist fachlich unverständlich. Weitere deutliche nichtmorbiditätsbedingte Leistungssteigerungen in diesem Bereich sind zu befürchten.

Die Regelung wird vor diesem Hintergrund vom GKV-Spitzenverband abgelehnt.

Im Zusammenhang mit den Regelungen zum FDA ist die bestehende Anspruchsgrundlage zur Herausnahme von sogenannten Zentrumsleistungen nach § 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1d KHEntgG ohne reale Wirkung und daher zu streichen. Zentrumsleistungen nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG sind nämlich gerade keine Leistungen, die mit DRG-Fallpauschalen zu vergüten, sondern mit Zuschlägen abzugelten sind. Wenn also diese Leistungen nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, sind sie aus einem Abschlag, der nach DRG-Fallpauschalen

bemessen wird, nicht herausnehmbar. Die bestehende Regelung läuft damit immer ins Leere und ist zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1a ist zu streichen.

§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1d wird gestrichen.

In § 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1c wird das Komma durch das Wort „sowie“ ersetzt.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2b

§ 4 Absatz 8 Satz 1 Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum PpSG. Mit dem PpSG wurde geregelt, dass Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ab dem Jahr 2020 durch krankenhausindividuelle Pflegebudgets und nicht mehr durch Fallpauschalen finanziert werden. Die im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms bis einschließlich zum Jahr 2019 vorgenommenen Neueinstellungen zusätzlicher Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sowie die Aufstockung entsprechender Teilzeitstellen führen zu einer Erhöhung des zu vereinbarenden Pflegebudgets. Eine separate Finanzierung von Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen durch das Pflegestellen-Förderprogramm ist daher nicht mehr erforderlich. Somit können Mittel aus dem Pflegestellen-Förderprogramm für das Jahr 2019 letztmalig in Anspruch genommen werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die angestrebte Gesetzesänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) als direkter Ansprechpartner für die Krankenkassen im Verfahren zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) definiert. Dies entspricht seit jeher der gängigen Verfahrenspraxis. Bislang sieht das geltende Recht jedoch vor, dass vor der Vereinbarung eines gesonderten NUB-Entgeltes eine Information von den Vertragsparteien nach § 9 darüber einzuholen ist, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Insoweit ist hier eine Klarstellung angezeigt. Die anschließende Information der Krankenkassen über ein vereinbartes Entgelt hat ebenfalls direkt an das InEK zu erfolgen.

Durch die Regelung wird das InEK als direkter Empfänger der Informationen der Krankenkassen über gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 2a definiert. Dies entspricht seit jeher der gängigen Verfahrenspraxis.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband stimmt der Änderung grundsätzlich zu. Wie in der Begründung ausgeführt entspricht die Anpassung der gängigen Verfahrenspraxis.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4

§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Einzelfallbezogene Prüfungen bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegentgelten sind nicht zulässig. Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben. Diese Regelung findet durch die Überführung in das KHEntgG auch für andere Kostenträger Anwendung (z. B. PKV).

B) Stellungnahme

Dass diese Regelung auch für die PKV und andere Kostenträger gilt, ist zu begrüßen. Es wird jedoch auf die Stellungnahme zum neuen § 275c Absatz 6 SGB V verwiesen. Es ist die gemeinsame Regelung der DKG und des GKV-Spitzenverbandes in § 275c Absatz 6 SGB V aufzunehmen: Es findet keine Prüfung der Pflegentgelte statt, Ausnahme ist die Änderung des Relativgewichtes der aDRG (vgl. Änderungsvorschlag zu §§ 275c und 275d SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5

§ 8 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3:

Absatz 3 regelt, dass bei Feststellung einer fehlenden vollstationären Behandlungsbedürftigkeit die Leistungen des Krankenhauses in Höhe vorstationärer Behandlungen vergütet werden.

Absatz 4:

Krankenhäuser, die die Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275d SBG V nicht bestanden haben, dürfen die entsprechenden Entgelte nicht abrechnen.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 3

Diese Regelung begünstigt einseitig die Krankenhäuser, da sie vorsieht, dass im Falle einer erfolgreichen Fehlbelegungsprüfung die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergüten sind, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht. Die vollstationäre Fehlbelegungsprüfung wird damit grundsätzlich in Frage gestellt, da ein Krankenhausfall, der nicht notwendig war, trotzdem zulasten der GKV vergütet wird. Bleibt es bei der gesetzlichen Vorgabe, dass die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung keine Auswirkung auf die Pflegeanteile haben dürfen, wird darüber hinaus für einen nicht notwendigen Krankenhausfall ein Pflegeanteil weiterhin vergütet.

Die Prüfung von Strukturmerkmalen von Prozedurenkodes vor der Leistungserbringung schafft Abrechnungssicherheit für die Krankenhäuser und die Krankenkassen sowie Planungssicherheit für die Bundesländer und wird daher sehr begrüßt (vgl. auch Stellungnahme zu § 275d SGB V). Hinsichtlich einer nicht mehr gegebenen Erfüllung bereits nachgewiesener Strukturmerkmale ist ein Abrechnungsausschluss erforderlich, solange die erneute Erfüllung der Strukturmerkmale nicht nachgewiesen werden kann.

C) Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 4 KHEntgG ist folgender Satz 2 zu ergänzen:

„Gleiches gilt für Leistungen, die nach Anzeige der Nichterfüllung gemäß § 275d Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Krankenhaus die erneute Einhaltung der Strukturmerkmale nachweist."

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen. Erfüllen Krankenhäuser die Strukturmerkmale nicht, dürfen diese auch nicht vereinbart und damit abgerechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das bisherige Pflegestellen-Förderprogramm wird ab dem Jahr 2021 aufgehoben.

B) Stellungnahme

Auf Grund der über das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz initiierten neuen Finanzierungsstruktur für Pflegekräfte im Krankenhaus erübrigt sich das bisherige Pflegestellen-Förderprogramm. Der Aufhebung ab dem Jahr 2021 wird zugestimmt, um den der letztmaligen Stellenfinanzierung über das Pflegestellen-Förderprogramm im Jahr 2019 nachgelagerten Aufgaben im Jahr 2020 noch nachkommen zu können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1

§ 8 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 regelt, dass Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen dürfen.

Der neue Absatz 6 regelt, dass bei Feststellung einer fehlenden vollstationären Behandlungsbedürftigkeit die Leistungen des Krankenhauses in Höhe vorstationärer Behandlungen vergütet werden.

B) Stellungnahme

Absatz 3:

Diese Regelung ist zu begrüßen. Es handelt sich um die analoge Regelung aus dem KHEntgG für den Bereich der BPflV. Erfüllen Krankenhäuser die Strukturmerkmale nicht, dürfen diese auch nicht vereinbart und damit abgerechnet werden.

Absatz 6:

Diese Regelung begünstigt einseitig die Krankenhäuser, da sie vorsieht, dass im Falle einer erfolgreichen Fehlbelegungsprüfung die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergüten sind, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht. Die vollstationäre Fehlbelegungsprüfung wird damit grundsätzlich in Frage gestellt, da ein Krankenhausfall, der nicht notwendig war, trotzdem zulasten der GKV vergütet wird. Bleibt es bei der gesetzlichen Vorgabe, dass die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung keine Auswirkung auf die Pflegeanteile haben dürfen, wird darüber hinaus für einen nicht notwendigen Krankenhausfall ein Pflegeanteil weiterhin vergütet.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 ist zu streichen.

Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen. Es handelt sich um die analoge Regelung aus dem KHEntgG für den Bereich der BPflV. Erfüllen Krankenhäuser die Strukturmerkmale nicht, dürfen diese auch nicht vereinbart und damit abgerechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 56 Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt. Zudem wird der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 8 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 128 Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 9 (Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 76 Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine durch die geänderten und zusätzlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste bedingte Folgeänderung. Auch im Hinblick auf die ebenfalls geregelten (geänderten und neuen) Übermittlungsbefugnisse und -pflichten der Medizinischen Dienste (§§ 275 Absatz 3b, 275c Absatz 1, 275d Absatz 1) besteht kein Widerspruchsrecht der Betroffenen, wenn Daten durch die in § 76 Absatz 1 SGB X genannten Personen übermittelt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

Inhaltsverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Medizinischen Dienstes.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 7 Aufklärung, Auskunft

§ 7a Pflegeberatung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Medizinischen Dienstes.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absätze 1 und 1b:

Der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt. Mit der vorgesehenen Regelung soll dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) die Richtlinienkompetenz sowohl für die Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung (Begutachtungs-Richtlinien, Absatz 1) als auch für die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien, Absatz 1b) übertragen werden. Die Richtlinien sind im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu erlassen.

Absatz 1 a:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt weiterhin die Richtlinien für die Durchführung der Pflegeberatung, unter Beteiligung des MD Bund. Als Folgeänderung wird der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen. Dies gilt ebenfalls hinsichtlich des hilfsweisen Änderungsvorschlags.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Änderungen in den Absätzen 1 und 1a.

In Absatz 1b wird der Satz 1 wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat."

Hilfsweiser Änderungsvorschlag: In Absatz 1, 1a, 1b jeweils Satz 1 wird das Wort „Benehmen" durch das Wort „Einvernehmen" ersetzt.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den vorgesehenen Regelungen in den Absätzen 1 und 3 Satz 1 und 5 sowie dem Absatz 6 handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Medizinischen Dienst (MD). Die Änderungen in Absatz 3 Satz 11 und Absatz 5a Satz 4 sind eine Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund gemäß § 53d.

Die Regelungen des Absatzes 2b hinsichtlich des Aussetzens der Begutachtungsfristen und der Festlegung bundesweiter Kriterien zum Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs werden gestrichen.

In Absatz 7 wird klargestellt, dass die dem Medizinischen Dienst übertragene Aufgabe der Begutachtung durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen oder Ärzte in Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen wird.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen. Dies gilt ebenfalls hinsichtlich des hilfsweisen Änderungsvorschlags.

Bei der vorgesehenen Streichung des Absatzes 2b handelt es sich um eine sachgerechte Gesetzesbereinigung.

Die in Absatz 7 vorgesehene Klarstellung entspricht der fachlich gebotenen Praxis und ist daher ebenfalls sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 18 Absatz 3 Satz 11 und Absatz 5a Satz 4 sind zu streichen.

Hilfsweiser Änderungsvorschlag:

In Absatz 3 Satz 11 werden die Wörter „im Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ ersetzt.

In Absatz 5a Satz 4 wird das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ ersetzt.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Medizinischen Dienst (MD).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung soll dem Medizinischen Dienst Bund die Richtlinienkompetenz für die Dienstleistungs-Richtlinien übertragen werden.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen bei der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung entsprechen den vorgesehenen Änderungen bei der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nummer 1b).

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und erforderlich, um dem geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 25 Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entsprechen den vorgesehenen Änderungen bei der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nummer 2).

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und erforderlich, um dem auch für die Familienversicherung geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

§ 33 Leistungsvoraussetzungen

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

§ 46 Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 53a entfällt; seine Regelungsinhalte gehen weitgehend in dem neuen § 53d (Aufgaben des MD Bund) auf.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 53b wird der neue § 53a. Zudem wird der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) durch den Namen des Medizinischen Dienst (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 53c wird der neue § 53b.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

Fünfter Abschnitt (neu) – §§ 53c und 53d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Fünften Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird ein neuer fünfter Abschnitt „Medizinische Dienste; Medizinischer Dienst Bund“ mit den vorgesehenen Neuregelungen der §§ 53c und 53d gebildet, in dem die organisatorischen Grundlagen und die Aufgaben der Medizinischen Dienste (MD) und des MD Bund zusammengefasst werden.

Die vorgesehene Neuregelung des § 53c verknüpft die im SGB V geregelte Neuorganisation der Medizinischen Dienste und des MD Bund, die als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts an die Stelle der MDK bzw. des MDS treten, mit den Regelungen des Elften Buches. Die Übergangsregelungen lehnen sich an die Übergangsregelungen nach § 328 SGB V an. Dies bedeutet für die beabsichtigten Neuregelungen im Elften Buch, dass diese für den einzelnen MD jeweils erst ab dem Datum des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung der jeweiligen Satzung anwendbar sind. Dieses Datum ist nach § 328 Absatz 1 Satz 4 SGB V öffentlich bekannt zu geben. Der Zeitpunkt des Ablaufs des Monats wurde dort als der zentrale Zeitpunkt bestimmt, an dem die Medizinischen Dienste ihre Aufgaben nach dem neuen Regelungsregime aufnehmen. Der Zeitpunkt kann bei den jeweiligen Medizinischen Diensten je nach Verfahrensablauf der Neukonstituierung unterschiedlich sein.

Die vorgesehene Neuregelung des § 53d regelt die Aufgaben des MD Bund und entspricht im Wesentlichen der vorgesehenen Regelung des § 283 Absatz 1 SGB V, wobei bei § 53d auf den pflegefachlichen Bereich abgestellt wird. In den Absätzen 2 und 3 wird dem MD Bund die Kompetenz zum Erlass der dort genannten Richtlinien übertragen.

Die Auflistung der Richtlinien in Absatz 2 knüpft einerseits an die im bisherigen § 53a genannten und dort dem GKV-Spitzenverband übertragenen Richtlinienkompetenzen an, andererseits wird an die in § 283 SGB V aufgelisteten Richtlinien angeschlossen. In Absatz 3 werden die Richtlinien genannt, die der MD Bund im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu erlassen hat und deren Regelungsinhalte bzw. deren Umsetzung unmittelbar auch die Pflegekassen betreffen. Beim Erlass der Richtlinien nach Absatz 2 sind die Medizinischen Dienste zu beteiligen und beim Erlass der Richtlinien nach Absatz 3 das Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband herzustellen. Der bisherige Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit und die weiteren Beteiligungsverfahren finden weiterhin Anwendung.

B) Stellungnahme

Zu § 53c (Neuorganisation von MD Bund und MD): Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummern 11 und 16 (§§ 278, 281 und 328 SGB V) verwiesen.

Zu § 53d Absatz 1 (Übergangsregelung): Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 SGB V) verwiesen.

(a) Zu § 53d Absätze 2 und 3 (Übertragung der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands auf den MD Bund) im Allgemeinen:

Die vorgesehene Übertragung der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands auf den MD Bund, insbesondere für die Richtlinien mit Auswirkungen für die Pflegekassen, wird abgelehnt. Richtlinien, die Begutachtungs- und Prüfgrundlagen regeln und den Leistungsentscheidungen und Maßnahmenbescheiden der Pflegekassen zugrunde gelegt werden, können nur durch den GKV-Spitzenverband festgelegt werden. Nur durch die gegenwärtigen Strukturen der Normgebung kann die erforderliche Rechtssicherheit für die Pflegekassen gewährleistet werden (1.). Die Gründe für die beabsichtigte Neuregelung sind nicht nachvollziehbar (2.); die Neuregelung wäre zudem mit einem nicht zu rechtfertigenden Aufwand verbunden (3.).

1. Richtlinien bilden leistungs- und vertragsrechtliche Grundlage für Entscheidungen der Pflegekassen

Für die Erstellung von Richtlinien, insbesondere im Bereich der Begutachtung und Prüfung des Elften Buches, sind neben der Pflegefachlichkeit vor allem Kenntnisse zu den Gesamtzusammenhängen in der Sozialversicherung, insbesondere zum Leistungs- und Vertragsrecht, erforderlich. Die Kernkompetenz des MDS bezieht sich allein auf die pflegefachliche Expertise.

Der Gesetzgeber selbst erkennt, dass die Richtlinien, die für die Pflegekassen bindend sind, leistungs- und vertragsrechtliche Auswirkungen haben. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird der Erlass der Richtlinien im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband als sachlich geboten gesehen, da „die Regelungsinhalte beziehungsweise die Umsetzung der Richtlinien unmittelbar auch die Pflegekassen betrifft“. Sachlich geboten ist jedoch die unveränderte Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes für die Richtlinien, die für die Pflegekassen Bindungswirkung entfalten. Die Festsetzung von Regelungsinhalten ist auch die Grundlage für Verwaltungsakte der Pflegekassen und prägt damit entscheidend

das Leistungs- und Vertragsgeschehen. So entscheidet beispielsweise die Pflegekasse über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit anhand der Ergebnisse einer Begutachtung des Versicherten auf Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse in Form eines Verwaltungsaktes ist hierbei Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung.

Im Bereich der Qualitätsprüfungen haben die zugrundeliegenden Richtlinien ebenfalls Auswirkungen auf das Handeln der Pflegekassen. Die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen bilden beispielsweise die Grundlage für Maßnahmenbescheide der Pflegekassen gegenüber den Pflegeeinrichtungen und haben damit Einfluss auf das Vertragsgeschehen. Bei der Erstellung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien, die Grundlage für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sind, ist es erforderlich, dass diese auch mit den vertraglichen Grundlagen zwischen den Pflegekassen und Leistungserbringern vereinbar sind und nicht davon losgelöst nur auf den allgemeinen medizinisch-pflegerischen Kenntnisstand Bezug nehmen. Dies wäre bei einer Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund mit einem lediglich vorgesehenen Stellungnahmerecht des GKV-Spitzenverbandes nicht sichergestellt.

Durch die Übertragung der Richtlinienkompetenz würde der MD Bund wie oben ausgeführt durch Festsetzung von Regelungsinhalten, die für die Pflegekassen Bindungswirkung entfalten, maßgeblich die Entscheidungen der Pflegekassen über Leistungen (z. B. durch Begutachtungs-Richtlinien, Kostenabgrenzungs-Richtlinien) und Sanktionsmaßnahmen (z. B. durch Qualitätsprüfungs-Richtlinien) prägen. Sofern der Gesetzgeber beabsichtigt, dem MD Bund die Kompetenz zuzusprechen, leistungs- und vertragsrechtliche Grundlagen sowie Beurteilungsmaßstäbe für die Begutachtung und Qualitätsprüfung verbindlich festzulegen, würde dies unzweifelhaft den Aufgabenbereich des MD Bund überschreiten, der auf die Koordination und Förderung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung durch die Medizinischen Dienste sowie die Beratung des GKV-Spitzenverbandes ausgerichtet ist (siehe § 283 Absatz 1 SGB V (neu)), jedoch zu Recht keinerlei Gestaltungskompetenzen mit Wirkung für die Pflegekassen aufweist. Diese Systematik könnte zudem dazu führen, dass der Begutachtungen und Prüfungen im Auftrag der Pflegekassen durchführt und dabei auf der Grundlage der einseitig für ihn verbindlichen Richtlinien Maßstäbe anlegt, die nicht mit leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen oder Rechtsauslegungen der Pflegekassen übereinstimmen. Die Ergebnisse der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste – und im Übrigen auch die der anderen Begutachtungs- und Prüfinstitutionen – wären damit für die Pflegekassen, die die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit ihrer Leistungsentscheidungen tragen, nicht verwertbar. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch für die Pflegekassen ist es deshalb von

elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der Pflegekassen übereinstimmen. Dies kann nur durch die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes gewährleistet werden.

Das neue beabsichtigte Konstrukt der Normgebung ist auch im Hinblick auf den erforderlichen Rechtsschutz der Pflegekassen rechtlich angreifbar. Unklar bleibt in dem Referentenentwurf, ob die Pflegekassen Rechtsschutzmöglichkeiten gegen die in den Richtlinien getroffenen Entscheidungen des MD Bund hätten. Dies betrifft insbesondere die Fälle, in denen der MD Bund in seinen Richtlinien verbindliche Kriterien für die Prüfungen und Begutachtungen festlegt, die nicht der Rechtsauslegung der Pflegekassen entsprechen. Es erscheint nicht sachgerecht, dass die Pflegekassen in ihren leistungs- und vertragsrechtlichen Entscheidungen gebunden sind, ohne eine eigene Möglichkeit zu haben, die Kriterien des MD Bund gerichtlich überprüfen zu lassen. Ob und wie dieser Rechtsschutz möglich sein soll, wird durch den Referentenentwurf nicht beantwortet.

Ferner ist bei der vorgesehenen Übertragung der Richtlinienkompetenz zu bedenken, dass auch die höchstrichterliche Rechtsprechung jeweils in den Richtlinien umgesetzt werden muss. Die Rechtsprechung kann sich hierbei nicht nur auf pflegefachliche, sondern auch auf leistungs- und vertragsrechtliche Aspekte beziehen. Sofern beispielsweise ein BSG-Urteil gegen eine Pflegekasse in einem Fall ergeht, ist dieses auch maßgeblich für künftige vergleichbare Fälle. Der GKV-Spitzenverband ändert in der Folge einer höchstrichterlichen Rechtsprechung die jeweiligen Richtlinien mit Wirkung für die Pflegekassen. So hatte beispielsweise das BSG-Urteil vom 17.06.2010 über das Verhältnis der Leistungen der Pflegekasse und der Leistungen der Krankenkasse bei der sogenannten häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V im Falle einer notwendigen 24-Stunden-Pflege (B 3 KR 7/09 R) Auswirkungen auf die Leistungsgewährung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI. Diese höchstrichterliche Rechtsprechung wurde auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der hieraus resultierenden Notwendigkeit der Kostenabgrenzungs-Richtlinien in den Richtlinien berücksichtigt. Die bestehende Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands ist daher auch vor diesem Hintergrund sachgerecht und beizubehalten.

Der MDS und die MDK selbst verstehen sich bei der Begutachtung und Prüfung als Dienstleister und Berater. Wenn sie nun gleichzeitig als Normgeber auftreten, erfolgt eine Vermischung von Aufgaben. In Bezug auf die Qualitätsprüfungs-Richtlinien beispielsweise steht bei der Erstellung der Richtlinien die pflegerische Einstufung von Leistungen, die zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen vereinbart sind, im Vordergrund. In der

praktischen Anwendung der QPR dagegen beraten die Medizinischen Dienste die Pflegeeinrichtungen über eine pflegefachlich gebotene Leistungserbringung. Hierbei steht der Dienstleistungsgedanke und Beratungsansatz im Vordergrund. Die gegenwärtige Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen GKV-Spitzenverband als Normgeber und dem MDS bzw. den MDK als Dienstleister ist gut begründet, funktional und daher beizubehalten.

Im Übrigen würde bei einer Richtlinienübertragung der MD Bund auch Richtlinien mit Wirkung für andere Dienstleister wie MEDICPROOF, PKV-Prüfdienst oder unabhängige Gutachter erlassen. Es ist fraglich, ob es vom Gesetzgeber gewünscht ist, dass der MD Bund damit zukünftig als Normgeber für die bislang ihm gleichgestellten Begutachtungs- und Prüfinstitutionen auftritt.

Aufgrund der zuvor dargelegten (bindenden) Wirkung der Richtlinien als leistungs- und vertragsrechtliche Grundlage für die Entscheidungen der Pflegekassen erscheint es bei einem Festhalten des Gesetzgebers an der vorgesehenen Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund in jedem Fall sachgerecht, dass dem GKV-Spitzenverband ein über die Benehmensherstellung hinausgehendes Beteiligungsrecht eingeräumt wird. Die Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes in Form des Benehmens bedeutet lediglich, dass diesem die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben und diese gewürdigt werden muss. Eine Entscheidung im „Benehmen“ verlangt im Gegensatz zu einer solchen im „Einvernehmen“ keine Willensübereinstimmung der an der Entscheidung Beteiligten. Es bedeutet nicht mehr als die (gutachterliche) Anhörung des anderen Beteiligten (Behörde), die dadurch Gelegenheit erhält, ihre Vorstellungen in das Verfahren einzubringen (Urteil des BVerwG vom 29.04.1993 = NVwZ 1993, 890). Um jedoch zu gewährleisten, dass das sozialrechtliche und verwaltungsrechtliche Fachwissen des GKV-Spitzenverbandes hinreichend zu berücksichtigen ist, bedarf es mindestens der Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes in Form einer Einvernehmensherstellung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem MD Bund.

2. Gründe für Richtlinienübertragung sind nicht gegeben

Im Gesetzentwurf wird auf den Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode verwiesen, in dem vorgesehen ist, „die MDK zu stärken, ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen“.

Bei der geforderten Unabhängigkeit der MDK geht es um die fachliche Unabhängigkeit, z. B. um die Neutralität bei der Anwendung der Begutachtungs- und Prüfgrundlagen.

Diese fachliche Unabhängigkeit ist seit Bestehen der MDK gewährleistet. In § 275 Absatz 5 SGB V wird die bereits von Beginn an praktizierte Unabhängigkeit der Pflegefachkräfte nun explizit normiert. Dies ist zu begrüßen.

Die geforderten bundesweit einheitlichen und verbindlichen Regelungen bei der Aufgabenwahrnehmung durch die MDK sind bereits durch die Richtlinien des GKV-Spitzenverbands gegeben, die bundesweit und einheitlich unmittelbar für alle MDK gelten. Im Übrigen hat auch bisher schon die Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit zu überwachen, dass die Richtlinienerstellung durch den GKV-Spitzenverband mit den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen vereinbar ist.

3. Richtlinienübertragung ist mit unnötigem und kostenintensivem Aufwand verbunden

Bei einer Richtlinienübertragung auf den MD Bund müssten bei diesem zusätzliche Strukturen aufgebaut werden, die unwirtschaftlich sind und neue Schnittstellen hervorrufen. Die notwendigen Kosten hierfür beziffert der Gesetzgeber selbst im Gesetzentwurf für die Reform der Organisationsstruktur – allein bezogen auf die Verwaltung auf Bundes- und Landesebene – in Höhe von einmalig 1,48 Mio. Euro und jährlich auf 1,02 Mio. Euro. Da ein Nutzen für diese Aufwendungen nicht erkennbar ist, stellen diese Kosten einen unnötigen finanziellen Aufwand dar.

Entsprechend der Begründung im Referentenentwurf soll das Gesetz zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung beitragen. Angesichts der obigen und nachfolgenden Ausführungen und angesichts des genannten Erfüllungsaufwands wird dieses Ziel durch die Regelungen des Referentenentwurfs konterkariert. Die Regelungen führen gerade zu einer Verkomplizierung des bislang bewährten Rechts- und Verwaltungsgeschehens.

(b) <u>Zu den unter § 53d aufgeführten Richtlinien im Einzelnen</u>

Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung nach § 18b (§ 53d Absatz 2 Nummer 1)

Ziel der Dienstleistungs-Richtlinien ist es, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken. Sie stellen verpflichtende, bundesweit einheitliche Verhaltensgrundsätze auf und erhöhen die Transparenz des Begutachtungsverfahrens für die Versicherten. Es ist daher nicht sachgerecht, dass künftig die Kompetenz zur Festlegung einheitlicher Verfahrensgrundsätze zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren auf den MD Bund unter Beteiligung der MD, und damit durch die die Begutachtung durchführenden Gutachter selbst, übertragen wird. Demnach sollen künftig die Medizinischen Dienste maßgeblich an der Erstellung der Richtlinien beteiligt

werden, die damit ihre eigenen Verhaltensgrundsätze festlegen. Es ist nicht erkennbar, dass hierdurch die vom Gesetzgeber durch die Richtlinien initiierte Dienstleistungsorientierung und Transparenz im Begutachtungsverfahren für die Versicherten gestärkt und erhöht werden. Durch die bisherige Richtlinienkompetenz wurden die verpflichtenden und bundesweit einheitlichen Verhaltensgrundsätze der MDK durch den GKV-Spitzenverband, also durch eine von den MDK organisatorisch und fachlich unabhängige Institution festgelegt.

Richtlinien nach § 53d Absatz 2 Nummern 2 bis 6

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 SGB V) verwiesen.

Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1 (§ 53d Absatz 3 Nummer 1)

Die Erstellung der Begutachtungs-Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband ist nicht nur sachlich, sondern auch fachlich geboten. Der Gesetzgeber erkennt selbst, dass die Regelungsinhalte beziehungsweise die Umsetzung der Richtlinien unmittelbar auch die Pflegekassen betreffen. Die Begutachtungs-Richtlinien betreffen die Pflegekasse nicht nur unmittelbar, sondern sie sind für diese verbindlich. Die Begutachtungs-Richtlinien haben unmittelbare Auswirkungen zum einen hinsichtlich des Ergebnisses der Begutachtung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Zum anderen hat der Gutachter der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Pflegekasse ist verpflichtet, den Versicherten über diese Empfehlungen zu informieren. Mit Zustimmung des Versicherten leitet die Pflegekasse die Empfehlungen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Die Zuleitung gilt zugleich als Antrag.

Des Weiteren haben die Gutachter in ihrem Gutachten konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten bei Vorliegen der Zustimmung des Versicherten im Rahmen der Begutachtung jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Dies gilt bis zum 31.12.2020 ebenfalls für die empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen. Die Festlegung, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel von der Vermutungsregelung umfasst sind, erfolgt in den Begutachtungs-Richtlinien. Daher hat es bei der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien zu diesem Empfehlungsteil eine gesonderte Arbeitsgruppe gegeben, die sich in erster Linie mit den leistungsrechtlich relevanten Auslegungen und Festlegungen

auseinandergesetzt hat. Darüber hinaus finden sich in den Begutachtungs-Richtlinien weitere leistungsrechtliche Regelungen (z. B. Begutachtungs- und Bearbeitungsfristen, Definition der die Pflege durchführenden Person/ Einrichtung, pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation oder der Erledigungsart), die maßgeblich für die Entscheidung der Pflegekasse über die Leistungsgewährung und bedarfsgerechte Versorgung des Versicherten sind. Hierbei zeigt sich die bereits unter (a) genannte Problematik des Rechtsschutzes für die Pflegekassen. Wie bereits ausgeführt kann der MD Bund in den Begutachtungs-Richtlinien beispielsweise die entsprechenden Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel auch entgegen der im Beteiligungsverfahren vorgetragenen Auffassung des GKV-Spitzenverbandes verbindlich festlegen. Diese Festlegung ist bindend für die Pflegekassen. Aus dem Referentenentwurf ist nicht ersichtlich, welche rechtlichen Möglichkeiten die Pflegekassen im Wege des Rechtsschutzes haben, gegen die Festlegung in den Begutachtungs-Richtlinien vorzugehen. Hingegen kann sich der Versicherte im Rahmen seines Rechtsschutzes gegen die Entscheidung der Pflegekasse wehren, mit der Folge, dass eine gerichtliche Entscheidung für die Pflegekasse bindend ist.

Des Weiteren sind in den Begutachtungs-Richtlinien die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens für den Antragsteller zu konkretisieren. Bei der Pflicht, den Versicherten das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und verständlich zu erläutern, handelt es sich um eine Obliegenheit der Pflegekasse. Ausweislich der Gesetzesbegründung geht diese „Aufgabe insoweit über eine rein pflegefachliche Betrachtungsweise hinaus“. Es erscheint daher widersprüchlich, die Richtlinienkompetenz auf den MD Bund, dem die pflegefachliche Kompetenz zugeschrieben wird, zu übertragen, obwohl der Gesetzgeber selbst erkennt, dass Festlegungen in den Begutachtungs-Richtlinien die originären Aufgaben der Pflegekassen betreffen. Dies gilt gleichwohl für die Konkretisierung der in § 18 Absatz 5a SGB XI genannten Kriterien in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung in den Begutachtungs-Richtlinien. Aus den erhobenen Informationen soll qua geltendem Recht eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V ermöglicht werden. Auch hier ist eine gesetzliche Aufgabenpflicht der Pflegekasse betroffen, deren fachliche Grundlage in den Begutachtungs-Richtlinien festgelegt ist.

Daher ist es sachgerecht, dass der GKV-Spitzenverband auch weiterhin die Richtlinienkompetenz behält. Der GKV-Spitzenverband hat die für die Erstellung von Richtlinien erforderliche Kenntnis der Gesamtzusammenhänge im Bereich des Sozialrechts und den damit auch verbundenen Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsträgern, wie z. B. im

Bereich der Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Unfallversicherung oder der Eingliederungshilfe.

Hilfsweise wird wie unter Ziffer 1 dargestellt, anstelle einer Benehmens- eine Einvernehmensherstellung zwischen dem MD Bund und dem GKV-Spitzenverband gefordert.

Kostenabgrenzungs-Richtlinien (§ 53d Absatz 3 Nummer 2)

Aus den bereits unter (a) und den Begutachtungs-Richtlinien ausgeführten Gründen ist die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund auch insbesondere im Hinblick auf die Kostenabgrenzungs-Richtlinien nicht sachgerecht und daher abzulehnen.

Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien sind wie die weiteren in Absatz 3 Nummern 1 bis 6 genannten Richtlinien für die Pflegekassen verbindlich. Ziel der Kostenabgrenzungs-Richtlinien ist es, die Kostenabgrenzung bei gleichzeitiger Erbringung von medizinischer Behandlungspflege (häuslicher Krankenpflege) nach § 37 SGB V und körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Sinne des § 36 durch dieselbe Pflegekraft in Fällen eines besonders hohen behandlungspflegerischen Bedarfs zu regeln. Aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des daraus resultierenden Wegfalls der Erhebung von Zeitaufwänden war ein neues Verfahren zur Feststellung der Zeitanteile zur Abgrenzung der Kosten zwischen SGB V und SGB XI erforderlich. Wie den geltenden Kostenabgrenzungs-Richtlinien zu entnehmen ist, wird seit 01.01.2017 der durch die Pflegeversicherung zu tragende Anteil pauschal festgelegt. Dabei wird jedem Pflegegrad ein bestimmter Minutenwert zugeordnet, für den die Pflegeversicherung aufzukommen hat. Grundlage hierfür sind die den Kranken- und Pflegekassen vorliegenden Daten (sog. Bestandsfälle) bezogen auf die Zeitaufwände der „reinen" Grundpflege unter Berücksichtigung der jeweils zuerkannten Pflegestufe. Mit dem entwickelten und in den Kostenabgrenzungs-Richtlinien festgelegten Verfahren wird sichergestellt, dass die bisherige leistungsrechtliche Zuordnung von Maßnahmen zwischen Kranken- und Pflegekassen sachgerecht berücksichtigt wird. Zudem werden die Vorgaben der maßgeblichen BSG-Rechtsprechung zur Kostenaufteilung in Fällen der 24 Stunden täglich erforderlichen häuslichen Krankenpflege weiterhin umgesetzt und auf die Pflegegrade übertragen.

Damit wird deutlich, dass der Schwerpunkt der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf der Festlegung eines für die Leistungsgewährung maßgeblichen und damit leistungsrechtliche Fragestellungen betreffenden Verfahrens für zwei Kostenträger (einerseits Krankenversicherung, andererseits Pflegeversicherung) liegt. Es handelt sich folglich um ein nach innen wirkendes Recht und Verfahren der Pflegekassen und mithin der Krankenkassen.

Grundlage der Entwicklung des Verfahrens zur Kostenabgrenzung waren die den Pflege- und Krankenkassen vorliegenden Daten. Es ist nicht erkennbar, dass der MD Bund künftig diesen leistungsrechtlichen Schwerpunkt und die Entwicklung eines Verfahrens auf der Grundlage ihm nicht vorliegender Daten umsetzen kann. Eine Weiterentwicklung/Anpassung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien kann letztendlich nur auf der Grundlage der den Pflegekassen vorliegenden Daten erfolgen.

Darüber hinaus kommt der am 27.12.2018 gemäß § 17 Absatz 1b SGB XI veröffentlichte Bericht über die Evaluation der Kostenabgrenzungs-Richtlinien u. a. zu dem Ergebnis, dass die spezielle Rolle, die der MDK bei der Ermittlung der individuellen Zeitanteile zur Abgrenzung der Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung innehatte, zum 01.01.2017 entfallen ist. Ab diesem Zeitpunkt wird aufgrund des nach den Kostenabgrenzungs-Richtlinien pauschal festgelegten Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung die Kosten zu tragen hat, die Zeitbemessung für die Grundpflege nicht mehr durchgeführt, so dass es für solche Gutachten keinen Bedarf gibt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Regelungskompetenz auf den MD Bund übergehen soll. Richtlinien, die ausschließlich die Kassen betreffen, sind in alleiniger Kompetenz des GKV-Spitzenverbands zu verorten.

Es ist daher sachgerecht und erforderlich, dass die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt. Hilfsweise wird wie unter Ziffer 1 dargestellt, statt einer Benehmens- eine Einvernehmensherstellung zwischen dem MD Bund und dem GKV-Spitzenverband gefordert.

Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114a Absatz 7 (§ 53d Absatz 3 Nummer 4)

Auch die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) sind aus mehreren Gründen in der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands zu belassen. Zum einen müssen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen weitestgehend auf den vertraglichen Grundlagen zwischen den Pflegekassen und Leistungserbringern ausgerichtet sein und können nicht losgelöst davon auf den allgemeinen medizinisch-pflegerischen Kenntnisstand Bezug nehmen. Hinzu kommt, dass ordnungsgemäße Prüfverfahren verlässlich aufeinander abgestimmte Prozesse zwischen Auftraggeber (Landesverbände der Pflegekassen) und Auftragnehmer (MD, PKV-Prüfdienst oder unabhängige Gutachter) erfordern, die einheitlich und verbindlich gelten. Dies wäre bei einer Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund nicht sichergestellt.

Zum anderen haben die in den QPR festgelegten Regelungsinhalte Auswirkungen auf das Vertragsgeschehen zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen. Die QPR bilden die

Grundlage für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen, die durch die MDK/MD, den PKV-Prüfdienst oder durch unabhängige Gutachter im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Prüfungen sind entscheidend für die Feststellung von Qualitätsmängeln durch die Landesverbände der Pflegekassen bzw. durch die einzelne Pflegekasse. Auf Grundlage dieser Feststellung können die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die einzelne Pflegekasse Sanktionsmaßnahmen ergreifen, die von Maßnahmenbescheiden zur Beseitigung der Mängel nach § 115 Absatz 2 Satz 1, über die Kürzung der Vergütung nach § 115 Absatz 3 bis hin zur Kündigung der Versorgungsverträge nach § 115 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 74 gehen. Bei einer Richtlinienübertragung auf den MD Bund würde dieser durch seine gesetzliche Kompetenz zur Festsetzung der Prüfinhalte folglich eine direkte Einflussnahme auf das Vertragsgeschehen zwischen Leistungserbringer und Kostenträger und damit auf die vertraglich geregelten Angebote zur pflegerischen Versorgung erhalten. Eine solche steuernde Aufgabe ist dem MD Bund jedoch gesetzlich nicht übertragen. In den einschlägigen Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nach §§ 8 ff. und zu den vertraglichen Beziehungen zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen nach §§ 72 ff. kommt den Medizinischen Diensten, sofern überhaupt, nur eine Rolle im Rahmen der Beteiligung zu.

Im Übrigen stellt sich – wie unter (a) und zu den Begutachtungs-Richtlinien ausgeführt – die Frage nach dem Rechtsschutz der Landesverbände der Pflegekassen bzw. der einzelnen Pflegekasse im Hinblick auf die Festlegung der Prüfinhalte. Aus dem Gesetzentwurf ist nicht ersichtlich, welche rechtlichen Möglichkeiten die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Pflegekassen gegen bestimmte Festlegungen in den QPR ergreifen könnten. Die Pflegeeinrichtungen haben dagegen – im Falle einer Bescheiderteilung mittels der in der erforderlichen Rechtsbehelfsbelehrung genannten rechtlichen Maßnahmen und im Falle einer Kündigung des Versorgungsvertrags über den Klageweg die Möglichkeit, gegen die Entscheidungen der Landesverbände der Pflegekassen bzw. der einzelnen Pflegekasse rechtlich vorzugehen.

Hinzu kommt, wie bereits unter (a) erwähnt, dass bei der Festlegung der Prüfinhalte die pflegerische Einstufung von Leistungen, die zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen vereinbart sind, im Vordergrund steht. In der praktischen Anwendung der QPR dagegen beraten auch die Medizinischen Dienste die Pflegeeinrichtungen über eine pflegefachlich gebotene Leistungserbringung. Hierbei steht der Dienstleistungsgedanke und Beratungsansatz im Vordergrund. Zudem ist zu berücksichtigen, dass in den QPR nicht nur Prüfkriterien, also pflegefachliche Inhalte geregelt werden, sondern auch der Ablauf einer Prüfung, die Aufgaben und Verpflichtungen der Gutachter sowie die Struktur des Prüfbe-

richts. Die bislang bewährte Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen GKV-Spitzenverband als Normgeber und dem MDS bzw. den MDK als Anwender und Dienstleister ist daher beizubehalten.

Darüber hinaus sind die QPR eingebettet in das gesetzlich vorgesehene Qualitätssystem nach den Regelungen der §§ 113 ff. Hierbei bilden die Vereinbarungen über die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 die Grundlage für die Erstellung der QPR nach § 114a Absatz 7. Auf deren Grundlage wiederum sind die Qualitätsdarstellungs-Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu konsentieren. Im Gegensatz zum MDS/MD Bund ist der GKV-Spitzenverband eine der vertragsschließenden Parteien sowohl bei den Maßstäben und Grundsätzen als auch bei den Qualitätsdarstellungs-Vereinbarungen. Diese Vereinbarungen werden im Qualitätsausschuss Pflege verhandelt und entschieden; der GKV-Spitzenverband ist hier mit mehreren stimmberechtigten Mitgliedern vertreten, der MDS hat dagegen nur ein Stellungnahmerecht. Der GKV-Spitzenverband verfügt damit über die erforderlichen Kenntnisse und Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich der Gesamtzusammenhänge der unterschiedlichen Qualitätssicherungsinstrumente, die miteinander verzahnt sind. Wie der Gesetzgeber selbst betont, verfügt der MDS/MD Bund über die pflegefachliche Expertise. Es ist daher sachgerecht und erforderlich, dass die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt. Hilfsweise wird, wie unter Ziffer 1 dargestellt, statt einer Benehmens- eine Einvernehmensherstellung zwischen dem MD Bund und dem GKV-Spitzenverband gefordert.

Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a (§ 53d Absatz 3 Nummer 3)

Die obigen Ausführungen zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien im Hinblick auf die Einordnung in das umfangreiche Qualitätssystem gelten entsprechend auch für die Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Die jetzige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands wurde gerade erst durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) normiert. Dies ist auch sachgerecht, da das zugrundeliegende Modellvorhaben wie gesetzlich vorgesehen durch den GKV-Spitzenverband durchgeführt wurde.

Hinzu kommt, dass in den Richtlinien die strukturellen und personellen Anforderungen für die Betreuungsdienste festgelegt werden, z. B. im Hinblick auf die notwendige Qualifikation der Mitarbeitenden eines Dienstes. Diese Anforderungen stellen gleichzeitig die Voraussetzungen für die Zulassung der Dienste durch die Landesverbände der Pflegekas-

sen dar. Der MD Bund würde bei einer Richtlinienübertragung demnach direkte Einflussnahme auf die Zulassung von Leistungserbringern und damit das Vertragsgeschehen im Hinblick auf die Pflegeinfrastruktur erhalten. Eine solche Aufgabe ist dem MD Bund jedoch gesetzlich nicht übertragen. In den einschlägigen Regelungen zur vertraglichen Ausgestaltung der pflegerischen Angebote nach §§ 72 ff. bleibt der MDS bzw. MD Bund unerwähnt und spielt zu Recht keine Rolle. Es ist daher sachgerecht und erforderlich, dass die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt. Hilfsweise wird, wie unter Ziffer 1 dargestellt, statt einer Benehmens- eine Einvernehmensherstellung zwischen dem MD Bund und dem GKV-Spitzenverband gefordert.

Statistik-Richtlinien (§ 53d Absatz 3 Nummer 7)

Der GKV-Spitzenverband muss auch weiterhin die Richtlinienkompetenz für die Statistik-Richtlinien behalten. Die Festlegung der Verfahren und Inhalte der vom MD Bund zu übermittelnden Berichte und Statistiken muss durch den GKV-Spitzenverband als Empfänger der Daten erfolgen. Die Übermittlung der vom MD Bund zu liefernden Daten betreffen sowohl das Begutachtungsverfahren als auch die Qualitätsprüfungen. Diese Daten sind für eine einheitliche Datenbasis für eine wirksame Planung, Durchführung und Koordinierung nicht nur der Aufgaben der MD, sondern insbesondere der Pflegekassen erforderlich.

Die Begutachtungsstatistik dient der Darstellung des formalen Begutachtungsaufkommens eines Berichtsjahres und ermöglicht einen regionalen Vergleich des Begutachtungsgeschehens. Für die Pflegekassen sind im Bereich der Begutachtung die Darstellung der bei den Begutachtungen gewonnenen Erkenntnisse zur medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation der Antragsteller und Pflegebedürftigen sowie der demographischen Merkmale von Bedeutung. Im Bereich der Qualitätsprüfungen sind der Stand und die Entwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich und der Einblick in die Versorgungssituation der Versicherten von Bedeutung.

Als Auftraggeber der Durchführung der Begutachtung und der Qualitätsprüfungen muss sichergestellt werden, dass die Pflegekassen die für sie erforderlichen Daten erhalten. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 53 in Verbindung mit § 217f SGB V unterstützt der GKV-Spitzenverband die Pflegekassen und Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Zudem ist in den bestehenden Statistik-Richtlinien festgelegt, dass weitergehende Auswertungen durch den GKV-Spitzenverband veranlasst werden können. Die vom MD Bund zu liefernden Daten sind immanent als Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und die Durchführung von Prognoseberechnungen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Hilfsweiser Änderungsvorschlag: In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ ersetzt.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) sowie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 92a Pflegeheimvergleich

§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

§ 112 Qualitätsverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

§ 113b Qualitätsausschuss

§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 6 wird die bisherige Regelung, dass die Medizinischen Dienste (MD) in Abständen von drei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach dem Elften Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten haben, ab dem 30.06.2020 auf einen zweijährigen Berichtsrhythmus umgestellt.

Zudem handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Die Änderung in § 114a Absatz 6 ist sachgerecht. Im Jahr 2019 werden die neuen Bestimmungen zur Qualitätssicherung und -prüfung in der vollstationären Pflege wirksam. Es ist daher angebracht, in engeren Abständen über die Qualitätsergebnisse zu berichten. Dies entspricht auch den Zeiträumen, die für andere im Fünften Buch vorgesehene Berichte bestimmt sind.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die Namensänderungen werden gestrichen.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund). Zudem wird Absatz 2 aufgehoben.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

Bei der vorgesehenen Streichung des Absatzes 2 handelt es sich um eine Gesetzesbereinigung. Diese ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Namensänderung.

Artikel 11 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 62a Bindungswirkung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 11 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 76 Inhalt der Vereinbarungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 12 (Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV) wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Durch die Aufnahme der Informations-, Melde- und Bescheinigungspflichten der Studieninteressierten, Krankenkassen und Hochschulen in § 199a SGB V wird die SKV-MV obsolet; die Streichung ist folgerichtig.

Die ebenfalls in der SKV-MV enthaltenen Melde- und Bescheinigungspflichten für die Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs werden künftig in § 200 Absatz 2 und 3 SGB V beschrieben. Insofern ist auch für diesen Personenkreis die Streichung der in der SKV-MV enthaltenen Regelungen folgerichtig.

Auszubildende ohne Arbeitsentgelt und Praktikanten, die ein vorgeschriebenes Praktikum verrichten, werden von dem Meldeverfahren nach den §§ 28a und 28c SGB IV i. V. m. der DEÜV erfasst. Für eine Fortführung der in der SKV-MV enthaltenen besonderen Regelungen besteht daher ebenfalls kein weiterer Bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275 Begutachtung und Beratung

A) Änderungsbedarf

§ 275 SGB V regelt die Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen. Durch eine Erweiterung des § 275 SGB V sollte gesetzlich klargestellt werden, welche Aufgaben den Krankenkassen im Vorfeld einer möglichen Beauftragung bzw. im Zusammenhang mit der Beauftragung des Medizinischen Dienstes insbesondere bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit haben. Hierdurch sollen aktuell bestehende Rechtsunsicherheiten und in der Folge unterschiedliche Rechtsauffassungen zu den Datenerhebungsbefugnissen der Krankenkassen vermieden werden.

Nach den aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen in § 275 Absatz 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn dies bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist, um den Behandlungserfolg zu sichern oder Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen. Nach der Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes hat die Krankenkasse somit die Erforderlichkeit der Beauftragung des MDK zu prüfen und ist in diesem Zusammenhang berechtigt, die für diese Prüfung erforderlichen Daten zu erheben (§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V). Dem folgt auch die aktuelle Praxis der Krankenkassen auf Basis der als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassenen Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vertritt hingegen die Rechtsauffassung, dass die Krankenkasse nur auf Basis der ihr vorliegenden Informationen über die Beauftragung des MDK zu entscheiden hat und insoweit nicht zu einer eigenen Datenerhebung berechtigt ist. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung zu den Aufgaben der Krankenkassen.

Es wird vorgeschlagen, die der Beauftragung des MDK vorausgehende Prüfung der Krankenkasse, ob eine sozialmedizinische Beurteilung des MDK erforderlich ist, zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit explizit als Aufgabe der Krankenkasse in die gesetzliche Vorschrift aufzunehmen. In der Begründung sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass die Krankenkassen neben den vorliegenden Daten aus den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch weitergehende, für die Entscheidung über die Erforderlichkeit relevante Daten bei den Versicherten und den behandelnden Ärzten erheben dürfen, soweit es sich nicht um sensible medizinische Daten wie z.B. Arztbriefe oder Krankenhausentlassungsberichte handelt. In Frage kommen insoweit z.B. grundlegende Informationen zu bevorstehenden Krankenhausbehandlungen,

Facharztbesuchen, Therapien oder Rehabilitationsleistungen, Informationen zu bestehenden Anforderungen an dem Arbeitsplatz, die die weitere Arbeitsunfähigkeit bedingen oder auch Informationen zu einer geplanten Arbeitsaufnahme; diese Informationen werden in der Regel dazu führen, von einer aktuellen MDK-Beauftragung abzusehen. Bei der Bewertung dieses Verfahrens unter dem Aspekt des Datenschutzes ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen entsprechende Informationen regelmäßig auch nach der MDK-Begutachtung erhalten, da der MDK der Krankenkasse nach § 277 Absatz 1 Satz 1 SGB V in der gutachtlichen Stellungnahme sowohl das Ergebnis seiner Begutachtung als auch die erforderlichen Angaben zum Befund übermittelt, damit die Krankenkasse ihre Entscheidungen zum Leistungsanspruch treffen kann.

Die der aktuellen Praxis entsprechende Erhebung dieser Informationen im Zusammenhang mit der Prüfung der Erforderlichkeit der MDK-Beauftragung durch die Krankenkassen führt in der Konsequenz dazu, dass nicht erforderliche Beauftragungen des MDK und damit verbundene Bindungen von administrativen sowie nicht sachgerecht eingesetzten Gutachterressourcen vermieden werden. Sofern nach Vorliegen der weitergehenden Informationen eine gutachtliche Stellungnahme des MDK erforderlich ist, hat die Prüfung der Krankenkasse im Vorfeld der Begutachtung zur Folge, dass auch der MDK seine Empfehlungen auf einer aktuellen Datenbasis geben kann. Müssten hingegen die derzeitigen Verfahren der Rechtsauffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entsprechend umgestellt werden, würde dies zu einer erheblichen Ausweitung der gutachtlichen Stellungnahmen der MDK mit der Feststellung führen, dass aktuell keine Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs erforderlich sind und gleichzeitig die Verfahrensdauer bei den Begutachtungen erheblich verlängern.

Eine weitere Rechtsunsicherheit besteht derzeit im Zusammenhang mit der Regelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V, wonach die Leistungserbringer verpflichtet sind, versichertenbezogene Daten, die für eine gutachtliche Stellungnahme des MDK angefordert werden, unmittelbar an den MDK zu übermitteln. In dem aktuellen, durch die als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassene Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit geregelten Verfahren, fordern die Krankenkassen im Vorfeld einer abschließenden Beauftragung des MDK die für eine sozialmedizinische Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten für den MDK an und informieren den MDK per Datenmeldung über die Anforderung der Unterlagen. Die Unterlagen werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten direkt an den MDK übermittelt. Gehen die Unterlagen beim MDK ein, erhalten die Krankenkassen hierüber eine entsprechende Information im sogenannten Mitteilungsmanagement und beauftragen den MDK abschließend mit der gutachtlichen Stellungnahme.

Nach Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes liegt in diesen Fällen bereits mit der parallel zur Anforderung der Unterlagen bei den Leistungserbringern an den MDK gerichteten Datenmeldung eine Vorbeauftragung des MDK vor, die nach Zugang der angeforderten Unterlagen beim MDK lediglich konkretisiert wird. Mit der Datenmeldung über die bevorstehende Beauftragung habe der MDK bereits die Befugnis zur Datenerhebung nach § 276 Absatz 2 SGB V. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vertritt hingegen die Rechtsauffassung, dass in dem skizzierten Verfahren erst zum Zeitpunkt der abschließenden Beauftragung des MDK nach Vorlage der angeforderten Unterlagen eine Beauftragung des MDK im gesetzlichen Sinne vorliegt. Für Unterlagen, die dem MDK vor dieser Beauftragung zugehen, könne der MDK sich nicht auf die Datenerhebungsbefugnis nach § 276 Absatz 2 Satz 1 SGB V berufen.

Vor diesem Hintergrund sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der MDK in diesen Fallgestaltungen ab dem Zeitpunkt der Anforderung von versichertenbezogenen Daten bei den Leistungserbringern zur Datenerhebung, -speicherung und -übermittlung berechtigt ist. Dies sollte um eine Regelung zur Datenlöschung ergänzt werden, sofern innerhalb von drei Monaten keine Beauftragung durch die Krankenkasse erfolgt oder mitgeteilt wird, dass keine Beauftragung erfolgen wird (z. B. weil zwischenzeitlich Arbeitsfähigkeit vorliegt).

B) Änderungsvorschläge:

§ 275 Absatz 1a Satz 4 SGB V wird gestrichen.

§ 275 Absatz 1b SGB V wird wie folgt gefasst:

„(1b) Die Krankenkasse hat die Erforderlichkeit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstaben a und b zu prüfen und von der Einholung der Stellungnahme abzusehen, wenn sich in den Fällen des Buchstaben a aus den hierfür bei Versicherten oder den Leistungserbringern erhobenen versichertenbezogenen Daten oder Angaben zum Befund eindeutig ergibt, dass zur Sicherung des Behandlungserfolgs aktuell keine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erforderlich ist, oder sich in den Fällen des Buchstaben b die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.“

In § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„der Medizinische Dienst ist ab dem Zeitpunkt der Datenanforderung bei den Leistungserbringern zur Datenerhebung, Datenspeicherung und Datenübermittlung nach Satz 1 berechtigt."

In § 276 Absatz 2 Satz 4 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„die nach Satz 2 zweiter Halbsatz erhobenen Sozialdaten sind spätestens nach 3 Monaten nach Eingang zu löschen, sofern durch die Krankenkasse keine gutachtliche Stellungnahme beauftragt wurde."

In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V werden nach dem Wort „die" die Worte „Prüfung der Erforderlichkeit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes sowie die" ergänzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275c (neu) Neuregelung der Krankenhausabrechnungsprüfung: Durchführung und Umfang von Prüfungen durch den MDK

A) Änderungsbedarf

Nach der zum 07.05.2019 in Kraft getretenen Neuregelung des § 197a Absatz 3b Satz 3 SGB V darf der Medizinische Dienst personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, zwar an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Die Regelung soll aber ausweislich der Gesetzesbegründung vor allem die bereits bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach § 275b SGB V und den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege vervollständigen. Sie soll deutlich machen, dass Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes, die bei der Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Absatz 1 SGB V erlangen, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen. Zu denken sei daher in erster Linie an Abrechnungsverstöße ambulanter Pflegedienste.[5]

Auch für Abrechnungsverstöße im Krankenhaus müssen entsprechende gesetzliche Pflichten unmittelbar in § 275c SGB V neu geregelt werden: Bestätigt sich der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, dann hat der Medizinische Dienst die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a SGB V der Krankenkasse einzubinden.

B) Begründung

Die Abgrenzung der gezielten Manipulation von Krankenhausabrechnungen (Upcoding) gegenüber nicht-intentionalen Abrechnungsfehlern setzt eine profunde Systemkenntnis voraus.[6] Aufgrund seiner Möglichkeit der auftragsbezogenen Einsichtnahme in die Klinikdokumentation und seiner jahrzehntelangen Prüferfahrung im DRG-System ist der Medizinische Dienst am ehesten in der Lage, z. B. festzustellen, ob sich parallele Prüfanträge mehrerer Kassen immer wieder auf besonders „auffällige Krankenhäuser" verdichten. Übermittelt werden sollen gerade auch Zufallsfunde, also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden.

---

[5] Vgl. BT-Drs. 191/6337, S. 135.

[6] Vgl. Dirschedl, P., Waibel, B.: Fehlerfeststellungen des MDK als Manipulationshinweis?, in: Kölbel, R. (Hrsg.), Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven, Stuttgart 2014, S. 107 ff.

Zur verbesserten Aufdeckung, Bekämpfung und Prävention von Abrechnungsbetrug im Krankenhaus müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen auch für die Krankenhausabrechnung entsprechend weiterentwickelt werden. Wenn die Fehlverhaltensstellen der Kassen in den eindeutigen Verdachtsfällen häufiger als bislang die Staatsanwaltschaften unterrichten könnten, würde damit nicht nur das bisherige – beispielsweise im Vergleich zur MDK-Prüfung in der ambulanten Pflege – bestehende auffällige Ungleichgewicht in der Strafverfolgungspraxis ausgeglichen, sondern auch weiterer Druck auf die selbstregulativen Prozesse in den Krankenhäusern ausgeübt.[7]

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a neu eingefügt:

„(2a) Bestätigt sich der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, dann hat der Medizinische Dienst die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a SGB V der Krankenkasse einzubinden. Das Nähere zum Verfahren regelt der GKV-Spitzenverband in einer Richtlinie."

[7] Vgl. Kölbel, R., Abrechnungsverstöße im Krankenhaus – ein kriminologischer Forschungsbericht, medstra 2015, 4, 10,

§ 137 Absatz 3 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses [in Verbindung mit § 275a SGB V Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst]

A) Änderungsbedarf

Die Prüfung, ob ein Krankenhaus die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllt, soll gemäß der vorgesehenen Ergänzung des §275d SGB V nicht mehr am Einzelfall, sondern systematisch vor der Leistungserbringung erfolgen. Hierzu sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch nicht nur Strukturprüfungen auf der Grundlage von OPS-Kodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) einzubeziehen, sondern auch die Strukturanforderungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.

B) Begründung

Bislang handelt es sich bei den Angaben zum Erfüllungsgrad der Strukturrichtlinien des G-BA um Selbstauskünfte der Krankenhäuser auf der Basis von Checklisten oder Konformitätserklärungen. Gleichzeitig dürfen Leistungen, die nicht den Anforderungen des G-BA entsprechen, nicht vereinbart und abgerechnet werden. Daraus resultieren regelmäßig (Rechts-)Unsicherheiten oder zeitaufwändige Streitfälle, die durch eine regelhafte Überprüfung des Erfüllungsgrades durch den Medizinischen Dienst bereits vor Leistungserbringung vermieden werden können. Konkrete Anlässe hierzu sind insbesondere:

a) Ein Krankenhaus erklärt erstmalig, eine Leistung gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V erbringen zu wollen.
b) Ein Krankenhaus will eine Leistung erneut erbringen, die es in mindestens 12 aufeinanderfolgende Monaten nicht erbracht hat.
c) Ein Krankenhausstandort begehrt gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 5 KHG befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (derzeit nur QFR-RL).

C) Änderungsvorschlag

In § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V sind folgende Änderungen vorzunehmen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, durch die regelmäßig der Erfüllungsgrad der Richtlinien des

Gemeinsamen Bundesausschusses überprüft wird oder die als Stichprobenprüfung zur Validierung von Qualitätssicherungsdaten erforderlich sind."

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen

A) Änderungsbedarf

Das bundesweite Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen ist um einen eindeutigen Krankenhaus-Identifikator (Krankenhaus-ID) und Statuskennzeichen zur Nachvollziehbarkeit von Fusionen und anderen Änderungen zu ergänzen.

B) Begründung

Derzeit befindet sich das bundesweite verbindliche Verzeichnis der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen im Aufbau. Ab dem 01.01.2020 wird dieses Verzeichnis für diverse Anwendungsfelder verbindlich herangezogen. Neue Anwendungsfelder werden auch die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Statistiken sein, die durch den GKV-Spitzenverband erstellt werden. Die in § 275c SGB V bzw. § 17c Absatz 6 KHG vorgesehenen Auswertungen setzen die eindeutige Nachvollziehbarkeit von Fusionen, Zusammenschlüssen oder Schließungen über entsprechende Kennzeichen voraus. Ein Großteil der Auswertungen im Rahmen der Quartals- aber auch Jahresstatistiken werden somit einen Krankenhausbezug ausweisen. Dazu ist es notwendig, diesen Bezug einheitlich und eindeutig zu definieren. Es wird darüber hinaus notwendig sein, Festlegungen zu treffen, wie Fusionen oder andere Statusänderungen von Krankenhäusern im Auswertungszeitraum gekennzeichnet werden. Derzeit weist das o. g. Verzeichnis weder eine Krankenhaus-ID noch solche Statuskennzeichen aus.

Im Rahmen der Verhandlungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband war es erforderlich, sich auf die notwendigen Angaben der Krankenhäuser zu verständigen; als Hilfslösung hat man damals Institutionskennzeichen herangezogen, um die vorhandenen Standorte zuzuordnen. Institutionskennzeichen sind dafür jedoch nur bedingt geeignet. Ein Krankenhaus hat nicht nur ein Institutionskennzeichen. Es ist somit während des gesamten Geschäftsbetriebes nicht eindeutig. Das IK dient originär der Abbildung des Krankenhauses im Zahlungsverkehr (u. a. Bankverbindung) und kann mehrfach von Leistungserbringern beantragt und damit vergeben werden. Dies bedeutet für das Verzeichnis, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bei jeder Änderung des IK aufwendig sicherzustellen hat, dass die derzeitigen Informationen lückenlos diesem Krankenhaus zugeordnet werden. Externe Anwender haben zu bewerten, was die Änderung des IK bedeutet - deshalb sind weitere Kennzeichen zu etablieren (Fusionsmerkmale). Datentechnisch ist es notwendig, ein unveränderbares

Kennzeichen über den gesamten Zeitraum des Geschäftsbetriebes des Krankenhauses zu führen und zu veröffentlichen. Davon profitiert ebenfalls die hierarchische Darstellung der Krankenhäuser und ihrer Standorte im Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V. Nutzer des Verzeichnisses müssen keine aufwendigen Sonderlisten erstellen und pflegen. Das Nähere zur Abbildung der Krankenhaus-ID und der Fusionsmerkmale regeln die DKG und der GKV-Spitzenverband im o. g. Verzeichnis.

C) Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V wir wie folgt ergänzt:

„2. Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses, die Krankenhaus-ID sowie ab dem 1. Januar 2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,“

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 6a Absatz 3 KHEntgG Weiterleitung der Unterlagen der Pflegebudgetverhandlung an das InEK

A) Änderungsbedarf

Nach § 6a Absatz 3 KHEntgG haben die Krankenhäuser zur Verhandlung des Pflegebudgets die jahresdurchschnittliche Zahl der Pflegevollkräfte sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen (Ist-Daten abgelaufenes Jahr, Ist-Daten laufendes Jahr, Forderungsdaten Vereinbarungsjahr). Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben hierzu ein Formular vereinbart, die Anlage 1 der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 KHEntgG (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung). Diese Anlage 1 enthält detaillierte Informationen über die Pflegepersonalkosten, die dem vereinbarten Pflegebudget zu Grunde liegen. Um dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine möglichst gute Datengrundlage für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b KHG zu gewähren, sollten die Krankenkassen die Anlage 1 an das InEK weiterleiten. Das Ziel ist, eine Transparenz darüber herzustellen, in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf der Bundesebene aus dem DRG-Katalog ausgegliedert wurden und in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf der Ortsebene über die Pflegebudgets finanziert werden.

B) Begründung

Diese Transparenz soll dem InEK dabei helfen, den Auftrag der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene aus der DRG-Grundlagenvereinbarung vom 06.05.2019 zu erfüllen, nämlich auf Basis der Erkenntnisse der Umsetzung der ersten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Verbesserungen der Abbildung im aG-DRG-System und bei der Pflegeerlösabbildung schrittweise in einem mehrjährigen Prozess umzusetzen.

C) Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 3 KHEntgG sollte daher ergänzt werden um den Auftrag an die Krankenkassen, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 2 KHEntgG in Form der Anlage 1 der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung an das InEK weiterzuleiten. Die Formulierung sollte den Begriff „Krankenkassen“ beinhalten – nicht etwa „Vertragsparteien vor Ort“, um den Krankenkassen die Organisation der Datenübermittlung zu überlassen.

Änderung des Umsatzsteuergesetzes (neu)

§ 4 Satz 1 Nummer 15a UStG Steuerbefreiungen bei Lieferungen und sonstigen Leistungen

A) Änderungsbedarf

Die Umwandlung in die Rechtsform Körperschaft des öffentlichen Rechts allein reicht nicht aus, eine Mehrwertsteuerinfizierung der Medizinischen Dienste (neu) und des Medizinischen Dienstes Bund (neu) auszuschließen. Es bedarf daher einer Klarstellung im Umsatzsteuergesetz.

B) Begründung

Im Umsatzsteuergesetz (UStG) § 4 Satz 1 Nummer 15a ist die Befreiung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen geregelt. Die Regelung muss entsprechend angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 4 Satz 1 Nummer 15a UStG werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen und die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282 SGB V)“ durch die Wörter „Bund (§ 281 SGB V)“ ersetzt.

Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(9.2)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019

11.10.2019

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 11.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme 5
Änderungsantrag 1 5
§§ 13, 62, 116b – Redaktionelle Korrekturen der Bezeichnung „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ in „Medizinischer Dienst“ 5
Änderungsantrag 2 6
§ 32 – Heilmittel 6
§ 124 – Heilmittel 7
§ 125 – Heilmittel 9
§ 302 – Heilmittel 10
Änderungsantrag 3 11
§ 65e – Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender 11
Änderungsantrag 4 12
§ 75a Absatz 9 – Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten 12
Änderungsantrag 6 14
§ 95 – Redaktioneller Anpassungsbedarf 14
Änderungsantrag 7 15
§§ 96, 103, 140f – Redaktionelle Korrektur; Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren 15
Änderungsantrag 8 17
§ 101 Absatz 4 – Terminologische Anpassung 17
Änderungsantrag 9 18
§ 115b Absatz 2 – Klarstellung zur Prüfung von ambulant erbrachten Leistungen nach dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen durch den Medizinischen Dienst 18
Änderungsantrag 10 22
§§ 137, 275a – Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst 22
Änderungsantrag 11 24
§ 140f Absatz 7 – Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene 24
Änderungsantrag 12 25
§ 175 – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts 25
§ 304 – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts 28
Inkrafttreten – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts 30
Änderungsantrag 14 31
§ 279 – Vorstand des Medizinischen Dienstes 31
§ 282 – Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund 32

§ 326 – Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund 33
§ 327 – Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund 34
§ 328 – Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund 35
Änderungsantrag 15 36
§§ 282, 328 – Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund; Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund 36
Änderungsantrag 16 37
§ 283 – Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund 37
Änderungsantrag 17 38
§ 283a – Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 38
Änderungsantrag 18 39
§ 283a – Beirat des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 39
Änderungsantrag 19 40
§ 327 – Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 40
Änderungsantrag 20 41
§§ 327, 328 – Übergangsregelungen für den Medizinischen Dienst Bund; Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund 41
Änderungsantrag 21 42
§ 328 – Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes 42
Änderungsantrag 22 43
§ 17b – Anpassung der Sachkostenkorrektur 43
Änderungsantrag 23 45
§ 17c Absatz 3 (neu) – Uneingeschränkte gerichtliche Überprüfung der Entscheidung einer Schlichtungsperson 45
Änderungsantrag 25 46
§ 4 Absatz 9 und § 10 Absatz 12 – Verlängerung des Hygieneförderprogramms 46
Änderungsantrag 26 48
§ 6a Absatz 2 und 3 – Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit 48
Änderungsantrag 27 49
§ 15 Absatz 2a – Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte 49
Änderungsantrag 28 51
§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 5 – Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG 51
Änderungsantrag 29 52

§ 2 – Herausnahme von Gebärdensprachdolmetscherleistungen 52
Änderungsantrag 30 53
§ 18 Absatz 2 – Erweiterung der Nachweispflicht über die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus 53
Änderungsantrag 31 55
§ 17 – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe 55
Änderungsantrag 32 56
§ 53c – Redaktionelle Änderungen und Klarstellung 56
Änderungsantrag 33 57
§ 53d – Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund 57
§ 112a – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe; redaktionelle Klarstellung . 58
Änderungsantrag 35 59
§ 114c – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe; redaktionelle Klarstellung . 59

I. Stellungnahme

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 Nummern 2a, 2b, 7a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 13, 62, 116b – Redaktionelle Korrekturen der Bezeichnung „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ in „Medizinischer Dienst“

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen, durch die der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. Stellungnahme zum Gesetzentwurf). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Folgeänderungen entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummern 2a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 32 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 32 Absatz 2 Satz 2 erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises auf eine andere Rechtsnorm.

In § 32 Absatz 2 werden in den Sätzen 3 bis 5 die Vorschriften zur Zuzahlungsermittlung für Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, entsprechend der Neureglungen zu den Heilmittelpreisen nach §§ 125 und 125b SGB V angepasst.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

Die Anpassung der Vorschriften zur Ermittlung der Zuzahlung für Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, ist folgerichtig. Der GKV-Spitzenverband geht jedoch davon aus, dass mit Veröffentlichung der jeweils geltenden Preislisten gemäß § 125 Absatz 1 Satz 5 die Mitteilungspflicht gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits erfüllt ist. Der Satz 5 kann daher gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 1b (§ 32 Absatz 2) wird Satz 5 gestrichen.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 124 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten Satz 10 in § 124 Absatz 2 wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, eine Liste über die zugelassenen Heilmittelerbringer, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben, mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers zu veröffentlichen. Dadurch soll den Versicherten eine zielgerichtete Suche nach einer geeigneten Praxis ermöglicht werden. Gemäß der Gesetzesbegründung können aus datenschutzrechtlichen Gründen jedoch nur die Daten der Leistungserbringer veröffentlicht werden, die ihre Einwilligung zu der Veröffentlichung gegeben haben. Über das Verfahren zur Einholung der Einwilligung soll sich der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer in den Verträgen nach § 125 SGB V verständigen.

Mit der Aufnahme des neuen Absatzes 2a sollen die seit dem 01.09.2019 für die Zulassung von Heilmittelerbringern bestehenden Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 auch die notwendigen Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie prüfen und entsprechende Abrechnungserlaubnisse erteilen können. Es handelt sich hierbei um den Nachweis erfolgreich absolvierter Weiterbildungen bspw. für Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage und Krankengymnastik bei ZNS-Erkrankungen.

B) Stellungnahme

Die Aufgabe, eine Liste der zugelassenen Leistungserbringer zu veröffentlichen, um das Informationsangebot für die Versicherten zu verbessern, wird ausdrücklich begrüßt. Dies fördert den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen und trägt zur Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrags aus § 1 Satz 4 SGB V bei, den Versicherten im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung durch Aufklärung und Beratung zu unterstützen.

Die in der Gesetzesbegründung angeführten Bedenken, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen nur die Daten der Leistungserbringer veröffentlicht werden können, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben, werden jedoch nicht geteilt. Gemäß § 134a Absatz 2a und 2b SGB V stellt der GKV-Spitzenverband bei Hebammen ein Verzeichnis über alle zugelassenen Leistungserbringer mit einem gesetzlich definierten Mindestdatenumfang sowie weiteren freiwilligen Daten zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund sollte erwogen werden, dass auch im Heilmittelbereich auf Grundlage der nach § 124 Absatz 2 Satz 7 übermittelten Daten eine

bundesweite Therapeutensuche zur Verfügung gestellt werden kann, damit die Versicherten auf ein vollständiges Informationsangebot zurückgreifen können. Die bundesweite Therapeutensuche sollte auf Basis der vom GKV-Spitzenverband an die Krankenkassen übermittelten Daten nach § 124 Absatz 2 Satz 7 – neben dem GK-Spitzenverband selbst – auch von den einzelnen Krankenkassen angeboten werden können. Über den Umfang der verpflichtend sowie ggf. darüber hinaus freiwillig zu veröffentlichenden Daten können sich die Partner der Verträge nach § 125 SGB V verständigen.

Die Erweiterung der Befugnisse der Arbeitsgemeinschaften dient der Verwaltungsvereinfachung und ist im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Zulassungswesens sinnvoll. Andernfalls müssten Heilmittelerbringer im Bereich Physiotherapie den Nachweis über eine erfolgreich absolvierte Weiterbildung auch weiterhin gegenüber den einzelnen Krankenkassen erbringen, was zu Doppelstrukturen und einem erheblichen bürokratischen Aufwand für Heilmittelerbringer und Krankenkassen führen würde.

C) Änderungsvorschlag

§ 124 Absatz 2 Satz 11 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat auf Grundlage der Daten nach Satz 7 eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer~~, die in die Veröffentlichung eingewilligt haben,~~ mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers zu veröffentlichen; über den Umfang der zu veröffentlichenden Daten verständigen sich die Partner der Verträge nach § 125 Absatz 1 in den jeweiligen Verträgen."

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 125 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 125 Absatz 2 Nummer 4 wird das Wort „Nachbearbeitung“ durch das Wort „Nachbereitung“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Korrektur.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 29a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 302 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 302 Absatz 4 erfolgt eine redaktionelle Anpassung zu den in den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V zugrunde zulegenden Vereinbarungen zwischen GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer.

B) Stellungnahme

Aufgrund der zum 01.07.2020 auf Bundesebene zu schließenden Verträge ist der Bezug auf die vorherigen Rahmenempfehlungen entsprechend zu korrigieren. Die Änderung ist notwendig und sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummer 2c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 65e – Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für eine bereits bestehende Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche und Auswahl nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen geschaffen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt. Grundsätzlich hat sich die bereits bestehende Vereinbarung in den vergangenen Jahrzehnten bewährt. Der vorliegende Änderungsantrag schafft hierfür eine klare Rechtsgrundlage für die Zukunft. Damit wird das bestehende und gut funktionierende System für die Zukunft abgesichert. Es ist die zentrale Aufgabe der Beteiligten, die Grundlagen für ein breit aufgestelltes System zu sichern und für ausreichend verfügbare Spender zu sorgen. Vorrangig darf das Vertrauen der (potentiellen) Spender bezüglich des Zweckes ihrer Spende nicht enttäuscht werden. Dazu ist es erforderlich, dass auch eine Transparenz bezüglich der unmittelbaren Spenderleistung und der Finanzierung des Spendersystems insgesamt (Co-Finanzierung durch Versichertenbeiträge) erreicht wird. Transparenz in der Finanzierung gewährleistet die Funktionsfähigkeit der Stammzellspenderdateien und dient damit auch der Sicherstellung des Systems insgesamt. Die Vereinbarung wird auch in Zukunft dafür Sorge tragen, dass Spender konsequent geschützt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 2d (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 75a Absatz 9 – Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden Fachärztlichen Versorgung bundesweit bis zu 2.000 Weiterbildungsstellen und davon mindestens 250 Kinder- und Jugendärzte zu fördern sind.

B) Stellungnahme

Die bisher vorgesehene Förderung der Fachärzte wurde bereits im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) von 1.000 auf 2.000 Stellen erhöht. Zudem wurde im Rahmen des TSVG vorgegeben, dass eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen ist. Diese Vorgabe wird nun auf 250 Stellen konkretisiert.

Die Änderung wird grundsätzlich begrüßt. Gemäß der Vereinbarung nach § 75a SGB V obliegt es bisher der regionalen Ebene festzulegen, welche Facharztgruppen vor Ort gefördert werden. Dies ist grundsätzlich sachgerecht, um die Versorgungssituation vor Ort angemessen zu berücksichtigen. Die Vereinbarung gibt bereits heute vor, dass der Förderbedarf insbesondere für die Fachgruppen Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Augenheilkunde zu prüfen ist. Damit ist bereits vorgezeichnet, dass diesen Gruppen hinsichtlich der Sicherstellung einer bedarfsgerechten fachärztlichen Grundversorgung eine entscheidende Rolle zukommt. Der hohe Stellenwert, den eine flächendeckende kinderärztliche Versorgung und eine gute Erreichbarkeit kinderärztlicher Angebote für die Bevölkerung hat, wird durch die vorgesehene Regelung noch einmal verdeutlicht.

Einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die Solidargemeinschaft unter den bestehenden Rahmenbedingungen nicht zielführend ist. Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ist keine originäre Aufgabe der Versichertengemeinschaft der GKV. Das Weiterbildungsrecht ist maßgeblich durch die landesbezogenen Festlegungen der Ärztekammern bestimmt, die keine Rücksicht auf den bestehenden Bedarf an Ärzten und Fachrichtungen für die ambulante Versorgung nehmen. Im Gegenteil wird im Rahmen des Weiterbildungsrechts eine immer stärkere Spezialisierung zu Lasten grundversorgender Fachärzte vorangetrieben. Darüber hinaus fehlen verbindliche Pflichten für die Ärzte, deren Weiterbildungen mit Beitragsgeldern finanziert wurden. Eine

Verbindlichkeit, nach Facharztabschluss auch im Rahmen einer Niederlassung GKV-Versicherte zu versorgen, besteht nicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 6

Zu Artikel 1 Nummer 5a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 95 – Redaktioneller Anpassungsbedarf

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 6 Satz 3 wird klargestellt, dass einem Medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung auch dann zu entziehen ist, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht vorliegen. Der bisherige Verweis bezog sich lediglich auf Absatz 1 und war damit unvollständig.

In Absatz 9 wird der Zulassungsumfang korrigiert, da inzwischen nicht nur halbe und volle, sondern auch Zulassungen im Umfang von drei Vierteln möglich sind.

B) Stellungnahme

Bei der Änderung in Absatz 6 Satz 3 handelt es sich um eine Verweiskorrektur. Die Anpassung ist sachgerecht.

Bei der Änderung in Absatz 9 handelt es sich um eine Anpassung an bestehendes Recht. Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 7

Zu Artikel 1 Nummern 5b, 5c, 10a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 96, 103, 140f – Redaktionelle Korrektur; Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 wird der Bezug aufgrund eines neu eingefügten Satzes von Satz 9 auf Satz 10 geändert.

In § 103 Absatz 4 wird ein Regelungsbestandteil gestrichen, der eine Ausschreibung von Arztsitzen auch in dem Fall vorsieht, dass die Länder von ihrem neuen Abweichungsrecht gemäß §103 Absatz 2 Sätze 4 bis 7 SGB V Gebrauch machen und ländliche oder strukturschwache Teilgebiete von Planungsbereichen bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind.

Nach Absatz 5 wird ein neuer Satz 6 eingefügt, der klarstellt, dass die Quotenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Nachbesetzungsverfahren zu beachten sind.

In Absatz 4a wird ein Halbsatz ergänzt, der klarstellt, dass die Quotenregelungen des G-BA auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu berücksichtigen sind.

In Absatz 4b wird klargestellt, dass die Quotenregelungen des G-BA auch bei der Nachbesetzung eines angestellten Arztes zu berücksichtigen sind.

In § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b wird der Bezug aufgrund eines neu eingefügten Satzes von Satz 9 auf Satz 10 geändert.

B) Stellungnahme

Bei der Änderung in § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 handelt es sich um eine Verweiskorrektur. Die Anpassung ist sachgerecht.

Die zugrundeliegende Regelung des § 103 Absatz 2 Sätze 4 bis 7 SGB V wird überaus kritisch betrachtet. Die Länder erhalten hier eine Regelungskompetenz, die zum einen nicht mit einer entsprechenden Finanzierungsverantwortung einhergeht und zum anderen geeignet ist, die Bedarfsplanung vollständig zu unterlaufen. Es steht zu befürchten, dass die regionalpolitischen Interessen der Länder zu einer Verschärfung von Allokationsproblemen führen werden.

Darüber hinaus ist die Regelung insofern unverhältnismäßig, dass die von den Ländern festgelegten Teilgebiete von den Zulassungsbeschränkungen gänzlich auszunehmen sind. Damit werden die Bereiche ohne eine Begrenzung oder einen Zielwert vollständig geöffnet. Wo eine derartige Niederlassungsfreiheit besteht, müssen alle Bewerber, die die sonstigen Voraussetzungen erfüllen, eine Zulassung erhalten. Insbesondere für städtische Regionen ist bei einer derartigen Öffnung mit einer erheblichen Sogwirkung zu rechnen, die allen Bemühungen für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in den echten ländlichen und strukturschwachen Regionen Deutschland gänzlich konterkariert. Von dieser grundsätzlichen Kritik abgesehen, ist die Korrektur im Rahmen der Änderungsanträge sachgerecht und spiegelt die bestehende Rechtslage.

Der G-BA hat im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) die Möglichkeit erhalten, innerhalb von bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppen Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Fachgruppen, Facharzt- oder Schwerpunktkompetenzen vorzusehen. Dies ist besonders relevant für die Arztgruppe der Internisten und wurde auch bereits in der Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt. Um die Wirksamkeit der Quotenregelungen sicherzustellen, stellt der Gesetzgeber klar, dass die Quoten im Nachbesetzungsverfahren, sowie bei der Nachbesetzung von angestellten Ärzten oder Ärzten in MVZ zu berücksichtigen sind. Tatsächlich bestehen fast flächendeckend Zulassungsbeschränkungen, sodass die Quotenregelungen fast ausschließlich im Nachbesetzungsverfahren praktische Relevanz entfalten können. Die Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt.

Bei der Änderung in § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b handelt es sich um eine Verweiskorrektur. Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 8

Zu Artikel 1 Nummer 5b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 101 Absatz 4 – Terminologische Anpassung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 101 Absatz 4 Satz 5 wird klargestellt, dass sich die Quotenregelung für Psychotherapeuten nicht auf die allgemeinen, sondern auf den regional maßgeblichen Verhältniszahlen beziehen.

B) Stellungnahme

Bei der gesetzlichen Regelung zu den Quoten für Psychotherapeuten wird der Bezug auf die Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung angepasst. Bisher bezogen sich die Quoten auf die allgemeinen Verhältniszahlen. Nach der Bedarfsplanungs-Reform müssen sich die Quoten korrekterweise auf die regional maßgeblichen Verhältniszahlen beziehen. Dies ist der neuen Systematik in der Bedarfsplanungs-Richtlinie geschuldet. Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 9

Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115b Absatz 2 – Klarstellung zur Prüfung von ambulant erbrachten Leistungen nach dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, die Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst auf solche Leistungen zu beschränken, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Kataloges nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ambulant erbringen. Damit soll klargestellt werden, dass ausschließlich von Krankenhäusern ambulant erbrachte AOP-Leistungen nicht mehr vom Medizinischen Dienst geprüft werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass von Krankenhäusern stationär erbrachte AOP-Leistungen weiterhin der Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275c Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegen.

Mit dieser Regelung soll die Zielsetzung des MDK-Reformgesetzes unterstützt werden, die Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen zu reduzieren und verstärkt Anreize zur ambulanten Leistungserbringung zu setzen. Gleichzeitig soll mit dieser Regelung klargestellt werden, dass AOP-Leistungen, die Krankenhäuser stationär erbringen, nicht von der Prüfung des Medizinischen Dienstes ausgenommen sind. Dies stünde der Zielsetzung des MDK-Reformgesetzes diametral entgegen.

B) Stellungnahme

Der Grundgedanke einer Klarstellung zur Prüfung von Leistungen nach dem AOP-Katalog durch den Medizinischen Dienst wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Es bedarf einer Klarstellung, dass nur solche AOP-Leistungen von Krankenhäusern von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst ausgeschlossen sind, die ambulant erbracht werden. Stationär erbrachte AOP-Leistungen von Krankenhäusern müssen hingegen zwingend der Prüfung des Medizinischen Dienstes unterliegen.

Die Klarstellung im vorliegenden Änderungsantrag stützt sich allerdings alleinig auf den Begriff einer ambulanten Leistungserbringung in Abgrenzung zu einer stationären Leistungserbringung. Für eine wirksame Umsetzung dieser Klarstellung sind eine eindeutige Begriffsdefinition von ambulanter Leistungserbringung durch Krankenhäuser und deren Abgrenzung zu

einer stationären Leistungserbringung durch Krankenhäuser erforderlich. Eine solche eindeutige Begriffsdefinition und Abgrenzung existiert allerdings bislang nicht und ist eine komplexe regulatorische Herausforderung.

Daher schlägt der GKV-Spitzenverband ein alternatives Vorgehen für die erforderliche Klarstellung zur Prüfung von Leistungen nach dem AOP-Katalog durch den Medizinischen Dienst vor, das in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10.2019 ausführlich dargestellt ist. Nach der vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Alternative wird die Prüfbarkeit einer Krankenhausleistung nach dem AOP-Katalog durch den Medizinischen Dienst alleinig von der Überschreitung eines in der Vereinbarung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V festgelegten tages- und leistungsbezogenen Verweildauergrenzwertes und der Vergütungsform der AOP-Leistung abhängig gemacht. Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung nach dem AOP-Katalog und wird dabei der tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert nicht überschritten, kann die Leistung ausschließlich mit der neuen einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen und nach dem Schweregrad der Fälle differenzierten Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V vergütet werden. Eine anderweitige Vergütung dieser Leistung, insbesondere durch Entgelte für stationäre Leistungen (z. B. G-DRG-Fallpauschalen), ist dann ausgeschlossen. In diesen Fällen greift die Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst für AOP-Leistungen von Krankenhäusern und eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst ist ausgeschlossen.

In allen anderen Fällen, d. h. wenn bei der Leistungserbringung durch ein Krankenhaus nach dem AOP-Katalog der in der Vereinbarung festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert überschritten wird, kann die Leistung über anderweitige stationäre Leistungsentgelte, z. B. über G-DRG-Fallpauschalen, vergütet werden. Damit einhergehend unterliegt die Leistungserbringung in diesen Fällen aber wieder der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V.

Mit dieser Regelung würde ein effektiver Anreiz für Krankenhäuser geschaffen werden, ambulant durchführbare Leistungen in geeigneten Fällen auch ambulant zu erbringen. Die ambulante Leistungserbringung würde dabei über tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte operationalisiert werden. Solange der für die jeweilige AOP-Leistung festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert vom Krankenhaus nicht überschritten wird, wird die AOP-Leistung mit der neuen einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen und nach dem Schweregrad der Fälle differenzierten Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V vergütet. Eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst ist für diese Fälle

ausgeschlossen. Erst wenn ein Krankenhaus bei der Erbringung einer AOP-Leistung den tages- und leistungsbezogenen Verweildauergrenzwert überschreitet, unterliegt der Fall der Prüfung durch den Medizinischen Dienst.

Für die Umsetzung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbands sollte die Festlegung der tages- und leistungsbezogenen Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des AOP-Katalogs in der Vereinbarung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V auf Basis der Ergebnisse des Gutachtens nach § 115b Absatz 1a SGB V erfolgen. Dementsprechend sollte das Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V in Verbindung mit den konkret zu benennenden ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und Behandlungen auch tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des AOP-Katalogs konkret benennen, die in die Vereinbarung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V aufzunehmen sind. Eine ausführliche Stellungnahme hierzu und konkrete Änderungsvorschläge für § 115b Absatz 1 und 1a SGB V finden sich in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10.2019.

Die Umsetzung dieses Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes erfordert zwei Änderungen für die Formulierung der im Gesetzentwurf und in dem vorliegenden Änderungsantrag angestrebten Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst nach § 115b Absatz 2 SGB V. Erstens sollte das Prüfverbot für den Medizinischen Dienst auf solche AOP-Leistungen von Krankenhäusern beschränkt sein, bei denen der tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert nicht überschritten wird und die mit der neuen einheitlichen Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V vergütet werden (vgl. obige Ausführungen). Nur bei solchen Leistungen sind aufgrund der einheitlichen leistungserbringerunabhängigen Vergütung Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst entbehrlich. Zweitens sollte darüber hinaus das Prüfverbot für den Medizinischen Dienst im Bereich des AOP-Katalogs auf den Prüfgrund der Fehlbelegung beschränkt werden. AOP-Leistungen machen derzeit einen Großteil der Fehlbelegungsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) aus. Diese Abrechnungsprüfungen sollen gemäß der Zielsetzung des MDK-Reformgesetzes spürbar reduziert werden. Andere Prüfgründe, wie z. B. die Korrektheit der kodierten Indikation und ggf. des Schweregrads eines Falles, müssen allerdings zwingend durch den Medizinischen Dienst überprüfbar sein. Nur so kann vermieden werden, dass z. B. durch die Kodierung eines nicht gerechtfertigten hohen Schweregrads oder durch nicht oder bewusst falsche Kodierungen von Indikationen nach dem AOP-Katalog stationäre Fälle generiert werden, die nach dem AOP-Katalog ambulante Fälle sein müssten.

Des Weiteren und unabhängig von der Umsetzung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes sollte in Absatz 2 unbedingt eine Klarstellung erfolgen, dass die Einschränkung des Prüfauf-

trags für den Medizinischen Dienst erst mit Inkrafttreten des bis zum 30.06.2021 neu zu vereinbarenden bzw. vom sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V festzusetzenden Kataloges ambulanter Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 gilt. Erst dann wird der angestrebte Anreiz für eine ambulante Leistungserbringung wirksam und Fehlbelegungsprüfungen dieser Fälle durch den Medizinischen Dienst werden entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Unter der Voraussetzung, dass die Änderungsvorschläge zu Absatz 1 und Absatz 1a aus der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10.2019 übernommen werden, schlägt der GKV-Spitzenverband die folgende Änderung für Absatz 2 vor. Dieser Änderungsvorschlag findet sich wortgleich in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10:2019 wieder.

Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Leistungen, die Krankenhäuser ~~auf Grundlage des Kataloges~~ nach dem Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ~~ambulant~~ erbringen und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 einheitlich zu vergüten sind, unterliegen ab Inkrafttreten des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht der Prüfung auf Fehlbelegung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“

Änderungsantrag 10

Zu Artikel 1 Nummern 9a und 21a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 137, 275a - Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Nummer 1:

Mit der Ergänzung in § 137 Absatz 3 Satz 1 wird die regelmäßige Kontrolle des Erfüllungsgrades der Strukturrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die der Umsetzung der Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien nach § 136a Absatz 5 SGB V durch den Medizinischen Dienst ermöglicht. Darüber hinaus wird klargestellt, dass Stichprobenprüfungen nicht nur zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten dienen, sondern auch zur grundsätzlichen Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen erfolgen können.

Mit der Ergänzung des neuen § 137 Absatz 3 Satz 3 werden Krankenkassen und andere die Prüfung beauftragende Stellen ermächtigt und verpflichtet, der vom G-BA für die Durchführung der Stichprobenprüfung bestimmten Stelle die für das Verfahren erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten zu übermitteln. Darüber hinaus wird die vom G-BA mit der Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer im Rahmen der Stichprobenziehung beauftragte Stelle zur Verarbeitung der übermittelten einrichtungsbezogenen Daten befugt.

Es wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgenommen.

Zu Nummer 2:

In § 275a Absatz 2 wird als Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V klargestellt, dass sich die Vorgabe, wonach der Prüfauftrag im angemessenen Verhältnis zu den auslösenden Anhaltspunkten stehen muss, nur auf anhaltspunktbezogene Kontrollen bezieht.

Es wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die Regelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 ist zu begrüßen. Sie ermöglicht – neben den anhaltspunktbezogenen und stichprobenbasierten Überprüfungen – die regelmäßige Kontrolle des Erfüllungsgrades der Richtlinien des G-BA nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 5 SGB V. Bislang wird der Erfüllungsgrad der Strukturrichtlinien des G-BA lediglich durch Selbstauskünfte der Krankenhäuser auf der Basis von Checklisten oder Konformitätserklärungen nachgewiesen. Gleichzeitig dürfen Leistungen, die nicht den Anforderungen des G-BA entsprechen, nicht vereinbart und abgerechnet werden. Daraus resultieren regelmäßig (Rechts-)Unsicherheiten oder zeitaufwendige Streitfälle, die durch eine regelhafte Überprüfung des Erfüllungsgrades durch den Medizinischen Dienst bereits vor Leistungserbringung vermieden werden können.

Die explizite Einbeziehung der Überprüfung der Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien nach §136a Absatz 5 SGB V stellt sicher, dass die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Arzneimitteltherapie ebenfalls vor der Leistungserbringung überprüft werden können.

Mit der Ergänzung des neuen § 137 Absatz 3 Satz 3 wird die Rechtsgrundlage für neue Datenwege geschaffen, die im Rahmen der Stichprobenprüfungen erforderlich werden. Dies betrifft insbesondere den Daten- bzw. Informationsaustausch zwischen Krankenkassen, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie den Medizinischen Diensten. Dies dient der Rechtssicherheit der vom G-BA zu erlassenen Richtlinie und ist deshalb zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 11

Zu Artikel 1 Nummer 10b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 140f Absatz 7 – Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag sollen die Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene neu formuliert werden.

B) Stellungnahme

Die Unterstützungspflicht der Landesausschüsse gegenüber den Patientenorganisationen besteht bereits heute. Auch die Übernahme der Reisekosten, die Zahlung von Aufwandsentschädigungen und des Verdienstausfalls sind bereits derzeit im Gesetz bestimmt.

Neu vorgesehen ist vor allem, dass die Landesausschüsse eine Stabsstelle „Patientenbeteiligung“ einrichten können. Nach dem geplanten Wortlaut liegt es insofern im Ermessen der Landesausschüsse, ob sie eine Stabsstelle „Patientenbeteiligung“ einrichten.

Unklar bleibt nach dem Wortlaut der vorgeschlagenen Neufassung und der dazu gegebenen Begründung, was unter die Erstattung der Aufwendungen für die koordinierenden Maßnahmen im angemessenen Umfang fällt. Darunter könnte die gesamte Tätigkeit der Organisationen fallen, sofern diese nur etwas mit der Tätigkeit bei dem Landesausschuss zu tun hat. Das ist sehr weitgehend. Eine entsprechende Regelung gibt es – soweit ersichtlich – für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht. Wenn aber die Regelungen für die Landesausschüsse an die der Bundesebene angepasst werden sollen, ist nicht erkennbar, warum man die Anpassung nicht konsequent vornimmt. Vor diesem Hintergrund ist § 140f Absatz 7 Satz 4 zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 10b (§ 140f Absatz 7) wird Satz 4 gestrichen.

Änderungsantrag 12

Zu Artikel 1 Nummer 10c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 175 – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Regelungen zur Weiterentwicklung des Krankenkassenwahlrechts sehen neben der Reduzierung der Bindungsfrist von 18 Monaten auf künftig 12 Monate im Wesentlichen eine weitergehende Umsetzung der jüngeren BSG-Rechtsprechung vor. Demnach können Mitglieder künftig bei jedem Eintritt der Versicherungspflicht (z. B. beim Arbeitgeberwechsel) oder der Versicherungsberechtigung eine neue Krankenkasse wählen, und dies ohne Rücksicht darauf, wie lange die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse bestanden hat.

Darüber hinaus bedarf es künftig regelmäßig nicht mehr einer „klassischen" Kündigung im Verfahren des Krankenkassenwechsels. Stattdessen wird die neu gewählte Krankenkasse im Auftrag des Mitglieds ein Kündigungsverfahren bei der bisherigen Krankenkasse einleiten. Die Notwendigkeit einer Kündigung durch das Mitglied selbst beschränkt sich im Wesentlichen auf die Fälle, in denen das Mitglied das System der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen will, z. B. bei einem Wechsel zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels wird ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen eingeführt, dessen Inhalte durch den GKV-Spitzenverband geregelt werden.

B) Stellungnahme

Mit den Neuregelungen sollen das Verfahren des Krankenkassenwechsels für die Mitglieder vereinfacht und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gefördert werden. Die Regelungen sollen dazu beitragen, die politisch beabsichtigte Weiterentwicklung des Krankenkassenwahlrechts umzusetzen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der in Folge der angesprochenen BSG-Rechtsprechung bislang aufgetretenen Inkonsistenzen. Die Möglichkeit, künftig das Krankenkassenwahlrecht bei Eintritt einer erneuten Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung ausüben zu können – dies unabhängig von der Erfüllung der Bindungsfrist und unabhängig davon, ob die Mitgliedschaften nahtlos aufeinander folgen – trägt zur besseren Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Krankenkassenwahlrechts seitens der Mitglieder bei.

Die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens führt zu einer deutlichen Reduzierung der Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen - und zwar sowohl in der Abwicklung des Krankenkassenwechsels als auch bei der Prüfung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V.

Angesichts der Unterschiede in den organisatorischen Abläufen, die zwangsläufig in Abhängigkeit davon entstehen, ob es sich um ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht beim Eintritt der Versicherungspflicht oder um einen Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren handelt, sollten jedoch die in Absatz 2 formulierten Anforderungen an eine „unverzügliche" Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung durch die gewählte Krankenkasse und eine „unverzügliche" Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse nachjustiert werden. Hintergrund ist der Umstand, dass im „regulären" Kündigungsverfahren die gewählte Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung erst dann ausstellen kann, wenn sie von der bisherigen Krankenkasse eine Bestätigung erhalten hat, dass die gesetzlich vorgesehene Bindungsfrist erfüllt ist; im Falle der Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts aus Anlass eines Arbeitgeberwechsels kann die bisherige Krankenkasse das Ende der Mitgliedschaft erst dann bestätigen, wenn die Abmeldung des bisherigen Arbeitgebers vorliegt.

Der in Absatz 4 vorgesehene Wegfall einer Kündigungserklärung durch das Mitglied im „regulären" Kündigungsverfahren und die Übertragung dieser Verpflichtung auf die neu gewählte Krankenkasse dient der Vereinfachung des Krankenkassenwechsels. Allerdings ist durch die Neuformulierung die bisherige Verpflichtung des Mitglieds zur Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle innerhalb der Kündigungsfrist im Falle des Krankenkassenwechsels im Kündigungsverfahren als Voraussetzung für dessen Wirksamkeit ersatzlos entfallen. Damit Arbeitgeber sowie andere zur Meldung verpflichtete Stellen jedoch rechtzeitig Klarheit über die veränderte Zuständigkeit erlangen, ist an der Pflicht zur Vorlage der Mitgliedsbescheinigung festzuhalten. Neben der Mitgliedsbescheinigung in Schriftform kann diese auch in elektronischer Form (z. B. durch Bereitstellung zum Abruf) zur Verfügung gestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der mit Änderungsantrag 12 Nummer 1 zu Artikel 1 Nummer 10c neu gefasste § 175 wird wie folgt geändert:

„In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „unverzüglich" die Wörter „beziehungsweise bei den Sachverhalten im Sinne des Absatzes 4 nach Eingang der Meldung der bisherigen Krankenkasse nach Satz 3" eingefügt. In Satz 3 werden im ersten Halbsatz die Wörter „innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung" durch die Wörter „nach Eingang der Abmeldung

der zur Meldung verpflichteten Stelle“ ersetzt und im zweiten Halbsatz nach den Wörtern „nach Absatz 4 Satz 1“ die Wörter „oder nach § 53 Absatz 8 Satz 1“ eingefügt.

In Absatz 4 Satz 6 werden nach dem Wort „Kündigungsfrist“ die Wörter „eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder“ eingefügt.“

Änderungsantrag 12

Zu Artikel 1 Nummer 29b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 304 – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

A) Beabsichtigte Neuregelung

II. Durch die Änderung wird die bisher zuständige Krankenkasse gegenüber der neuen Krankenkasse nach dem durchgeführten Krankenkassenwechsel zur Mitteilung der zur Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 verpflichtet. Nach bisherigem Recht ist eine derartige Mitteilungspflicht nur auf Verlangen der neuen Krankenkasse vorgesehen.

A) Stellungnahme

Die Regelung dient der Vereinfachung der Verwaltungsabläufe bei den Krankenkassen. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Beschränkung der Mitteilungsverpflichtung auf die zur Fortführung der Versicherung „erforderlichen Angaben" unverändert gewährleistet ist, dass keine generelle Übermittlung aller der bisherigen Krankenkasse vorliegenden Versicherungszeiten und Leistungsdaten in Betracht kommt. Insofern wird mit der Änderung – entgegen der Gesetzesbegründung – auch keine vollständige und lückenlose Ermittlung der Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ermöglicht. Eine zwingende Notwendigkeit hierfür ist auch nicht zu erkennen.

Bei der Überprüfung der KVdR- Vorversicherungszeit ist lediglich die zweite Hälfte des Erwerbslebens entscheidend. Neunzehntel in diesem Zeitraum sind mit Versicherungszeiten der gesetzlichen Krankenversicherung nachzuweisen. Zusätzlich sind für jedes leibliche Kind bzw. Pflege- oder Stiefkind pauschal drei Jahre als Versicherungszeit zu berücksichtigen. Für die Einzelfälle, die die Vorversicherungszeit nicht erfüllen, wird es als zumutbar erachtet, dass die Versicherungszeiten vom Mitglied nachgewiesen werden. Sofern die Versicherungszeiten vom Mitglied nicht ausreichend nachgewiesen werden können, kann die Krankenkasse im Bedarfsfall in Zusammenarbeit mit dem Mitglied die Vorversicherungszeiten aufgrund der bisherigen gesetzlichen Vorgabe bei den in der Vergangenheit zuständigen Krankenkassen erfragen.

B) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 12

Zu Artikel 15 (Inkrafttreten)

Inkrafttreten – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuorganisation des Krankenkassenwechsels und die Anpassung des § 304 sollen zum 01.01.2021 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die für die Einführung eines neuen elektronischen Meldeaustauschs zwischen den Krankenkassen vorgesehene Vorlaufzeit von einem Jahr ist zu knapp bemessen. Da die Einführung eines Meldedialogs umfangreiche Umsetzungsarbeiten erforderlich macht, sollte das Inkrafttreten der Neuregelung um ein Jahr verschoben werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 15 wird Absatz 5 wie folgt gefasst:

„(4) Artikel 1 Nummer 10c und Artikel 2 treten am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 25, 29c, 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 279 - Vorstand des Medizinischen Dienstes

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Nummer 1 ist mit Verweis auf § 35a Absatz 3 SBG IV die Übernahme der Regelung vorgesehen, dass der Vorstand des Medizinischen Dienstes hauptamtlich tätig ist und eine Amtszeit von sechs Jahren hat, wobei eine Wiederwahl möglich ist.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab. Es wird auf die Vorbemerkungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

Die Anpassung der Amtszeiten (bis zu sechs Jahre) der Vorstände der Medizinischen Dienste an die für die Vorstände der Krankenkassen, der Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, des MDS und künftig des MD Bund geltenden Vorschriften wäre folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 282 - Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgeschlagene Formulierung bestimmt, dass Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig sind. Zu Beginn einer Amtszeit kann eine höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung entsprechend der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine niedrigere Vergütung anordnen.

B) Stellungnahme

Durch die Regelung würde in eine der Kernkompetenzen des Verwaltungsrates eingegriffen. Ein Grund dafür ist nicht ersichtlich und wird dementsprechend auch nicht genannt. Der Verweis auf die entsprechenden Regelungen für die Mitglieder der hauptamtlichen Organe anderer Körperschaften führt nicht weiter, weil auch diese Regelungen in das Selbstverwaltungsrecht der Körperschaften eingreifen. Die Regelung wird von daher abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 29c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 326 - Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a:

Zum 10.05.2019 wurden die gesetzlichen Rahmenvorgaben für die Vergütung des Führungspersonals der Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene geändert. Mit der Einfügung in § 326 Absatz 1 wird klargestellt, dass die Übergangsregelung für den amtierenden Geschäftsführer des MDS und seinen Stellvertreter gilt.

Zu Buchstabe b:

Nach § 326 Absatz 2 Satz 1 gilt das Verbot von Vergütungserhöhungen für den derzeitigen Geschäftsführer des MDS und seinen Stellvertreter bis Ende 2027, das nun auch auf die künftigen Vorstandsmitglieder des MD Bund Anwendung finden sollen. Hierzu werden erforderliche Verweise und Formulierungen angepasst.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 327 - Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Übergangsregelung des MD Bund wird mit der Einfügung nach § 327 Absatz 2 Satz 1 SGB V geregelt, dass das Verbot der Vergütungsanhebung für die amtierenden Geschäftsführer des MDS auch in der Übergangszeit gilt.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 328 - Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die amtierenden Geschäftsführer der MDK gelten bis zum 31.12.2021 als vom neu konstituierten Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste gewählte Vorstände. Durch diese Fiktion wird der Ernennungsakt des Verwaltungsrates befristet ersetzt und eine Kontinuität der Geschäftsführung sichergestellt.

B) Stellungnahme

Diese Regelung dient der Klarstellung der Übergangszeit für den Verwaltungsrat und die Geschäftsführung der Medizinischen Dienste. Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuorganisation des Medizinischen Dienstes aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Es wird auf die Vorbemerkungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 15

Zu Artikel 1 Nummern 25, 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 282, 328 - Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund; Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ermöglicht, dass die Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund auch durch eine Delegiertenwahl erfolgen kann. Zudem werden konkrete Vorgaben für die Durchführung der ersten Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund getroffen, u. a. werden ein Delegiertenwahlverfahren, erforderliche Mehrheiten und die Rolle des amtierenden Verwaltungsratsvorsitzenden des MDS als Leiter der Wahl vorgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit einer Delegiertenwahl für die Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund würde die Durchführung der Vollversammlung erleichtern. Zudem werden notwendige gesetzliche Konkretisierungen für die Durchführung der ersten Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund vorgenommen.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuorganisation des Medizinischen Dienstes aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Es wird auf die Vorbemerkungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 16

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 283 - Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund

D) Beabsichtigte Neuregelung

In die Liste der anhörungsberechtigten Stellen vor Erlass der Richtlinien des MD Bund werden die auf Bundesebene bestehenden Kammern der Psychotherapeuten und der Zahnärzte aufgenommen.

E) Stellungnahme

Der Bundesärztekammer war bereits im Gesetzesentwurf ein Recht zur Stellungnahme zugebilligt worden. Daher ist die Aufnahme der Bundespsychotherapeutenkammer und Bundeszahnärztekammer in der Liste der anhörungsberechtigten Stellen bei Richtlinien, die die Berufsausübung der Psychotherapeuten und Zahnärzte berühren, folgerichtig.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuorganisation des Medizinischen Dienstes aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Es wird auf die Vorbemerkungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

F) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 17

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 283a - Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

G) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung stellt für den SMD von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See klar, dass auch die neu hinzugekommenen Aufgaben des MD, wie die Berichtspflicht und die Bestellung einer Ombudsperson, verpflichtend sind.

H) Stellungnahme

Die Klarstellung ist nachvollziehbar.

I) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 18

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 283a - Beirat des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

J) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird die Mitgliederzahl des Beirats beim SMD um weitere 3 Mitglieder von bisher 6 auf 9 erhöht, damit das unterschiedliche Interessenspektrum von den vertretenen Verbänden besser abgebildet werden kann.

K) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

L) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 19

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 327 - Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

M) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Organe der MDK bis zum Zeitpunkt der Umstellung ihre Aufgaben weiter wahrnehmen, z. B. dass der bisher amtierende Verwaltungsrat die Aufstellung des Haushaltsplans für das Folgejahr vornehmen kann. Außerdem wird geregelt, dass die Verwaltungsräte der MDK und des MDS im Zeitpunkt des Übergangs aufgelöst werden.

N) Stellungnahme

Die Änderungen zur Organisationsreform werden aufgrund der grundsätzlichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Vorbemerkungen in der Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz) grundsätzlich abgelehnt. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich. Die konkret vorgeschlagene Detailregelung folgt der Systematik des Gesetzentwurfs.

O) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 20

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 327, 328 - Übergangsregelungen für den Medizinischen Dienst Bund; Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

P) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird die Frist um ein halbes Jahr auf insgesamt ein Jahr verlängert, bis zu der die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste errichtet werden müssen. Den zuständigen Landesbehörden wird damit die erforderliche Zeit zur Regelung des Verfahrens und der anschließenden Benennung der durch sie zu benennenden Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes eingeräumt.

Q) Stellungnahme

Die Änderung werden aufgrund der grundsätzlichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Vorbemerkungen in der Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz) abgelehnt. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich. Die konkret vorgeschlagene Detailregelung folgt der Systematik des Gesetzentwurfs.

R) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 21

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 328 - Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Satzung des Medizinischen Dienstes von dessen neu besetzten Verwaltungsrat erlassen wird und nicht von dem zu diesem Zeitpunkt noch amtierenden Verwaltungsrat des MDK.

B) Stellungnahme

Die Änderung werden aufgrund der grundsätzlichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Vorbemerkungen in der Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz) abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 22

Zu Artikel 3 Nummer 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 17b - Anpassung der Sachkostenkorrektur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung ist eine Folge der Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung durch das Pflegebudget und der Ausgliederung dieser Kosten aus der Fallpauschalenvergütung. Es wird geregelt, dass die Sachkostenkorrektur, mit der eine systematische Übervergütung der Sachkosten vermieden wird, ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung erfolgt. Die abgesenkten Sachkostenanteile sind daher ausschließlich den mit den Fallpauschalen vergüteten Kosten zuzuordnen, d. h. insbesondere den Personalkosten ohne die Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Hierdurch erfolgt eine finanzierungsneutrale Umsetzung der Sachkostenkorrektur, ohne dass dem Krankenhausbereich Mittel entzogen oder zugeführt werden. Die angepasste Sachkostenkorrektur ist nach Inkrafttreten des Gesetzes anzuwenden, d. h. erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gibt es nach wie vor keine sachlichen Gründe für eine finanzierungsneutrale Umverteilung der systematischen Übervergütung der Sachkosten im Fallpauschalensystem. Es besteht die Gefahr, dass eine Umverteilung im verbleibenden DRG-System die Fehlanreize einer Leistungsausweitung sachkostenintensiver Leistungen wieder verschärft. Diese Übervergütungen führen demnach zu falschen Anreizen in der Patientenversorgung und sind insbesondere aus qualitativer Sicht zu unterbinden. Die Sachkostenübervergütung, d. h. die zu viel gezahlten Mittel für Sachkosten, sollten vor diesem Hintergrund zu 100 % abgebaut und komplett aus dem Finanzierungssystem herausgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 17b Absatz 1 Satz 6 2. Halbsatz KHG sollte wie folgt gefasst werden:

„Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des

Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ~~ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung~~ zu 100 % vorzunehmen; diese Korrektur der Übervergütung der Sachkosten reduziert das im Rahmen der Normierung des DRG-Systems festgelegte Casemixvolumen in entsprechender Höhe."

Änderungsantrag 23

Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe f (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 17c Absatz 3 (neu) – Uneingeschränkte gerichtliche Überprüfung der Entscheidung einer Schlichtungsperson

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, für Krankenhäuser und Krankenkassen in den Ländern einen stärkeren Anreiz zu bieten, gemeinsam Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen, da die Schlichtungsmöglichkeit über Schlichtungspersonen kaum genutzt wird. Die bisher lediglich bei Verstoß gegen die öffentliche Ordnung mögliche gerichtliche Überprüfbarkeit der Entscheidung der Schlichtungsperson wird nun nicht mehr an bestimmte Voraussetzungen geknüpft.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung wird begrüßt.

Um die Anrufung der Schlichtungsperson für die Beteiligten im Hinblick auf die verkürzte Verjährungsfrist gangbar zu machen, sollte § 17c Absatz 3 KHG dahingehend ergänzt werden, dass die Verjährung für die Dauer des Schlichtungsverfahrens gehemmt ist.

C) Änderungsvorschlag

Als neuer Satz 4 wird angefügt:

„Für die Dauer des Schlichtungsverfahrens wird die Verjährung gehemmt.“

Änderungsantrag 25

Zu Artikel 4 Nummern 2 und 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 4 Absatz 9 und § 10 Absatz 12 – Verlängerung des Hygieneförderprogramms

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die im Änderungsantrag vorgeschlagene Neuregelung zum Hygieneförderprogramm beinhaltet eine Verlängerung des Förderzeitraums um drei weitere Jahre bis 2022, für einzelne Fördermaßnahmen bis maximal 2026. Allein die Förderung des Personalaufbaus sowie der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von Hygienefachkräften laufen wie geplant im Jahr 2019 aus. Ein neuer Schwerpunkt wird im Bereich der Antibiotikatherapie gesetzt. In diesem Zuge wird die Förderung der Einstellung bzw. Aufstockung von drei spezifisch fortgebildeten ärztlichen Berufsgruppen integriert. Der Umfang dieser Maßnahmen wird nicht begrenzt.

B) Stellungnahme

Die geplante Verlängerung und Ergänzung neuer Förderschwerpunkte wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Das Hygieneförderprogramm wurde im Jahr 2013 eingeführt und bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz verlängert, um die Krankenhäuser zeitlich begrenzt beim Aufbau des gemäß Infektionsschutzgesetz notwendigen Personals zu unterstützen. Als kurzfristige Unterstützung bei der Umsetzung der Anforderungen war die Zusatzförderung eine sinnvolle Starthilfe und wurde rege in Anspruch genommen: Die jährlichen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass im Zeitraum 2013 bis 2018 etwa 1.165 Kliniken profitiert und rund 430 Mio. Euro für umfassende Personalaufbauaktivitäten erhalten haben.

Es ist jedoch eine grundlegende Aufgabe und die Pflicht der Krankenhäuser, angemessene Hygienevoraussetzungen für die Versorgung der Patienten zu schaffen. In der Logik des DRG-Systems wird auf Basis von Kosten- und Leistungsdaten daher regelmäßig sichergestellt, dass entsprechend notwendige Maßnahmen im System berücksichtigt und in die DRGs eingepreist werden. Ab dem Jahr 2020 gilt zudem die im Infektionsschutzgesetz definierte Übergangsregelung nicht mehr, so dass die Anforderungen an die Ausstattung mit Hygienefachpersonal für alle Krankenhäuser verbindlich werden. Vor diesem Hintergrund sollte eine Weiterfinanzierung außerhalb des DRG-Systems eng begrenzt und allenfalls auf Basis einer Prüfung des bundesweiten Erfüllungsgrads der im Infektionsschutzgesetz festgeschriebenen Anforderungen erfolgen.

Eine begleitende Evaluation, auf deren Basis die Wirkungen des Förderprogramms in den Bundesländern zuverlässig beurteilt werden können, liegt aktuell nicht vor. Auf welcher Informationsgrundlage die Notwendigkeit einer erneuten Verlängerung und der Erweiterung festgestellt wurde, bleibt in der Gesetzesbegründung zum Änderungsantrag unklar.

C) Änderungsvorschlag

Streichung; ggf. Beschränkung auf Antibiotic Stewardship-Programme.

Änderungsantrag 26

Zu Artikel 4 Nummer 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 6a Absatz 2 und 3 - Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird für den Bereich des Pflegebudgets, das auf der Erstattung der Kosten des Krankenhauses basiert, möglichen Fehlentwicklungen für die Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus entgegengewirkt. Vorgegeben wird, dass bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis die über eine tarifvertragliche Vergütung hinausgehenden Zusatzkosten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Die Kosten von Vergütungen für Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sind damit im Rahmen des Pflegebudgets bis zur Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen berücksichtigungsfähig. Zusätzlich sind bei Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus auch die Kosten für die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Pflegebudget berücksichtigungsfähig.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Regelung. Leiharbeit im Pflegebereich darf insbesondere auch mit Blick auf die Versorgungsqualität nicht zum Regelfall werden; einer Ausweitung ist entschlossen entgegenzuwirken. Es ist unstrittig, dass in Ausnahmesituationen der Einsatz von Leiharbeitskräften seine Berechtigung hat; eine finanzielle Besserstellung dieser Beschäftigungsform sowie die Finanzierung von weiteren Kosten und Gewinnmargen ist jedoch abzulehnen.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sicherzustellen, dass zum einen im Pflegebudget nur der Anteil der Kosten berücksichtigt wird, der unmittelbar den Leiharbeitskräften zuzuordnen ist, und zum anderen die anzurechnende Vergütung für Leiharbeitnehmer nicht über der tarifvertraglich festgelegten Vergütung liegt („Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“). Das wird durch den Änderungsvorschlag erreicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 27

Zu Artikel 4 Nummer 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 15 Absatz 2a - Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser über tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG. Zur Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte wird der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 KHG multipliziert. Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG noch nicht berechnet werden kann, ist nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 146,55 Euro zugrunde zu legen. Der Betrag wird mit der entsprechenden tagesbezogenen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs multipliziert, um die tagesbezogenen Pflegeentgelte bis zur Vereinbarung des Pflegebudgets zu ermitteln. Damit werden die bisher im Gesetz festgelegten tagesbezogenen Werte in Höhe von 130 Euro und 65 Euro ersetzt und eine aufwandsgerechtere Zuordnung von Pflegepersonalkosten zu einem Fall ermöglicht. Für krankenhausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte nach § 6, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind ebenfalls Entgelte unter Anwendung des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltwerts abzurechnen. Die Höhe der bisherigen krankenhausindividuellen voll- bzw. teilstationären Entgelte ist um die Höhe der ermittelten vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern. Ziel der Regelung ist es, eine temporäre Doppelfinanzierung der Pflegepersonalkosten auszuschließen. Für krankenhausindividuelle Entgelte, für die im Pflegeerlöskatalog keine Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind die bisherigen Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen keine abweichenden Vereinbarungen treffen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird ausdrücklich vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Ergänzend ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Regelung aufzunehmen, die für krankenhausindividuelle Entgelte, für die im Pflegeerlöskatalog keine Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, hilfsweise eine Pflegebewertungsrelation in Höhe von 1,0 für vollstationäre und 0,5 für teilstationäre Leistungen ansetzt. Für diese wären dann entsprechend Entgelte unter Anwendung des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltwerts abzurechnen Die Höhe

der bisherigen krankenhausindividuellen voll- bzw. teilstationären Entgelte ist dann wiederum um die Höhe der ermittelten vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern.

C) Änderungsvorschlag

§ 15 Absatz 2a KHEntgG sollte wie folgt gefasst werden:

„Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 146,55 Euro zu multiplizieren; sollten im Pflegeerlöskatalog für einzelne krankenhausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 keine Bewertungsrelationen ausgewiesen werden ist hilfsweise für vollstationäre Leitungen der Wert 1,0 sowie für teilstationäre Leistungen der Wert 0,5 anzusetzen. Für krankenhausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6~~, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind,~~ ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung für das Jahr 2020 abweichend von Absatz 2 Satz 3 die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe von nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelten zu mindern ist.“

Änderungsantrag 28

Zu Artikel 4 Nummer 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 5 – Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben den bisher zu liefernden Daten nach § 21 KHEntgG haben Krankenhäuser zukünftig die Anzahl des insgesamt im Krankenhaus beschäftigten Pflegepersonals ergänzend zu der Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zu übermitteln. Außerdem wird eine gesonderte Sanktion durch einen standortbezogenen, pauschalen Abschlagsbetrag in Höhe von mindestens 20.000 Euro je nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG geregelt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Regelung. Die Übermittlung der Anzahl des beschäftigten Pflegepersonals ist für die Umsetzung der Untergrenze der Pflegepersonalquotienten sowie der Pflegepersonaluntergrenzen, die ab 2020 zudem für weitere pflegesensitive Bereiche gelten, erforderlich und daher sinnvoll. Die vollständige und fristgerechte Datenlieferung der Krankenhäuser ist unverzichtbar und daher begrüßt der GKV-Spitzenverband die gesonderte Sanktionierung derjenigen Krankenhäuser, die ihrer Pflicht der Datenübermittlung nicht bzw. nicht in erforderlichem Maße nachkommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 29

Zu Artikel 6 Nummer 0 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

§ 2 – Herausnahme von Gebärdensprachdolmetscherleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor – analog zur Neufassung des § 2 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG – auch für psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen die Kosten für Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung künftig von den allgemeinen Krankenhausleistungen auszunehmen. Beabsichtigt ist, eine gesonderte Abrechnung der Leistungen zwischen den Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern und den Leistungsträgern.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10.2019 zu Artikel 4 Nummer 1 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 30

Zu Artikel 6 Nummer 3 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

§ 18 Absatz 2 – Erweiterung der Nachweispflicht über die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Nachweisverpflichtung in § 18 Absatz 3 wird zur Sicherstellung der Verwendung aller Mittel, die auf Ortsebene für das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal vereinbart werden, erweitert. Der Nachweis umfasst damit auch die Mittel, die für Personal vereinbart worden sind, dass nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erforderliche Personalausstattung hinausgeht.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Sie stellt sicher, dass auch in der Einführungsphase der neuen Personalvorgaben die Budgetmittel des gesamten Personals im bisherigen Umfang auch weiterhin einem Nachweis zur zweckentsprechenden Mittelverwendung unterliegen. Damit kann ein Personalabbau wirksam verhindert werden.

Die in der G-BA-Richtlinie festgelegte Personalausstattung ist bereits aufgrund der bestehenden gesetzlichen Vorgaben in § 3 Absatz 3 BPflV bei der Behandlung des Gesamtbetrages zu berücksichtigen. Es ist jedoch eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung in § 3 Absatz 3 BPflV erforderlich, dass Mehrkosten, die zur Finanzierung der bedarfsnotwendigen Personalausstattung erforderlich sind, erhöhend im Gesamtbetrag zu berücksichtigen sind. Ohne diese ausdrückliche Klarstellung im Gesetz selbst ist der Streit auf der Ortsebene vorprogrammiert.

C) Änderungsvorschlag

Da mögliche Konsequenzen bei einer fehlenden Umsetzung des vereinbarten Personalbestandes bisher nur bei Unterschreitung der G-BA-Mindestvorgaben greifen, bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung zur Rückzahlungsverpflichtung, für die über die Mindestvorgaben hinausgehenden zusätzlichen Budgetmittel. Die Rückzahlung hat dann verpflichtend zu erfolgen, wenn das Krankenhaus auch bis zum 30. Juni des Folgejahres keine vollständige Umsetzung der fehlenden Stellenbesetzung nachweisen kann.

In § 18 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt.

„Kann ein Krankenhaus auch bis zum 30. Juni des Folgejahres keine vollständige Umsetzung der vereinbarten Stellenbesetzung nachweisen, sind die im zurückliegenden Vereinbarungsjahr vereinbarten, aber nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel zurückzuzahlen."

Änderungsantrag 31

Artikel 10 Nummer 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 17 - Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristangabe zum Erlass der Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell, so dass es sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung handelt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 32

Artikel 10 Nummer 15 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 53c - Redaktionelle Änderungen und Klarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den GKV-Spitzenverband soll bis zum gesetzlich geregelten Zeitpunkt der Umstellung der Aufgabenzuständigkeiten auf den Medizinischen Dienst Bund und die Medizinischen Dienste das SGB XI in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung fortgelten. Er soll damit die ihm insbesondere nach § 17 Absatz 1 und 1b, §§ 53a bis c, 112a, 114a Absatz 7 und § 114c Absatz 1 zugewiesenen Aufgaben bis zu dem Zeitpunkt der Umstellung wahrnehmen.

B) Stellungnahme

Der Änderungsantrag an sich stellt eine redaktionelle Änderung und Klarstellung dar. Im Kontext der durch das MDK-Reformgesetz vorgesehenen Änderungen ist dies dem Grunde nach nachvollziehbar. Der GKV-Spitzenverband lehnt jedoch die grundlegende Neuorganisation und die damit einhergehende Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund ab. Es wird insoweit auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf (insbesondere zu § 283 SGB V und § 53c und d SGB XI) verwiesen. Demzufolge ist die beabsichtigte redaktionelle Änderung und Klarstellung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht erforderlich und wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 33

Artikel 10 Nummer 15 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 53d - Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 7 aufgeführten Richtlinien sollen nicht nur im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband, sondern auch unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste erfolgen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation und die damit einhergehende Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund ab. Es wird insoweit auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf (insbesondere zu § 283 SGB V und § 53c und d SGB XI) verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

Unabhängig von der grundsätzlichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes zu der Neuordnung des MD Bund und der Übertragung der Richtlinienkompetenz auf diesen, ist vor dem Hintergrund der Systematik des § 53d die vorgesehene Ergänzung stringent. In § 53d Absatz 1 ist der Erlass der dort genannten Richtlinien unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste vorgesehen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 34

Artikel 10 Nummer 18 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 112a - Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe; redaktionelle Klarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristangabe zum Erlass der Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste soll gestrichen werden. Des Weiteren soll die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

B) Stellungnahme

Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell, so dass es sich um eine redaktionelle Änderung handelt, die unabhängig von der Ablehnung der grundlegenden Neuorganisation des Medizinischen Dienstes und der Übertragung der Richtlinienkompetenz auf diesen sachgerecht ist.

Die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Medizinischen Dienst Bund wird hingegen aus den bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes dargelegten Gründen abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste."

Änderungsantrag 35

Artikel 10 Nummer 22 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 114c - Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe; redaktionelle Klarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristangabe zur Festlegung von Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 in Richtlinien soll gestrichen werden. Des Weiteren soll die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

B) Stellungnahme

Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell, so dass es sich um eine redaktionelle Änderung handelt, die unabhängig von der Ablehnung der grundlegenden Neuorganisation des Medizinischen Dienstes und der Übertragung der Richtlinienkompetenz auf diesen sachgerecht ist.

Die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Medizinischen Dienst Bund wird hingegen aus den bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes dargelegten Gründen abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest.“