

**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:

<b>I. Zusammenfassung .....</b>	<b>- 5 -</b>
<b>1. Organisationsreform der Medizinischen Dienste .....</b>	<b>- 5 -</b>
<b>2. Krankenhausabrechnungsprüfung .....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>3. Weitere Themen .....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs.....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>- 9 -</b>
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 -

<b>Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>- 83 -</b>
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 -
<b>Artikel 12 Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung .....</b>	<b>- 90 -</b>

## 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 Medizinischen 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 beitragsatzrelevante 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

gedeckt 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 klar gestellt 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 Kalendertagen 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 vergünstigten 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 erfolversprechend 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 stationersetzenden Eingriffen auch stationersetzende 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 stationärsersetzend 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 (KHSKG). Ursächlich bzw. begründet wurde die Streichung des damaligen Absatzes 4 im KHSKG mit einer Rechtsbereinigung aufgrund der durch Zeitablauf überholten Regelung. Der Absatz 4 vor KHSKG 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 stationersetzende 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 stationersetzender Eingriffe und stationersetzender 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, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten nach Satz 1 hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende 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 Sozialgesetzbuchs) 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-/Verwaltungsaufwand 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 Vierteljahresrechnung 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 Überschreibungsbetrag gem. § 260 Abs. 2a innerhalb der drei folgenden Haushaltsjahre schrittweise (mindestens in Höhe eines Drittels des Überschreibungsbetrages pro Jahr) durch Absenkung ihres Zusatzbeitragsatzes 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 pflegfachlichen 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  $\geq 60\%$  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 Neuregelung 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 entfielen 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 beitragsatzrelevanten 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 Gesamteinordnung in eine Auffälligkeitsklasse erfolgt. Das bedeutet, dass die saldierte Prüfqualität aller Kassen für die Einordnung 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 Ausgabenneutralität 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 Strategiefähigkeit*

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 Strategiefähigkeit 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 krankenhausbefugte Prüfquote bis zu 15 Prozent“ werden ersetzt durch die Worte „**wird keine begrenzende krankenhausbefugte 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 sorgsamem 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 Beschäftigte 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 DIMDI 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 DIMDI 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 Medizinischen 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 Landeskrankhausgesellschaften vor. Die neue Regelung weitet den Kreis der anrufberechtigten Akteure aus, so dass 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 Antragsberechtigten nach Absatz 3 einzuschränken.

## C Änderungsvorschlag

1. Dem Absatz 2 wird folgender Satz 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 unregelt 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 Krankenhausentgeltgesetzes Art. 4 Nr. 1 § 2 Abs. 2 KHEntgG Gebärdensprachdolmetscher**

### **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 krankenhaushausindividuelle 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**

#### **Absatz 3**

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-Förderprogramm 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 BPfIV – 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 BPfIV. 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 BPfIV – 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 BPfIV. 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 Zeiteile 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 Teilstemester 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