



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)102(9)

gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -

MDK-Reform

09.10.2019

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 09.10.2019**

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

GKV–Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288-0

Fax 030 206288-88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	6
II. Stellungnahme	11
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	11
§ 5 Absatz 1 Nummer 9 Versicherungspflicht	11
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	12
§ 5 Absatz 1 Nummer 10 Versicherungspflicht	12
§ 10 Familienversicherung.....	13
§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	14
§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss	15
§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss	16
§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	17
§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus	19
§ 124 Zulassung.....	25
§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	27
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	27
§ 137i Absatz 1 SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung	28
§ 137i Absatz 3a SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung	30
§ 137i Absatz 4b SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung	31
§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	32
§ 190 Absatz 9 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	33
§ 190 Absatz 10 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	34
§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten	35
§ 200 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen	38
§ 210 Satzung der Landesverbände	39
§ 236 Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten	40
§ 242 Zusatzbeitrag	41
§ 245 Beitragsatz für Studenten und Praktikanten.....	43
§ 260 Betriebsmittel	44
Neuntes Kapitel	46
§ 275 Absatz 1 Begutachtung und Beratung	47
§ 275 Absatz 1c Begutachtung und Beratung	48
§ 275 Absatz 2 Begutachtung und Beratung	49
§ 275 Absatz 3 Begutachtung und Beratung	50

§ 275 Absatz 3b (neu) Begutachtung und Beratung	51
§ 275 Absatz 4a Begutachtung und Beratung	53
§ 275 Absatz 5 Begutachtung und Beratung	54
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	55
§ 275c (neu) Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	58
§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen	70
§ 276 Absätze 2, 2a und 4 Zusammenarbeit.....	73
§ 278 (neu) Medizinischer Dienst	74
§ 279 (neu) Verwaltungsrat und Vorstand.....	77
§ 280 (neu) Finanzierung, Haushalt, Aufsicht	79
§ 281 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht	80
§ 282 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand	81
§ 283 (neu) Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund.....	83
§ 283a Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn See.....	90
§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis	91
§ 295 Abrechnung ärztlicher Dienstleistungen	92
§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	93
§ 301 Krankenhäuser	94
§ 327 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	96
§ 328 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund	98
Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	100
§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten	100
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	101
§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	101
§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss	102
§ 19 Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen	109
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	113
§ 2 Krankenhausleistungen	113
§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1a Vereinbarung eines Erlösbudgets	115
§ 4 Absatz 8 Satz 1 Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	117
§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte	118
§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets	119
§ 8 Berechnung der Entgelte	120
§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	122

Artikel 5 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	123
§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	123
Artikel 6 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)	124
§ 8 Berechnung der Entgelte.....	124
§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	125
Artikel 7 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)	126
§ 56 Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit.....	126
Artikel 8 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)	127
§ 128 Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung	127
Artikel 9 (Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)	128
§ 76 Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten.....	128
Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	129
Inhaltsverzeichnis.....	129
§ 7 Aufklärung, Auskunft	130
§ 7a Pflegeberatung	130
§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	131
§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen	132
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	134
§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten	136
§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren	137
§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	139
§ 25 Familienversicherung.....	140
§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege.....	141
§ 33 Leistungsvoraussetzungen	141
§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen ..	141
§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	141
§ 46 Pflegekassen	141
§ 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste	142
§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	143
§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte ...	144
Fünfter Abschnitt (neu) – §§ 53c und 53d.....	145
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	159
§ 92a Pflegeheimvergleich.....	160
§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen	160
§ 112 Qualitätsverantwortung	160

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten	161
§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	162
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	162
§ 113b Qualitätsausschuss	162
§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen	162
§ 114 Qualitätsprüfungen	163
§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen	164
§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht	165
§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung	166
§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien	167
§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden	168
§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung	169
§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren	170
Artikel 11 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)	171
§ 62a Bindungswirkung	171
§ 76 Inhalt der Vereinbarungen	172
Artikel 12 (Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung)	173
II. Ergänzender Änderungsbedarf	174
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	174
§ 275 Begutachtung und Beratung	174
§ 275c (neu) Neuregelung der Krankenhausabrechnungsprüfung: Durchführung und Umfang von Prüfungen durch den MDK	178
§ 137 Absatz 3 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses [in Verbindung mit § 275a SGB V Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst]	180
§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen	182
Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	184
§ 6a Absatz 3 KHEntgG Weiterleitung der Unterlagen der Pflegebudgetverhandlung an das InEK	184
Änderung des Umsatzsteuergesetzes (neu)	185
§ 4 Satz 1 Nummer 15a UStG Steuerbefreiungen bei Lieferungen und sonstigen Leistungen	185

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) zielt im Wesentlichen zum einen auf eine umfassende und tiefgreifende Organisationsreform des Medizinischen Dienstes ab und regelt zum anderen die Prüfung von Krankenhausabrechnungen neu. Damit verbunden sind weitreichende negative Folgen für die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Funktionsfähigkeit des Medizinischen Dienstes.

Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst

Die vorgesehene Organisationsreform stellt einen weiteren Schritt zur Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung in den Organisationen der gesetzlichen Krankversicherung dar. Nach den vorgesehenen Regelungen werden die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste in den Bundesländern und auf Bundesebene vollständig umgestaltet. Demnach sollen sich die Verwaltungsräte aus 23 Mitgliedern zusammensetzen. Hiervon wählen die Krankenkassen 16 Vertreter mit Stimmrecht. Die Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat einer Krankenkasse bzw. Beschäftigung bei einem MDK, einer Krankenkasse oder einem ihrer Verbände soll unvereinbar mit der Wahl in den Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes sein. Dies bedeutet die faktische Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im MDK und wird abgelehnt.

Als konstitutives Element der gesetzlichen Krankenversicherung muss die soziale Selbstverwaltung auch künftig in den Verwaltungsräten des MDK unmittelbar vertreten sein. Die Pläne bedeuten einen weiteren Angriff auf die soziale Selbstverwaltung, die offensichtlich aus den Gremien und Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung gedrängt werden soll. Dabei wird der gesellschaftliche Wert der Mitbestimmung im Gesundheitswesen verkannt. Die Beteiligung der in Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Mitglieder der Verwaltungsräte der Krankenkassen sorgt für praxisnahe Lösungen, einen fairen Ausgleich der Interessen und die größtmögliche Akzeptanz bei den Betroffenen. Die soziale Selbstverwaltung ist damit eine wichtige Grundsäule für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Versorgung.

Hinzu kommt, dass keinerlei Anlass für eine derartige tiefgreifende Neuorganisation besteht. Bereits heute ist eine Einflussnahme der Verwaltungsräte des MDK auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten ausgeschlossen. Die inhaltliche und rechtlich normierte Unabhängigkeit der medizinischen und pflegerischen Begutachtung durch den MDK ist umfassend gewährleistet. Auch die begrüßenswerte explizite gesetzliche Normierung der fachlichen Unabhängigkeit auch von nichtärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern unterstreicht die bereits bestehende klare Aufgabentrennung zwischen dem Verwaltungsrat

und der eigentlichen Begutachtung. Der Verwaltungsrat ist weder in die eigentliche Begutachtung von Fällen einbezogen, noch greift er darin ein. Daher setzt sich der GKV-Spitzenverband mit Nachdruck dafür ein, keine derartige Neuordnung vorzunehmen. In jedem Fall ist die Unvereinbarkeitsregelung aus dem Gesetzentwurf zu streichen.

Potential für Interessenkonflikte durch die weitere Besetzung der Verwaltungsräte

Auch bei der weiteren Besetzung der Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes sind Änderungen vorgesehen. Künftig sollen fünf Vertreter mit Stimmrecht auf Vorschlag der Patientenorganisationen durch die Länder benannt werden. Zudem benennen die Länder zwei Vertreter der Landespflegekammern und Landesärztekammern ohne Stimmrecht. Leistungserbringer werden damit in eine Gestaltungsverantwortung im Medizinischen Dienst gebracht.

Durch die Änderungen entsteht großes Potential für Interessenkonflikte, insbesondere bei Entscheidungen über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfs zur Sicherstellung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste würde hierdurch konterkariert. Deshalb sollten die Berufsgruppen konsequenterweise nicht im Verwaltungsrat, sondern in Beiräten beteiligt werden – zumal die Finanzierung der Medizinischen Dienste weiterhin durch die Krankenkassen per Umlage erfolgt und keine Finanzverantwortung der Berufsgruppen oder der künftig stimmberechtigt beteiligten Patientenorganisationen vorgesehen ist.

Funktionsfähigkeit des Medizinischen Dienstes in Gefahr

Die Richtlinien für die gutachterliche Prüfung sollen künftig eigenständig vom MD Bund – und damit nicht mehr vom GKV-Spitzenverband – beschlossen werden. Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten bei der Entwicklung medizinisch-wissenschaftlicher Positionen und deren Vertretung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung werden damit zerschlagen. Die Neuordnung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) ist auch aus diesem Grund nicht zielführend und abzulehnen.

Neben medizinischen Aspekten spielen bei einer relevanten Anzahl von Richtlinien auch leistungsrechtliche Erwägungen bei gutachterlichen Entscheidungen eine wichtige Rolle. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen ist es von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der Krankenkassen übereinstimmen. Die Richtlinien schaffen sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen eine unverzichtbare, einheitliche Grundlage des gemeinsamen Handelns.

Die Frage der Richtlinienkompetenz steht in keinem Zusammenhang mit der fachlichen Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste bei der Wahrnehmung rein sozialmedizinischer Aufgabenstellungen. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund weder erforderlich, noch in der Ausgestaltung sachgerecht und wird deshalb abgelehnt.

Die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste stellt sicher, dass medizinisch-fachlich berechnete Leistungsansprüche der Versicherten gewährleistet werden und die Versichertengemeinschaft vor nicht gerechtfertigten Ansprüchen und unnötigen Leistungen geschützt wird. Die Erfüllung dieser Kernaufgabe ist für die Krankenkassen essentiell. Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten ist dringend aufrechtzuerhalten.

Mehrausgaben und Fehlanreize durch die Neuordnung der Abrechnungsprüfung

Jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 %) war 2017 fehlerhaft. Als Folge daraus mussten Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Mrd. Euro an Krankenkassen zurückzahlen. Dies sind Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber, die ohne eine Prüfung für die Versorgung an anderer Stelle gefehlt hätten. Es ist unvorstellbar, wie hoch dieser falsch abgerechnete Betrag ohne die notwendigen qualitativen und quantitativen Prüfungen der Krankenkassen gewesen wäre.¹

Jahr	Ausgaben Krankenhausbehandlung	Quote Rückerstattung	Betrag Rückerstattung
2012	61,66 Mrd. Euro (KJ 1)	Ø 2,76 Prozent	1,70 Mrd. Euro
2017	74,90 Mrd. Euro (KJ 1)	Ø 3,73 Prozent	2,80 Mrd. Euro

Der vorliegende Gesetzentwurf regelt das Verfahren der Abrechnungsprüfung grundlegend neu. Der Entwurf birgt dabei sowohl die Gefahr drastischer Mehrausgaben als auch strategischer Fehlanreize. Hier ist insbesondere die willkürliche Quotierung der Abrechnungsprüfungen zu nennen, die sowohl im Grundsatz als auch in der beabsichtigten Höhe abzulehnen ist. Bei deren Einführung im Jahr 2020 wird keinerlei Zusammenhang zur Abrechnungsgüte des einzelnen Krankenhauses hergestellt. Durch die dramatisch zu gering festgesetzte maximale Prüfquote von 10 %

¹ Vgl. Korrekte Rechnungen und klare Strukturen. Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnung, April 2019, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/2019-04-29_KH-Abrechnung_Argumentationspapier.pdf

pro Krankenhaus statt durchschnittlich 17,1 % (im Jahr 2017) über alle gesetzlichen Krankenkassen kommt es 2020 zu Mehrausgaben von mindestens 1,2 Mrd. Euro. Die im Gesetzentwurf proklamierte Ausgabenneutralität übersieht diesen Fakt. Auch die Verkehrung von BGB-Grundsätzen, wie die Möglichkeit, Forderungen unbürokratisch gegeneinander aufzurechnen, wird durch ein Verfahren ersetzt, in dem Krankenkassen jeden noch so geringen Betrag vom Krankenhaus gerichtlich erzwungen zurücküberweisen lassen müssen, anstatt ihn mit berechtigten Forderungen aufzurechnen. Damit entstehen unnötige Aufwände für die Krankenkassen bei der Durchsetzung berechtigter Forderungen. Zudem steht die Regelung einer Entlastung der Sozialgerichte entgegen.

Es lässt sich aber auch festhalten, dass der Gesetzgeber erstmalig in der langen Debatte um Falschabrechnung die Ursache der gestiegenen Abrechnungsprüfungen in den Blick nimmt: Die mangelhafte Qualität der Rechnungsstellung durch die Krankenhäuser. Die Rahmenbedingungen für korrekt abrechnende Krankenhäuser dürfen nicht schlechter sein als für Falschabrechner. So finden sich die vom GKV-Spitzenverband geforderten gesetzgeberischen Regelungen in Bezug auf die Etablierung von Strukturprüfungen bei fehlender Leistungsvoraussetzung, die Bereinigung der im internationalen Vergleich massiven Fehlbelegung durch eine Ausweitung des Katalogs sektorengleich vergüteter Leistungen und die längst überfällige Verbindlichkeit der vom Krankenhaus gestellten Rechnung ebenso im Gesetzentwurf, wie die Variation von Rechnungsaufschlägen anhand der krankenhausbefugten Abrechnungsgüte. Richtig umgesetzt, bergen diese Maßnahmen ein erhebliches Potenzial, die Notwendigkeit der Rechnungsprüfung zu reduzieren und Prüfaufwände gar nicht erst entstehen zu lassen. Der GKV-Spitzenverband gibt in seiner Stellungnahme wichtige Hinweise, diese Potenziale zu heben.

Da die Maßnahmen allerdings erst schrittweise ab dem Jahr 2021 Wirkung entfalten können, ist zur Vermeidung von massiven Mehrausgaben eine Streichung der maximal zulässigen Prüfquote unerlässlich. Es kann nicht sein, dass die Krankenkassen mit Mitteln der Beitragszahler im Umfang von 1,2 Mrd. Euro falsche Rechnungen bezahlen. Wird dennoch an der Einführung einer maximal zulässigen Prüfquote ab dem Jahr 2020 festgehalten, muss diese zumindest an den Durchschnittswert von 17,1 % des Jahres 2017 angepasst werden. In dem Umfang, wie die gesetzten Anreize zukünftig (möglichst zügig) wirken, fordert der GKV-Spitzenverband diese Prüfquoten algorithmisch, schrittweise und im Einklang mit den gesetzlichen Aufträgen zur Reduktion des Prüfbedarfs, anzupassen. Um den Bezug zur Abrechnungsgüte der Krankenhäuser herzustellen, sollte die maximale Prüfquote lediglich auf die Krankenkassen, nicht aber auf die Krankenhäuser fixiert werden. Die Krankenkassen hätten dann die Möglichkeit, bei einer durchschnittlichen maximalen Prüfquote die Zahl der Prüfungen pro Krankenhaus je nach Abrechnungsgüte zu variieren.

Wenn wie derzeit geplant ab 2021 selbst die Gruppe der Krankenhäuser, die am schlechtesten abrechnet, durch die Quotierung auf 15 % noch deutlich besser dasteht als heute, dann bestehen in dieser Gruppe massive Fehlanreize zur uneingeschränkten Falschabrechnung. Ebenso, wie es zukünftig keinen Sinn mehr ergibt, den Prüfern Aufwandspauschalen in Höhe von 300 Euro in Rechnung zu stellen und sie gleichzeitig zu quotieren, macht es keinen Sinn, die am schlechtesten abrechnenden Krankenhäuser mit einer Quote zu schützen.

Das – durch die Quotierung der Prüfungen entstehende – grundsätzliche Problem der umfangreichen Vergütung fehlerhafter Abrechnungen kann jedoch durch auf der Quotierung der Prüfungen aufbauende Alternativvorschläge nicht behoben werden. Auch stellt sich die Frage der Auswirkungen von begrenzten Prüfquoten auf die Beurteilung der Prüftätigkeit der Krankenkassen durch die Aufsichts-/Prüfbehörden.

Darüber hinaus regt der GKV-Spitzenverband an, das Thema des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen in den Medizinischen Diensten auch für den Krankenhausbereich prominent zu etablieren. Derzeit scheint es aufgrund der fehlenden Anreize zur korrekten Rechnungsstellung so, als ob es in deutschen Krankenhäusern kein Fehlverhalten gäbe (als einziger Bereich des deutschen Gesundheitswesens). Dies ist falsch. Rechnen Krankenhäuser zukünftig wiederholt falsch ab und ergeben sich bei der Prüfung der Akten durch den Medizinischen Dienst dabei Anzeichen für Fehlverhalten, so muss der Medizinische Dienst dem mit staatsanwaltlicher Hilfe nachgehen.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a

§ 5 Absatz 1 Nummer 9 Versicherungspflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Begrenzung der studentischen Krankenversicherung auf eine Höchstsemesteranzahl wird aufgegeben. Durch die Änderung können Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, auch dann (noch) versicherungspflichtig sein, wenn sie das 14. Fachsemester bereits erreicht haben, längstens jedoch bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres. Über diese Altersgrenze hinaus kann die Pflichtversicherung weiterhin nur aus besonderen Gründen (Art der Ausbildung, familiäre oder persönliche Gründe) fortgeführt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Vor dem Hintergrund einer deutlichen Veränderung der Struktur von Studiengängen aufgrund der europaweiten Harmonisierung von Studiengängen und -abschlüssen (Bologna-Prozess) sowie unterschiedlicher landesrechtlicher Vorgaben hinsichtlich der Definition eines Semesters haben die Krankenkassen zunehmend Schwierigkeiten bei der Zählung der Fachsemester im Hinblick auf das Erreichen der Höchstsemesterzahl. Der Verzicht auf die Beendigung der studentischen Krankenversicherung bei längerer Fachstudienzeit trägt zu einer erheblichen Verwaltungsvereinfachung bei der Feststellung der Voraussetzungen der Pflichtversicherung der Studenten durch die Krankenkassen bei.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 1a wird wie folgt gefasst:

„In Nummer 9 werden die Wörter „bis zum Abschluss des vierzehnten Fachsemesters,“ und die Wörter „nach Abschluss des vierzehnten Fachsemesters oder“ sowie die Wörter „oder eine längere Fachstudienzeit“ gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 b

§ 5 Absatz 1 Nummer 10 Versicherungspflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung einer Altersgrenze sind Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, künftig längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres versicherungspflichtig. In der Konsequenz erfolgt eine Harmonisierung mit der in der Krankenversicherung der Studenten nach wie vor vorgesehenen Altersgrenze.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Damit wird eine Gleichbehandlung der Studierenden während der Phasen der theoretischen und praktischen Ausbildung erreicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 10 Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Familienversicherung von Kindern, die ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule beenden, künftig bis zum Ablauf des Semesters fortbesteht.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung zum Ende der Familienversicherung erfolgt eine entsprechende Harmonisierung mit den mitgliedschaftsbeendenden Regelungen der Krankenversicherung der Studenten. Die Regelung ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der geänderten Satzzählung in § 295 Absatz 1.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Sitzungen des Plenums des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht nur öffentlich zugänglich sein, sondern zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist unnötig, da bereits heute die Sitzungen des G-BA sowie die Protokolle der Sitzungen öffentlich zugänglich sind.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres das Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten nicht übersteigen.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar. § 260 Absatz 2 Satz 1 wurde mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz zum 01.01.2019 geändert. Die zulässige Höhe der Betriebsmittel beträgt hiernach das Einfache einer Planmonatsausgabe. Um angesichts der geltenden Zahlungsmodalitäten des für den G-BA erhobenen Systemzuschlags eine hinreichende Liquidität zu sichern, ist die Beibehaltung einer Eineinhalbfachen Planmonatsausgabe angemessen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können Ansprüche auf Rückforderungen geleisteter Vergütungen nicht mehr gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen aufrechnen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband können in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG abweichende Regelungen treffen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist zu streichen. Sie kehrt das bisherige Vorgehen um und überträgt das Prozessrisiko vollständig auf die gesetzlichen Krankenkassen. Krankenkassen werden mit dieser Änderung verpflichtet, ihre Ansprüche einzufordern und ggf. einzuklagen. Mit dieser neuen Regelung werden keine Gerichte entlastet, sondern eine einseitige Schlechterstellung der Krankenkassen wird gesetzgeberisch in Kauf genommen.

Ein im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) fest verankertes Recht wird unbegründet ausgehebelt. Ein solches Recht besteht seit Jahren durch die ständige Rechtsprechung sämtlicher Senate des Bundessozialgerichts (BSG). Das BSG hat mit Urteil vom 19.09.2013 (Az. B 3 KR 31/12 R) ausdrücklich klargestellt, dass Krankenkassen berechtigt sind, Erstattungsansprüche gegenüber Krankenhäusern durch Aufrechnung gemäß § 69 Absatz 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 387 BGB zu realisieren. Dieses Verfahren ist seit Jahren ein bewährtes und unbürokratisches Mittel, offene Forderungen abzuwickeln. Es sollte auch im Interesse der Krankenhäuser sein, nicht für jeden Euro Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen abarbeiten und unnötige Bürokratie aufbauen zu müssen.

Die Aufrechnung sollte mindestens in den Fällen möglich sein, in denen das MD-Prüfergebnis vorliegt und eine offene Forderung zu begleichen ist. Bereits jetzt ist ein Großteil der Aufrechnungen unstrittig. Dies ist im Gesetzentwurf zu korrigieren. Des Weiteren ist vorgesehen, dass im Rahmen der Verhandlungen zur Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)² abweichende Regelungen von dem Aufrechnungsverbot getroffen werden können. Eine abweichende Regelung wird mit der DKG mit einer solchen gesetzlichen Scharfschaltung unmöglich sein. Die in

² Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH_2014_08_04_PruefvV.pdf.

der Begründung genannte Möglichkeit von Aufrechnungen nach einer rechtskräftig festgestellten Forderung ist ebenso selbstverständlich und sollte, wie in Fällen, in denen ein MD-Ergebnis vorliegt, als Ausnahme vom Aufrechnungsverbot gesetzlich verankert werden.

Oftmals sind Aufrechnungen unstrittig. Der Alternativvorschlag des GKV-Spitzenverbandes sieht aus diesem Grund vor, dass u. a. aufgerechnet werden kann, wenn das Krankenhaus mit dem Ergebnis der Prüfung einverstanden ist. Dies soll auch in anderen Fällen gelten, wenn Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zur Aufrechnung besteht.

Es bleibt festzuhalten, dass dieser Gesetzentwurf ein höherrangiges Recht des BGB zulasten der Krankenkassen aushebelt. Es sind mindestens die Aufrechnungen nach einer rechtskräftig festgestellten Forderung und einem vorliegenden MD-Ergebnis als Aufrechnungsmöglichkeit gesetzlich weiterhin vorzusehen.

Im Falle der Beibehaltung der vorgesehenen Regelung nach § 109 Absatz 6 ist eine Konkretisierung der Regelung erforderlich. Der Bezug auf Forderungen, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind, ist zu konkretisieren, da andernfalls unterschiedliche Auslegungen zu erwarten sind, wann und wodurch eine Forderung entsteht. Um Diskrepanzen zu vermeiden, sollte auf Aufnahmen in ein Krankenhaus ab dem 01.01.2020 abgestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 ist zu streichen.

Alternativ werden in Satz 1 nach dem Wort „die“ die Worte „für Aufnahmen“ und folgende Sätze nach Satz 2 ergänzt:

„Weicht der Rechnungsbetrag nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vom ursprünglichen Rechnungsbetrag ab, hat das Krankenhaus die Rechnung innerhalb von 30 Arbeitstagen zu stornieren und neu zu stellen. Bei Nichteinhaltung dieser Frist ist die Krankenkasse berechtigt, gegen unbestrittene Vergütungsansprüche zu verrechnen. Die Krankenkasse ist ebenfalls berechtigt, eine Aufrechnung vorzunehmen, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde. Eine Aufrechnung ist bei Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse möglich.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 115b SGB V sehen die Neuvereinbarung des AOP-Katalogs sowie einer einheitlichen Vergütung für die Leistungen des Katalogs durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die DKG und den GKV-Spitzenverband bis zum 31.06.2021 vor. Dabei soll der bisherige Katalog aus ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffen um stationsersetzende Behandlungen erweitert werden. Die einheitliche Vergütung der Katalogleistungen soll nach dem Schweregrad der Fälle differenziert werden. Zudem soll die Vergütung auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) unter ergänzender Berücksichtigung nichtärztlicher Leistungen, Sachkosten und spezifischer Investitionsbedingungen erfolgen.

Die Festlegung der Leistungen für den erweiterten AOP-Katalog soll auf Basis eines von den Vertragsparteien auf Bundesebene gemeinsam beauftragten Gutachtens vereinbart werden, welches die Leistungen konkret benennt sowie Maßnahmen analysiert, wie die Schweregrad-differenzierung der Fälle bei der einheitlichen Vergütung umgesetzt werden kann. Das Gutachten ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31.03.2020 gemeinsam zu beauftragen und spätestens bis zum 31.03.2021 fertigzustellen. Kommt eine Vergabe des Gutachtens nicht fristgerecht zustande, wird der Inhalt des Gutachtenauftrags durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V innerhalb von sechs Wochen festgesetzt. Der Konfliktlösungsmechanismus für die Neuvereinbarung des AOP-Katalogs und der einheitlichen Vergütung ist, wie durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 vorgesehen, die Entscheidung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V auf Antrag einer Vertragspartei.

Des Weiteren soll die Vereinbarung über den AOP-Katalog und die einheitliche Vergütung regelmäßig, mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31.12.2023, an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. Die Vereinbarung sowie gegebenenfalls auch die Festsetzung des AOP-Katalogs durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V unterliegen zudem der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Schließlich sehen die Änderungen des § 115b SGB V vor, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Katalogs erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegen.

Dadurch soll für Krankenhäuser die ambulante Erbringung der im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen gefördert werden.

B) Stellungnahme

Die mit den Änderungen des § 115b SGB V angestrebte bessere Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Mit der Erweiterung des bestehenden AOP-Katalogs erfolgt eine Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich. In der Folge müssen die zu vereinbarenden ambulant durchführbaren operativen und diagnostischen Eingriffe und Behandlungen substituierend wirken. Das bedeutet, dass Eingriffe oder Behandlungen, die stationsersetzend durchgeführt werden können, aus dem stationären Leistungsbereich zu bereinigen sind und somit überhaupt nicht mehr als stationäre Krankenhausleistung abrechenbar sein dürfen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Quotierung der Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen von höchster Relevanz: Nur wenn es durch die Erweiterung des AOP-Katalogs gelingt, den Bereich der DRG-Vergütung spürbar um ambulante Fälle zu bereinigen und diese mit einer neuen einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen Vergütung zu vergüten, ist eine Fehlbelegungsprüfung dieser Fälle entbehrlich. Dieser Leistungsbereich an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Vergütung würde dann in den quotierten Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen nicht mehr berücksichtigt werden müssen. Für die Umsetzung dieses Ziels schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 um die Festlegung tages- und leistungsbezogener Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des Katalogs zu erweitern. Erbringt ein Krankenhaus Leistungen nach dem AOP-Katalog und wird dabei der tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert nicht überschritten, soll die Leistung ausschließlich mit der neuen einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vergütet werden. Eine anderweitige Vergütung von Leistungen nach dem AOP-Katalog, insbesondere durch Entgelte für stationäre Leistungen, und damit verbunden die Abrechnungsprüfung dieser Leistungserbringung durch den Medizinischen Dienst soll nur dann möglich sein, wenn der tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert überschritten wird. Damit soll die derzeit noch mögliche parallele Abrechnung von AOP-Leistungen mit einerseits der einheitlichen Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und andererseits mit Entgelten für stationäre Leistungen zukünftig verhindert werden.

Neben dem Katalog müssen die Vertragsparteien eine einheitliche Vergütung mit Schweregraddifferenzierung für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbaren. Der Auftrag wird grundsätzlich begrüßt. Die geplante Schweregraddifferenzierung der einheitlichen Vergütung

trägt der Heterogenität der Patientinnen und Patienten und somit der Heterogenität des Behandlungs- und Pflegeaufwands sowie der Überwachungsnotwendigkeit von Patientinnen und Patienten nach Operationen, Eingriffen und Behandlungen Rechnung. Schwerere Fälle werden damit höher vergütet als leichtere Fälle, so dass auch die Behandlung solcher Fälle durch Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Katalogs wirtschaftlich abgebildet werden kann. Damit soll eine Generierung von stationären Fällen, die nach dem AOP-Katalog ambulante Fälle sein müssten, aufgrund ausschließlich wirtschaftlicher Gründe vermieden werden. Allerdings ist es notwendig, die Schweregradifferenzierung der Fälle anhand möglichst robuster Kriterien vorzunehmen, um neue Prüfgründe, wie z. B. die Korrektheit des kodierten Schweregrads, zu vermeiden. Darüber hinaus ist die Verknüpfung der zu vereinbarenden einheitlichen Vergütung für die Leistungen des Katalogs mit dem grundsätzlichen Verfahren des EBM zu begrüßen. Damit soll vermieden werden, dass mit der Vergütung des AOP-Katalogs und damit von sektorengleichen Leistungen ein neuer dritter Sektor neben dem stationären und dem ambulanten Sektor geschaffen wird. Neben den Abrechnungsbedingungen und -regelungen sollte die Verknüpfung allerdings auch für die weiteren Regelungsbereiche des EBM, wie beispielsweise Regelungen zu Zulassung, Zugangs- und Leistungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung, gelten.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt zudem ausdrücklich die Vereinbarung des erweiterten AOP-Katalogs und der einheitlichen, nach dem Schweregrad differenzierten Vergütung auf Basis eines Gutachtens. Damit wird sichergestellt, dass die Leistungen des AOP-Katalogs auf den Erkenntnissen unabhängiger Organisationen basieren. Allerdings sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fristen zu knapp festgelegt und daher nicht realistisch umsetzbar. Eine Fristverlängerung sollte in Erwägung gezogen werden. Die Selbstverwaltungspartner sollten zudem die Möglichkeit erhalten, in Ergänzung des gemeinsamen beauftragten Gutachtens auch Ergebnisse bereits veröffentlichter Gutachten bzw. öffentlich geförderter Forschungsprojekte als Grundlage für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 zu verwenden. Da es derzeit vielversprechende Projektanträge für eine Förderung durch den Innovationsfonds mit inhaltlichem Bezug zu dem Gutachten nach Absatz 1a gibt, kann es aus wissenschaftlichen und auch wirtschaftlichen Gründen sinnvoll sein, die Ergebnisse dieser oder anderer geeigneter Forschungsprojekte und Gutachten zu berücksichtigen. Des Weiteren sollte das Gutachten in Verbindung mit den konkret zu benennenden ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 konkret benennen, die in die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz Nummer 1 aufzunehmen sind. Das im Mai 2019 bekannt gewordene Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG „Sek-

torenübergreifende Versorgung“ sieht ebenfalls vor, die Leistungen eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches auf Basis eines unabhängigen Gutachtens festzulegen (hier allerdings durch eine Rechtsverordnung des BMG). Daher sollte es das unbedingte Ziel sein, parallele Regelungen zur Ausgestaltung und Vergütung des AOP-Katalogs sowie zur Beauftragung externer Gutachten zu vermeiden.

Die Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst hinsichtlich der Leistungen, die Krankenhäuser nach dem erweiterten AOP-Katalog erbringen, ist in ihren Grundsätzen nachvollziehbar für die Umsetzung des politischen Ziels, die Krankenhausabrechnungsprüfungen zu reduzieren. Da Leistungen aus dem AOP-Katalog bisher einen Großteil der Fehlbelegungsprüfungen (§ 17c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHG) ausmachten, erscheint es sachgerecht, den Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes diesbezüglich einzuschränken. Andere Prüfgründe, wie z. B. die Korrektheit der kodierten Indikationen und ggf. des Schweregrads der Fälle, müssen hingegen durch den Medizinischen Dienst überprüft werden können. Nur so kann vermieden werden, dass z. B. durch die Kodierung eines nicht gerechtfertigten hohen Schweregrads oder das gezielte Weglassen von Kodierungen von Indikationen nach dem AOP-Katalog stationäre Fälle generiert werden, die nach dem AOP-Katalog ambulante Fälle sein müssten. Auch regionale Varianzen in der Art und Häufigkeit der Leistungserbringung nach dem AOP-Katalog könnten dann von dem Medizinischen Dienst analysiert und auf ihre Korrektheit geprüft werden.

Die Einschränkung des Prüfauftrags für Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst hinsichtlich der Leistungen, die Krankenhäuser nach dem erweiterten AOP-Katalog erbringen, sollte zudem unbedingt auf die Leistungen beschränkt werden, bei denen der in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert nicht überschritten wird und die einheitlich vergütet werden nach den Vorgaben der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Eine anderweitige Vergütung dieser Leistungen von Krankenhäusern, insbesondere durch Entgelte für stationäre Leistungen, muss in diesen Fällen ausgeschlossen sein. Nur dann sind bei diesen Leistungen aufgrund der Verweildauerbegrenzung und der einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen Vergütung Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst entbehrlich. Eine Abrechnung mit Entgelten für stationäre Leistungen und deren Prüfung durch den Medizinischen Dienst darf somit nur dann erfolgen, wenn der in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert überschritten wird. Durch diese Regelungen soll die parallele Abrechnung von Katalogleistungen mit einerseits der einheitlichen Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und andererseits Entgelten für stationäre Leistungen verhindert werden.

Des Weiteren sollte in Absatz 2 unbedingt eine Klarstellung erfolgen, dass die Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst erst mit Inkrafttreten des bis zum 30.06.2021 neu zu vereinbarenden bzw. vom sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V festzusetzenden Kataloges ambulanter Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 gilt. Erst dann wird der angestrebte Anreiz für eine ambulante Leistungserbringung wirksam und Fehlbelegungsprüfungen dieser Fälle durch den Medizinischen Dienst werden entbehrlich.

Die gesetzliche Verankerung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a SGB V als Konfliktlösungsmechanismus für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 sowie für den Inhalt des Gutachtenauftrags nach Absatz 1a wird hingegen in der mit dem TSVG in Kraft getretenen Fassung abgelehnt. Insbesondere die Regelungen zur Besetzung und Stimmverteilung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums führen zu einem Ungleichgewicht in den Entscheidungen des Schiedsgremiums zulasten der Kostenträgerseite (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzesentwurf des TSVG vom 07.12.2018, S. 151-157).

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30.06.2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. 12. 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, tages- und leistungsbezogene Verweildauer-grenzwerte für die Leistungen des Katalogs festzulegen sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Erbringt ein Krankenhaus Leistungen nach dem Katalog nach Satz 1 Nummer 1, werden diese ausschließlich mit der einheitlichen Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 vergütet, sofern der in der Vereinbarung nach Satz 1 festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauer-grenzwert

nicht überschritten wird. Eine anderweitige Vergütung der Leistungen in Fällen nach Satz 4, insbesondere durch Entgelte für stationäre Leistungen, ist ausgeschlossen. „Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.“

Absatz 1a wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31.03.2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. In Ergänzung zu dem beauftragten Gutachten nach Satz 1 können der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf Ergebnisse von bestehenden Gutachten oder öffentlich geförderten Forschungsprojekten zurückzugreifen. Das Gutachten nach Satz 1 hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen und in Verbindung damit tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 konkret zu benennen sowie verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31.03. 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nach dem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.“

Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Leistungen, die Krankenhäuser nach dem Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 einheitlich zu vergüten sind, unterliegen ab Inkrafttreten des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht der Prüfung auf Fehlbelegung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 124 Zulassung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufnahme des neuen Absatzes 2a sollen die seit dem 01.09.2019 für die Zulassung von Heilmittelerbringern eingerichteten Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 auch die notwendigen Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie prüfen und entsprechende Abrechnungserlaubnisse erteilen können. Es handelt sich hierbei um den Nachweis erfolgreich absolvierter Weiterbildungen bspw. für Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage und Krankengymnastik bei ZNS-Erkrankungen.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Befugnisse der Arbeitsgemeinschaften dient der Verwaltungsvereinfachung und ist im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Zulassungswesens sinnvoll. Anderenfalls müssten Heilmittelerbringer den Nachweis über eine erfolgreich absolvierte Weiterbildung auch weiterhin gegenüber den einzelnen Krankenkassen nachweisen, was zu Doppelstrukturen und einem erheblichen bürokratischen Aufwand für Heilmittelerbringer und Krankenkassen führen würde. Im Zusammenhang mit der Änderung bedarf es jedoch einer ergänzenden Anpassung der Datenübermittlungsbefugnis in Absatz 2, damit die entsprechenden Informationen über die erteilte Abrechnungserlaubnis von den Arbeitsgemeinschaften erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

C) Änderungsvorschlag

§ 124 Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden gemeinsam und einheitlich bei einem der Landesverbände oder den Ersatzkassen eine Arbeitsgemeinschaft, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die Entscheidungen über die Zulassungen trifft. Die Arbeitsgemeinschaften sind berechtigt, zur Erfüllung dieser Aufgabe Verwaltungsakte zu erlassen, zu ändern oder aufzuheben. Die Möglichkeit der Änderung oder Aufhebung gilt auch für Verwaltungsakte, die von den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen erteilt worden sind. Die Arbeitsgemeinschaft kann sich dabei auch auf mehrere Bundesländer erstrecken. Die Kosten tragen die Landesverbände und die Ersatzkassen anteilig nach Versicherten nach der Statistik KM 6. Die Arbeitsgemeinschaft darf die für die Überprüfung der

Anforderungen nach Absatz 1 und Absatz 2a erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Sie hat die maßgeblichen Daten zur Zulassung nach Satz 6 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, der die Krankenkassen regelmäßig über die zugelassenen Leistungserbringer informiert. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Arbeitsgemeinschaften sind bis zum 31. August 2019 zu bilden. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt § 124 Absatz 5 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10a

§ 137i Absatz 1 SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 137i Absatz 1 SGB V sehen die Erweiterung der auf Bundesebene geschlossenen Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung (Fassung vom 26.03.2019) um Vergütungsabschläge bei keiner, nicht vollständiger oder nicht rechtzeitiger Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten nach § 137i Absatz 4b SGB V vor. Dies bezieht sich zum einen auf die Mitteilungspflichten der Krankenhäuser, die sich aus § 5 Absätze 3 und 4 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV in der Fassung vom 05.10.2018) oder der Pflegepersonaluntergrenzen-Nachweis-Vereinbarung nach § 137i Absatz 4 SGB V ergeben und Angaben zu pflegesensitiven Bereichen und zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen umfassen. Zum anderen bezieht sich diese Neuregelung auf die Datenübermittlungspflichten der Krankenhäuser, die sich aus § 137i Absatz 3a SGB V ergeben und Daten zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen umfassen. Die bisherige Regelung beinhaltete für diese Tatbestände keine bundeseinheitlichen Vorgaben, sondern nur die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG. Die beabsichtigte Neuregelung sieht nun vor, dass analog zu den Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen der GKV-Spitzenverband und die DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) die Höhe und nähere Ausgestaltung dieser Vergütungsabschläge mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren. Die Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung (Fassung vom 26.03.2019) soll entsprechend dieser Änderungen fortgeschrieben werden. Kommt eine Fortschreibung nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen. Die bisherige Regelung der Festsetzung der Sanktionsvereinbarung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei entfällt dafür.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Erweiterung der bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung um bundeseinheitliche Vorgaben zur Vereinbarung von Vergütungsabschlägen bei Nichterfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten nach § 137i Absatz 4b SGB V ausdrücklich. Damit wird zum einen vermieden,

dass Krankenhäuser sich durch die Verweigerung der Mitteilung über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen einer Sanktionierung für eine Nichteinhaltung entziehen können (Absatz 4b Satz 1). Zum anderen wird mit dieser Neuregelung vermieden, dass Krankenhäuser die gesetzlich vorgesehene Weiterentwicklung und Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenze durch die Nichtübermittlung von Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verhindern können (Absatz 4b Satz 2). Zudem gewährleistet die Neuregelung, dass die Sanktionierung einer Nichterfüllung von für die Einhaltung sowie für die Weiterentwicklung von Pflegepersonaluntergrenzen essentiellen Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG anhand bundeseinheitlicher Vorgaben umgesetzt wird. Der gesetzliche Auftrag zur entsprechenden Fortschreibung der Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktions-Vereinbarung (Fassung vom 26.03.2019) wird demnach vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Die Regelung der Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen für den Fall, dass diese Fortschreibung nicht zustande kommt, erscheint sachgerecht. Ebenso ist die Streichung der bisherigen Regelung für die Festsetzung der Sanktionsvereinbarung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10b

§ 137i Absatz 3a SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 137i Absatz 3a SGB V sehen eine Rechtsklarstellung hinsichtlich der Befugnisse des InEK vor, Krankenhäuser, auf Grundlage eines Konzepts zur Abfrage und Übermittlung von Daten zur Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und den jeweiligen Pflegepersonaluntergrenzen, auszuwählen und diese zur Datenübermittlung zu verpflichten.

B) Stellungnahme

Die Rechtsklarstellung ist sachgerecht und wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10c

§ 137i Absatz 4b SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 137i Absatz 4b SGB V sehen vor, dass die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen bei keiner, nicht vollständiger oder nicht rechtzeitiger Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG entsprechend der Regelungen in der fortgeschriebenen Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktionsvereinbarung nach § 137i Absatz 1 Sätze 10 bzw. 11 SGB V zu erfolgen hat (vgl. Artikel 1 Nummer 10a). Die Neuregelung baut damit auf der Neureglung in § 137i Absatz 1 SGB V auf und komplettiert diese.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Regelung ausdrücklich, da sie sicherstellt, dass die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen für die nicht, nicht vollständige oder nicht rechtzeitige Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten anhand bundeseinheitlicher Vorgaben erfolgt (vgl. Artikel 1 Nummer 10a).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung sieht vor, dass für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, als Semester die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März gelten, es sei denn, die Hochschulen teilen das Studienjahr in Trimester ein. Im Falle der Trimester-Einteilung ist diese maßgebend.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Die fiktive Semestereinteilung war bislang in der künftig wegfallenden Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV) enthalten. Mit der Übernahme dieser Regelung aus der SKV-MV wird auch weiterhin eine einheitliche Verfahrensweise mit Blick auf den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft sichergestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12a

§ 190 Absatz 9 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang endet die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.

Die Neuregelung sieht nunmehr vor, dass die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten im Regelfall mit Ablauf des Semesters endet, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind oder bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben.

Darüber hinaus enthält die Neufassung des § 190 Absatz 9 nunmehr auch Regelungen zum Ende der Mitgliedschaft bei weiteren Sachverhaltskonstellationen, z. B. bei Ablauf des durch die Anerkennung von Hinderungsgründen begründeten Verlängerungszeitraums oder bei Rückkehr ins Ausland.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Die bislang zum Teil im Wege der Rechtsauslegung vorgehaltene Praxis zur Beendigung der Versicherungspflicht bzw. zum Beendigungszeitpunkt wird mit der Regelung auf eine stabile rechtliche Grundlage gestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12b

§ 190 Absatz 10 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher endet die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit. Die Ergänzung sieht vor, dass die Mitgliedschaft künftig vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres endet.

B) Stellungnahme

Die Änderung in Form der Begrenzung der Krankenversicherungspflicht von Praktikanten auf eine Höchstaltersgrenze ist sachgerecht. Damit wird eine Gleichbehandlung der Studierenden während der Phasen der theoretischen und praktischen Ausbildung erreicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang werden die für die Durchführung der Krankenversicherung der Studenten erforderlichen Informations-, Nachweis-, Bescheinigungs- und Meldepflichten für Studienbewerber sowie Krankenkassen und Hochschulen in einer nach § 200 Absatz 2 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Verordnung über Inhalt, Form und Fristen sowie das Meldeverfahren für die Krankenversicherung der Studenten (Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung – SKV-MV) geregelt. Diese Verordnung sieht ein ausschließlich papiergebundenes Bescheinigungs- und Meldeverfahren vor.

Mit der neuen Rechtsnorm werden die Informations-, Nachweis-, Bescheinigungs- und Meldepflichten in das SGB V aufgenommen. Bezogen auf den Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und Hochschulen wird die Grundlage für ein elektronisches Meldeverfahren geschaffen, mit dem künftig auch die papiergebundene Versicherungsbescheinigung für Studieninteressierte obsolet wird. Geregelt werden Meldetatbestände, -inhalte sowie -fristen für Krankenkassen und Hochschulen. Überdies werden verfahrensrechtliche und -technische Rahmenbedingungen geregelt; u. a. wird beim GKV-Spitzenverband eine Hochschuldatei zur Durchführung des Meldeverfahrens eingerichtet. Dieser wird zudem legitimiert, gemeinsam mit der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) das Nähere zum Verfahren untergesetzlich zu regeln.

Flankierend sind Regelungen vorgesehen, wonach Krankenkassen und Hochschulen für eine (in den Artikeln 2 und 15 Nummer 5 geregelte) Übergangszeit von zwei Jahren weiterhin papiergebundene Bescheinigungen bzw. Meldungen abgeben können.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens führt zu einer erheblichen Reduzierung der Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen. Weitere Entlastungen entstehen durch den Wegfall der bestehenden Meldepflichten der Hochschulen bei Abschluss des 14. Fachsemesters, der Aufnahme eines Promotionsstudiums sowie bei Aufnahme eines Masterstudiums hinsichtlich der Differenzierung zwischen einem konsekutiven und einem weiterbildenden Studiengang. Die Meldepflichten für Hochschulen reduzieren sich künftig auf den Beginn und das Ende des Semesters, für das sich der Student eingeschrieben hat.

Die vorgesehenen Regelungen spiegeln die Ergebnisse einer durchgeführten Machbarkeitsstudie des GKV-Spitzenverbandes und der HRK zur Umsetzung eines elektronischen Studenten-Meldeverfahrens wider. Berücksichtigt wurde auch eine in der Machbarkeitsstudie vorgesehene Übergangsphase, in der Hochschulen den Zeitpunkt der Umsetzung des elektronischen Verfahrens individuell bestimmen können; bis zu diesem Zeitpunkt wird der papiergebundene Informationsaustausch beibehalten. Es erfolgt insoweit ein „weicher Übergang“ in das neue Verfahren.

Die Inhalte der neuen Rechtsnorm sind zu begrüßen.

Bei der enumerativen Aufzählung der personenbezogenen Daten des Studierenden in der Meldung über den Versicherungsstatus ist die Angabe über das Geschlecht zu ergänzen. Überdies ist die Krankenversicherungsnummer als führendes Ordnungskriterium als Angabe in der Meldung mit aufzunehmen, sofern eine Mitgliedschaft besteht oder durch die Krankenversicherung der Studenten begründet wird.

Um eine vollständige Rechtssicherheit für Krankenkassen in der Verfahrenstechnik zu erreichen, sollte die Verarbeitungsbefugnis weitergefasst und klargestellt werden, dass die Träger nicht nur die (in der Hochschuldatei enthaltene) Absendernummer, sondern die Hochschuldatei selbst und die darin enthaltenen Angaben nutzen und verarbeiten dürfen, sofern es für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.

Bezogen auf die Datenkommunikation ist vorgesehen, dass Meldungen der Hochschulen aus systemgeprüften Programmen abzugeben sind. Die Systemprüfung reduziert sich bislang auf Entgeltabrechnungsprogramme der Arbeitgeber, die komplexe Berechnungslogiken für die Beitrags- und Entgeltfindung vorhalten und hierbei auch Rückrechnungen systemseitig umsetzen müssen. In den Meldungen der Hochschulen hingegen sind keine Ergebnisse von Berechnungsprozessen, sondern lediglich Zeitdaten und Meldeschlüssel enthalten. Insoweit erscheint es entbehrlich, die Campus Management Systeme vorab durch die Sozialversicherung im Rahmen von Systemprüfungen zertifizieren zu lassen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 13 wird der neu eingefügte § 199a wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die Meldung enthält neben dem Versicherungsstatus nach Satz 1 auch Angaben über Name, Anschrift, Geburtsdatum und Geschlecht sowie die Krankenversicherungsnummer, sofern eine Mitgliedschaft besteht oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung, begründet wird.“

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „aus systemgeprüften Programmen“ gestrichen.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen dürfen die Hochschuldatei und deren Inhalte nutzen und verarbeiten, soweit dies für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 200 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung übernimmt die bislang in der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV) verankerten Vorlage- sowie Mitteilungspflichten der Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs sowie der Ausbildungsstätten. Inhalt, Form und Verfahren der Mitteilungspflichten der Ausbildungsstätten soll künftig der GKV-Spitzenverband festlegen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Nach wie vor besteht die Mitteilungspflicht der Ausbildungsstätten ausschließlich für Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, für die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz besteht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 210 Satzung der Landesverbände

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Änderung haben die Landesverbände der Kassen in ihren Satzungen die Verbindlichkeit der Richtlinien des MD Bund auch für die Krankenkassen zu regeln.

B) Stellungnahme

Mit der Anpassung wird die Verbindlichkeit der Richtlinien des MD Bund explizit normiert. Der GKV-Spitzenverband lehnt die Übertragung der Richtlinienkompetenz zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung auf den MD Bund ab. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen ist es von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der Krankenkassen übereinstimmen. Richtlinien, die leistungs- und vertragsrechtliche Fragestellungen betreffen, müssen auch künftig durch den GKV-Spitzenverband beschlossen werden. Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 (neu) SGB V) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner, sofern die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt oder Richtlinien zumindest im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband beschlossen werden. Andernfalls ist die Regelung zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 236 Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Änderungen des Bedarfsbetrages, die der Beitragsbemessung der versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten zu Grunde liegen, sind vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen. Mit der Ergänzung wird künftig geregelt, dass als Semester im Sinne dieser Vorschrift die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März gelten.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung stellt klar, dass als Semester im Sinne der Vorschrift die in der Regel üblichen Semesterzeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März gelten. Damit wird sichergestellt, dass Veränderungen des Bedarfsbetrages einheitlich zum 1. April oder zum 1. Oktober erfolgen. Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 242 Zusatzbeitrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz wurde geregelt, dass die Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze nicht anheben dürfen, solange deren nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 die zulässige Obergrenze überschreiten.

Die Änderung in Absatz 1 Satz 4 stellt eine Folgeregelung dar. Sie greift die Anpassung des § 260 Absatz 2 Satz 1 (Nummer 19) auf, wonach neben Betriebsmittelreserve und Rücklagen zukünftig auch Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen bei der Bestimmung der gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven zu berücksichtigen sind.

Zusätzlich wird die Definition einer durchschnittlichen Monatsausgabe als Obergrenze der Finanzreserven dahingehend geändert, dass zur Ermittlung nicht mehr der Haushaltsplan, sondern die zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse heranzuziehen sind. Die Ermittlung der Finanzreserven und der durchschnittlichen Monatsausgabe bezieht sich somit auf dieselbe Datengrundlage.

Die Regelung soll am Tag der 2./3. Lesung des Gesetzentwurfs in Kraft treten. Damit soll sichergestellt werden, dass die Regelungen im Rahmen der ab Herbst 2019 stattfindenden Haushaltsplanungen der Krankenkassen für das Jahr 2020 berücksichtigt werden können.

B) Stellungnahme

Die Änderung der Ermittlungsbasis einer durchschnittlichen Monatsausgabe führt einerseits zur Angleichung der Datengrundlage der maßgeblichen Rechengrößen und ist in dieser Hinsicht sachgerecht. Andererseits sind die unterjährig vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse jedoch nur eingeschränkt aussagefähig, wenn es um die Bewertung aller vermögensrelevanten Aspekte des Gesamtjahres geht. Somit würde de facto eine Ungenauigkeit durch eine andere ersetzt.

Die Änderung zur Einbeziehung der Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen bei der Bestimmung der gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven wird abgelehnt (siehe hierzu die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 260 SGB V)).

Diese Vorgabe bedeutet einen weiteren unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der sozialen Selbstverwaltung.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, nach der Studierende, die aus der studentischen Krankenversicherung ausscheiden, sich für die Dauer von maximal sechs Monaten zu einem günstigen Übergangsbeitrag in der freiwilligen Versicherung versichern können, wird ersatzlos gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung der ursprünglich für sog. Examenskandidaten geschaffenen Regelung ist sachgerecht. Sie steht im Zusammenhang mit den Änderungen zum Ende der Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten mit Ablauf des Semesters bei Exmatrikulation im Laufe oder zum Ablauf des Semesters und berücksichtigt dabei, dass vor der das Studium abschließenden Prüfungen in aller Regel keine Exmatrikulation erfolgt. Für die Fortführung eines Übergangsbeitrags bei Ende der studentischen Pflichtversicherung für die Dauer von bis zu sechs Monaten besteht kein Bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 260 Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a:

Mit der redaktionellen Streichung des Wortes „monatlich“ in Absatz 2 Satz 1 wird eine Doppelung beseitigt. Es bleibt erhalten, dass Grundlage der Bestimmung der Obergrenze für Finanzreserven eine einfache durchschnittliche Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan für das Haushaltsjahr ist.

Darüber hinaus wird die Regelung zur Bestimmung der Obergrenze für Finanzreserven ergänzt. Neben Betriebsmittelreserve und Rücklage sollen zukünftig auch Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen berücksichtigt werden. Aufgrund der Zuordnung zum Verwaltungsvermögen wurden diese liquiden Mittel bislang nicht bei der Bestimmung der Obergrenze berücksichtigt. Ziel der ausdrücklichen Einbeziehung ist die Verhinderung des Ansparens von liquiden Mitteln als Teil des Verwaltungsvermögens, um die gesetzlichen Folgen einer Überschreitung der gesetzlichen Obergrenze zu umgehen.

Buchstabe b:

Durch die Änderung in Absatz 2 Satz 2 erfolgt eine Anpassung an die eindeutige Definition in Absatz 2 Satz 1. Somit wird klargestellt, dass es sich bei der Obergrenze um eine Darstellung in Monatsausgaben handelt.

B) Stellungnahme

Buchstabe a:

Die Streichung des Wortes „monatlich“ stellt eine sachgerechte redaktionelle Änderung dar.

Die Einbeziehung der Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen bei der Bestimmung der gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven wird abgelehnt. Sie zielt darauf, das Ansparen liquider Mittel als Verwaltungsvermögen zu verhindern und die Stabilisierung und Absenkung der Zusatzbeitragssätze zu stärken. Tatsächlich entfaltet das aktuell dahinterstehende Finanzvolumen von etwa 350 Mio. Euro in der GKV nicht das Potential zu merklichen Beitragssatzsenkungen. Mit einer absehbaren relevanten Erhöhung dieser Mittel ist auch nicht zu rechnen, da Krankenkassen nicht nach Belieben Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen reservieren können, um die gesetzlichen Folgen

einer Überschreitung der gesetzlichen Obergrenze zu umgehen. Zum einen müssen die Voraussetzungen des § 11 Absatz 1 und 2 SVHV hinsichtlich vorliegender Planungen und Kostenschätzungen erfüllt sein, zum anderen ist die Umsetzung von Wirtschaftsprüfern zu testen (§ 77 Absatz 1a Satz 4 SGB IV) bzw. bei gegebener Größenordnung von der Aufsicht zu genehmigen (§ 85 Absatz 2 SGB IV). Sofern diesbezüglich mehr Transparenz für erforderlich gehalten wird, könnte der Anhang zur Jahresrechnung dahingehend konkretisiert werden, dass Darstellungen zum Finanzierungsgrund und -ziel der Rückstellungen verpflichtend vorgegeben werden.

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die Zielsetzung der Rückstellungen untergraben. Die Möglichkeit der Rückstellungsbildung wird insbesondere dann genutzt werden, wenn es um in Relation zu den Einnahmen einer Krankenkasse größere Beträge geht. Dabei wird es sich nahezu ausschließlich um den Erwerb oder Bau von Immobilien handeln. Da die Aufnahme von Krediten zu diesem Zweck untersagt ist, besteht in der Rückstellungsbildung die einzige Möglichkeit, größere Beträge ohne Zusatzbeitragssatzanhebung anzusparen.

Auch wenn viele potenziell aufgrund ihrer Größe in Frage kommende, aber aktuell finanzstarke Krankenkassen diese Möglichkeit nicht ausschöpfen, so bleibt die Option für zukünftige Fälle uneingeschränkt notwendig. Gerade Krankenkassen mit mehr als 50.000 Mitgliedern, die nicht von der Sonderregelung einer höheren Obergrenze für zulässige Finanzreserven erfasst sind, aber auch nicht die Größe aufweisen, um allein durch Überschüsse des laufenden Jahres eine Immobilie vollständig finanzieren zu können, werden durch die Neuregelung bei der Bildung von Verwaltungsvermögen in ihrem Spielraum erheblich eingeschränkt.

Wegen der mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz eingeführten restriktiven Deckelung von Finanzreserven besteht ggf. sogar eine erhöhte Notwendigkeit, Geldmittel für die Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen zurückzustellen.

Buchstabe b:

Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 19a wird wie folgt gefasst:

„In Satz 1 wird nach dem Wort „Haushaltsjahres“ das Wort „monatlich“ gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

Neuntes Kapitel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21a

§ 275 Absatz 1 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21b

§ 275 Absatz 1c Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorgaben zur Prüfung von Rechnungen von Krankenhäusern. Diese sind nun in § 275c SGB V geregelt.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21c

§ 275 Absatz 2 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21d

§ 275 Absatz 3 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass auch die Behandlungsfehlergutachten der MD, die keinen Behandlungsfehler feststellen, nachvollziehbar begründet werden müssen, wenn dies zur Unterrichtung der Patienten im Einzelfall erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21e

§ 275 Absatz 3b (neu) Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen, bei den in § 275 Absatz 3 SGB V genannten Fällen (u. a. bei Bewilligung eines Hilfsmittels, bei Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen oder zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern) die Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) regelhaft zu veranlassen. Dies gilt einschränkend nur für solche Fälle, die aus medizinischen Gründen abgelehnt wurden und vor Erlass eines Widerspruchsbescheids stehen. Diese Pflicht für die Krankenkassen soll ohne Übergangsregelung bereits mit dem Datum des Inkrafttretens des Gesetzes eingeführt werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25).

Die geplante Verpflichtung der Krankenkassen in allen genannten Fällen die Prüfung durch den Medizinischen Dienst regelhaft zu veranlassen, kann in der Folge zu einem Anstieg der Prüffälle – vorübergehend schon für die MDK und dann auch – für den Medizinischen Dienst führen.

Inwieweit bei der Fallgruppe „Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen (§ 275 Absatz 3 Nummer 3)“ eine verpflichtende Einbindung des MDK überhaupt in Betracht kommen kann bzw. eine sinnvolle Regelung darstellt, erscheint fraglich. Die neue Regelung knüpft an die Leistungsgewährung und die Einschaltung des Medizinischen Dienstes spätestens im Widerspruchsverfahren an. Da den Krankenkassen die Verantwortung für die Prüfung der Einhaltung von Verträgen und eine qualitätsgesicherte Versorgung obliegt, muss es auch in ihrer Verantwortung bleiben, mit welchen Instrumenten und mit wessen Einbindung (unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften) sie dieses vollziehen. Diese können auch nur allein entscheiden, bei welchen Versorgungen Auffälligkeiten bzw. Defizite vorliegen, die eine Evaluierung überhaupt erforderlich machen. Es ist wichtig, dass sich die Medizinischen Dienste genau auf diese Fälle konzentrieren können und nicht Kapazitäten ausgeschöpft werden, wenn eine Notwendigkeit gar nicht vorliegt.

Die Neuregelung ist für den Bereich der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern durch die Kassen gemäß § 66 SGB V abzulehnen, da die Unterstützung gesetzliche Aufgabe der Krankenkasse ist, nicht die des Medizinischen Dienstes. Zudem handelt es sich nicht um einen Leistungsantrag des Versicherten, der wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt werden kann. Daher unterliegt auch lediglich die Gewährung bzw. Nichtgewährung der Unterstützung durch die Kassen dem Sozialrecht bzw. der Sozialgerichtsbarkeit. Die sich aus Behandlungsfehlern ergebenden Schadensersatzansprüche sind zivilrechtlicher Art, die erforderlichenfalls vor den Zivilgerichten, nicht vor den Sozialgerichten zu verfolgen sind. Die gutachterlichen medizinischen Bewertungen von Behandlungs- und/oder Pflegeabläufen auf mögliche Standardverstöße bzw. Sorgfaltspflichtverletzungen vor dem Hintergrund möglicher Schadensersatzansprüche sind zudem – anders als dies für die Fälle des Absatzes 3 Nummern 1–3 SGB V der Fall ist – keine sozialmedizinischen Begutachtungen, da sie nicht das Spannungsfeld der Interessen des Individuums und der Solidargemeinschaft betreffen, sondern sich mit den im Zivilrecht normierten Ansprüchen auf Ersatz eines aus der Behandlung entstandenen Schadens befassen. Eine losgelöst von den juristischen Bedarfen des Einzelfalles verpflichtende rein medizinische Bewertung der Behandlungsabläufe durch den Medizinischen Dienst stellte keine suffiziente Unterstützung der betroffenen Patienten dar.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21f

§ 275 Absatz 4a Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Zudem wird der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Die Namensänderung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21g

§ 275 Absatz 5 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die explizite gesetzliche Normierung zur fachlichen Unabhängigkeit wird auf die pflegerische Versorgung und alle in die Begutachtung der Medizinischen Dienste einbezogenen Berufsgruppen erstreckt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes, das Nähere zu Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V zu regeln, soll auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

B) Stellungnahme

Bei der geplanten Gesetzesänderung handelt es sich ausweislich der Aussagen in der Begründung zum Gesetzentwurf lediglich um eine Folgeänderung der geplanten Zuständigkeitsverschiebung der Richtlinienkompetenzen des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf den MD Bund. Sie geht jedoch über die reine Zuständigkeitsverlagerung hinaus.

Da weder der Wortlaut des § 275b SGB V in Bezug auf die Regelungsinhalte der Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) verändert, noch diese Richtlinie in die abschließende Aufzählung der durch den MD Bund zu erlassenden Richtlinien in § 283 Absatz 2 SGB V (neu) mit Konkretisierungen zum Richtlinieninhalt aufgenommen wird, ist davon auszugehen, dass die Regelungsbereiche der Richtlinie im Verhältnis zur heutigen QPR-HKP unverändert bleiben sollen.

Aus den nachfolgenden Gründen sind die beabsichtigten Regelungen nicht konsistent, werden dem Auftrag aus § 275b SGB V nicht gerecht und würden im Ergebnis zu unzureichenden Grundlagen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen führen. Die QPR enthält vor dem Hintergrund des Regelungsauftrags aus § 275b SGB V neben den Prüfinhalten in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität insbesondere auch

- Regelungen für die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen in Bezug auf die Abstimmung von Prüfaufträgen und das Vorgehen bei der Weiterleitung von Prüfberichten untereinander,
- Anforderungen an die Ausgestaltung der Prüfaufträge durch die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen,

- Festlegungen zur Basis der Qualitätsprüfungen, die sich aus den individuellen vertraglichen Regelungen der Krankenkassen mit den Pflegediensten ergeben sowie
- Festlegungen zur Basis der Abrechnungsprüfungen, die sich aus den individuellen vertraglichen Regelungen der Krankenkassen mit den Pflegediensten ergeben.

Damit regelt die QPR-HKP gemeinsam und einheitlich für die Medizinischen Dienste und die Krankenkassen umfassend die Prozesse, Inhalte und Grundsätze der Zusammenarbeit, die für die Vorbereitung, Umsetzung und Nachbereitung der Prüfungen erforderlich sind. Soweit in der Gesetzesbegründung die Übertragung der Richtlinienkompetenz allein auf den MD Bund mit der notwendigen Sicherstellung einer unabhängigen Aufgabenwahrnehmung auf Seiten der Medizinischen Dienste begründet wird, liegt dem ganz offensichtlich das Verständnis zugrunde, die Richtlinie würde zukünftig ausschließlich Regelungen enthalten können, die allein den sozialmedizinisch pflegerischen Kompetenzbereich des Medizinischen Dienstes bei Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen betreffen. Dies wird weder aus dem unverändert bestehenden Wortlaut des § 275b Absatz 1 Satz 3 SGB V deutlich, noch würde eine solche Ausrichtung sachgerecht möglich sein, da Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen weitestgehend auf vertragliche Grundlagen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern ausgerichtet sein müssen und nicht losgelöst davon den allgemeinen medizinisch-pflegerischen Kenntnisstand referenzieren können. Hinzu kommt, dass ordnungsgemäße Prüfverfahren verlässlich aufeinander abgestimmte Prozesse zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern erfordern. Diese notwendigen Rahmenbedingungen würden in dem vorgesehenen Verfahren einer Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund mit einem lediglich vorgesehenen Stellungnahmerecht des GKV-Spitzenverbandes (§ 283 Absatz 2 (neu) SGB V) nicht sichergestellt.

Aus diesen Gründen werden die vorgesehenen Regelungen abgelehnt (s. auch Stellungnahme zu § 283 (neu) SGB V).

Sofern dennoch daran festgehalten werden soll, die alleinige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes aufzugeben, sollte geregelt werden, dass der MD Bund diese Richtlinie im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlässt (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15).

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Sofern dennoch daran festgehalten wird, die alleinige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes aufzugeben, sollte Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa wie folgt gefasst werden:

„In Satz 3 werden die Wörter „bestimmt der“ durch die Wörter „bestimmt der Medizinische Dienst Bund im Einvernehmen mit dem“ und die Wörter „§ 282 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Die bisherigen Regelungen (Frist, Einleitung Prüfverfahren, 300 Euro-Aufwandspauschale) werden in den neuen § 275c überführt. Die Prüfung soll bei dem örtlich für das Krankenhaus zuständigen Medizinischen Dienst eingeleitet werden, Ausnahmen sind über die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 (neu) zulässig.

Absatz 2:

Ab dem Jahr 2020 wird für Schlussrechnungen zu vollstationären Krankenhausbehandlungen ein quartalsbezogenes Prüfquotensystem eingeführt. Für das Jahr 2020 soll eine normativ festgelegte quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 10 % gelten. Ab dem Jahr 2021 wird eine krankenhausbefundene Prüfquote in Abhängigkeit von der Abrechnungsqualität eines Krankenhauses durch den GKV-Spitzenverband ermittelt. Grundlage sind die Ergebnisse der Prüfung des vorvergangenen Quartals. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen ab 60 % beträgt die Prüfquote bis zu 5 %, bei einem Anteil zwischen 40 % und weniger als 60 % beträgt die Prüfquote im Krankenhaus bis zu 10 %. Ist der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen weniger als 40 %, beträgt die Prüfquote maximal 15 %.

Für die Zuordnung von Schlussrechnungen zu einem Quartal wird das Datum der Schlussrechnung angegeben, wodurch innerhalb des Absatzes 1 ein Widerspruch erzeugt wird.

Der Medizinische Dienst hat eingeleitete Prüfungen abzulehnen, wenn die Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird. Sollte ein Krankenhaus einen Anteil von weniger als 20 % unbeanstandeter Abrechnungen haben, darf die Prüfquote durch die Krankenkassen überschritten werden. Dies gilt auch bei einem begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung. Die Budgetvereinbarungspartner haben unter Angabe von Gründen vor der Einleitung einer solchen Prüfung dies der zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen.

Eine Regelung für Krankenkassen mit weniger als 20 Schlussrechnungen in einem Krankenhaus wurde ergänzt. In diesen Fällen soll mindestens eine Rechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl geprüft werden können.

Absatz 3:

Krankenhäuser haben bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % neben der Differenz zwischen ursprünglichem und gemindertem Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf den Differenzbetrag an die Krankenkasse zu zahlen. Dieser beträgt 25 % im Korridor von 40 % bis weniger als 60 % unbeanstandeter Abrechnungen bzw. 50 % bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von weniger als 40 %.

Absatz 4:

Der GKV-Spitzenverband erstellt zur Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen. Dazu sind die Krankenkassen verpflichtet, zum Ende des ersten auf das Quartal folgenden Monats Daten je Krankenhaus zu übermitteln. Diese Fristvorgabe verdeutlicht, dass das relevante Datum für die Zuordnung von Rechnungen zu einem Quartal der Rechnungseingang bei der Krankenkasse sein muss. Wenn das Krankenhaus seine Rechnung erst am 1. Mai an die Krankenkasse übermittelt, in der als Rechnungsdatum der 31. März vermerkt ist, geht diese Rechnung nicht mehr in die Datenermittlung der Krankenkasse an den GKV-Spitzenverband zum 30. April ein und fehlt dann auch in den zu berechnenden Ergebnissen. Bezugspunkt muss einheitlich der Rechnungseingang bei der Krankenkasse sein.

Ab 2020 hat der GKV-Spitzenverband zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, für jedes Krankenhaus folgende Daten auszuweisen und zu veröffentlichen:

- Die realisierte Prüfquote,
- der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen
- die sich aus dem betrachteten Quartal ergebende zulässige Prüfquote und die Höhe des Aufschlages sowie
- die Anzahl eingegangener Abrechnungen gegliedert nach den einzelnen Krankenkassen.

Die Ergebnisse sind in aggregierter Form, bundesweit und geordnet nach den Medizinischen Diensten zu veröffentlichen. Nähere Einzelheiten (zu übermittelnde Daten, Lieferung, Veröffentlichung, Konsequenzen für Krankenkassen bei Nicht- oder Spätlieferung) legt der GKV-Spitzenverband bis 31.03.2020 fest. Dazu sind Stellungnahmen der DKG und der Medizinische Dienst einzubeziehen.

Absatz 5:

Widerspruch und Klage gegen den Aufschlag nach Absatz 3 und die ermittelte Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

Absatz 6:

Nummer 1: Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei der Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG. Prüfergebnisse anderweitiger Prüfanlässe dürfen keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben.

Nummer 2: Einzelfallbezogene Prüfungen sind ebenfalls nicht zulässig bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d.

Absatz 7:

Vereinbarungen von Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung sind nicht zulässig.

B) Stellungnahme

Der neue § 275c SGB V enthält weitreichende Einschränkungen für die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfung. In 2020 steht der Einschränkung durch eine bundeseinheitliche 10%ige Prüfquote je Krankenhaus noch kein Instrument zum Anreiz korrekter Rechnungsstellung auf Krankenseite gegenüber. Die Vorgabe einer einheitlichen Prüfquote je Krankenkasse, je Krankenhaus und je Quartal lässt keine Differenzierung der Krankenhäuser nach Abrechnungsqualität zu. Gehäuft fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser profitieren de facto im Jahr 2020 von einer gesetzlich vorgegebenen niedrigen Prüfquote. Zu diesem Zeitpunkt greifen die Maßnahmen, die fehlerhafte Abrechnungen reduzieren sollen, überwiegend noch nicht. Zur Vermeidung von massiven Mehrausgaben eine Streichung der maximal zulässigen Prüfquote unerlässlich. Zumindest muss die zu niedrig angesetzte Prüfquote dringend korrigiert werden, eine einheitliche Prüfquote von 17,1 % ist im Jahr 2020 erforderlich. Aufgrund des Wechsels von einem durchschnittlichen Prüfanteil hin zu einer mehrfach begrenzten Prüfquote (je Kasse, je Krankenhaus, je Quartal) werden auch dann noch häufiger fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser geschützt.

Der Schlichtungsausschuss Bund wird 2020 noch nicht alle grundsätzlichen Fragen gelöst haben. Die Leistungen im Umfeld des neuen ambulanten Leistungskatalogs stehen 2020 noch nicht fest und Strukturprüfungen sind 2020 noch nicht in eine einheitliche und ausschließende Prüfung übergegangen. Die Aufschläge auf Differenzbeträge zwischen korrigiertem und ursprünglichem Rechnungsbetrag wird es erst ab dem Jahr 2021 geben. Die gesetzlichen Krankenkassen werden durch die niedrige Prüfquote von 10 % ohne gleichzeitige prüfentlastende Maßnahmen allein in 2020 gezwungen sein, fehlerhafte Abrechnungen in Höhe von

über 1,2 Mrd. Euro hinzunehmen. Die erst in den Folgejahren wirkenden prüfentlastenden und korrekte Abrechnungen anreizenden Maßnahmen können diesen Betrag für das Jahr 2020 nicht mindern. Um eine solche Entwicklung zu vermeiden, müssen prüfbegrenzende und prüfentlastende Maßnahmen zeitgleich in Kraft treten. Die unterschiedlichen Maßnahmen bedürfen einer durch gesetzliche Regelung hergestellten Passfähigkeit unter Berücksichtigung angemessener Fristen für die Umsetzung.

Es ist jedoch auch festzuhalten, dass Regelungen enthalten sind, die der GKV-Spitzenverband begrüßt. So sind Regelungen, die auf die Abrechnungsqualität von Krankenhäusern fokussieren, wie z. B. Aufschläge auf Differenzbeträge und der Gewinn von Transparenz durch die Statistiken, längst überfällig und werden unterstützt. Einige Regelungen schaffen jedoch nicht gewollte Anreize und sind nachzubessern.

Zu Absatz 1:

Ein Großteil der bisherigen Regelungen aus § 275 Absatz 1c SGB V ist unverändert. Es wird klargestellt, dass Klagen gegen das Prüfergebnis an die Krankenkassen zu richten sind. Dies ist dem Grunde nach nicht neu.

Die Einführung quartalsbezogener Prüfquoten für Schlussrechnungen bei vollstationärer Krankenhausbehandlung erfordert jedoch eine veränderte Fristsetzung für die Einleitung von Prüfungen. Der Quotenansatz je Quartal impliziert, dass die Krankenkasse die Fälle mit der höchsten Falschabrechnungswahrscheinlichkeit identifizieren können muss, d. h. ihr müssen sämtliche Abrechnungen des Quartals bekannt sein, um die entsprechenden Fälle für die Prüfung auswählen und dabei die Prüfquote einhalten zu können. Die bisher vorgesehene Frist von drei Monaten nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse lässt nicht zu, eine Gesamtbetrachtung aller Fälle vorzunehmen und eine passgenaue Fallauswahl sicherzustellen. Daher wird die Notwendigkeit gesehen, die Frist zur Auswahl der Prüfungen durch die Krankenkassen auf vier Monate zu erweitern. Mit der Formulierung in Satz 2, das Rechnungsdatum sei maßgeblich für die Zuordnung zum Quartal, wird ein Widerspruch zur Regelung in Satz 1, wonach richtigerweise der Rechnungseingang entscheidend ist, erzeugt. Auch für die Zuordnung zum Quartal (Satz 2) muss der Rechnungseingang bei der Krankenkasse entscheidend sein.

Infolge der gesetzlichen Neuregelung zur Quotierung von Abrechnungsprüfungen ist es nicht nachvollziehbar, warum die Aufwandspauschale von 300 Euro in die neuen Regelungen überführt wird. Die Aufwandspauschale zulasten der Krankenkassen ist überflüssig, da die Prüfbegrenzung durch das Prüfquotensystem erfolgt.

Zu Absatz 2:

Die stark abgesenkte maximale Prüfquote im Jahr 2020 knüpft in keiner Weise an die tatsächliche Abrechnungsgüte von Krankenhäusern an. Bei Einführung dieser undifferenzierten Quotierung über alle Krankenhäuser müssen fehlerhafte Abrechnungen umfangreich durch die Krankenkassen beglichen werden.

Schon allein im Jahr 2020 wird die normative Vorgabe einer bundesweiten Prüfquote von 10 % pro Krankenhaus das System der gesetzlichen Krankenversicherung mindestens 1,2 Mrd. Euro kosten. Vorsichtig angesetzt wird die bisherige durchschnittliche Prüfquote über alle Krankenhäuser (MDK und Vorverfahren ca. 17,1 %) so stark reglementiert, dass statt der bisherigen 2,8 Mrd. Euro rechnerisch nur noch Rückerstattungsbeträge von 1,6 Mrd. Euro möglich sind. Negative Folgen ergeben sich nicht nur für die Beitragszahler der GKV, sondern auch für die Finanzmittelallokation zwischen den Krankenhäusern. Falschabrechnung führt dazu, dass Krankenhäuser Finanzmittel erhalten, die ihnen nicht zustehen. Auch das Prinzip der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern wird damit untergraben. Problematisch ist ferner, dass die Kalkulationsgrundlage des DRG-Systems beschädigt wird: Werden falsch abgerechnete Fälle aufgrund zu niedriger Prüfquoten kaum identifiziert, gehen sie mit falsch hohen (bzw. zu niedrigen) Kosten in die Kalkulation von Leistungen ein. Als Folge kann keine sachgerechte Bewertung der Fallpauschalen untereinander vorgenommen werden. Es entstehen damit Fehlanreize im Vergütungssystem, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

Bereits heute sind schlecht und überhöht abrechnende Krankenhäuser bekannt. Diese sind aktuell mit berechtigten Prüfquoten von über 17 % belegt. Daher sollte krankenhausesindividuell die Möglichkeit höherer Prüfquoten erhalten bleiben. Andernfalls werden gerade schlecht abrechnende Krankenhäuser belohnt und profitieren am meisten von der Prüfungsbegrenzung. Die Einführung von Quotenregelungen wird neue und sehr unterschiedliche Anreize setzen.

Es ist zu erwarten, dass die Abrechnungsgüte nach Ausschöpfung der Prüfquote im Quartal sinkt, da Prüfungen durch die Krankenkassen ausgeschlossen und die Abrechnungen von Krankenhäusern generell geschützt sind. Selbst wenn man dafür in einem späteren Quartal eine höhere Prüfquote in Kauf nimmt (die mit 15 % immer noch deutlich unter dem heutigen Durchschnitt liegt), kann es lukrativ sein, quartalsweise zwischen den Stufen zu springen, indem man seine Abrechnungen steuert und nach Ausschöpfung der Quote überhöhte Rechnungen stellt.

Die Krankenhäuser mit der schlechtesten Abrechnungsqualität werden mit einer Quote von maximal 15 % geschützt. Es erschließt sich nicht, warum die letzte Stufe überhaupt einer Begrenzung bedarf, da ersichtlich ist, dass die Abrechnungsgüte des Krankenhauses nicht ausreichend ist. Die Schutzbedürftigkeit von Krankenhäusern mit einer so niedrigen Obergrenze, die deutlich unter dem heutigen bundesdurchschnittlichen Stand liegt, ist nicht nachvollziehbar. Diese Quote muss entfallen.

Die Prüfquoten von maximal 5 % und maximal 10 % sind zu gering. Diese Quotierung senkt die möglichen Prüfungen krankenhausbefugter teilweise bis auf ein Viertel und weiter im Vergleich zum heutigen Stand.

Kleine Fallzahlen

Die Aufnahme einer Mindestprüfmöglichkeit wird begrüßt, jedoch begrenzt diese weiterhin die Prüfmöglichkeiten kleiner Krankenkassen zu stark. Um dem zu begegnen, sollte die Zahl der mindestens prüfbareren Schlussrechnungen auf fünf im Quartal heraufgesetzt werden.

Rundungsregel

In der Begründung zu Absatz 2 wurde durch den Gesetzgeber angegeben, dass bei der Anwendung der Prüfquote und damit der Bestimmung der prüfbareren Schlussrechnungen keine Nachkommastellen berücksichtigt werden, das heißt, es wäre stets eine Abrundung auf ganze Zahlen vorzunehmen. Dies würde dazu führen, dass stets eine Festlegung zugunsten der Krankenhäuser erfolgen würde. Dies ist nicht nachvollziehbar und würde sich besonders stark bei Krankenkassen mit weniger als 20 Schlussrechnungen auswirken. Der kaufmännischen Rundung auf ganze Zahlen ist der Vorzug zu geben.

Weitere Prüfungen bei Anteil unbeanstandeter Rechnungen unterhalb von 20 Prozent oder systematisch überhöhter Abrechnung

Die Ausnahme von der Prüfquote – verbunden mit einer Anzeige gegenüber der Landesbehörde – soll auf systematisch überhöhte Abrechnungen und besonders geringe Abrechnungsqualität fokussieren und wird in ihrer jetzigen Formulierung ausdrücklich begrüßt. Das gemeinsame Vorgehen sollte durch ein mehrheitliches Vorgehen ersetzt werden. Hinsichtlich der Anzeige gegenüber den Landesbehörden bleibt offen, welchem Zweck die Anzeigepflicht dient.

Ausgabensteigerung

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass keine wesentlichen Ausgabensteigerungen bei den Krankenkassen zu erwarten sind. Dieser Aussage wird klar widersprochen. Es wird übersehen, dass im Jahr 2020 noch keine wesentliche prüfentlastende Maßnahme umgesetzt ist (Schlichtungsausschuss Bund, AOP-Leistungen, Aufschläge auf Differenzbeträge, Strukturprüfungen)

und einzig die Prüfung der Krankenkassen auf 10 % begrenzt wird. Der GKV-Spitzenverband geht von beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen aus. Aufbauend auf dem Gesetzentwurf wird die Streichung der Prüfquote, alternativ jedoch folgende Vorgehensweise gefordert:

	2020	2021	2022	Erläuterung
Bundesweite Prüfquote	maximal 17,1 %	–	–	Im Jahr 2020 wirken die Anreize für den Rückgang von Prüfungen noch nicht. Bereits ein Umstieg von einer durchschnittlichen auf eine maximale Prüfquote hat weitreichende Konsequenzen.
Prüfquote je Krankenhaus, je Quartal				
Korrekte Abrechnungen ≥ 60 %		maximal 10 %	algorithmisch	2021: erste gesetzliche Anreize (Schlichtungsausschuss Bund, Strukturprüfungen, Aufschläge auf Differenzbeträge) 2022: individuelle algorithmische Prüfquotenberechnung
Korrekte Abrechnungen < 60 % und ≥ 40 %		maximal 15 %	algorithmisch	
Korrekte Abrechnungen < 40 %		keine Begrenzung	keine Begrenzung	

Im Jahr 2022 wird eine algorithmische Prüfquotenberechnung eingeführt. Die Prüfquote wird nicht mehr normativ und damit willkürlich festgelegt. Aus den Ergebnissen der neuen Statistiken und Erhebungen berechnet der GKV-Spitzenverband die Prüfquoten und Aufschläge rechnerisch neu. Es darf nicht dazu kommen, dass künftig über 1,2 Mrd. Euro bundesweit ohne Prüfung der Krankenkassen an Krankenhäuser bei fehlerhaften Abrechnungen überwiesen werden. Durch aufeinander abgestimmte Zeitpunkte für das Inkrafttreten der diversen Neuregelungen könnten solche unerwünschten Effekte reduziert werden. Auch die Wirkzeitpunkte der diversen Prüfungsausschlüsse sollten definiert und an die dafür relevante Voraussetzung geknüpft werden, um Klarheit zu schaffen. Wird beispielsweise der Katalog ambulanter Leistungen zum 01.01.2021 wirksam, kann nicht bereits im Vorfeld ein Prüfungsausschluss greifen.

Zu Absatz 3:

Infolge der Aufschläge auf die Differenzbeträge zwischen ursprünglichen und korrigierten Abrechnungen wird der Anreiz erhöht, korrekte Rechnungen zu stellen. Dieser Vorschlag wird unterstützt. Diese Maßnahme wird erst ab dem Jahr 2021 eingeführt und kann auch dann erst als prüfentlastender Anreiz wirken.

Die vorgeschlagene Regelung ist um einen Mindestbetrag von 300 Euro zu ergänzen, um auch im Falle geringerer Differenzbeträge eine Anreizwirkung zu erzielen.

Die mit dem Gesetzentwurf vorgenommene Begrenzung der Rechnungsaufschläge auf 1.500 Euro bewirkt, dass bei besonders preisintensiven Abrechnungsfällen die beabsichtigte Anreizwirkung verloren geht. Dennoch ist die Einführung von Rechnungsaufschlägen auf Differenzbeträge zu fehlerhaften Abrechnungen ein wichtiger und überfälliger Schritt, um Krankenhäuser zu korrektem Abrechnungsverhalten zu motivieren.

Zu Absatz 4:

Die Regelung zur Einführung neuer Kennzahlen ist Grundvoraussetzung für die ab dem Jahr 2021 vorgesehene Quotierung der Prüfungen in Abhängigkeit von der Abrechnungsgüte der Krankenhäuser. Für das Jahr 2020 entfaltet die Statistik keine Wirksamkeit, da die Prüfquote normativ vorgegeben und ausdrücklich kein Bezug zur tatsächlichen Abrechnungsgüte von Krankenhäusern hergestellt wird.

Die Veröffentlichung der Daten über quartalsweise Statistiken ist ein begrüßenswerter Schritt in Richtung Transparenz und zugleich Voraussetzung für das ab 2021 beabsichtigte Prüfquotensystem für Schlussrechnungen zu vollstationären Krankenhausbehandlungen. Es wird damit sichergestellt, dass eine einheitliche und verbindliche Datengrundlage vorliegt.

In der Begründung ist aufgeführt, dass als Zuordnung zu dem Quartal das Rechnungsdatum der Schlussrechnung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung herangezogen wird. Dies ist zu korrigieren. Das Rechnungsdatum ist ein Datum, welches durch das Krankenhaus selbst festgelegt werden kann und damit einseitig bestimmbar ist. In Analogie zur Regelung in Absatz 1 muss zwingend auf den Eingang der Schlussrechnung bei der Krankenkasse abgestellt werden.

Die Frist zur Ermittlung der Prüfquotenklasse und der anderen gesetzlich vorgesehenen Daten beträgt für den GKV-Spitzenverband vier Wochen. Nach einer ersten Einschätzung kann dies nur gewährleistet werden, wenn die Daten automatisiert aus den Datenbeständen (§ 30 I Absatz 1 SGB V) und ohne Versichertenbezug von den Krankenkassen generiert werden. Es wird notwendig, kurzfristig organisatorisch-technische Voraussetzungen beim GKV-Spitzenverband zu schaffen (z. B. eine einheitliche Schnittstelle, ein automatisierter Abruf), die eine

Umsetzung zum 30.05.2020 ermöglichen. Bei den derzeitigen technischen Vorlaufzeiten sind deshalb bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes erste Schritte einzuleiten. Eine Festlegung bis zum 30.03.2020 für eine fortlaufende Umsetzung ab Mai 2020 wird als zu knapp bewertet.

Einige der künftig zu erhebenden Daten werden manuell oder technisch unterschiedlich bei den Krankenkassen erhoben. Dies betrifft insbesondere die Daten, die Schnittstellen zum Verfahren der Medizinischen Dienste haben. Informationen zur Einleitung eines Prüfverfahrens oder aber zum Ergebnis einer Abrechnungsprüfung (Minderung des Rechnungsbetrages) werden nur durch eigene Datenerhebungen (teilweise händisch) bei den Krankenkassen möglich sein. Es fehlt eine Vereinheitlichung und Verbindlichkeit der Datenübermittlung von Krankenkassen an den Medizinischen Dienst und umgekehrt. Hier ist eine entsprechende gesetzliche Regelung vorzusehen. Ein entsprechender Vorschlag ist der Stellungnahme zu § 17c Absatz 2 KHG (vgl. Stellungnahme zu § 17c Absatz 2 KHG) zu entnehmen.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage der bei den Krankenkassen und den Medizinischen Diensten vorliegenden Daten. Warum diesbezüglich eine Stellungnahme durch die DKG notwendig ist, erschließt sich nicht. Diese Regelung ist zu streichen.

Zu Absatz 5:

Diese Regelung ist zu begrüßen, da diese das Verfahren zeitlich nicht verzögert und Rechtssicherheit im Rahmen einer Klage oder eines Widerspruches schafft.

Zu Absatz 6 Nummer 1:

Die Abzahlung des Pflegebudgets soll keine neuen Prüfansätze generieren. Die Formulierung des Gesetzgebers ist anzupassen, weil diese dazu führt, dass die Verweildauer einer aDRG (DRG ohne Pflege) mit der Verweildauer in Bezug auf die Pflage tage auseinanderläuft. Führt eine Einzelfallprüfung zu einer anderen DRG (z. B. „leichtere“ DRG mit einer anderen Verweildauer), führt die gesetzliche Regelung dazu, dass die Verweildauertage in Bezug zur Pflege größer sind als die neue Verweildauer der neuen aDRG. Dies ist auf jeden Fall zu verhindern, es darf keine unterschiedlichen Verweildauerzählweisen in demselben Fall geben. Aus diesem Grund ist die zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband gefundene Kompromisslösung im Rahmen einer DRG-Grundlagenvereinbarung zur Umsetzung des Pflegeerlöskatalogs 2020 heranzuziehen:

„Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen werden bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt.“

Die frühzeitig im Jahr 2019 getroffene Grundlagenvereinbarung regelt verbindlich, dass es eine gewisse Kongruenz zwischen den DRGs und den zugehörigen tagesbezogenen Pflegeentgelten gibt. So fällt beispielsweise bei primärer Fehlbelegung (Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG) der Krankenhausfall weg, er wird storniert. Es kann dazu rein verfahrenstechnisch keine tagesbezogenen Pflegeentgelte mehr geben, weil es keinen Fall gibt. Darauf sind bei den beteiligten Institutionen die verfahrenstechnischen Vorbereitungen ausgerichtet worden.

Die vom Gesetzgeber nun völlig abweichende Regelung bedeutet jedoch, dass der Anteil der Pflege bestehen bleiben muss. Dies ist verfahrenstechnisch kurzfristig nicht umsetzbar, weil es z. B. keinen DRG-Fall mehr im System gibt. Es müsste alternativ dafür Sorge getragen werden, dass Pflegeentgelte gesondert abgebildet werden. Dies wird zum Zeitpunkt des Inkrafttretens Ende 2019 zum 01.01.2020 verfahrenstechnisch nicht möglich sein, da alle Beteiligten auf der Regelung der DRG-Grundlagenvereinbarung arbeiten.

Zu Absatz 6 Nummer 2:

Die Prüfung von Strukturmerkmalen darf nur insoweit ausgeschlossen sein, als diese auf die Strukturvoraussetzungen begrenzt wird, die im Vorfeld der Leistungen geprüft werden können. Die im OPS enthaltenen leistungs- und damit einzelfallbezogenen Kriterien müssen weiterhin Gegenstand von Einzelfallprüfungen sein können. Der im Gesetzentwurf vorliegende Wortlaut in Verbindung mit der Gesetzesbegründung legt nahe, dass nach erfolgter Prüfung von Strukturmerkmalen überhaupt keine Einzelfallprüfung von Strukturmerkmalen möglich sein soll. Dies ist nicht sachgerecht, da mit Strukturprüfungen nach § 275d (neu) nur bestimmte strukturelle Voraussetzungen vorab geprüft werden können und die Abrechnungsmöglichkeit begründen. Im Sinne der Qualität der Krankenhausbehandlung müssen Parameter, die nicht durch rein strukturelle Prüfungen nach § 275d (neu) belegbar sind, im Einzelfall geprüft werden können. Gleichwohl wird durch die vorgelagerten Prüfungen nach § 275d (neu) der Umfang von Einzelfallprüfungen für diesen Bereich zurückgehen.

Zu Absatz 7:

In den Prüfmitteilungen des Bundesrechnungshofes (BRH) wurde das Thema „Sonderevereinbarungen der Krankenkassen und Krankenhäuser“ bereits adressiert. Dem GKV-Spitzenverband sind weder die Krankenkassen bekannt noch – mit Ausnahme der in der Prüfmitteilung des BRH gemachten ausschnittartigen Angaben – die Vereinbarungen selbst, so dass eine Beurteilung nicht erfolgen kann. Der GKV-Spitzenverband spricht sich für die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften aus und ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts in besonderem Maße an Recht und Gesetz gebunden. Gleiches gilt für die gesetzlichen Krankenkassen. Generell

geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass sich gesetzliche Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ebenfalls rechtskonform verhalten. Etwaige rechtswidrige Vereinbarungen werden abgelehnt. Insoweit ist Absatz 7 eine Klarstellung und konsequent, da solche etwaigen Vereinbarungen nicht zulässig sind.

C) Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

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

In Absatz 1 ist Satz 2 zu streichen:

~~„Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.“~~

In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „bis zu 10 Prozent“ durch die Worte „bis zu 17,1 Prozent“ ersetzt sowie die Worte „eines Krankenhauses“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „das Datum der Schlussrechnung“ durch die Wörter „der Eingang der Schlussrechnung bei der Krankenkasse“ ersetzt.

In Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 werden die Worte „bis zu 5 Prozent“ durch die Worte „bis zu 10 Prozent“ ersetzt.

In Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 werden die Worte „bis zu 10 Prozent“ durch die Worte „bis zu 15 Prozent“ ersetzt.

In Absatz 2 Satz 2 wird Nummer 3 gestrichen.

In Absatz 2 wird nach Satz 4 folgender Satz 5 (neu) eingefügt:

„Ab dem Jahr 2022 werden die Prüfquoten nach Satz 2 Nummern 1 bis 2 auf Grundlage der Auswertungen gemäß Absatz 4 vom GKV-Spitzenverband geprüft; dies erfolgt unter der Maßgabe, dass die Prüfquote je Krankenhaus rechnerisch neu ermittelt wird, wenn die an den Medizinischen Dienst zur Prüfung angezeigten Abrechnungen die zulässige Prüfquote im Durchschnitt über alle Krankenkassen über- oder untersteigt.“

Nach Absatz 2 Satz 4 (neu) wird folgender Satz 5 (neu) eingefügt:

„Ergibt die Prüfquote zu prüfende Fälle unter 1, können durch die Krankenkassen mindestens fünf Abrechnungen geprüft werden.“

In Absatz 2 Satz 7 (alt) wird das Wort „~~gemeinsam~~“ gestrichen.

In Absatz 3 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Der Aufschlag nach Satz 2 beträgt mindestens 300 Euro.“

In Absatz 4 werden nach Satz 4 folgende Sätze 5 und 6 (neu) angefügt:

„Als Zuordnung zum Auswertungszeitraum gilt das Datum des Rechnungseingangs bei der Krankenkasse. Die Anzahl der Prüfungen nach Satz 2 Nummern 2 und 3 sind dem Medizinischen Dienst zuzuordnen, der örtlich für das jeweilige Krankenhaus zuständig ist, unabhängig von einer abweichenden Regelung in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1.“

In Absatz 4 Satz 6 (alt) sind die Worte „der Deutschen Krankenhausgesellschaft und“ zu streichen.

Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz ist zu ersetzen durch den Satz:

„Kürzungen von Belegungs-/Berechnungstagen durch die Krankenkassen werden bei der Ermittlung des Rechnungsbetrages für die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes nur dann berücksichtigt, wenn sich durch diese Kürzung eine Änderung der effektiven Bewertungsrelation der DRG ergibt.“

Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 ist wie folgt zu ersetzen:

„2. ab dem Jahr 2021 bei Strukturmerkmalen, die gemäß § 301 Absatz 2 Satz 1 vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information als Strukturmerkmale ausgewiesen wurden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Strukturprüfungen sollen auf der Grundlage von OPS-Kodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nun durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Die Grundlagen der Begutachtung legt der Medizinische Dienst Bund fest. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Im neu eingefügten Satz 3 wird festgelegt, dass, wenn nicht anders geregelt, der lokal zuständige Medizinische Dienst die Begutachtung vornimmt.

Absatz 2:

Die Krankenhäuser erhalten in schriftlicher oder elektronischer Form eine Bescheinigung über das Ergebnis der Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst mit der Dauer der Erfüllung der Strukturkriterien.

Absatz 3:

Die Ergebnisse der Strukturprüfung sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 31. Dezember des Vorjahres des Vereinbarungsjahres zu übermitteln. Erfüllt ein Krankenhaus ein oder mehrere Strukturmerkmale über mehr als einen Monat nicht, so muss es dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkasse und den Ersatzkassen mitteilen.

Absatz 4:

Es wird ein Vergütungsausschluss ab dem Jahr 2021 für die Krankenhäuser festgelegt, die die Strukturprüfung nicht bestehen.

Absatz 5:

Die Finanzierung der Prüfung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst wird festgelegt. Die dem Medizinischen Dienst entstehenden Kosten werden, wie bisher durch eine Umlage aus den Beiträgen der GKV aufgebracht.

B) Stellungnahme

Die strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung (z. B. die Strukturmerkmale der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung 8-98f oder der geriatrischen Frührehabilitation 8-550) konnten von den Krankenkassen oft nur im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft werden, weil viele Krankenhäuser und Landeskrankenhausesellschaften eine Rechtsgrundlage von Strukturprüfungen bestritten und deswegen diese Strukturprüfungen verweigerten. Die Folge war ein erheblicher Aufwand für alle Beteiligten mit fehlender Planbarkeit für Krankenhäuser, Krankenkassen und Bundesländer bezüglich der Abrechnungsbefugnis für viele versorgungskritische Leistungen. Als Folge dieser Unklarheit über die Abrechnungsbefugnis kam es zu rechtlichen Auseinandersetzungen am Einzelfall (z. B. geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung, Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, intensivmedizinische Komplexbehandlungen).

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll nun die Prüfung, ob ein Krankenhaus erforderliche strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung erfüllt, nicht mehr in jedem Einzelfall vorgenommen werden. Die Strukturprüfungen sollen vielmehr, wie schon lange vom GKV-Spitzenverband gefordert, vor der Leistungserbringung erfolgen. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Dies stellt eine Vereinfachung für alle Beteiligten dar und wird vorbehaltlos begrüßt.

Eine Strukturprüfung kann Strukturmerkmale, wie die Vorhaltung bestimmter Berufsgruppen oder von Großgeräten, überprüfen. Einige Mindestanforderungen eines Komplexkodes, wie z. B. Therapieeinheiten, können hingegen nur im Einzelfall geprüft werden. So sagt etwa die Vorhaltung eines Physiotherapeuten noch nichts darüber aus, ob diese Mindestanforderung am Patienten auch erbracht wurde. Daher sind Einzelfallprüfungen auch künftig für bestimmte Mindestmerkmale unabdingbar.

Derzeit wird in den OPS-Komplexkodes des DIMDI nicht ausreichend zwischen Strukturvorgaben und Prozessvorgaben, also zu erbringenden Leistungen am Patienten differenziert.

Um diesbezüglich eine klare Unterscheidung vornehmen zu können, sollte das DIMDI künftig bei der Definition von OPS-Schlüsseln festlegen, welche der Merkmale nicht durch eine Einzelfallprüfung, sondern durch die Strukturprüfung zu überprüfen sind. Die Regeln für eine solche Kategorisierung von Strukturmerkmalen sollte verpflichtender Gegenstand der neu zu erstellenden Verfahrensordnung des DIMDI nach § 295 SGB V werden (vgl. Stellungnahme zu den Änderungen von § 301).

Generell muss noch bedacht werden, dass die Strukturprüfungen erst ab dem Jahr 2021 greifen, das Prüfverbot der Strukturvoraussetzungen im Einzelfall jedoch bereits ab dem Jahr 2020 gilt. Eine Klarstellung ist angezeigt.

Aufgrund von Personalfluktuations- oder Umstrukturierungen in Krankenhäusern kann es im Geltungszeitraum der Bescheinigung über die bestandene Strukturprüfung nach Absatz 2 zu einer unterjährigen Nichterfüllung kritischer Strukturmerkmale kommen. Über diese Veränderungen muss das Krankenhaus informieren und ein neues Gutachten über die veränderten Maßnahmen erstellt werden. Die Regelung nach Absatz 3 wird daher begrüßt. Die Konsequenz der nicht mehr gegebenen Erfüllung der Strukturmerkmale sollte jedoch gesetzlich festgeschrieben sein, hierzu ist eine Ergänzung des Absatzes 4 sowie in § 8 Absatz 4 KHEntgG erforderlich. In der Richtlinie des MD nach § 283 Absatz 2 Nummer 3 kann das Verfahren für den erneuten Nachweis der Erfüllung von Strukturmerkmalen geregelt werden, der Ausschluss der Abrechnungsmöglichkeit sollte jedoch gesetzlich erfolgen.

Das Vorhaben einer einheitlichen Strukturprüfung wird sehr begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In § 275d Absatz 4 SGBV ist folgender Satz 2 zu ergänzen:

„Gleiches gilt für die Anzeige der Nichterfüllung gemäß Absatz 3 bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Krankenhaus die erneute Einhaltung der Strukturmerkmale nachweist.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 276 Absätze 2, 2a und 4 Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen. Zudem werden weitere Gründe für ein im Einzelfall erforderliches Betretens- und Einsichtnahmerecht hinzugefügt (ordnungsgemäße Abrechnung). Das Wort „Ärzte“ wird durch „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Regelung zum Betretens- und Einsichtnahmerecht wird begrüßt, da neben Ärzten auch Kodierassistenten im Rahmen der Prüfungen eingesetzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 278 (neu) Medizinischer Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst (MD) als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte und mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. In Ländern, in denen mehrere Medizinische Dienste (NRW) oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst (HH-SH, BB) bestehen, können diese weitergeführt werden. Die Dienstherreneigenschaft endet mit der Aufhebung der Aufgaben nach Artikel 73 Absätze 4 und 5 Gesundheits-Reformgesetz.

Absatz 2:

Die Fachaufgaben der Medizinischen Dienste werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Dabei stellen die Medizinischen Dienste sicher, dass die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegerischen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

Absatz 3:

Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson als Element eines Beschwerdemanagements bestellt. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form zweijährlich und zusätzlich bei gegebenem Anlass.

Absatz 4:

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) zweijährlich zum 1. April über Anzahl und Ergebnis der Begutachtung und der Prüfungen (nach §§ 275, 275a bis d) sowie der Personalausstattung der Medizinischen Dienste und der Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung im Bereich der Krankenversicherung.

B) Stellungnahme

Die bundesweite Überführung aller Medizinischen Dienste in den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts wird begrüßt. Unabhängig davon ist jedoch unklar, wer die für durch Hoheitsakt geschaffene, rechtsfähige und mitgliedschaftlich verfasste Körperschaften des öffentlichen Rechts notwendigen Mitglieder des Medizinischen Dienstes sind. Bisher waren Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskassen, die landwirtschaftliche Krankenkasse, die Ersatzkassen und BAHN-BKK (§ 278 Absatz 2). Der Gesetzesentwurf lässt die Bestimmung der Mitglieder des Medizinischen Dienstes – anders als z. B. in § 281 für den MD Bund – offen.

Zudem ist zu bedenken, ob die Regelung in Absatz 1 zur Errichtung eines Medizinischen Dienstes für mehrere Länder nicht eine Beschränkung auf drei Länder vorsehen sollte. Denn nach der Gesetzgebungskompetenz in Artikel 87 Absatz 2 Satz 2 GG darf sich der Zuständigkeitsbereich der sozialen Versicherungsträger nicht über mehr als drei Länder erstrecken. Der Entwurf sieht in § 278 Absatz 1 Satz 2 jedoch keine Beschränkung der Länderanzahl bei Errichtung eines gemeinsamen MDK vor. Nach der Begründung betrifft die Möglichkeit des Zusammenschlusses derzeit nur Hamburg und Schleswig-Holstein sowie Berlin und Brandenburg. Die Möglichkeit weiterer Zusammenschlüsse wird aber aufrechterhalten.

Nicht ausgeschlossen ist es, dass die Leistungen der Medizinischen Dienste als (umsatz-)steuerbar angesehen werden. Insofern sollte klargestellt werden, dass die Leistungen nicht der Umsatzsteuer unterliegen.

Die Bestellung einer unabhängigen Ombudsperson für die Medizinischen Dienste und deren Berichtspflichten sind ein Beitrag zu mehr Transparenz und ein Element eines Beschwerdemanagements. Die neuen Berichtspflichten der Medizinischen Dienste an den MD Bund werden derzeit schon in ähnlicher Form durch die MDK an den MDS erfüllt.

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25 – §§ 279, 281 und 283).

Die Vertreterinnen und Vertreter der Patienten und Pflegebedürftigen sowie Pflegeberufe sind bereits über die Beiräte beteiligt. Diese Regelung erscheint ausreichend.

Zusätzlich ist die Beibehaltung der föderalen Struktur notwendig um, auch weiterhin differenzierte regionale Aspekte berücksichtigen zu können.

Es wird ausschließlich ein Bezug zur Personalbedarfsermittlung durch den MD Bund im Gesetzesentwurf hergestellt. Dadurch ergibt sich ggf. die Gefahr, dass die regionalen Medizinischen Dienste nicht mehr flexibel auf regionale Fachkräftesituationen reagieren können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 279 (neu) Verwaltungsrat und Vorstand

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absätze 1 bis 6:

Organe der Medizinischen Dienste (MD) sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand. Die Aufgaben des Verwaltungsrates werden bestimmt. Der Verwaltungsrat besteht zukünftig aus 23 Vertretern, davon werden:

- 16 Vertreter von den Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlungen der Landesverbände der Krankenkassenarten gewählt, je zur Hälfte Frauen und Männer. Die Krankenkassen haben sich auf die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen, anderenfalls entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.
- 7 Vertreter von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon:
 - 5 Vertreter auf Vorschlag der Verbände der Patientenorganisationen und der Organisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene sowie
 - 2 Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern. Diese Vertreter haben kein Stimmrecht.

Dabei sind Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sowie Personen nicht benenn- oder wählbar, die Mitglied eines Verwaltungsrates einer Kasse oder ihrer Verbände sind oder es 12 Monate vor Benennung waren.

Die Beschlussfassung des Verwaltungsrates wird entsprechend dem bisherigen § 280 Absatz 2 geregelt, d. h. üblicherweise mit einfacher Mehrheit und bei Beschlüssen über Haushalt und Satzung mit einer Mehrheit von 2/3 der stimmberechtigten Mitglieder.

Absatz 7:

Die Regelungen für den künftigen Vorstand des Medizinischen Dienstes entsprechen denjenigen für den Geschäftsführer gemäß § 279 Absatz 4 (alt).

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung:

Die bestehenden Verwaltungsräte der MDK – als bislang unabhängig konstituierte und durch Sozialwahlen in ihren Krankenkassen legitimierte Institutionen der sozialen Selbstverwaltung – verlieren ihre Anbindung an die gesetzlichen Krankenkassen. Die vorgesehene Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung hat zur Folge, dass die sozialpartnerschaftliche Mitwirkung nicht mehr zum Tragen kommt. Die soziale Selbstverwaltung muss auch künftig in den Verwaltungsräten des MDK als durch die Sozialwahl legitimierte Vertretung der Versicherten und Arbeitgeber unmittelbar vertreten sein, da nur sie die Versicherten und Beitragszahler als Finanziers des MDK vertreten.

Während bei den Krankenkassen die Vertreter nicht aus dem Hauptamt und aus der aktiven sozialen Selbstverwaltung kommen dürfen, gilt dies für die anderen entsendeberechtigten Organisationen nicht. Es ist unverständlich, weshalb die Unvereinbarkeitsregel nur für Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände und die Verwaltungsräte der Krankenkassen, nicht jedoch für die Leistungserbringer gelten soll. Gerade hier besteht insbesondere bei Entscheidungen über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird, ein großes Potential für Interessenkonflikte, die dringend auszuschließen sind. Eine Mitwirkung der Berufsgruppen im Verwaltungsrat ist deshalb abzulehnen.

Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen und den Pflegeverbänden sind bereits heute in Beiräten der Medizinischen Dienste beteiligt. Diese Beteiligung hat sich bewährt und ist in der jetzigen Form beizubehalten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 280 (neu) Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Finanzierung, zum Haushalts- und Rechnungswesen und der Aufsicht der neuen Medizinischen Dienste entsprechen im Wesentlichen den bisherigen Fassungen für die MDK. Die neu geregelten Abrechnungsprüfungen im stationären Bereich (§§ 275c und 275d) werden künftig auch in die Liste der umlagefinanzierten Aufgaben der Medizinischen Dienste übernommen. Sofern Krankenhäuser die Begutachtung von Strukturmerkmalen von anderen Gutachterdiensten durchführen lassen, haben sie nach § 275d Absatz 5 Satz 2 die Kosten hierfür zu tragen.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Vorbemerkung und die Stellungnahme zu § 275d Absatz 5 verwiesen. In der Begründung des Entwurfs wird auf die Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern durch andere Gutachterdienste hingewiesen. Der GKV-Spitzenverband lehnt die Prüfung von Strukturmerkmalen durch eine Beauftragung anderer Gutachterdienste ab. Selbstverständlich ist jedoch, dass diese nicht umlagefinanziert wären, sondern durch den Auftraggeber selbst (das Krankenhaus) zu finanzieren wären.

C) Änderungsvorschlag

Redaktionelle Anmerkung: § 280 Absatz 2 Satz 4 ist das Wort „gegenüber“ zu streichen. Es geht gerade nicht um Ansprüche gegenüber anderen Stellen, sondern um Ansprüche der anderen Stellen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 281 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der MDS e.V. wird zum MD Bund in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die MD sind Mitglieder des MD Bund. Die MD und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See tragen die Finanzierung des MD Bund entsprechend der Anzahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, die in ihrem Einzugsbereich ansässig sind (KM6-Statistik). Der Haushaltsplan des MD Bund bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung ab (vgl. Vorbemerkung). Bislang ist der MDS eine Organisation des GKV-Spitzenverbandes. Die Trägerschaft des MD Bund soll bei den Medizinischen Diensten liegen. Auch dies ist abzulehnen.

Ein Festhalten an der Finanzierung des Medizinischen Dienstes allein durch die Krankenkassen wäre bei Umsetzung der Neuregelungen nicht haltbar. Dies widerspricht dem Grundsatz, dass eine Entscheidungsverantwortung mit einer Finanzverantwortung einhergeht.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 282 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Organe des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) werden der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand bestimmt. Die nach geltendem Recht bestehende Mitgliederversammlung des MDS entfällt. Der Verwaltungsrat des MD Bund wird entsprechend der neuen Regelung für die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste – gemäß § 297 Absatz 3 (neu) – aus 23 Vertretern gebildet und mit 16 Vertretern der Krankenkassen, fünf Vertretern der Patientenorganisationen sowie zwei Vertretern der Pflegeberufe und der Landesärztekammern ohne Stimmrecht besetzt.

Das Stimmgewicht innerhalb der wahlberechtigten Vertretergruppen der einzelnen Medizinischen Dienste wird wie bei der Berechnung der Umlagefinanzierung nach der Zahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des jeweiligen Medizinischen Dienstes bestimmt, wobei eine Staffelung der Stimmen in Anlehnung an den Schlüssel für die Stimmgewichte der Länder im Bundesrat gilt. Danach hat jeder Medizinische Dienst eine Mindeststimmzahl von drei Stimmen; bei über zwei Millionen Mitgliedern hat ein Medizinischer Dienst vier Stimmen, bei über sechs Millionen Mitgliedern fünf und bei über sieben Millionen sechs Stimmen. Näheres hierzu soll in der Satzung des MD Bund geregelt werden. Hauptamtlich bei einer Krankenkasse oder ihren Verbänden Beschäftigte sowie Mitglieder der Verwaltungsräte von Krankenkassen oder ihrer Verbände werden von der Wählbarkeit für den Verwaltungsrat des MD Bund ausgeschlossen.

Die Aufgaben des Verwaltungsrates des MD Bund entsprechen gleichlautend denen der Verwaltungsräte der MD. Die Regelungen für den neuen Vorstand des MD Bund entsprechen inhaltlich den bisherigen geltenden für den Geschäftsführer des MDS. Auch für den MD Bund wird eine unabhängige Ombudsperson verpflichtend eingeführt mit gleichlautenden Aufgaben wie für die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste gemäß § 278 Absatz 3 (neu).

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung.

Die tiefgreifende Umstrukturierung des Verwaltungsrates und die einseitig für die Vertretung der Krankenkassen vorgesehene Unvereinbarkeitsregelungen für die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat werden grundsätzlich abgelehnt. Dies bedeutet eine faktische Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung und gefährdet die Sozialpartnerschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung. Die Regelung ist entsprechend abzulehnen.

Zudem werden Leistungserbringer – wenn auch ohne Stimmrecht – in eine Gestaltungsverantwortung im Medizinischen Dienst gebracht. Damit entsteht ein großes Potential für Interessenkonflikte, insbesondere bei Entscheidungen über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird. Eine Mitwirkung der Berufsgruppen im Verwaltungsrat ist abzulehnen. Bei einer Beteiligung in Beiräten würden etwaige Interessenkonflikte vermieden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 283 (neu) Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wie bisher soll der MD Bund den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben beraten. Der MD Bund behält auch seine Koordinationsaufgabe zwischen den Medizinischen Diensten und bekommt zusätzlich die – bisher vom GKV-Spitzenverband ausgeübte – Richtlinienkompetenz für die Tätigkeit der MD übertragen. Der MD Bund erlässt die Richtlinien unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste. Die Richtlinienkompetenz des MD Bund wird abschließend festgelegt auf folgende neun Richtlinien:

- 1) Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD (Erlass im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband),
- 2) Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
- 3) Regelmäßige Begutachtung von Strukturmerkmalen und den Folgen bei Nichteinhaltung nach § 275d (neu) durch MDK,
- 4) Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten,
- 5) Beauftragung externer Gutachter durch die MD,
- 6) Systematische Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD,
- 7) Statistische Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals,
- 8) Regelmäßige Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie
- 9) Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Die o. g. Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich, bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Richtlinien nach Nummern 6 bis 8 sind durch den MD Bund innerhalb einer halbjährlichen Frist nach seiner Konstituierung zu erlassen. Vor dem Erlass von Richtlinien des MD Bund müssen umfangreiche Stellungnahmeverfahren u. a. mit dem GKV-Spitzenverband, Vereinigungen der Leistungserbringer, maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen sowie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz

und die Informationsfreiheit durchgeführt werden. Auch der GKV-Spitzenverband erhält entsprechende Stellungnahmerechte.

Der MD Bund fasst die zweijährlichen Berichte der Medizinische Dienst nach § 278 Absatz 4 (neu) in einem Bericht zusammen, den er dem BMG zweijährlich zum 1. Juni vorlegen und zweijährlich zum 1. September veröffentlichen soll. Analog zu der bisherigen Regelung in § 282 Absatz 2 (alt) haben die Medizinischen Dienste den MD Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung ab (vgl. Vorbemerkung). Die Neuregelung hat weitreichende Folgen für die Handlungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes. Bislang ist der MDS eine Organisation des GKV-Spitzenverbandes. Das betrifft sowohl die Stellen- und Haushaltsplanung als auch inhaltlich-fachliche Fragen bei der Unterstützung des GKV-Spitzenverbandes, z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Die Finanzierung erfolgt künftig ausschließlich per Umlage durch die Medizinischen Dienste und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Es ist fraglich, inwieweit die Medizinischen Dienste als künftige Mitglieder des MD Bund bereit sein werden, Ressourcen insbesondere der Sozialmedizinischen Expertengruppen zur Verfügung zu stellen, die primär für Unterstützungsleistungen für den GKV-Spitzenverband erforderlich sind. Die Fülle von anspruchsvollen Aufgaben, teilweise mit Fristsetzung, für den MD Bund wird vermutlich eine Fokussierung auf die Gemeinschaftsaufgaben innerhalb des MDK-Systems zur Folge haben.

Die Kompetenz-Centren (KC) von MDS/MDK spielen derzeit bei der Unterstützung des GKV-Spitzenverbandes eine herausgehobene Rolle. Sie werden hälftig vom MDS (d. h. derzeit vom GKV-Spitzenverband) und vom MDK-System finanziert. Die Kompetenz-Centren sollen künftig alleine durch die Umlage der Medizinischen Dienste für den MD Bund finanziert werden. Laut Gesetzesbegründung fungieren die Kompetenz-Centren weiterhin als Teil des Beratungsauftrages des MD Bund für den GKV-Spitzenverband, ohne Änderung an der bisherigen Aufgabenwahrnehmung. Der GKV-Spitzenverband hätte nach neuer Rechtslage keinen Einfluss mehr auf die Entscheidung darüber, welche medizinische Expertise in welchem personellen Umfang zur Verfügung steht.

Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten bei der Entwicklung medizinisch-wissenschaftlicher Positionen und deren Vertretung in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung werden damit zerschlagen.

Übertragung der Richtlinienkompetenz

Dem MD Bund wird die Richtlinienkompetenz für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste übertragen. Dies bedeutet nach der Darstellung in der Gesetzesbegründung „einen weiteren wichtigen Schritt bezüglich einer unabhängigen Selbstverwaltung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste“. Die vorgesehenen Regelungen und diese Darstellung sind weder in Bezug auf die Verknüpfung der Richtlinienkompetenz mit dem Aspekt der Unabhängigkeit der Selbstverwaltung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste noch in Bezug auf den vermittelten Eindruck, die Richtlinien würden ausschließlich die Tätigkeit der Medizinischen Dienste regeln und lägen deshalb in der alleinigen Verantwortung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, sachgerecht.

Wie im Nachfolgenden noch im Detail ausgeführt wird, regeln die Richtlinien nicht einseitig die Tätigkeit der MD, sondern schaffen sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen eine unverzichtbare, einheitliche Grundlage des gemeinsamen Handelns. Angelegenheiten, die die technische und operative Zusammenarbeit von Krankenkassen und Medizinischen Diensten betreffen, können daher nicht allein der Regulierungskompetenz des Medizinischen Dienstes Bund unterworfen werden. Die fachliche Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste in der Wahrnehmung rein sozialmedizinischer Aufgabenstellungen ist dabei ungeachtet der Frage, wer die Richtlinienkompetenz innehat, unmittelbar durch die gesetzliche Regelung in § 275 Absatz 5 SGB V gewahrt und unterliegt somit nicht der Disposition eines Richtliniengebers. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund weder erforderlich noch in der Ausgestaltung sachgerecht und wird deshalb abgelehnt.

Richtlinien über die Zusammenarbeit

Es ist vorgesehen, dass der MD Bund die Richtlinie über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist die Benehmensherstellung mit dem GKV-Spitzenverband aufgrund der direkten Betroffenheit der Krankenkassen vorgesehen. Diese Richtlinie wird schon ihrem Wortlaut nach auf Regelungen zu prozessualen Fragen begrenzt sein und keine sozialmedizinischen Grundlagen beinhalten, so dass keinerlei Gründe für eine Übertragung der Richtlinienkompetenz erkennbar sind.

Sofern dennoch daran festgehalten werden soll, ist wegen der auch von Seiten des Gesetzgebers erkannten „direkten Betroffenheit der Krankenkassen“ ein Erlass der Richtlinie im „Einvernehmen“ und nicht nur im „Benehmen“ mit dem GKV-Spitzenverband erforderlich.

Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung

Einer der wesentlichen Anwendungsbereiche der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V umfasst entsprechend dem gesetzlichen Auftrag Richtlinien, die eine einheitliche Begutachtung sicherstellen sollen. Nach dem zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) abgestimmten Verfahren werden die Richtlinien durch Sozialmedizinische Expertengruppen oder eigens dafür gegründete Arbeitsgruppen der MDK-Gemeinschaft erstellt, in den zuständigen MDK-Gremien beraten (insbesondere Konferenz der Leitenden Ärzte und MDK-Geschäftsführerkonferenz), durch den MDS-Vorstand nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen beschlossen und dem GKV-Spitzenverband zur Abstimmung und Beschlussfassung zugeleitet.

Nach diesem Verfahren wurden Richtlinien in Form von Begutachtungsanleitungen insbesondere für die Bereiche

- Arbeitsunfähigkeit,
- Arzneimittel,
- Cannabinoide,
- Heilmittel,
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Palliativversorgung,
- Schwerhörigkeit,
- Soziotherapie,
- Transsexualität und
- Vorsorge- und Rehabilitation

durch den GKV-Spitzenverband erlassen.

Der Regelungsinhalt der Richtlinien umfasst für den jeweiligen Begutachtungsbereich insbesondere die leistungs-, vertrags- und sonstigen rechtlichen Grundlagen unter Berücksichtigung der vorliegenden Rechtsprechung und Rechtsauslegung, die an diesen sozialrechtlichen Rahmen anknüpfenden sozialmedizinisch relevanten Grundlagen und Anforderungen an die Begutachtung, prozessuale Regelungen zur Beauftragung und Ergebnismitteilung sowie weitergehende Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten und den Krankenkassen. Die Richtlinien regeln damit gemeinsam und einheitlich für die Medizinischen

Dienste und die Krankenkassen umfassend die Prozesse, Inhalte und Grundsätze der Zusammenarbeit, die für reibungslose Verfahren zwischen den Krankenkassen und Medizinischen Diensten erforderlich sind. Durch das dargestellte Verfahren der engen Zusammenarbeit zwischen MDK-Gemeinschaft, MDS und GKV-Spitzenverband sind für beide Seiten damit verlässliche Regelungen entstanden, die in Bezug auf die Verwertbarkeit und Akzeptanz der Begutachtungsergebnisse sowie auch im Hinblick auf die Gestaltung der – zunehmend digitalen – Arbeitsprozesse und weitere verwaltungsverfahrensrechtliche Aspekte, wie z. B. die Sicherstellung der Einhaltung der Fristenregelungen des § 13 Absatz 3a SGB V oder der §§ 14 ff. SGB IX und rechtssichere Verfahren bei Widersprüchen, von besonderer Bedeutung sind.

Dem werden die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen in keiner Weise gerecht. Der Gesetzentwurf sieht ohne weitere Konkretisierungen zu den Inhalten der Richtlinien vor, dass der MD Bund seine Richtlinien unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste erlässt. Dem GKV-Spitzenverband soll lediglich ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden, soweit er von der jeweiligen Richtlinie betroffen ist. Abgesehen von den damit nicht einheitlich geregelten prozessualen Rahmenbedingungen der Beauftragung zwischen Medizinischen Diensten und Krankenkassen liegt dem ganz offensichtlich auch ein Verständnis zum Regelungscharakter der Richtlinien und zum Kompetenzbereich der Medizinischen Dienste zugrunde, das nicht haltbar ist.

Sofern dabei davon ausgegangen wird, die Richtlinien sollten abweichend vom Status Quo zukünftig keine leistungs- oder vertragsrechtlich definierten Anspruchsgrundlagen sowie Beurteilungsmaßstäbe enthalten und eine sozialmedizinische Begutachtung könnte losgelöst davon allein auf einem abstrakt formulierten Stand medizinischer Erkenntnisse erfolgen, verkennt dies den Verwendungszusammenhang der Begutachtungen nach § 275 SGB V, der explizit auf die gutachterliche Anwendung der Anspruchsgrundlagen des SGB V und untergesetzlicher Normen in der Einzelfallbegutachtung ausgerichtet ist.

Sofern hingegen mit den beabsichtigten Regelungen dem MD Bund die Kompetenz zugesprochen werden sollte, leistungs- und vertragsrechtliche Grundlagen sowie Beurteilungsmaßstäbe für die Begutachtung verbindlich festzulegen, würde dies unzweifelhaft den Aufgabenbereich des MD Bund überschreiten, der auf die Koordination und Förderung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung durch die Medizinischen Dienste sowie die Beratung des GKV-Spitzenverbandes ausgerichtet ist (siehe § 283 Absatz 1 SGB V (neu)), jedoch zu Recht keinerlei Gestaltungskompetenzen mit Wirkung für die Verwaltungsverfahren und Leistungsentscheidungen der Krankenkassen aufweist.

Die vorgesehene Systematik mit einer ausschließlich auf ein Stellungnahmerecht des GKV-Spitzenverbandes reduzierten Beteiligung der GKV könnte zudem dazu führen, dass der Medizinische Dienst Begutachtungen im Auftrag der Krankenkassen durchführt und dabei auf der Grundlage der einseitig für ihn verbindlichen Richtlinien Maßstäbe anlegt, die nicht mit leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen oder Rechtsauslegungen der GKV übereinstimmen. Denn die vorgesehene gesetzliche Regelung, wonach die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes – gleichrangig mit den Stellungnahmen anderer Organisationen – in die Entscheidung einzubeziehen ist, ist nicht geeignet, um die notwendige Kompatibilität mit dem Leistungs- und Vertragsrecht der GKV sicherzustellen. In der Folge wären die Ergebnisse der Begutachtungen des Medizinischen Dienstes damit für die Krankenkassen, die die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit ihrer Leistungsentscheidungen tragen, nicht verwertbar. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die GKV ist es deshalb von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der GKV übereinstimmen.

Aus den genannten Gründen wird die Übertragung der Richtlinienkompetenz zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung auf den MD Bund abgelehnt. Nur durch ein Festhalten an der bewährten Struktur abgestimmter und einheitlich ausgerichteter Begutachtungsgrundlagen können die Aufgaben der Sozialmedizinischen Dienste sachgerecht wahrgenommen und die Ergebnisse der Begutachtungen den Leistungsentscheidungen der Krankenkassen zugrunde gelegt werden. Die Unabhängigkeit der Gutachter bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Einzelfallbegutachtung wird durch die notwendige einheitliche Definition der Begutachtungsgrundlagen mittels vom GKV-Spitzenverband erlassener Richtlinien nicht in Frage gestellt (siehe oben).

Im Gegenteil ist es für eine sozialrechtlich verwertbare unabhängige Einzelfallbegutachtung sowohl im Interesse der Gutachter als der Versicherten zwingend erforderlich, solche Grundlagen zur einheitlichen Rechtsanwendung zu schaffen. Dies entspricht auch den Regelungen in anderen Sozialleistungsbereichen, so z. B. durch die fachlichen Weisungen der Bundesagentur für Arbeit für die „Feststellung von Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit nach § 44a SGB II durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit“ oder durch den expliziten gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund, nach § 138 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4b SGB VI Regelungen zur Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung auch im Bereich der Sozialmedizin zu treffen (siehe dazu das Grundlagenpapier „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“ der DRV-Bund). Es ist nicht erkennbar, warum solche übergreifenden Regelungen im Bereich der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung die Unabhängigkeit der sozialmedizinischen Einzelfallbegutachtungen in Frage stellen sollten, während sie von

Seiten des Gesetzgebers für sozialmedizinische Begutachtungen im Auftrag anderer Sozialversicherungsträger zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung als erforderlich angesehen werden.

Vor diesem Hintergrund müssen zumindest Richtlinien, die leistungs- und vertragsrechtlichen Fragestellungen betreffen, auch künftig durch den GKV-Spitzenverband beschlossen werden.

Sofern dennoch an der Übertragung der Richtlinienkompetenz zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung auf den MD Bund festgehalten werden soll, sollte geregelt werden, dass der MD Bund diese Richtlinie im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlässt (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15).

Richtlinien zur Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern

Weiterhin bedarf die Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern einer genaueren Justierung, denn oft sind Strukturmerkmale an die Anstellung medizinischen Personals und dessen Qualifikation gebunden. Personelle Strukturen unterliegen naturgemäß regelmäßigen Schwankungen. Es muss daher möglich sein, auch antizyklisch Strukturprüfungen zu veranlassen, wenn eine Krankenkasse Kenntnis über personelle Veränderungen erlangt, die ggf. Auswirkungen auf die Erfüllung der Strukturmerkmale haben können.

Hinsichtlich der Folgen nicht mehr erfüllter Strukturmerkmale ist eine gesetzliche Regelung zum Ausschluss der Abrechnungsmöglichkeit erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Sofern dennoch daran festgehalten wird, die alleinige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes aufzugeben, sollte Artikel 1 Nummer 25 wie folgt gefasst werden:

„In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ ersetzt.

In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden hinter dem Wort „Begutachtung“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ eingefügt.“

In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 werden die folgenden Worte gestrichen:

„und den Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 283a Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben des MDK für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nimmt deren sozialmedizinischer Dienst wahr, dessen Unabhängigkeit über eine Geschäftsordnung gewährleistet und für den ein Beirat errichtet wird, der den Vorstand berät und unterstützt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27a

§ 295 Abrechnung ärztlicher Dienstleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe aa:

Das DIMDI kann auch Voraussetzungen für die Abrechnungen von Operationen und sonstigen Prozeduren festlegen.

Buchstabe bb:

Die Prozedurenschlüssel sind verbindlich für die Abrechnung der erbrachten Leistung.

Buchstabe cc:

Das DIMDI erstellt sich eine Verfahrensordnung für die Festlegung der Diagnosen und Prozedurenschlüssel.

B) Stellungnahme

Eine nachträgliche „Aufweichung“ insbesondere von Strukturmerkmalen, wie in § 295 Absatz 1 Satz 6 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) 2018 eingeführt, ist weder mit einer jährlichen Kalkulation noch mit einer Einführung von Strukturprüfungen gemäß § 275d vereinbar. Satz 6 (alt) erlaubt dem DIMDI unbegrenzt, rückwirkend die Kalkulationsgrundlage und die Grundlage der neuen Strukturprüfungen nach § 275d ausschließlich zugunsten der Leistungserbringer zu verändern. Dies ist rechtlich und kalkulatorisch sehr problematisch und mit der angestrebten neuen Verbindlichkeit des Buchstaben b) nicht konform. Das DIMDI könnte mit einer Klarstellung schlagartig hunderte Strukturprüfungen auf Jahre rückwirkend unwirksam machen. Der GKV-Spitzenverband fordert daher die Streichung von Satz 6 (alt).

Das DIMDI erhält über die Möglichkeit, die Voraussetzungen für die Abrechnung festzulegen, neue erweiterte Befugnisse. Daher ist die Festlegung einer Verfahrensordnung sinnvoll und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 ist Satz 6 (a. F.) zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung erfolgt eine Anpassung zur Aktualisierung der Verweise innerhalb des SGB V auf die von der Pseudonymisierungspflicht betroffenen Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). So fällt zum Beispiel der zuvor eingeführte § 27b nun auch unter die Regelungen des § 299 SGB V.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine formale Änderung, um die Regelungen des § 299 SGB V zum Schutz der Versichertendaten für alle relevanten Richtlinien und Beschlüsse des G-BA gelten zu lassen, insbesondere für in der Vergangenheit neu in das SGB V eingeführte Richtlinien wie zur Zweitmeinung (§ 27b).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 301 Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a):

Das DIMDI legt in den OPS-Kodes verbindliche Voraussetzung für die Abrechnung fest.

Buchstabe b):

OPS-Kodes sind nach dem Zeitpunkt von Satz 4 an für die Abrechnung verbindlich.

Buchstabe c):

Das DIMDI hat sich für die Festlegung der OPS-Kodes eine Verfahrensordnung zu geben und auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Das BMG hat diese zu genehmigen.

B) Stellungnahme

Der Wille des Gesetzgebers, klare Abrechnungsregeln für die Prüfung von Strukturmerkmalen zu schaffen, wird begrüßt. Vor diesem Hintergrund sind die hier geplanten Veränderungen, insbesondere die Schaffung einer Verfahrensordnung im DIMDI, zielführend.

Abzulehnen ist, dass die mit dem PpSG im Jahre 2018 eingeführte retrospektive „Korrektur“ von OPS-Auslegungen (Satz 4 (a. F.)) durch Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe b) weiterhin legitimiert wird. Es handelt sich hierbei um einen eklatanten Systembruch mit weitreichenden Folgen für die Rechtslegung und das Kalkulationsverfahren des DRG-Systems. Die Regelung nach Buchstabe b ist in Verbindung mit Satz 4 (a. F.) abzulehnen; Satz 4 (a. F.) ist zu streichen. Analog ist diese Regelung in § 295 SGB V zu korrigieren.

Um eine reibungslose, bundeseinheitliche und schnelle Prüfung der Strukturmerkmale zu erreichen, müssen die Strukturmerkmale insbesondere in OPS-Kodes klar erkennbar und die Begriffe rechtsverbindlich sein. Es muss klar definiert werden, welche Strukturen wo vorhanden sind. Diese Strukturen sollten, um unnötige Strukturprüfungen zu vermeiden, wenn möglich aus Abrechnungsdaten plausibilisierbar sein. Die Begriffe „Krankenhausstandort“ und „Fachabteilung“ stellen solche rechtssicheren Begriffe dar und sind verbindlich in geeignete OPS-Kodes einzufügen. Zu diesem Zweck wird die Hinzufügung von zwei weiteren Sätzen an § 301 Absatz 2 vorgeschlagen. Um Streitigkeiten zu vermeiden, stellt ein zusätzlicher Satz klar, dass die Prüfung von Strukturmerkmalen eine Einzelfallprüfung nicht verhindert.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 ist Satz 4 (a. F.) zu streichen.

Die folgenden Sätze werden an Absatz 2 angefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information legt im Katalog der Prozedurenschlüssel (OPS-Katalog) fest, welche Mindestvoraussetzungen des jeweiligen Codes Strukturmerkmale für die Prüfung nach § 275d darstellen. Für die Beschreibung von Krankenhausstrukturen sind die Begriffe „Standort“ (nach Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und „Fachabteilung“ (nach § 5 Absatz 2 der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3) zu verwenden. Mindestmerkmale von Prozedurenkodes (OPS-Kodes), die nicht nach § 275d geprüft wurden, können im Rahmen der Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 geprüft werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 327 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Paragraph enthält Übergangsregelungen für die MDK und den MDS, wobei die Geltung bisheriger und der im Gesetzentwurf geplanten Rechtsvorschriften für die Zeit der Umwandlung der MDK in die Medizinischen Dienste (MD) und des MDS in den MD Bund geregelt werden. Einerseits sollen einige der bisherigen Regelungen bis zur Umwandlung fortbestehen, andererseits sollen auch diverse neue Regelungen bereits mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes Anwendung finden.

Folgende Änderungen des § 327 (neu) sind ohne unmittelbaren Bezug zu den neuen Organisationsstrukturen und sollen bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes für die MDK gelten:

- Nach § 275 Absatz 3b die verpflichtende Beteiligung der MDK vor Erlass eines Widerspruchsbescheides in bestimmten Fällen,
- nach § 275 Absatz 5 die Ausweitung der Unabhängigkeitsvorgabe auf nichtärztliche Gutachter,
- nach §§ 275c und 275d die Erweiterung der Datenverarbeitungsbefugnisse der MDK,
- nach §§ 275c und 275d die Prüfung der MDK bei Krankenhausbehandlung und Strukturprüfungen von Krankenhäusern,
- nach § 276 Absatz 2 und 4 das Betretensrecht der Gutachter zum Zweck vorgenannter Krankenhausprüfungen sowie
- nach § 280 Absatz 3 die Genehmigungspflicht der Haushalte der MDK.

Die folgenden Änderungen gelten bereits mit Inkrafttreten für den MDS:

- Die fachliche Unabhängigkeit nichtärztlicher Gutachterinnen und Gutachter,
- die Genehmigungspflicht des Haushaltes durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie

- die Erlasskompetenz von Richtlinien über die regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V und der Richtlinie Personalbedarfsermittlung gemäß § 328 (neu) SGB V.

Für die bestehenden Verwaltungsräte der MDK, deren Amtszeit regelgemäß vor dem durch den Gesetzesentwurf geplanten Umstellungszeitpunkt endet, ist eine Verlängerung der Amtszeit vorgesehen, sodass Neuwahlen entfallen können.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes – einschließlich der entsprechenden Übergangsvorschriften – ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25).

Die explizite gesetzliche Normierung der fachlichen Unabhängigkeit auch von nichtärztlichen Gutachterinnen und Gutachter der MDK und des MDS wird begrüßt.

Die weiteren Änderungen, die bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes für die MDK und den MDS Anwendung finden sollen, werden abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelungen mit Ausnahme der gesetzlichen Normierung der fachlichen Unabhängigkeit der nichtärztlichen Gutachterinnen und Gutachter.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 328 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Umwandlung der einzelnen MDK in den Medizinischen Dienst (MD) und des MDS in den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) werden im Detail geregelt. Die Medizinischen Dienste werden in einem Zeitraum von ca. einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes neu konstituiert, die Neukonstituierung des MD Bund erfolgt innerhalb von ca. eineinhalb Jahren.

Die Regelungen für die Medizinischen Dienste in § 328 Absätze 1 bis 4 sind:

- Die Benennung des Verwaltungsrates durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes innerhalb von sechs Monaten (vorauss. bis Ende Juni 2020),
- die Einladung zur konstituierenden Sitzung des neuen Verwaltungsrates durch den bisherigen Vorsitzenden des jeweiligen MDK-Verwaltungsrates (vorauss. nach Benennung bis Ende Juni 2020),
- der Beschluss der Satzung durch den neu konstituierten Verwaltungsrat innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende September 2020),
- die Entscheidung über die neue Satzung durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes nach Erhalt innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende Dezember 2020) sowie
- die Bekanntmachung des Zeitpunktes des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes (=Konstituierungs-Zeitpunkt für Medizinische Dienste - vorauss. bis Ende Dezember 2020).

Die Regelungen in § 328 Absatz 5 zum Rechtsformwechsel des MDS zum MD Bund sind:

- Die Benennung der Vertreter der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienst durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes (vorauss. innerhalb von sechs Monaten - bis Ende Juni 2020),
- die Wahl der Vertreter des Verwaltungsrates des MD Bund durch die Verwaltungsräte der MD innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende September 2020),

- daraufhin konstituierende Sitzung des Verwaltungsrates des MB Bund auf Einladung des bisherigen Vorsitzenden des Verwaltungsrates des MDS,
- der Beschluss der Satzung des MD Bund durch den neu konstituierten Verwaltungsrat des MD Bund innerhalb von sechs Monaten (vorauss. bis Ende März 2021) sowie
- die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit über neue Satzung MD Bund innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende Juni 2020).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes – einschließlich der entsprechenden Übergangsvorschriften – ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25).

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Ablauf der den Hochschulen für die Umsetzung des elektronischen Studenten-Meldeverfahrens eingeräumten Übergangszeit werden in § 199a SGB V die Regelungen für das papiergebundene Meldeverfahren gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Redaktioneller Hinweis: Artikel 2 Nummer 3b wird Nummer 4.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungs-ermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung erhält das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Befugnis, auf Grund des Konzepts für eine repräsentative Kalkulation die Krankenhäuser für die Teilnahme an der Kalkulation verbindlich zu bestimmen. Diese vom InEK bestimmten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem InEK die für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten zu übermitteln. Dies gilt nicht nur für die Übermittlung der Daten, die nach dem Inkrafttreten generiert werden; Gegenstand dieser Verpflichtung können auch Daten aus der Zeit vor dem Inkrafttreten dieser Änderung sein, sofern das InEK diese Daten für die Kalkulation benötigt. Die Befugnis, Krankenhäuser zur Datenübermittlung zu verpflichten, war bisher den Vertragsparteien vorbehalten. Da sich die Verpflichtung zur Datenübermittlung nunmehr unmittelbar aus dem Gesetz ergibt, ist die bisherige Befugnisnorm für die Vertragsparteien entbehrlich. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation durch das InEK haben keine aufschiebende Wirkung.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die angestrebte Gesetzesänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2:

In Absatz 2 Satz 2 wird neben einer redaktionellen Überarbeitung (Einführung einer Nummerierung) eine zusätzliche Regelung aufgenommen, in der der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Regelungen zur ausschließlich elektronischen Übermittlung sowie zu Form und Inhalt der zwischen Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten (MD) auszutauschenden Unterlagen zu vereinbaren haben.

Die DKG und der GKV-Spitzenverband haben darüber hinaus bis zum 31.12.2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zur PrüfvV zu vereinbaren; diese gelten als Bestandteil der PrüfvV. Diese Regelung wird bei Nichteinigung durch die Bundesschiedsstelle getroffen.

Neuer Absatz 2a:

Es wird festgelegt, dass nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse keine Korrektur durch das Krankenhaus mehr möglich ist. Die PrüfvV kann abweichende Regelungen vorsehen. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 finden keine weiteren Krankenhausabrechnungsprüfungen durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst statt.

Neuer Absatz 2b:

Es wird eine Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus vor einer gerichtlichen Überprüfung etabliert. Es kann ein Vergleichsvertrag geschlossen werden. Es ist eine zweckgebundene Datenverarbeitung durch die Krankenhäuser vorgesehen.

Neuer Absatz 6:

Der GKV-Spitzenverband erstellt eine jährliche Statistik bis zum 30. Juni, erstmals zum 30.06.2020 für das jeweilige Vorjahr. Diese Statistik beinhaltet u. a. die Daten der vierteljährlichen Aufbereitung nach § 295 c Absatz 4 Sätze 2 und 3. Des Weiteren werden Auswertungen zur Anzahl und zu den Ergebnissen des Vorverfahrens sowie zu den durchschnittlichen Rechnungsbeträgen, den Prüfanlässen nach Art und Anzahl, den Ergebnissen der Prüfungen, den durchschnittlich zurückgezahlten Differenzbeträgen und Aufschlägen, zur Anzahl und zum Ergebnis der Nachverfahren und zu den Ergebnissen der Prüfungen erhoben. Diese sind

bundesweit und nach den jeweiligen Medizinischen Diensten zu gliedern. Krankenkassen werden verpflichtet, die erforderlichen Daten bis zum 30. April des Folgejahres zu melden. Einige Angaben entfallen für die Berichte in den Jahren 2020 und 2021. Die näheren Einzelheiten legt der GKV-Spitzenverband bis zum 31.03.2020 fest; DKG und Medizinischer Dienst sind einzubeziehen.

Neuer Absatz 7:

DKG und GKV-Spitzenverband legen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 30.06.2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einzelfallprüfung, der Strukturprüfung und der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene vor; die Ergebnisse nach Absatz 6 und eine Stellungnahme des MD Bund sind einzubeziehen.

B) Stellungnahme

Absatz 2:

Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt, ist jedoch noch zu konkretisieren. DKG und GKV-Spitzenverband haben in der PrüfvV die Absicht erklärt, den elektronischen Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und dem Medizinischen Dienst zu fördern. Erste Verhandlungen mit der DKG zur Umsetzung verdeutlichten, dass es einer gesetzlichen Regelung und damit einer Verbindlichkeit für alle Beteiligten bedarf. Es wird nun der bisherige „Empfehlungscharakter“ aufgehoben und klargestellt, dass die Regelungen für alle Krankenhäuser und den Medizinischen Dienste verbindlich sind. Es werden datenschutzrechtliche Anforderungen sichergestellt, da es nun eine verbindliche Rechtsgrundlage zur Übermittlung gibt.

Eine Umsetzung ab 2021 bedeutet, dass sich der GKV-Spitzenverband und die DKG noch vor Inkrafttreten des Gesetzes darauf verständigen müssten, da die Umsetzung eines vollständig neuen Verfahrens mindestens ein Jahr in der Vorbereitung mit sich bringt (z. B. Aufbau eines Portals, Aufbau von Software, Infrastrukturaufbau in Krankenhäusern ab 2020). Es wird deshalb vorgeschlagen, den Krankenhäusern ein zusätzliches Jahr zur Umsetzung zu gewähren.

Eine Migration in die Telematik-Infrastruktur sollte, soweit möglich, berücksichtigt werden. Es wird besondere Datenformate geben, die insbesondere im medizinischen Bereich noch nicht deutschlandweit genormt sind oder aber deren Übermittlungsart zumindest für die Beteiligten noch zu lösen ist (u. a. bestimmte Bildgebungsgrafiken, Dateigrößen, Dateiformate). Insbesondere die gesetzliche Vorgabe „ausschließliche elektronische Übermittlung“ stellt für beide Seiten eine große Herausforderung dar. Da die Gespräche mit der DKG bis zu einem ersten „Letter of Intent“ auf Fachebene führten, wird eine offene gesetzliche Vorgabe mit dem

Ziel einer Lösung auf dem Vereinbarungsweg unterstützt. Eine detaillierte gesetzliche Vorgabe (u. a. zu Vorgabe der Geschäftsvorfälle, Dokumenttypen, Portallösung, Protokollierung, Verschlüsselung, Schnittstellen etc.) wird deshalb nicht gefordert. Diese sollten gemeinsam verhandelt und geregelt werden.

Der Gesetzgeber hat klargestellt, dass der Datenaustausch nicht nur die Übermittlung von Unterlagen/Fallakten elektronisch sicherstellen, sondern auch den Informationsaustausch abbilden soll (z. B. elektronische Einleitung des Prüfverfahrens, elektronische Abstimmung von Terminen, Quittungen von Nachrichten etc.), da nun alle ablaufenden Vorgänge elektronisch übermittelt werden. Dies wird ausdrücklich begrüßt, ist jedoch mit der vorgegebenen zeitlichen Umsetzung zum 01.01.2021 nicht kompatibel. Alle Prozesse zu digitalisieren, ist ein enormer verfahrenstechnischer Aufwand für die Beteiligten. Wie bereits beschrieben, sollte das Jahr 2021 durch das Jahr 2022 ersetzt werden.

Krankenhäuser und Krankenkassen tauschen die Daten zur Abrechnung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V elektronisch aus. Künftig tauschen ebenfalls Krankenhäuser und Medizinische Dienste ihre Informationen auf dieser gesetzlichen Grundlage elektronisch aus. Einzig der Austausch der Daten zwischen Krankenkassen und MD ist bisher ohne gesetzliche Vorgabe. Der Gesetzgeber regelt nun die notwendigen Digitalisierungsanforderungen im Rahmen der MD-Prüfung. Deshalb wird vorgeschlagen, eine solche gesetzliche Regelung mit vorzusehen. Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, da die zu erstellenden Statistiken durch den GKV-Spitzenverband auf Daten der Medizinischen Dienste zurückgreifen. Ist der Datenaustausch zwischen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst nicht standardisiert, wird eine einheitliche Datenerhebung aufwendig.

Gemeinsame Vorgaben für die Ortsebene in Form von Umsetzungshinweisen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu begrüßen. Auch der vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus über die Bundesschiedsstelle wird begrüßt.

Darüber hinaus wäre zu überlegen, ob durch den Gesetzgeber zur Vermeidung weiterer Rechtsstreitigkeiten klargestellt wird, wie weit die Ermächtigung der Vereinbarungspartner reicht. In der Sozialgerichtsbarkeit bestehen unterschiedliche Auffassungen, ob in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG materiell-rechtliche Ausschlussfristen geregelt werden dürfen.

Neuer Absatz 2a:

Diese Regelung wird begrüßt. In der Begründung wird ausgeführt, dass Krankenhausrechnungen nicht mehr korrigiert werden dürfen. Im derzeitigen Abrechnungsverfahren gibt es eine Kombination aus Entlassungsanzeige, in dieser sind die medizinischen Informationen (OPS,

ICD, Geschlecht, Alter, Kodierung etc.) enthalten, und dazugehörig mindestens einer Rechnung (es kann z. B. zusätzlich Zwischenrechnungen geben), in der die Entgelte mit ihren Preisen enthalten sind. Der Gesetzgeber fasst diese nun unter dem Begriff „Abrechnung“ zusammen. Es wird nachfolgend zu definieren sein, was man unter einer Korrektur einer Abrechnung zu verstehen hat; dies könnte im Rahmen der PrüfV vorgenommen werden.

Die gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen zur Korrektur von Abrechnungen sind für Fälle zu ergänzen, in denen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes eine Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erzielt wurde, das Ergebnis muss bei Bedarf durch eine korrigierte Abrechnung umgesetzt werden; dies gilt auch, wenn im Nachverfahren oder bei einzelfallbezogener Erörterung eine Einigung erzielt wurde.

Neuer Absatz 2b:

Diese Regelung wird begrüßt, ist jedoch zu ergänzen. Abweichend vom Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes können bestehende Ungewissheiten beseitigt und ein Vergleich vereinbart werden. Durch das vorgesehene umfassende Aufrechnungsverbot und die damit verbundene Übertragung des Prozessrisikos auf die Krankenkassen ist diese Regelung künftig von besonderer Bedeutung.

Krankenhäuser haben alle medizinischen Informationen, Behandlungsdaten und Befunde vorliegen. Die Krankenkassen haben keine Kenntnis über diese Informationen und werden sich der Situation aussetzen müssen, dass im Rahmen der Klage weitere Informationen zu Tage treten. Bisher konnten Krankenhäuser ihr Prozessrisiko genau und sicher abwägen. Auf einer solchen soliden Basis konnten sie abwägen, ob ein Sozialgerichtsverfahren erfolgversprechend ist. Die Erörterung muss für Krankenhäuser und Krankenkassen verpflichtend sein, andernfalls könnte beispielsweise ein Krankenhaus durch Verweigerung der Erörterung sowohl die vorgerichtliche Klärung als auch die Einleitung eines Klageverfahrens behindern. Mit der neuen Regelung werden Krankenkassen zur Klage gezwungen, ohne diese Abwägung vornehmen zu können. Es ist somit notwendig, eine Regelung vorzusehen, dass Krankenkassen alle prozessrelevanten Unterlagen für dieses Nachverfahren erhalten. Nur dies verhindert unnötige Klagen und verringert das Risiko von Klageunwuchten zulasten der Krankenkassen. Anhand der in den Akten vorliegenden Informationen sind dann Vergleiche sinnvoll und Klagen können wirklich verhindert werden. Ansonsten gehen Krankenkassen blind in die Klageverfahren und die Urteile werden einseitig zuungunsten der Krankenkassen getroffen. Es wird vorgeschlagen, die vorgesehenen Modalitäten zur Erörterung vor gerichtlicher Überprüfung ebenso vorzugeben für Falldialoge vor MD-Prüfungen, da auf diese Weise MD-Begutachtungen teilweise vermieden werden können. Erfolgt keine verbindliche Regelung für die Vorlage

der relevanten Unterlagen, wird die Erörterung vor einem Klageverfahren keinerlei Wirkung entfalten und nicht zur beabsichtigten Entlastung der Gerichte führen.

Dieses neue Instrument der Erörterung ist zwingend in ein elektronisches Verfahren zu überführen, anderenfalls würde dies zu einem hohen Bürokratieaufwand führen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine Integration in das bestehende Datenübermittlungsverfahren zur PrüfvV erforderlich. In diesem Fall vereinbaren die DKG und der GKV-Spitzenverband das Nähere zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen. Derzeit sieht § 11 Absatz 1 PrüfvV vor, dass die DKG und der GKV-Spitzenverband das Nähere zur Datenübermittlung vereinbaren. Auf dieser Grundlage sind elektronische Übermittlungen u. a. zu Einladungen zum Falldialog, Verlängerungen des Falldialogs, Informationen zur leistungsrechtlichen Entscheidung oder Einleitungen des Prüfverfahrens geregelt. Es ist notwendig, die Erörterung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ebenfalls elektronisch abzubilden. Diese Informationen werden auch nach Absatz 6 für die jährliche Statistik erhoben. Eine manuelle Datenerhebung wäre bei seiner Vielzahl von Erörterungen nicht erstrebenswert.

Neuer Absatz 6:

Die gesetzliche Vorgabe sorgt für zusätzliche Transparenz. Dies ist zu begrüßen und bringt erstmalig eine verbindliche und verlässliche Aussage zum Prüfverfahren in die Öffentlichkeit.

Der GKV-Spitzenverband hat seit einiger Zeit Erfahrungen mit der Erstellung solch sensibler Daten im Rahmen der bestehenden AG Abrechnungsprüfung gesammelt. Bereits bei den Auswertungen, die dem Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Abrechnungsprüfung³ vom 29.04.2019 zugrunde liegen, beteiligten sich Krankenkassen, die ca. 76 % der Versicherten präsentieren.

Eine solche Statistik in diesem Umfang und mit den zeitlichen Restriktionen ist mit vielen maschinellen Routinen umzusetzen. Aus diesem Grund ist erneut darauf hinzuweisen, dass die Informationen, bei denen ein Kontakt zwischen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst stattfindet, unterschiedlich von den Krankenkassen festgehalten werden, da es keine einheitliche Datenübermittlung bzw. Erfassung gibt (z. B. Prüfanlässe, Gründe der MD-Anzeigen etc.). Es ist notwendig, den Informationsaustausch verbindlich und einheitlich zu vereinbaren (vgl. Stellungnahme zu Absatz 2).

Der Termin zur Festlegung der Einzelheiten zur Datenerhebung durch den GKV-Spitzenverband liegt mit dem 31.03.2020 sehr nah an der ersten Lieferung (30.04.2020). Krankenkassen hätten im Zweifel nur vier Wochen Zeit, ihre Daten nach diesen Vorgaben zu erheben; dies ist zeitlich knapp.

³ Vgl. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/2019-04-29_KH-Abrechnung_Argumentationspapier.pdf.

Für die durch den GKV-Spitzenverband zu erstellende Jahresstatistik fehlt eine Regelung für die Informationsübermittlung zu den Strukturprüfungen nach § 275d SGB V. Eine entsprechende Regelung ist zu ergänzen. Krankenhäuser sind nur verpflichtet, die Bescheinigung bei Einhaltung der Strukturmerkmale an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Notwendig für die Jahresstatistik sind jedoch sowohl Informationen über die beauftragten Strukturprüfungen als auch über deren Ergebnis. Informationen sollten dem GKV-Spitzenverband sinnvollerweise zudem auch über die Mitteilungen nach § 275 Absatz 3 Satz 3 SGB V übermittelt werden (Nichteinhaltung von nachgewiesenen Strukturmerkmalen).

Die ab dem Jahr 2020 für das Jahr 2019 vorgesehene jährliche Statistik kann keine Angaben zu einzelfallbezogenen Erörterung nach Absatz 2b umfassen, da diese ab dem Jahr 2020 gesetzlich vorgesehen sind. Für die erste Datenlieferung und Veröffentlichung ist ein Abschluss zu ergänzen.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage der bei den Krankenkassen und den Medizinischen Diensten vorliegenden Daten. Inwieweit diesbezüglich eine Stellungnahme durch die DKG notwendig ist, erschließt sich nicht. Diese Regelung ist zu streichen.

Absatz 7:

Diese Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die Erfahrungen der bisherigen Verhandlungen zu diesen Themengebieten lassen nicht erwarten, dass ein gemeinsamer Bericht die gewünschten Ansätze für potenzielle Anpassungsbedarfe an den Gesetzgeber adressieren wird, da die Interpretationen von Statistiken im Rahmen der Abrechnungsprüfung bei der DKG und dem GKV-Spitzenverband auseinanderlaufen werden. Insoweit wäre es unter Umständen sinnvoll, zwei getrennte Berichte abzufragen oder aber gemeinsam einen unabhängigen Dritten mit einem Gutachten zur Auswirkung im Rahmen der Abrechnungsprüfung zu beauftragen.

C) Änderungsvorschlag

Im Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wird die Zahl „~~2021~~“ durch „2022“ ersetzt und nach den Worten „elektronische Übermittlung von“ die Wörter „Informationen und“ eingefügt.

Im Absatz 2 werden nach Satz 2 die Sätze 3 und 4 neu eingefügt:

„Die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste übermitteln einander die Daten und die gutachterlichen Stellungnahmen durch elektronische Datenübertragung. Das Nähere zu Form

und Inhalt sowie zum Verfahren der elektronischen Datenübertragung zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten bestimmt der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst Bund.“

In Satz 2 wird nach dem Wort „weiteren“ das Wort „medizinischen“ eingefügt.

In Absatz 2b wird nach Satz 1 der neue Satz 2 eingefügt:

„Diese Erörterung ist für beide Seiten verpflichtend.“

In Absatz 2b werden nach Satz 3 die neuen Sätze 4 und 5 eingefügt:

„Das Nähere zur elektronischen Übermittlung der dafür notwendigen Informationen regelt die Vereinbarung nach Absatz 2. Dazu werden der Krankenkasse die für das Gerichtsverfahren relevanten Unterlagen vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt; nicht zur Verfügung gestellte Unterlagen können im Klageverfahren nicht mehr geltend gemacht werden.“

In Absatz 6 Satz 3 sind nach den Worten „die Krankenkassen“ die Worte „für die Nummern 1 bis 6 und die Medizinischen Dienste für Nummer 7“ zu ergänzen.

In Absatz 6 Satz 4 sind nach dem Wort „Aufschläge“ die Worte „sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannten einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b“ zu ergänzen.

In Absatz 6 Satz 6 sind die Worte „der Deutschen Krankenhausgesellschaft und“ zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3

§ 19 Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Es wird ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene gebildet (vormals in § 17c Absatz 3 KHG, der mit Artikel 2 Nummer 1d) aufgehoben wird); die Regelung entspricht weitestgehend der Regelung in § 17c Absatz 3 KHG (a. F.). Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses wird beim InEK eingerichtet. Die Vertragsparteien, d. h. der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband und die DKG, vereinbaren eine Geschäftsordnung, die den Ablauf des Verfahrens und die Gebühren festlegt.

Absatz 2:

Der Schlichtungsausschuss Bund klärt nur Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung

Absatz 3:

Die alte Regelung nach § 17c Absatz 3 KHG sah eine Anrufungsmöglichkeit für folgende Institutionen vor: DKG, GKV-Spitzenverband, Landesverbände der Krankenkasse, Ersatzkassen und Landeskrankenhausesellschaften. Hinzu trat gemäß Verfahrensordnung des Schlichtungsausschusses Bund der PKV-Verband. In Absatz 3 wird dieser Kreis um folgende Institutionen erweitert: der PKV-Verband, die Krankenkassen, die Krankenhäuser, die Medizinischen Dienste, die mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses selbst.

Absatz 4:

Der Schlichtungsausschuss Bund entscheidet acht Wochen nach Anrufung. Diese Entscheidung gilt für alle Krankenhausrechnungen, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gestellt werden. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten am Entscheidungstag für alle Fälle, die dem MD Bund vorliegen.

Absatz 5:

Die Sozialmedizinische Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) erhalten den Auftrag, bis

zum 31.12.2019 strittige Kodierempfehlungen auszuweisen. Über diese ausgewiesenen strittigen Kodierempfehlungen entscheidet der Schlichtungsausschuss Bund bis zum 31.12.2020.

Absatz 6:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln und sind für die Krankenkassen, Medizinischen Dienste und die zugelassenen Krankenhäuser in der in Absatz 4 genannten Frist verbindlich.

Absatz 7:

Klagen gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses entfalten keine aufschiebende Wirkung. Klagebefugt sind nur die Einrichtungen, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber strebt eine bundeseinheitliche, unabhängige Abrechnungsprüfung und eine Reduktion der Einzelfallprüfungen an. Für diese systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen muss eine einheitliche Grundlage geschaffen werden, was richtige und was falsche Kodierung ist. Diese Rolle weist der Gesetzgeber zukünftig dem Schlichtungsausschuss zu.

Die Ausweitung des Kreises der Antragsberechtigten birgt das Risiko einer Überfrachtung des Schlichtungsausschusses mit Anträgen zur Entscheidung in Einzelfällen. Zutreffend wird die bisherige Formulierung des § 17c Absatz 3 Satz 2 KHG auch in die Neuregelung übernommen, wonach der Schlichtungsausschuss nur Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung klären soll. Leider sind in dem Gesetzentwurf keine Hinweise enthalten, wann von einer grundsätzlichen Bedeutung auszugehen ist. Um an dieser Stelle zur Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs unnötige Auseinandersetzungen zu vermeiden, halten wir es für notwendig, bereits im Gesetz entsprechende Kriterien festzulegen.

Die Kürzung der Entscheidungsfrist des Schlichtungsausschusses von sechs Monaten auf acht Wochen nach Antragstellung stellt strenge Anforderungen an die Prozesse des Schlichtungsausschusses.

Die von der SEG 4 einerseits und der DGfM andererseits schriftlich festgehaltenen, derzeit rund 90 bestehenden Kodierstreitigkeiten⁴ sind bis zum 31.12.2020 vom Schlichtungsausschuss zu entscheiden. Diese Verstetigung des Prozesses ist sinnvoll. Um die veranschlagte

⁴ Vgl. <https://foka.medizincontroller.de/index.php/SEG-4>.

Menge von 90 strittigen Kodierproblemen in einem Jahr zu lösen, wird der Schlichtungsausschuss Bund (im Durchschnitt) in einer Woche zwei Kodierfragen klären müssen. Die Entscheidungsfindungsprozesse des Schlichtungsausschusses müssen hierzu professionalisiert und verstetigt werden.

Die Klarstellung in Absatz 6, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses als Kodierregeln gelten und nach Ablauf der festgelegten Frist unmittelbar verbindlich sind, ist folgerichtig. Wir begrüßen insoweit auch, dass die Regelungen ab der Entscheidung des Schlichtungsausschusses nur für die Zukunft gelten sollen.

Es bleibt sowohl nach der Regelung in Absatz 4 als auch Absatz 6 unklar, nach welcher Rechtsgrundlage zwischen der Entscheidung des Schlichtungsausschusses und der verbindlichen Wirkung der neuen Kodier- oder Abrechnungsregel abgerechnet werden soll. Um Missverständnisse und unnötige Klagen zu vermeiden, wird angeregt, die verbindliche Wirkung einen Tag nach der Entscheidung des Schlichtungsausschusses eintreten zu lassen, um die unklare Rechtssituation nicht unnötig bis zum Fristablauf zu perpetuieren. Absatz 4 Satz 3 sollte daraufhin geändert werden, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses ab dem auf die Entscheidung folgenden Tag sowohl für die gestellten Rechnungen als auch für alle beim Medizinischen Dienst anhängigen Fälle gelten. In Absatz 6 wird die Veröffentlichung im Internet am Tag der Entscheidung festgelegt, um eine zeitnahe Übermittlung der neuen Kodierregel sicherzustellen und eine Kenntnisnahme zu erlauben.

Bei dem Schlichtungsausschuss handelt es sich um ein mit Vertretern der Vertragsparteien und unparteiischen Mitgliedern besetztes Schiedsgremium, das durch seine Entscheidungen die Dispositionsbefugnis der Vertragsparteien ersetzt. Deswegen haben die Vertragsparteien in Schiedsverfahren jeweils nicht nur ein wechselseitiges Anhörungsrecht, sondern im Sinne der Sicherstellung der Rechtsweggarantie aus Artikel 19 Absatz 4 GG auch ein Klagerecht. Das gilt auch, wenn keine Schiedsstelle, sondern eine Schiedsperson entscheidungsbefugt ist. Um den effektiven Rechtsschutz der die Kodier- und Abrechnungsregelungen vereinbarenden Vertragsparteien zu gewährleisten, könnte man erwägen, ihnen ebenfalls den weitergehenden Rechtsschutz gegen die Entscheidung des Schlichtungsausschusses wie dem Antragsteller zu gewähren.

C) Änderungsvorschlag

Dem Absatz 2 wird der folgende Satz 2 hinzugefügt:

„Kodier- und Abrechnungsfragen sind von grundsätzlicher Bedeutung, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Es handelt sich nicht um eine Abrechnungs- oder Kodierfrage im Einzelfall,
2. die Frage ist bislang unregelt oder getroffene Regelungen werden unterschiedlich angewendet, so dass wiederholt Konflikte in der Abrechnung auftreten,
3. es ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (zum Beispiel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) oder die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6,
4. die Frage kann durch die gemeinsame Selbstverwaltung geregelt werden,
5. eine Lösung der Thematik konnte innerhalb des nächsten erreichbaren Anpassungszyklus (DRG-System, Klassifikationen) nicht erreicht werden und seit erstmaliger Erörterung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene sind mindestens sechs Monate vergangen.“

Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt angepasst:

„Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle Krankenhausabrechnungen, die nach dem Tag der Veröffentlichung der Entscheidung gestellt werden, sowie für Abrechnungen, die Gegenstand einer noch nicht abgeschlossenen Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.“

Absatz 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind am Tag der Entscheidung im Internet als Kurzbericht zu veröffentlichen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln.“

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 2 Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung sollen die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern von den allgemeinen Krankenhausleistungen ausgenommen werden.

B) Stellungnahme

Die Kosten für die Hinzuziehung von Gebärdensprachdolmetschern sind bisher in den Bewertungsrelationen berücksichtigt und mit den Entgelten für die allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten. Die häufig angeführte Argumentation, die Vergütung einzelner Leistungskomponenten sei nicht explizit sichtbar und es ergebe sich kein Mehrwert für die Krankenhäuser, trägt nicht und birgt das grundsätzliche Risiko, immer wieder Leistungsbestandteile, die sich vermeintlich nicht deutlich genug in der pauschalen Vergütung darstellen, aus der Kalkulation herauszulösen.

Die Ausgliederung der Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern aus den allgemeinen Krankenhausleistungen ist deshalb nicht nachvollziehbar und wird abgelehnt. Sie ist auch nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten, denen bei einer Ausgliederung der Leistungen aus den allgemeinen Krankenhausleistungen als „Veranlasser“ der Gebärdensprachdolmetscherleistungen die Verantwortung für die Verfügbarkeit der Dolmetscher zu den Zeitpunkten zukäme, an denen die Dolmetscherleistungen benötigt werden. Dies ist weder für akute Bedarfssituationen sachgerecht, noch ist es für Patientinnen und Patienten zumutbar, während der Krankenhausbehandlung Dolmetscherleistungen abgestimmt auf die Planung der Ablauforganisation der Krankenhausbehandlung zu organisieren. Die in der Begründung des Gesetzentwurfs herangezogene Parallele zur ambulanten Versorgung verkennt insoweit die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Versorgung.

Die teilweise für gehörlose Patientinnen und Patienten entstandene Belastungssituation sollte künftig durch eine korrekte Vorgehensweise der Krankenhäuser vermieden werden. Die Kostenabrechnung muss direkt zwischen Krankenhaus und Gebärdensprachdolmetscher erfolgen, da die Finanzierung seitens der Krankenkassen über die Fallpauschalen abgedeckt ist.

Sofern eine Ausgliederung dennoch erfolgen soll, ist zwingend sicherzustellen, dass die Krankenhäuser weiterhin in der Organisationsverantwortung für erforderliche Gebärdensprachdolmetscherleistungen bleiben und die Kalkulation der DRGs sowie die Landesbasisfallwerte angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2a

§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1a Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung legt fest, dass der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung der Patientin oder des Patienten keine Anwendung findet.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es unverständlich, warum der Gesetzgeber die Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation vom FDA ausnehmen will.

Bei genauerer Betrachtung der Fallzahlentwicklung in diesem Bereich zeigt sich, dass seit 2009 die Zahl der Schlaganfälle trotz immer besserer Diagnostik um weniger als 10 % angestiegen ist. Demgegenüber haben sich die Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation mehr als verdoppelt. Nicht nur die Indikation zur Frührehabilitation, auch die Länge der stationären Verweildauer in der Frührehabilitation wird häufig von Erlöserwägungen beeinflusst. Anders sind die entsprechenden Häufungen in der Verweildauer an den Erlösschwellen nicht zu erklären. Eine Mengenanfälligkeit aus nicht medizinischen Gründen liegt damit in diesem Bereich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vor.

Im Rahmen der Verhandlungen zum FDA wurden die frührehabilitativen Leistungen aufgrund der starken nicht morbiditätsbedingten Mengensteigerungen von den Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG und GKV-Spitzenverband) explizit nicht in den Katalog nichtmengenanfälliger Leistungen aufgenommen. Die Entscheidung, diese Leistungen nun per Gesetz vollständig vom FDA auszunehmen, ist fachlich unverständlich. Weitere deutliche nichtmorbiditätsbedingte Leistungssteigerungen in diesem Bereich sind zu befürchten.

Die Regelung wird vor diesem Hintergrund vom GKV-Spitzenverband abgelehnt.

Im Zusammenhang mit den Regelungen zum FDA ist die bestehende Anspruchsgrundlage zur Herausnahme von sogenannten Zentrumsleistungen nach § 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1d KHEntgG ohne reale Wirkung und daher zu streichen. Zentrumsleistungen nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG sind nämlich gerade keine Leistungen, die mit DRG-Fallpauschalen zu vergüten, sondern mit Zuschlägen abzugelten sind. Wenn also diese Leistungen nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, sind sie aus einem Abschlag, der nach DRG-Fallpauschalen

bemessen wird, nicht herausnehmbar. Die bestehende Regelung läuft damit immer ins Leere und ist zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1a ist zu streichen.

§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1d wird gestrichen.

In § 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1c wird das Komma durch das Wort „sowie“ ersetzt.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2b

§ 4 Absatz 8 Satz 1 Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum PpSG. Mit dem PpSG wurde geregelt, dass Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ab dem Jahr 2020 durch krankenhausespezifische Pflegebudgets und nicht mehr durch Fallpauschalen finanziert werden. Die im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms bis einschließlich zum Jahr 2019 vorgenommenen Neueinstellungen zusätzlicher Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sowie die Aufstockung entsprechender Teilzeitstellen führen zu einer Erhöhung des zu vereinbarenden Pflegebudgets. Eine separate Finanzierung von Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen durch das Pflegestellen-Förderprogramm ist daher nicht mehr erforderlich. Somit können Mittel aus dem Pflegestellen-Förderprogramm für das Jahr 2019 letztmalig in Anspruch genommen werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die angestrebte Gesetzesänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) als direkter Ansprechpartner für die Krankenkassen im Verfahren zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) definiert. Dies entspricht seit jeher der gängigen Verfahrenspraxis. Bislang sieht das geltende Recht jedoch vor, dass vor der Vereinbarung eines gesonderten NUB-Entgeltes eine Information von den Vertragsparteien nach § 9 darüber einzuholen ist, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Insoweit ist hier eine Klarstellung angezeigt. Die anschließende Information der Krankenkassen über ein vereinbartes Entgelt hat ebenfalls direkt an das InEK zu erfolgen.

Durch die Regelung wird das InEK als direkter Empfänger der Informationen der Krankenkassen über gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 2a definiert. Dies entspricht seit jeher der gängigen Verfahrenspraxis.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband stimmt der Änderung grundsätzlich zu. Wie in der Begründung ausgeführt entspricht die Anpassung der gängigen Verfahrenspraxis.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4

§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Einzelfallbezogene Prüfungen bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegentgelten sind nicht zulässig. Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben. Diese Regelung findet durch die Überführung in das KHEntgG auch für andere Kostenträger Anwendung (z. B. PKV).

B) Stellungnahme

Dass diese Regelung auch für die PKV und andere Kostenträger gilt, ist zu begrüßen. Es wird jedoch auf die Stellungnahme zum neuen § 275c Absatz 6 SGB V verwiesen. Es ist die gemeinsame Regelung der DKG und des GKV-Spitzenverbandes in § 275c Absatz 6 SGB V aufzunehmen: Es findet keine Prüfung der Pflegentgelte statt, Ausnahme ist die Änderung des Relativgewichtes der aDRG (vgl. Änderungsvorschlag zu §§ 275c und 275d SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5

§ 8 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3:

Absatz 3 regelt, dass bei Feststellung einer fehlenden vollstationären Behandlungsbedürftigkeit die Leistungen des Krankenhauses in Höhe vorstationärer Behandlungen vergütet werden.

Absatz 4:

Krankenhäuser, die die Prüfung der Strukturmerkmale nach § 275d SGB V nicht bestanden haben, dürfen die entsprechenden Entgelte nicht abrechnen.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 3

Diese Regelung begünstigt einseitig die Krankenhäuser, da sie vorsieht, dass im Falle einer erfolgreichen Fehlbelegungsprüfung die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergüten sind, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht. Die vollstationäre Fehlbelegungsprüfung wird damit grundsätzlich in Frage gestellt, da ein Krankenhausfall, der nicht notwendig war, trotzdem zulasten der GKV vergütet wird. Bleibt es bei der gesetzlichen Vorgabe, dass die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung keine Auswirkung auf die Pflegeanteile haben dürfen, wird darüber hinaus für einen nicht notwendigen Krankenhausfall ein Pflegeanteil weiterhin vergütet.

Die Prüfung von Strukturmerkmalen von Prozedurenkodes vor der Leistungserbringung schafft Abrechnungssicherheit für die Krankenhäuser und die Krankenkassen sowie Planungssicherheit für die Bundesländer und wird daher sehr begrüßt (vgl. auch Stellungnahme zu § 275d SGB V). Hinsichtlich einer nicht mehr gegebenen Erfüllung bereits nachgewiesener Strukturmerkmale ist ein Abrechnungsausschluss erforderlich, solange die erneute Erfüllung der Strukturmerkmale nicht nachgewiesen werden kann.

C) Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 4 KHEntgG ist folgender Satz 2 zu ergänzen:

„Gleiches gilt für Leistungen, die nach Anzeige der Nichterfüllung gemäß § 275d Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Krankenhaus die erneute Einhaltung der Strukturmerkmale nachweist.“

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen. Erfüllen Krankenhäuser die Strukturmerkmale nicht, dürfen diese auch nicht vereinbart und damit abgerechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das bisherige Pflegestellen-Förderprogramm wird ab dem Jahr 2021 aufgehoben.

B) Stellungnahme

Auf Grund der über das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz initiierten neuen Finanzierungsstruktur für Pflegekräfte im Krankenhaus erübrigt sich das bisherige Pflegestellen-Förderprogramm. Der Aufhebung ab dem Jahr 2021 wird zugestimmt, um den der letztmaligen Stellenfinanzierung über das Pflegestellen-Förderprogramm im Jahr 2019 nachgelagerten Aufgaben im Jahr 2020 noch nachkommen zu können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1

§ 8 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 regelt, dass Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen dürfen.

Der neue Absatz 6 regelt, dass bei Feststellung einer fehlenden vollstationären Behandlungsbedürftigkeit die Leistungen des Krankenhauses in Höhe vorstationärer Behandlungen vergütet werden.

B) Stellungnahme

Absatz 3:

Diese Regelung ist zu begrüßen. Es handelt sich um die analoge Regelung aus dem KHEntgG für den Bereich der BpflV. Erfüllen Krankenhäuser die Strukturmerkmale nicht, dürfen diese auch nicht vereinbart und damit abgerechnet werden.

Absatz 6:

Diese Regelung begünstigt einseitig die Krankenhäuser, da sie vorsieht, dass im Falle einer erfolgreichen Fehlbelegungsprüfung die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergütet sind, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht. Die vollstationäre Fehlbelegungsprüfung wird damit grundsätzlich in Frage gestellt, da ein Krankenhausfall, der nicht notwendig war, trotzdem zulasten der GKV vergütet wird. Bleibt es bei der gesetzlichen Vorgabe, dass die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung keine Auswirkung auf die Pflegeanteile haben dürfen, wird darüber hinaus für einen nicht notwendigen Krankenhausfall ein Pflegeanteil weiterhin vergütet.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 ist zu streichen.

Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, dürfen diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen. Es handelt sich um die analoge Regelung aus dem KHEntgG für den Bereich der BpflV. Erfüllen Krankenhäuser die Strukturmerkmale nicht, dürfen diese auch nicht vereinbart und damit abgerechnet werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 56 Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt. Zudem wird der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 8 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 128 Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 9 (Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 76 Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine durch die geänderten und zusätzlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste bedingte Folgeänderung. Auch im Hinblick auf die ebenfalls geregelten (geänderten und neuen) Übermittlungsbefugnisse und -pflichten der Medizinischen Dienste (§§ 275 Absatz 3b, 275c Absatz 1, 275d Absatz 1) besteht kein Widerspruchsrecht der Betroffenen, wenn Daten durch die in § 76 Absatz 1 SGB X genannten Personen übermittelt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

Inhaltsverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Medizinischen Dienstes.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 7 Aufklärung, Auskunft

§ 7a Pflegeberatung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Medizinischen Dienstes.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absätze 1 und 1b:

Der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ersetzt. Mit der vorgesehenen Regelung soll dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) die Richtlinienkompetenz sowohl für die Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung (Begutachtungs-Richtlinien, Absatz 1) als auch für die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien, Absatz 1b) übertragen werden. Die Richtlinien sind im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu erlassen.

Absatz 1 a:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt weiterhin die Richtlinien für die Durchführung der Pflegeberatung, unter Beteiligung des MD Bund. Als Folgeänderung wird der Name des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen durch den Namen des Medizinischen Dienstes Bund ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen. Dies gilt ebenfalls hinsichtlich des hilfsweisen Änderungsvorschlags.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Änderungen in den Absätzen 1 und 1a.

In Absatz 1 b wird der Satz 1 wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt Richtlinien zur Feststellung des Zeitan-
teils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen
hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häusli-
chen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften
Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat.“

Hilfsweiser Änderungsvorschlag: In Absatz 1, 1a, 1 b jeweils Satz 1 wird das Wort „Benehmen“
durch das Wort „Einvernehmen“ ersetzt.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den vorgesehenen Regelungen in den Absätzen 1 und 3 Satz 1 und 5 sowie dem Absatz 6 handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Medizinischen Dienst (MD). Die Änderungen in Absatz 3 Satz 11 und Absatz 5a Satz 4 sind eine Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund gemäß § 53d.

Die Regelungen des Absatzes 2b hinsichtlich des Aussetzens der Begutachtungsfristen und der Festlegung bundesweiter Kriterien zum Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs werden gestrichen.

In Absatz 7 wird klargestellt, dass die dem Medizinischen Dienst übertragene Aufgabe der Begutachtung durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen oder Ärzte in Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen wird.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen. Dies gilt ebenfalls hinsichtlich des hilfsweisen Änderungsvorschlags.

Bei der vorgesehenen Streichung des Absatzes 2b handelt es sich um eine sachgerechte Gesetzesbereinigung.

Die in Absatz 7 vorgesehene Klarstellung entspricht der fachlich gebotenen Praxis und ist daher ebenfalls sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 18 Absatz 3 Satz 11 und Absatz 5a Satz 4 sind zu streichen.

Hilfsweiser Änderungsvorschlag:

In Absatz 3 Satz 11 werden die Wörter „im Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ ersetzt.

In Absatz 5a Satz 4 wird das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ ersetzt.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Medizinischen Dienst (MD).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung soll dem Medizinischen Dienst Bund die Richtlinienkompetenz für die Dienstleistungs-Richtlinien übertragen werden.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen bei der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung entsprechen den vorgesehenen Änderungen bei der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nummer 1b).

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und erforderlich, um dem geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 25 Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entsprechen den vorgesehenen Änderungen bei der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nummer 2).

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und erforderlich, um dem auch für die Familienversicherung geltenden Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

§ 33 Leistungsvoraussetzungen

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

§ 46 Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird durch den Namen des Medizinischen Dienstes (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 53a entfällt; seine Regelungsinhalte gehen weitgehend in dem neuen § 53d (Aufgaben des MD Bund) auf.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 53b wird der neue § 53a. Zudem wird der Name des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) durch den Namen des Medizinischen Dienst (MD) ersetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 53c wird der neue § 53b.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

Fünfter Abschnitt (neu) – §§ 53c und 53d

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Fünften Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird ein neuer fünfter Abschnitt „Medizinische Dienste; Medizinischer Dienst Bund“ mit den vorgesehenen Neuregelungen der §§ 53c und 53d gebildet, in dem die organisatorischen Grundlagen und die Aufgaben der Medizinischen Dienste (MD) und des MD Bund zusammengefasst werden.

Die vorgesehene Neuregelung des § 53c verknüpft die im SGB V geregelte Neuorganisation der Medizinischen Dienste und des MD Bund, die als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts an die Stelle der MDK bzw. des MDS treten, mit den Regelungen des Elften Buches. Die Übergangsregelungen lehnen sich an die Übergangsregelungen nach § 328 SGB V an. Dies bedeutet für die beabsichtigten Neuregelungen im Elften Buch, dass diese für den einzelnen MD jeweils erst ab dem Datum des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung der jeweiligen Satzung anwendbar sind. Dieses Datum ist nach § 328 Absatz 1 Satz 4 SGB V öffentlich bekannt zu geben. Der Zeitpunkt des Ablaufs des Monats wurde dort als der zentrale Zeitpunkt bestimmt, an dem die Medizinischen Dienste ihre Aufgaben nach dem neuen Regelungsregime aufnehmen. Der Zeitpunkt kann bei den jeweiligen Medizinischen Diensten je nach Verfahrensablauf der Neukonstituierung unterschiedlich sein.

Die vorgesehene Neuregelung des § 53d regelt die Aufgaben des MD Bund und entspricht im Wesentlichen der vorgesehenen Regelung des § 283 Absatz 1 SGB V, wobei bei § 53d auf den pflegfachlichen Bereich abgestellt wird. In den Absätzen 2 und 3 wird dem MD Bund die Kompetenz zum Erlass der dort genannten Richtlinien übertragen.

Die Auflistung der Richtlinien in Absatz 2 knüpft einerseits an die im bisherigen § 53a genannten und dort dem GKV-Spitzenverband übertragenen Richtlinienkompetenzen an, andererseits wird an die in § 283 SGB V aufgelisteten Richtlinien angeschlossen. In Absatz 3 werden die Richtlinien genannt, die der MD Bund im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu erlassen hat und deren Regelungsinhalte bzw. deren Umsetzung unmittelbar auch die Pflegekassen betreffen. Beim Erlass der Richtlinien nach Absatz 2 sind die Medizinischen Dienste zu beteiligen und beim Erlass der Richtlinien nach Absatz 3 das Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband herzustellen. Der bisherige Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit und die weiteren Beteiligungsverfahren finden weiterhin Anwendung.

B) Stellungnahme

Zu § 53c (Neuorganisation von MD Bund und MD): Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummern 11 und 16 (§§ 278, 281 und 328 SGB V) verwiesen.

Zu § 53d Absatz 1 (Übergangsregelung): Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 SGB V) verwiesen.

(a) Zu § 53d Absätze 2 und 3 (Übertragung der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands auf den MD Bund) im Allgemeinen:

Die vorgesehene Übertragung der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands auf den MD Bund, insbesondere für die Richtlinien mit Auswirkungen für die Pflegekassen, wird abgelehnt. Richtlinien, die Begutachtungs- und Prüfgrundlagen regeln und den Leistungsentscheidungen und Maßnahmenbescheiden der Pflegekassen zugrunde gelegt werden, können nur durch den GKV-Spitzenverband festgelegt werden. Nur durch die gegenwärtigen Strukturen der Normgebung kann die erforderliche Rechtssicherheit für die Pflegekassen gewährleistet werden (1.). Die Gründe für die beabsichtigte Neuregelung sind nicht nachvollziehbar (2.); die Neuregelung wäre zudem mit einem nicht zu rechtfertigenden Aufwand verbunden (3.).

1. Richtlinien bilden leistungs- und vertragsrechtliche Grundlage für Entscheidungen der Pflegekassen

Für die Erstellung von Richtlinien, insbesondere im Bereich der Begutachtung und Prüfung des Elften Buches, sind neben der Pflegefachlichkeit vor allem Kenntnisse zu den Gesamtzusammenhängen in der Sozialversicherung, insbesondere zum Leistungs- und Vertragsrecht, erforderlich. Die Kernkompetenz des MDS bezieht sich allein auf die pflegefachliche Expertise.

Der Gesetzgeber selbst erkennt, dass die Richtlinien, die für die Pflegekassen bindend sind, leistungs- und vertragsrechtliche Auswirkungen haben. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird der Erlass der Richtlinien im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband als sachlich geboten gesehen, da „die Regelungsinhalte beziehungsweise die Umsetzung der Richtlinien unmittelbar auch die Pflegekassen betrifft“. Sachlich geboten ist jedoch die unveränderte Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes für die Richtlinien, die für die Pflegekassen Bindungswirkung entfalten. Die Festsetzung von Regelungsinhalten ist auch die Grundlage für Verwaltungsakte der Pflegekassen und prägt damit entscheidend

das Leistungs- und Vertragsgeschehen. So entscheidet beispielsweise die Pflegekasse über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit anhand der Ergebnisse einer Begutachtung des Versicherten auf Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse in Form eines Verwaltungsaktes ist hierbei Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung.

Im Bereich der Qualitätsprüfungen haben die zugrundeliegenden Richtlinien ebenfalls Auswirkungen auf das Handeln der Pflegekassen. Die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen bilden beispielsweise die Grundlage für Maßnahmenbescheide der Pflegekassen gegenüber den Pflegeeinrichtungen und haben damit Einfluss auf das Vertragsgeschehen. Bei der Erstellung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien, die Grundlage für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sind, ist es erforderlich, dass diese auch mit den vertraglichen Grundlagen zwischen den Pflegekassen und Leistungserbringern vereinbar sind und nicht davon losgelöst nur auf den allgemeinen medizinisch-pflegerischen Kenntnisstand Bezug nehmen. Dies wäre bei einer Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund mit einem lediglich vorgesehenen Stellungnahmerecht des GKV-Spitzenverbandes nicht sichergestellt.

Durch die Übertragung der Richtlinienkompetenz würde der MD Bund wie oben ausgeführt durch Festsetzung von Regelungsinhalten, die für die Pflegekassen Bindungswirkung entfalten, maßgeblich die Entscheidungen der Pflegekassen über Leistungen (z. B. durch Begutachtungs-Richtlinien, Kostenabgrenzungs-Richtlinien) und Sanktionsmaßnahmen (z. B. durch Qualitätsprüfungs-Richtlinien) prägen. Sofern der Gesetzgeber beabsichtigt, dem MD Bund die Kompetenz zuzusprechen, leistungs- und vertragsrechtliche Grundlagen sowie Beurteilungsmaßstäbe für die Begutachtung und Qualitätsprüfung verbindlich festzulegen, würde dies unzweifelhaft den Aufgabenbereich des MD Bund überschreiten, der auf die Koordination und Förderung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung durch die Medizinischen Dienste sowie die Beratung des GKV-Spitzenverbandes ausgerichtet ist (siehe § 283 Absatz 1 SGB V (neu)), jedoch zu Recht keinerlei Gestaltungskompetenzen mit Wirkung für die Pflegekassen aufweist. Diese Systematik könnte zudem dazu führen, dass der Begutachtungen und Prüfungen im Auftrag der Pflegekassen durchführt und dabei auf der Grundlage der einseitig für ihn verbindlichen Richtlinien Maßstäbe anlegt, die nicht mit leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen oder Rechtsauslegungen der Pflegekassen übereinstimmen. Die Ergebnisse der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste - und im Übrigen auch die der anderen Begutachtungs- und Prüfinstitutionen - wären damit für die Pflegekassen, die die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit ihrer Leistungsentscheidungen tragen, nicht verwertbar. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch für die Pflegekassen ist es deshalb von

elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der Pflegekassen übereinstimmen. Dies kann nur durch die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes gewährleistet werden.

Das neue beabsichtigte Konstrukt der Normgebung ist auch im Hinblick auf den erforderlichen Rechtsschutz der Pflegekassen rechtlich angreifbar. Unklar bleibt in dem Referentenentwurf, ob die Pflegekassen Rechtsschutzmöglichkeiten gegen die in den Richtlinien getroffenen Entscheidungen des MD Bund hätten. Dies betrifft insbesondere die Fälle, in denen der MD Bund in seinen Richtlinien verbindliche Kriterien für die Prüfungen und Begutachtungen festlegt, die nicht der Rechtsauslegung der Pflegekassen entsprechen. Es erscheint nicht sachgerecht, dass die Pflegekassen in ihren leistungs- und vertragsrechtlichen Entscheidungen gebunden sind, ohne eine eigene Möglichkeit zu haben, die Kriterien des MD Bund gerichtlich überprüfen zu lassen. Ob und wie dieser Rechtsschutz möglich sein soll, wird durch den Referentenentwurf nicht beantwortet.

Ferner ist bei der vorgesehenen Übertragung der Richtlinienkompetenz zu bedenken, dass auch die höchstrichterliche Rechtsprechung jeweils in den Richtlinien umgesetzt werden muss. Die Rechtsprechung kann sich hierbei nicht nur auf pflegfachliche, sondern auch auf leistungs- und vertragsrechtliche Aspekte beziehen. Sofern beispielsweise ein BSG-Urteil gegen eine Pflegekasse in einem Fall ergeht, ist dieses auch maßgeblich für künftige vergleichbare Fälle. Der GKV-Spitzenverband ändert in der Folge einer höchstrichterlichen Rechtsprechung die jeweiligen Richtlinien mit Wirkung für die Pflegekassen. So hatte beispielsweise das BSG-Urteil vom 17.06.2010 über das Verhältnis der Leistungen der Pflegekasse und der Leistungen der Krankenkasse bei der sogenannten häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V im Falle einer notwendigen 24-Stunden-Pflege (B 3 KR 7/09 R) Auswirkungen auf die Leistungsgewährung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI. Diese höchstrichterliche Rechtsprechung wurde auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der hieraus resultierenden Notwendigkeit der Kostenabgrenzungs-Richtlinien in den Richtlinien berücksichtigt. Die bestehende Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands ist daher auch vor diesem Hintergrund sachgerecht und beizubehalten.

Der MDS und die MDK selbst verstehen sich bei der Begutachtung und Prüfung als Dienstleister und Berater. Wenn sie nun gleichzeitig als Normgeber auftreten, erfolgt eine Vermischung von Aufgaben. In Bezug auf die Qualitätsprüfungs-Richtlinien beispielsweise steht bei der Erstellung der Richtlinien die pflegerische Einstufung von Leistungen, die zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen vereinbart sind, im Vordergrund. In der

praktischen Anwendung der QPR dagegen beraten die Medizinischen Dienste die Pflegeeinrichtungen über eine pflegefachlich gebotene Leistungserbringung. Hierbei steht der Dienstleistungsgedanke und Beratungsansatz im Vordergrund. Die gegenwärtige Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen GKV-Spitzenverband als Normgeber und dem MDS bzw. den MDK als Dienstleister ist gut begründet, funktional und daher beizubehalten.

Im Übrigen würde bei einer Richtlinienübertragung der MD Bund auch Richtlinien mit Wirkung für andere Dienstleister wie MEDICPROOF, PKV-Prüfdienst oder unabhängige Gutachter erlassen. Es ist fraglich, ob es vom Gesetzgeber gewünscht ist, dass der MD Bund damit zukünftig als Normgeber für die bislang ihm gleichgestellten Begutachtungs- und Prüfinstitutionen auftritt.

Aufgrund der zuvor dargelegten (bindenden) Wirkung der Richtlinien als leistungs- und vertragsrechtliche Grundlage für die Entscheidungen der Pflegekassen erscheint es bei einem Festhalten des Gesetzgebers an der vorgesehenen Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund in jedem Fall sachgerecht, dass dem GKV-Spitzenverband ein über die Benehmensherstellung hinausgehendes Beteiligungsrecht eingeräumt wird. Die Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes in Form des Benehmens bedeutet lediglich, dass diesem die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben und diese gewürdigt werden muss. Eine Entscheidung im „Benehmen“ verlangt im Gegensatz zu einer solchen im „Einvernehmen“ keine Willensübereinstimmung der an der Entscheidung Beteiligten. Es bedeutet nicht mehr als die (gutachterliche) Anhörung des anderen Beteiligten (Behörde), die dadurch Gelegenheit erhält, ihre Vorstellungen in das Verfahren einzubringen (Urteil des BVerwG vom 29.04.1993 = NVwZ 1993, 890). Um jedoch zu gewährleisten, dass das sozialrechtliche und verwaltungsrechtliche Fachwissen des GKV-Spitzenverbandes hinreichend zu berücksichtigen ist, bedarf es mindestens der Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes in Form einer Einvernehmensherstellung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem MD Bund.

2. Gründe für Richtlinienübertragung sind nicht gegeben

Im Gesetzentwurf wird auf den Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode verwiesen, in dem vorgesehen ist, „die MDK zu stärken, ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen“.

Bei der geforderten Unabhängigkeit der MDK geht es um die fachliche Unabhängigkeit, z. B. um die Neutralität bei der Anwendung der Begutachtungs- und Prüfgrundlagen.

Diese fachliche Unabhängigkeit ist seit Bestehen der MDK gewährleistet. In § 275 Absatz 5 SGB V wird die bereits von Beginn an praktizierte Unabhängigkeit der Pflegefachkräfte nun explizit normiert. Dies ist zu begrüßen.

Die geforderten bundesweit einheitlichen und verbindlichen Regelungen bei der Aufgabenwahrnehmung durch die MDK sind bereits durch die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gegeben, die bundesweit und einheitlich unmittelbar für alle MDK gelten. Im Übrigen hat auch bisher schon die Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit zu überwachen, dass die Richtlinienerstellung durch den GKV-Spitzenverband mit den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen vereinbar ist.

3. Richtlinienübertragung ist mit unnötigem und kostenintensivem Aufwand verbunden

Bei einer Richtlinienübertragung auf den MD Bund müssten bei diesem zusätzliche Strukturen aufgebaut werden, die unwirtschaftlich sind und neue Schnittstellen hervorrufen. Die notwendigen Kosten hierfür beziffert der Gesetzgeber selbst im Gesetzentwurf für die Reform der Organisationsstruktur – allein bezogen auf die Verwaltung auf Bundes- und Landesebene – in Höhe von einmalig 1,48 Mio. Euro und jährlich auf 1,02 Mio. Euro. Da ein Nutzen für diese Aufwendungen nicht erkennbar ist, stellen diese Kosten einen unnötigen finanziellen Aufwand dar.

Entsprechend der Begründung im Referentenentwurf soll das Gesetz zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung beitragen. Angesichts der obigen und nachfolgenden Ausführungen und angesichts des genannten Erfüllungsaufwands wird dieses Ziel durch die Regelungen des Referentenentwurfs konterkariert. Die Regelungen führen gerade zu einer Verkomplizierung des bislang bewährten Rechts- und Verwaltungsgeschehens.

(b) Zu den unter § 53d aufgeführten Richtlinien im Einzelnen

Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung nach § 18b (§ 53d Absatz 2 Nummer 1)

Ziel der Dienstleistungs-Richtlinien ist es, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken. Sie stellen verpflichtende, bundesweit einheitliche Verhaltensgrundsätze auf und erhöhen die Transparenz des Begutachtungsverfahrens für die Versicherten. Es ist daher nicht sachgerecht, dass künftig die Kompetenz zur Festlegung einheitlicher Verfahrensgrundsätze zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren auf den MD Bund unter Beteiligung der MD, und damit durch die die Begutachtung durchführenden Gutachter selbst, übertragen wird. Demnach sollen künftig die Medizinischen Dienste maßgeblich an der Erstellung der Richtlinien beteiligt

werden, die damit ihre eigenen Verhaltensgrundsätze festlegen. Es ist nicht erkennbar, dass hierdurch die vom Gesetzgeber durch die Richtlinien initiierte Dienstleistungsorientierung und Transparenz im Begutachtungsverfahren für die Versicherten gestärkt und erhöht werden. Durch die bisherige Richtlinienkompetenz wurden die verpflichtenden und bundesweit einheitlichen Verhaltensgrundsätze der MDK durch den GKV-Spitzenverband, also durch eine von den MDK organisatorisch und fachlich unabhängige Institution festgelegt.

Richtlinien nach § 53d Absatz 2 Nummern 2 bis 6

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 SGB V) verwiesen.

Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1 (§ 53d Absatz 3 Nummer 1)

Die Erstellung der Begutachtungs-Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband ist nicht nur sachlich, sondern auch fachlich geboten. Der Gesetzgeber erkennt selbst, dass die Regelungsinhalte beziehungsweise die Umsetzung der Richtlinien unmittelbar auch die Pflegekassen betreffen. Die Begutachtungs-Richtlinien betreffen die Pflegekasse nicht nur unmittelbar, sondern sie sind für diese verbindlich. Die Begutachtungs-Richtlinien haben unmittelbare Auswirkungen zum einen hinsichtlich des Ergebnisses der Begutachtung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Zum anderen hat der Gutachter der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Pflegekasse ist verpflichtet, den Versicherten über diese Empfehlungen zu informieren. Mit Zustimmung des Versicherten leitet die Pflegekasse die Empfehlungen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Die Zuleitung gilt zugleich als Antrag.

Des Weiteren haben die Gutachter in ihrem Gutachten konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten bei Vorliegen der Zustimmung des Versicherten im Rahmen der Begutachtung jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Dies gilt bis zum 31.12.2020 ebenfalls für die empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen. Die Festlegung, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel von der Vermutungsregelung umfasst sind, erfolgt in den Begutachtungs-Richtlinien. Daher hat es bei der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien zu diesem Empfehlungsteil eine gesonderte Arbeitsgruppe gegeben, die sich in erster Linie mit den leistungsrechtlich relevanten Auslegungen und Festlegungen

auseinandergesetzt hat. Darüber hinaus finden sich in den Begutachtungs-Richtlinien weitere leistungsrechtliche Regelungen (z. B. Begutachtungs- und Bearbeitungsfristen, Definition der die Pflege durchführenden Person/ Einrichtung, pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation oder der Erledigungsart), die maßgeblich für die Entscheidung der Pflegekasse über die Leistungsgewährung und bedarfsgerechte Versorgung des Versicherten sind. Hierbei zeigt sich die bereits unter (a) genannte Problematik des Rechtsschutzes für die Pflegekassen. Wie bereits ausgeführt kann der MD Bund in den Begutachtungs-Richtlinien beispielsweise die entsprechenden Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel auch entgegen der im Beteiligungsverfahren vorgetragenen Auffassung des GKV-Spitzenverbandes verbindlich festlegen. Diese Festlegung ist bindend für die Pflegekassen. Aus dem Referentenentwurf ist nicht ersichtlich, welche rechtlichen Möglichkeiten die Pflegekassen im Wege des Rechtsschutzes haben, gegen die Festlegung in den Begutachtungs-Richtlinien vorzugehen. Hingegen kann sich der Versicherte im Rahmen seines Rechtsschutzes gegen die Entscheidung der Pflegekasse wehren, mit der Folge, dass eine gerichtliche Entscheidung für die Pflegekasse bindend ist.

Des Weiteren sind in den Begutachtungs-Richtlinien die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens für den Antragssteller zu konkretisieren. Bei der Pflicht, den Versicherten das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und verständlich zu erläutern, handelt es sich um eine Obliegenheit der Pflegekasse. Ausweislich der Gesetzesbegründung geht diese „Aufgabe insoweit über eine rein pflegfachliche Betrachtungsweise hinaus“. Es erscheint daher widersprüchlich, die Richtlinienkompetenz auf den MD Bund, dem die pflegfachliche Kompetenz zugeschrieben wird, zu übertragen, obwohl der Gesetzgeber selbst erkennt, dass Festlegungen in den Begutachtungs-Richtlinien die originären Aufgaben der Pflegekassen betreffen. Dies gilt gleichwohl für die Konkretisierung der in § 18 Absatz 5a SGB XI genannten Kriterien in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung in den Begutachtungs-Richtlinien. Aus den erhobenen Informationen soll qua geltendem Recht eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V ermöglicht werden. Auch hier ist eine gesetzliche Aufgabenpflicht der Pflegekasse betroffen, deren fachliche Grundlage in den Begutachtungs-Richtlinien festgelegt ist.

Daher ist es sachgerecht, dass der GKV-Spitzenverband auch weiterhin die Richtlinienkompetenz behält. Der GKV-Spitzenverband hat die für die Erstellung von Richtlinien erforderliche Kenntnis der Gesamtzusammenhänge im Bereich des Sozialrechts und den damit auch verbundenen Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsträgern, wie z. B. im

Bereich der Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Unfallversicherung oder der Eingliederungshilfe.

Hilfsweise wird wie unter Ziffer 1 dargestellt, anstelle einer Benehmens- eine Einvernehmensherstellung zwischen dem MD Bund und dem GKV-Spitzenverband gefordert.

Kostenabgrenzungs-Richtlinien (§ 53d Absatz 3 Nummer 2)

Aus den bereits unter (a) und den Begutachtungs-Richtlinien ausgeführten Gründen ist die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund auch insbesondere im Hinblick auf die Kostenabgrenzungs-Richtlinien nicht sachgerecht und daher abzulehnen.

Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien sind wie die weiteren in Absatz 3 Nummern 1 bis 6 genannten Richtlinien für die Pflegekassen verbindlich. Ziel der Kostenabgrenzungs-Richtlinien ist es, die Kostenabgrenzung bei gleichzeitiger Erbringung von medizinischer Behandlungspflege (häuslicher Krankenpflege) nach § 37 SGB V und körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Sinne des § 36 durch dieselbe Pflegekraft in Fällen eines besonders hohen behandlungspflegerischen Bedarfs zu regeln. Aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des daraus resultierenden Wegfalls der Erhebung von Zeitaufwänden war ein neues Verfahren zur Feststellung der Zeitanteile zur Abgrenzung der Kosten zwischen SGB V und SGB XI erforderlich. Wie den geltenden Kostenabgrenzungs-Richtlinien zu entnehmen ist, wird seit 01.01.2017 der durch die Pflegeversicherung zu tragende Anteil pauschal festgelegt. Dabei wird jedem Pflegegrad ein bestimmter Minutenwert zugeordnet, für den die Pflegeversicherung aufzukommen hat. Grundlage hierfür sind die den Kranken- und Pflegekassen vorliegenden Daten (sog. Bestandsfälle) bezogen auf die Zeitaufwände der „reinen“ Grundpflege unter Berücksichtigung der jeweils zuerkannten Pflegestufe. Mit dem entwickelten und in den Kostenabgrenzungs-Richtlinien festgelegten Verfahren wird sichergestellt, dass die bisherige leistungsrechtliche Zuordnung von Maßnahmen zwischen Kranken- und Pflegekassen sachgerecht berücksichtigt wird. Zudem werden die Vorgaben der maßgeblichen BSG-Rechtsprechung zur Kostenaufteilung in Fällen der 24 Stunden täglich erforderlichen häuslichen Krankenpflege weiterhin umgesetzt und auf die Pflegegrade übertragen.

Damit wird deutlich, dass der Schwerpunkt der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf der Festlegung eines für die Leistungsgewährung maßgeblichen und damit leistungsrechtliche Fragestellungen betreffenden Verfahrens für zwei Kostenträger (einerseits Krankenversicherung, andererseits Pflegeversicherung) liegt. Es handelt sich folglich um ein nach innen wirkendes Recht und Verfahren der Pflegekassen und mithin der Krankenkassen.

Grundlage der Entwicklung des Verfahrens zur Kostenabgrenzung waren die den Pflege- und Krankenkassen vorliegenden Daten. Es ist nicht erkennbar, dass der MD Bund künftig diesen leistungsrechtlichen Schwerpunkt und die Entwicklung eines Verfahrens auf der Grundlage ihm nicht vorliegender Daten umsetzen kann. Eine Weiterentwicklung/Anpassung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien kann letztendlich nur auf der Grundlage der den Pflegekassen vorliegenden Daten erfolgen.

Darüber hinaus kommt der am 27.12.2018 gemäß § 17 Absatz 1b SGB XI veröffentlichte Bericht über die Evaluation der Kostenabgrenzungs-Richtlinien u. a. zu dem Ergebnis, dass die spezielle Rolle, die der MDK bei der Ermittlung der individuellen Zeitanteile zur Abgrenzung der Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung innehatte, zum 01.01.2017 entfallen ist. Ab diesem Zeitpunkt wird aufgrund des nach den Kostenabgrenzungs-Richtlinien pauschal festgelegten Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung die Kosten zu tragen hat, die Zeitbemessung für die Grundpflege nicht mehr durchgeführt, so dass es für solche Gutachten keinen Bedarf gibt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Regelungskompetenz auf den MD Bund übergehen soll. Richtlinien, die ausschließlich die Kassen betreffen, sind in alleiniger Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes zu verorten.

Es ist daher sachgerecht und erforderlich, dass die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt. Hilfsweise wird wie unter Ziffer 1 dargestellt, statt einer Benehmens- eine Einvernehmensherstellung zwischen dem MD Bund und dem GKV-Spitzenverband gefordert.

Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114a Absatz 7 (§ 53d Absatz 3 Nummer 4)

Auch die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) sind aus mehreren Gründen in der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes zu belassen. Zum einen müssen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen weitestgehend auf den vertraglichen Grundlagen zwischen den Pflegekassen und Leistungserbringern ausgerichtet sein und können nicht losgelöst davon auf den allgemeinen medizinisch-pflegerischen Kenntnisstand Bezug nehmen. Hinzu kommt, dass ordnungsgemäße Prüfverfahren verlässlich aufeinander abgestimmte Prozesse zwischen Auftraggeber (Landesverbände der Pflegekassen) und Auftragnehmer (MD, PKV-Prüfdienst oder unabhängige Gutachter) erfordern, die einheitlich und verbindlich gelten. Dies wäre bei einer Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund nicht sichergestellt.

Zum anderen haben die in den QPR festgelegten Regelungsinhalte Auswirkungen auf das Vertragsgeschehen zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen. Die QPR bilden die

Grundlage für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen, die durch die MDK/MD, den PKV-Prüfdienst oder durch unabhängige Gutachter im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Prüfungen sind entscheidend für die Feststellung von Qualitätsmängeln durch die Landesverbände der Pflegekassen bzw. durch die einzelne Pflegekasse. Auf Grundlage dieser Feststellung können die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die einzelne Pflegekasse Sanktionsmaßnahmen ergreifen, die von Maßnahmenbescheiden zur Beseitigung der Mängel nach § 115 Absatz 2 Satz 1, über die Kürzung der Vergütung nach § 115 Absatz 3 bis hin zur Kündigung der Versorgungsverträge nach § 115 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 74 gehen. Bei einer Richtlinienübertragung auf den MD Bund würde dieser durch seine gesetzliche Kompetenz zur Festsetzung der Prüfinhalte folglich eine direkte Einflussnahme auf das Vertragsgeschehen zwischen Leistungserbringer und Kostenträger und damit auf die vertraglich geregelten Angebote zur pflegerischen Versorgung erhalten. Eine solche steuernde Aufgabe ist dem MD Bund jedoch gesetzlich nicht übertragen. In den einschlägigen Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nach §§ 8 ff. und zu den vertraglichen Beziehungen zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen nach §§ 72 ff. kommt den Medizinischen Diensten, sofern überhaupt, nur eine Rolle im Rahmen der Beteiligung zu. Im Übrigen stellt sich – wie unter (a) und zu den Begutachtungs-Richtlinien ausgeführt – die Frage nach dem Rechtsschutz der Landesverbände der Pflegekassen bzw. der einzelnen Pflegekasse im Hinblick auf die Festlegung der Prüfinhalte. Aus dem Gesetzentwurf ist nicht ersichtlich, welche rechtlichen Möglichkeiten die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Pflegekassen gegen bestimmte Festlegungen in den QPR ergreifen könnten. Die Pflegeeinrichtungen haben dagegen – im Falle einer Bescheiderteilung mittels der in der erforderlichen Rechtsbehelfsbelehrung genannten rechtlichen Maßnahmen und im Falle einer Kündigung des Versorgungsvertrags über den Klageweg die Möglichkeit, gegen die Entscheidungen der Landesverbände der Pflegekassen bzw. der einzelnen Pflegekasse rechtlich vorzugehen.

Hinzu kommt, wie bereits unter (a) erwähnt, dass bei der Festlegung der Prüfinhalte die pflegerische Einstufung von Leistungen, die zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen vereinbart sind, im Vordergrund steht. In der praktischen Anwendung der QPR dagegen beraten auch die Medizinischen Dienste die Pflegeeinrichtungen über eine pflegeschonende Leistungserbringung. Hierbei steht der Dienstleistungsgedanke und Beratungsansatz im Vordergrund. Zudem ist zu berücksichtigen, dass in den QPR nicht nur Prüfkriterien, also pflegeschonende Inhalte geregelt werden, sondern auch der Ablauf einer Prüfung, die Aufgaben und Verpflichtungen der Gutachter sowie die Struktur des Prüfbe-

richts. Die bislang bewährte Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen GKV-Spitzenverband als Normgeber und dem MDS bzw. den MDK als Anwender und Dienstleister ist daher beizubehalten.

Darüber hinaus sind die QPR eingebettet in das gesetzlich vorgesehene Qualitätssystem nach den Regelungen der §§ 113 ff. Hierbei bilden die Vereinbarungen über die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 die Grundlage für die Erstellung der QPR nach § 114a Absatz 7. Auf deren Grundlage wiederum sind die Qualitätsdarstellungs-Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu konsentieren. Im Gegensatz zum MDS/MD Bund ist der GKV-Spitzenverband eine der vertrags-schließenden Parteien sowohl bei den Maßstäben und Grundsätzen als auch bei den Qualitätsdarstellungs-Vereinbarungen. Diese Vereinbarungen werden im Qualitätsausschuss Pflege verhandelt und entschieden; der GKV-Spitzenverband ist hier mit mehreren stimmberechtigten Mitgliedern vertreten, der MDS hat dagegen nur ein Stimmrecht. Der GKV-Spitzenverband verfügt damit über die erforderlichen Kenntnisse und Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich der Gesamtzusammenhänge der unterschiedlichen Qualitätssicherungsinstrumente, die miteinander verzahnt sind. Wie der Gesetzgeber selbst betont, verfügt der MDS/MD Bund über die pflegfachliche Expertise. Es ist daher sachgerecht und erforderlich, dass die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt. Hilfsweise wird, wie unter Ziffer 1 dargestellt, statt einer Benehmens- eine Einvernehmensherstellung zwischen dem MD Bund und dem GKV-Spitzenverband gefordert.

Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a (§ 53d Absatz 3 Nummer 3)

Die obigen Ausführungen zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien im Hinblick auf die Einordnung in das umfangreiche Qualitätssystem gelten entsprechend auch für die Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Die jetzige Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbands wurde gerade erst durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) normiert. Dies ist auch sachgerecht, da das zugrundeliegende Modellvorhaben wie gesetzlich vorgesehen durch den GKV-Spitzenverband durchgeführt wurde.

Hinzu kommt, dass in den Richtlinien die strukturellen und personellen Anforderungen für die Betreuungsdienste festgelegt werden, z. B. im Hinblick auf die notwendige Qualifikation der Mitarbeitenden eines Dienstes. Diese Anforderungen stellen gleichzeitig die Voraussetzungen für die Zulassung der Dienste durch die Landesverbände der Pflegekas-

sen dar. Der MD Bund würde bei einer Richtlinienübertragung demnach direkte Einflussnahme auf die Zulassung von Leistungserbringern und damit das Vertragsgeschehen im Hinblick auf die Pflegeinfrastruktur erhalten. Eine solche Aufgabe ist dem MD Bund jedoch gesetzlich nicht übertragen. In den einschlägigen Regelungen zur vertraglichen Ausgestaltung der pflegerischen Angebote nach §§ 72 ff. bleibt der MDS bzw. MD Bund unerwähnt und spielt zu Recht keine Rolle. Es ist daher sachgerecht und erforderlich, dass die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt. Hilfsweise wird, wie unter Ziffer 1 dargestellt, statt einer Benehmens- eine Einvernehmensherstellung zwischen dem MD Bund und dem GKV-Spitzenverband gefordert.

Statistik-Richtlinien (§ 53d Absatz 3 Nummer 7)

Der GKV-Spitzenverband muss auch weiterhin die Richtlinienkompetenz für die Statistik-Richtlinien behalten. Die Festlegung der Verfahren und Inhalte der vom MD Bund zu übermittelnden Berichte und Statistiken muss durch den GKV-Spitzenverband als Empfänger der Daten erfolgen. Die Übermittlung der vom MD Bund zu liefernden Daten betreffen sowohl das Begutachtungsverfahren als auch die Qualitätsprüfungen. Diese Daten sind für eine einheitliche Datenbasis für eine wirksame Planung, Durchführung und Koordinierung nicht nur der Aufgaben der MD, sondern insbesondere der Pflegekassen erforderlich.

Die Begutachtungsstatistik dient der Darstellung des formalen Begutachtungsaufkommens eines Berichtsjahres und ermöglicht einen regionalen Vergleich des Begutachtungsgeschehens. Für die Pflegekassen sind im Bereich der Begutachtung die Darstellung der bei den Begutachtungen gewonnenen Erkenntnisse zur medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation der Antragsteller und Pflegebedürftigen sowie der demographischen Merkmale von Bedeutung. Im Bereich der Qualitätsprüfungen sind der Stand und die Entwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich und der Einblick in die Versorgungssituation der Versicherten von Bedeutung.

Als Auftraggeber der Durchführung der Begutachtung und der Qualitätsprüfungen muss sichergestellt werden, dass die Pflegekassen die für sie erforderlichen Daten erhalten. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 53 in Verbindung mit § 217f SGB V unterstützt der GKV-Spitzenverband die Pflegekassen und Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Zudem ist in den bestehenden Statistik-Richtlinien festgelegt, dass weitergehende Auswertungen durch den GKV-Spitzenverband veranlasst werden können. Die vom MD Bund zu liefernden Daten sind immanent als Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und die Durchführung von Prognoseberechnungen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Hilfsweiser Änderungsvorschlag: In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ ersetzt.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) sowie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 92a Pflegeheimvergleich

§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

§ 112 Qualitätsverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

§ 113b Qualitätsausschuss

§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 6 wird die bisherige Regelung, dass die Medizinischen Dienste (MD) in Abständen von drei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach dem Elften Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten haben, ab dem 30.06.2020 auf einen zweijährigen Berichtsrhythmus umgestellt.

Zudem handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Die Änderung in § 114a Absatz 6 ist sachgerecht. Im Jahr 2019 werden die neuen Bestimmungen zur Qualitätssicherung und -prüfung in der vollstationären Pflege wirksam. Es ist daher angebracht, in engeren Abständen über die Qualitätsergebnisse zu berichten. Dies entspricht auch den Zeiträumen, die für andere im Fünften Buch vorgesehene Berichte bestimmt sind.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die Namensänderungen werden gestrichen.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Medizinischen Dienst (MD) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Medizinischen Dienst Bund (MD Bund). Zudem wird Absatz 2 aufgehoben.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

Bei der vorgesehenen Streichung des Absatzes 2 handelt es sich um eine Gesetzesbereinigung. Diese ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Namensänderung.

Artikel 11 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 62a Bindungswirkung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 11 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 76 Inhalt der Vereinbarungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 25). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 10 Nummer 15 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 12 (Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV) wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Durch die Aufnahme der Informations-, Melde- und Bescheinigungspflichten der Studieninteressierten, Krankenkassen und Hochschulen in § 199a SGB V wird die SKV-MV obsolet; die Streichung ist folgerichtig.

Die ebenfalls in der SKV-MV enthaltenen Melde- und Bescheinigungspflichten für die Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs werden künftig in § 200 Absatz 2 und 3 SGB V beschrieben. Insofern ist auch für diesen Personenkreis die Streichung der in der SKV-MV enthaltenen Regelungen folgerichtig.

Auszubildende ohne Arbeitsentgelt und Praktikanten, die ein vorgeschriebenes Praktikum verrichten, werden von dem Meldeverfahren nach den §§ 28a und 28c SGB IV i. V. m. der DEÜV erfasst. Für eine Fortführung der in der SKV-MV enthaltenen besonderen Regelungen besteht daher ebenfalls kein weiterer Bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275 Begutachtung und Beratung

A) Änderungsbedarf

§ 275 SGB V regelt die Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen. Durch eine Erweiterung des § 275 SGB V sollte gesetzlich klargestellt werden, welche Aufgaben den Krankenkassen im Vorfeld einer möglichen Beauftragung bzw. im Zusammenhang mit der Beauftragung des Medizinischen Dienstes insbesondere bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit haben. Hierdurch sollen aktuell bestehende Rechtsunsicherheiten und in der Folge unterschiedliche Rechtsauffassungen zu den Datenerhebungsbefugnissen der Krankenkassen vermieden werden.

Nach den aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen in § 275 Absatz 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn dies bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist, um den Behandlungserfolg zu sichern oder Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen. Nach der Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes hat die Krankenkasse somit die Erforderlichkeit der Beauftragung des MDK zu prüfen und ist in diesem Zusammenhang berechtigt, die für diese Prüfung erforderlichen Daten zu erheben (§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V). Dem folgt auch die aktuelle Praxis der Krankenkassen auf Basis der als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassenen Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vertritt hingegen die Rechtsauffassung, dass die Krankenkasse nur auf Basis der ihr vorliegenden Informationen über die Beauftragung des MDK zu entscheiden hat und insoweit nicht zu einer eigenen Datenerhebung berechtigt ist. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung zu den Aufgaben der Krankenkassen.

Es wird vorgeschlagen, die der Beauftragung des MDK vorausgehende Prüfung der Krankenkasse, ob eine sozialmedizinische Beurteilung des MDK erforderlich ist, zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit explizit als Aufgabe der Krankenkasse in die gesetzliche Vorschrift aufzunehmen. In der Begründung sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass die Krankenkassen neben den vorliegenden Daten aus den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch weitergehende, für die Entscheidung über die Erforderlichkeit relevante Daten bei den Versicherten und den behandelnden Ärzten erheben dürfen, soweit es sich nicht um sensible medizinische Daten wie z.B. Arztbriefe oder Krankenhausentlassungsberichte handelt. In Frage kommen insoweit z.B. grundlegende Informationen zu bevorstehenden Krankenhausbehandlungen,

Facharztbesuchen, Therapien oder Rehabilitationsleistungen, Informationen zu bestehenden Anforderungen an dem Arbeitsplatz, die die weitere Arbeitsunfähigkeit bedingen oder auch Informationen zu einer geplanten Arbeitsaufnahme; diese Informationen werden in der Regel dazu führen, von einer aktuellen MDK-Beauftragung abzusehen. Bei der Bewertung dieses Verfahrens unter dem Aspekt des Datenschutzes ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen entsprechende Informationen regelmäßig auch nach der MDK-Begutachtung erhalten, da der MDK der Krankenkasse nach § 277 Absatz 1 Satz 1 SGB V in der gutachtlichen Stellungnahme sowohl das Ergebnis seiner Begutachtung als auch die erforderlichen Angaben zum Befund übermittelt, damit die Krankenkasse ihre Entscheidungen zum Leistungsanspruch treffen kann.

Die der aktuellen Praxis entsprechende Erhebung dieser Informationen im Zusammenhang mit der Prüfung der Erforderlichkeit der MDK-Beauftragung durch die Krankenkassen führt in der Konsequenz dazu, dass nicht erforderliche Beauftragungen des MDK und damit verbundene Bindungen von administrativen sowie nicht sachgerecht eingesetzten Gutachterressourcen vermieden werden. Sofern nach Vorliegen der weitergehenden Informationen eine gutachtliche Stellungnahme des MDK erforderlich ist, hat die Prüfung der Krankenkasse im Vorfeld der Begutachtung zur Folge, dass auch der MDK seine Empfehlungen auf einer aktuellen Datenbasis geben kann. Müssten hingegen die derzeitigen Verfahren der Rechtsauffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entsprechend umgestellt werden, würde dies zu einer erheblichen Ausweitung der gutachtlichen Stellungnahmen der MDK mit der Feststellung führen, dass aktuell keine Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs erforderlich sind und gleichzeitig die Verfahrensdauer bei den Begutachtungen erheblich verlängern.

Eine weitere Rechtsunsicherheit besteht derzeit im Zusammenhang mit der Regelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V, wonach die Leistungserbringer verpflichtet sind, versichertenbezogene Daten, die für eine gutachtliche Stellungnahme des MDK angefordert werden, unmittelbar an den MDK zu übermitteln. In dem aktuellen, durch die als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassene Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit geregelten Verfahren, fordern die Krankenkassen im Vorfeld einer abschließenden Beauftragung des MDK die für eine sozialmedizinische Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten für den MDK an und informieren den MDK per Datenmeldung über die Anforderung der Unterlagen. Die Unterlagen werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten direkt an den MDK übermittelt. Gehen die Unterlagen beim MDK ein, erhalten die Krankenkassen hierüber eine entsprechende Information im sogenannten Mittelungsmanagement und beauftragen den MDK abschließend mit der gutachtlichen Stellungnahme.

Nach Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes liegt in diesen Fällen bereits mit der parallel zur Anforderung der Unterlagen bei den Leistungserbringern an den MDK gerichteten Datenmeldung eine Vorbeauftragung des MDK vor, die nach Zugang der angeforderten Unterlagen beim MDK lediglich konkretisiert wird. Mit der Datenmeldung über die bevorstehende Beauftragung habe der MDK bereits die Befugnis zur Datenerhebung nach § 276 Absatz 2 SGB V. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vertritt hingegen die Rechtsauffassung, dass in dem skizzierten Verfahren erst zum Zeitpunkt der abschließenden Beauftragung des MDK nach Vorlage der angeforderten Unterlagen eine Beauftragung des MDK im gesetzlichen Sinne vorliegt. Für Unterlagen, die dem MDK vor dieser Beauftragung zugehen, könne der MDK sich nicht auf die Datenerhebungsbefugnis nach § 276 Absatz 2 Satz 1 SGB V berufen.

Vor diesem Hintergrund sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der MDK in diesen Fallgestaltungen ab dem Zeitpunkt der Anforderung von versichertenbezogenen Daten bei den Leistungserbringern zur Datenerhebung, -speicherung und -übermittlung berechtigt ist. Dies sollte um eine Regelung zur Datenlöschung ergänzt werden, sofern innerhalb von drei Monaten keine Beauftragung durch die Krankenkasse erfolgt oder mitgeteilt wird, dass keine Beauftragung erfolgen wird (z. B. weil zwischenzeitlich Arbeitsfähigkeit vorliegt).

B) Änderungsvorschläge:

§ 275 Absatz 1a Satz 4 SGB V wird gestrichen.

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

„(1b) Die Krankenkasse hat die Erforderlichkeit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstaben a und b zu prüfen und von der Einholung der Stellungnahme abzusehen, wenn sich in den Fällen des Buchstaben a aus den hierfür bei Versicherten oder den Leistungserbringern erhobenen versichertenbezogenen Daten oder Angaben zum Befund eindeutig ergibt, dass zur Sicherung des Behandlungserfolgs aktuell keine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erforderlich ist, oder sich in den Fällen des Buchstaben b die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.“

In § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„der Medizinische Dienst ist ab dem Zeitpunkt der Datenanforderung bei den Leistungserbringern zur Datenerhebung, Datenspeicherung und Datenübermittlung nach Satz 1 berechtigt.“

In § 276 Absatz 2 Satz 4 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„die nach Satz 2 zweiter Halbsatz erhobenen Sozialdaten sind spätestens nach 3 Monaten nach Eingang zu löschen, sofern durch die Krankenkasse keine gutachtliche Stellungnahme beauftragt wurde.“

In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V werden nach dem Wort „die“ die Worte „Prüfung der Erforderlichkeit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes sowie die“ ergänzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275c (neu) Neuregelung der Krankenhausabrechnungsprüfung: Durchführung und Umfang von Prüfungen durch den MDK

A) Änderungsbedarf

Nach der zum 07.05.2019 in Kraft getretenen Neuregelung des § 197a Absatz 3b Satz 3 SGB V darf der Medizinische Dienst personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, zwar an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Die Regelung soll aber ausweislich der Gesetzesbegründung vor allem die bereits bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach § 275b SGB V und den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege vervollständigen. Sie soll deutlich machen, dass Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes, die bei der Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Absatz 1 SGB V erlangen, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen. Zu denken sei daher in erster Linie an Abrechnungsverstöße ambulanter Pflegedienste.⁵

Auch für Abrechnungsverstöße im Krankenhaus müssen entsprechende gesetzliche Pflichten unmittelbar in § 275c SGB V neu geregelt werden: Bestätigt sich der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, dann hat der Medizinische Dienst die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a SGB V der Krankenkasse einzubinden.

B) Begründung

Die Abgrenzung der gezielten Manipulation von Krankenhausabrechnungen (Upcoding) gegenüber nicht-intentionalen Abrechnungsfehlern setzt eine profunde Systemkenntnis voraus.⁶ Aufgrund seiner Möglichkeit der auftragsbezogenen Einsichtnahme in die Klinikdokumentation und seiner jahrzehntelangen Prüferfahrung im DRG-System ist der Medizinische Dienst am ehesten in der Lage, z. B. festzustellen, ob sich parallele Prüfanträge mehrerer Kassen immer wieder auf besonders „auffällige Krankenhäuser“ verdichten. Übermittelt werden sollen gerade auch Zufallsfunde, also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden.

⁵ Vgl. BT-Drs. 191/6337, S. 135.

⁶ Vgl. Dirschedl, P., Waibel, B.: Fehlerfeststellungen des MDK als Manipulationshinweis?, in: Kölbel, R. (Hrsg.), Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven, Stuttgart 2014, S. 107 ff.

Zur verbesserten Aufdeckung, Bekämpfung und Prävention von Abrechnungsbetrug im Krankenhaus müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen auch für die Krankenhausabrechnung entsprechend weiterentwickelt werden. Wenn die Fehlverhaltensstellen der Kassen in den eindeutigen Verdachtsfällen häufiger als bislang die Staatsanwaltschaften unterrichten könnten, würde damit nicht nur das bisherige – beispielsweise im Vergleich zur MDK-Prüfung in der ambulanten Pflege – bestehende auffällige Ungleichgewicht in der Strafverfolgungspraxis ausgeglichen, sondern auch weiterer Druck auf die selbstregulativen Prozesse in den Krankenhäusern ausgeübt.⁷

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a neu eingefügt:

„(2a) Bestätigt sich der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, dann hat der Medizinische Dienst die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a SGB V der Krankenkasse einzubinden. Das Nähere zum Verfahren regelt der GKV-Spitzenverband in einer Richtlinie.“

⁷ Vgl. Kölbel, R., Abrechnungsverstöße im Krankenhaus – ein kriminologischer Forschungsbericht, medstra 2015, 4, 10,

§ 137 Absatz 3 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses [in Verbindung mit § 275a SGB V Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst]

A) Änderungsbedarf

Die Prüfung, ob ein Krankenhaus die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllt, soll gemäß der vorgesehenen Ergänzung des §275d SGB V nicht mehr am Einzelfall, sondern systematisch vor der Leistungserbringung erfolgen. Hierzu sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch nicht nur Strukturprüfungen auf der Grundlage von OPS-Kodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) einzubeziehen, sondern auch die Strukturanforderungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.

B) Begründung

Bislang handelt es sich bei den Angaben zum Erfüllungsgrad der Strukturrichtlinien des G-BA um Selbstauskünfte der Krankenhäuser auf der Basis von Checklisten oder Konformitätserklärungen. Gleichzeitig dürfen Leistungen, die nicht den Anforderungen des G-BA entsprechen, nicht vereinbart und abgerechnet werden. Daraus resultieren regelmäßig (Rechts-)Unsicherheiten oder zeitaufwändige Streitfälle, die durch eine regelhafte Überprüfung des Erfüllungsgrades durch den Medizinischen Dienst bereits vor Leistungserbringung vermieden werden können. Konkrete Anlässe hierzu sind insbesondere:

- a) Ein Krankenhaus erklärt erstmalig, eine Leistung gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V erbringen zu wollen.
- b) Ein Krankenhaus will eine Leistung erneut erbringen, die es in mindestens 12 aufeinanderfolgende Monaten nicht erbracht hat.
- c) Ein Krankenhausstandort begehrt gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 5 KHG befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (derzeit nur QFR-RL).

C) Änderungsvorschlag

In § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V sind folgende Änderungen vorzunehmen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, durch die regelmäßig der Erfüllungsgrad der Richtlinien des

Gemeinsamen Bundesausschusses überprüft wird oder die als Stichprobenprüfung zur Validierung von Qualitätssicherungsdaten erforderlich sind.“

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen

A) Änderungsbedarf

Das bundesweite Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen ist um einen eindeutigen Krankenhaus-Identifikator (Krankenhaus-ID) und Statuskennzeichen zur Nachvollziehbarkeit von Fusionen und anderen Änderungen zu ergänzen.

B) Begründung

Derzeit befindet sich das bundesweite verbindliche Verzeichnis der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen im Aufbau. Ab dem 01.01.2020 wird dieses Verzeichnis für diverse Anwendungsfelder verbindlich herangezogen. Neue Anwendungsfelder werden auch die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Statistiken sein, die durch den GKV-Spitzenverband erstellt werden. Die in § 275c SGB V bzw. § 17c Absatz 6 KHG vorgesehenen Auswertungen setzen die eindeutige Nachvollziehbarkeit von Fusionen, Zusammenschlüssen oder Schließungen über entsprechende Kennzeichen voraus. Ein Großteil der Auswertungen im Rahmen der Quartals- aber auch Jahresstatistiken werden somit einen Krankenhausbezug ausweisen. Dazu ist es notwendig, diesen Bezug einheitlich und eindeutig zu definieren. Es wird darüber hinaus notwendig sein, Festlegungen zu treffen, wie Fusionen oder andere Statusänderungen von Krankenhäusern im Auswertungszeitraum gekennzeichnet werden. Derzeit weist das o. g. Verzeichnis weder eine Krankenhaus-ID noch solche Statuskennzeichen aus.

Im Rahmen der Verhandlungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband war es erforderlich, sich auf die notwendigen Angaben der Krankenhäuser zu verständigen; als Hilfslösung hat man damals Institutionskennzeichen herangezogen, um die vorhandenen Standorte zuzuordnen. Institutionskennzeichen sind dafür jedoch nur bedingt geeignet. Ein Krankenhaus hat nicht nur ein Institutionskennzeichen. Es ist somit während des gesamten Geschäftsbetriebes nicht eindeutig. Das IK dient originär der Abbildung des Krankenhauses im Zahlungsverkehr (u. a. Bankverbindung) und kann mehrfach von Leistungserbringern beantragt und damit vergeben werden. Dies bedeutet für das Verzeichnis, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bei jeder Änderung des IK aufwendig sicherzustellen hat, dass die derzeitigen Informationen lückenlos diesem Krankenhaus zugeordnet werden. Externe Anwender haben zu bewerten, was die Änderung des IK bedeutet – deshalb sind weitere Kennzeichen zu etablieren (Fusionsmerkmale). Datentechnisch ist es notwendig, ein unveränderbares

Kennzeichen über den gesamten Zeitraum des Geschäftsbetriebes des Krankenhauses zu führen und zu veröffentlichen. Davon profitiert ebenfalls die hierarchische Darstellung der Krankenhäuser und ihrer Standorte im Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V. Nutzer des Verzeichnisses müssen keine aufwendigen Sonderlisten erstellen und pflegen. Das Nähere zur Abbildung der Krankenhaus-ID und der Fusionsmerkmale regeln die DKG und der GKV-Spitzenverband im o. g. Verzeichnis.

C) Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V wird wie folgt ergänzt:

- „2. Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses, die Krankenhaus-ID sowie ab dem 1. Januar 2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,“

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 6a Absatz 3 KHEntgG Weiterleitung der Unterlagen der Pflegebudgetverhandlung an das InEK

A) Änderungsbedarf

Nach § 6a Absatz 3 KHEntgG haben die Krankenhäuser zur Verhandlung des Pflegebudgets die jahresdurchschnittliche Zahl der Pflegevollkräfte sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen (Ist-Daten abgelaufenes Jahr, Ist-Daten laufendes Jahr, Forderungsdaten Vereinbarungsjahr). Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben hierzu ein Formular vereinbart, die Anlage 1 der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 KHEntgG (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung). Diese Anlage 1 enthält detaillierte Informationen über die Pflegepersonalkosten, die dem vereinbarten Pflegebudget zu Grunde liegen. Um dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine möglichst gute Datengrundlage für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b KHG zu gewähren, sollten die Krankenkassen die Anlage 1 an das InEK weiterleiten. Das Ziel ist, eine Transparenz darüber herzustellen, in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf der Bundesebene aus dem DRG-Katalog ausgegliedert wurden und in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf der Ortsebene über die Pflegebudgets finanziert werden.

B) Begründung

Diese Transparenz soll dem InEK dabei helfen, den Auftrag der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene aus der DRG-Grundlagenvereinbarung vom 06.05.2019 zu erfüllen, nämlich auf Basis der Erkenntnisse der Umsetzung der ersten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Verbesserungen der Abbildung im aG-DRG-System und bei der Pflegeerlösabbildung schrittweise in einem mehrjährigen Prozess umzusetzen.

C) Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 3 KHEntgG sollte daher ergänzt werden um den Auftrag an die Krankenkassen, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 2 KHEntgG in Form der Anlage 1 der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung an das InEK weiterzuleiten. Die Formulierung sollte den Begriff „Krankenkassen“ beinhalten – nicht etwa „Vertragsparteien vor Ort“, um den Krankenkassen die Organisation der Datenübermittlung zu überlassen.

Änderung des Umsatzsteuergesetzes (neu)

§ 4 Satz 1 Nummer 15a UStG Steuerbefreiungen bei Lieferungen und sonstigen Leistungen

A) Änderungsbedarf

Die Umwandlung in die Rechtsform Körperschaft des öffentlichen Rechts allein reicht nicht aus, eine Mehrwertsteuerinfizierung der Medizinischen Dienste (neu) und des Medizinischen Dienstes Bund (neu) auszuschließen. Es bedarf daher einer Klarstellung im Umsatzsteuergesetz.

B) Begründung

Im Umsatzsteuergesetz (UStG) § 4 Satz 1 Nummer 15a ist die Befreiung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen geregelt. Die Regelung muss entsprechend angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 4 Satz 1 Nummer 15a UStG werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen und die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282 SGB V)“ durch die Wörter „Bund (§ 281 SGB V)“ ersetzt.