

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)102(2.2)**  
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -  
MDK-Reform  
11.10.2019

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes**

**zur Anhörung des Gesundheitsausschusses  
am 14.10.2019**

**Zu den Änderungsanträgen  
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere  
Prüfungen (MDK-Reformgesetz) - BT-Drs. 19/13397**

**Ausschussdrucksache 19(14)104.1**

Stand 10.10.2019

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299



## Inhaltsverzeichnis:

<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>4 -</b>
Änderungsantrag 2 zu den §§ 32, 124, 125 und 302 SGB V.....	4 -
Änderungsantrag 4 zu Art. 1 Nr. 2d § 75a Abs. 9 SGB V .....	6 -
Änderungsantrag 7 zu Art. 1 Nr. 5c § 103 Abs. 4, 4a und 4b SGB V .....	7 -
Änderungsantrag 9 zu Art. 1 Nr. 7 Buchstabe c § 115b Abs. 2 SGB V.....	8 -
Änderungsantrag 10 zu Art. 1 Nr. 9a und 21a §§137, 275a SGB V .....	9 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe a § 175 Abs. 2 SGB V SGB V .....	10 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe b § 175 Abs. 2a SGB V.....	11 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe c § 175 Abs. 3a SGB V .....	12 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe d § 175 Abs. 4 SGB V.....	13 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe e § 175 Abs. 5 SGB V.....	15 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe f § 175 Abs. 6 SGB V.....	16 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 29b § 304 Abs. 2 SGB V .....	17 -
Änderungsantrag 12 zu Art. 15 Abs. 4 .....	19 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 25 § 279 Abs. 7 Satz 6 SGB V.....	20 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 25 § 282 Abs. 4 Sätze 5 bis 7 SGB V .....	21 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 29c (neu) § 326 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V .....	22 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 30 § 327 Abs. 2 Satz 1 SGB V.....	23 -
Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 30 § 328 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V .....	24 -
Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nr. 25 § 282 Abs. 2 Satz 2 SGB V.....	25 -
Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nr. 30 § 328 Abs. 5 SGB V .....	26 -
Änderungsantrag 16 zu Art. 1 Nr. 25 § 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V .....	27 -
Änderungsantrag 17 zu Art. 1 Nr. 25 § 283a Abs. 1 Satz 2 SGB V.....	28 -
Änderungsantrag 19 zu Art. 1 Nr. 30 § 327 Abs. 1 bis 3 SGB V.....	29 -
Änderungsantrag 20 zu Art. 1 Nr. 30 §§ 327, 328 SGB V .....	30 -
<b>Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> .....	<b>31 -</b>
Änderungsantrag 22 zu Art. 3 Nr. 1 § 17b Abs. 1 KHG.....	31 -
Änderungsantrag 22 zu Art. 3 Nr. 1 § 17b Abs. 3 KHG.....	32 -
Änderungsantrag 23 zu Art. 3 Nr. 2f § 17c Abs. 3 KHG.....	33 -
Änderungsantrag 24 zu Art. 3 Nr. 2h § 17c Abs. 5 KHG.....	34 -
<b>Artikel 4 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....	<b>35 -</b>
Änderungsantrag 25 zu Art. 4 Nr. 2 § 4 Abs. 9 KHEntgG.....	35 -
Änderungsantrag 25 zu Art. 4 Nr. 2 § 10 Abs. 12 KHEntgG.....	36 -
Änderungsantrag 26 zu Art. 4 Nr. 4 § 6a KHEntgG .....	37 -

Änderungsantrag 26 zu Art. 4 Nr. 4 § 6a KHEntgG ..... - 39 -

Änderungsantrag 27 zu Art. 4 Nr. 7 § 15 Abs. 2a KHEntgG..... - 40 -

Änderungsantrag 28 zu Art. 4 Nr. 8 § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e und Abs. 5  
 KHEntgG ..... - 41 -

**Artikel 6 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung..... - 42 -**

Änderungsantrag 29 zu Art. 6 Nr. 0 § 2 Bundespflegesatzverordnung ..... - 42 -

Änderungsantrag 30 zu Art. 6 Nr. 3 § 18 Abs. 2 BPfIV ..... - 43 -

**Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 44 -**

Änderungsantrag 33 zu Art. 10 Nr. 15 § 53d Abs. 3 Satz 1 SGB XI..... - 44 -

## Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Änderungsantrag 2 zu den §§ 32, 124, 125 und 302 SGB V Heilmittel

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich überwiegend um Konkretisierungen und Folgeänderungen im Zuge der Neufassung der §§ 124 und 125 SGB V (Zulassungsverfahren und Vertragsgestaltung im Heilmittelbereich).

##### § 32 (Zuzahlung, wenn Heilmittel im Zuge durch Vertragsärzte abgerechnet werden)

Der GKV-Spitzenverband soll zukünftig der KBV die entsprechenden anzuwendenden Preise der Heilmittel mitteilen, da zum 01.07.2019 bundeseinheitliche Vergütungssätze für verordnete Heilmittelleistungen die regional vereinbarten Vergütungssätze abgelöst haben. Bisher wurden die regional unterschiedlich hohen Vergütungssätze durch die Krankenkassen an die zuständigen KVen übermittelt.

##### § 124 (Zulassung von Heilmittelerbringern)

Es werden zwei Konkretisierungen hinsichtlich der Datenerhebung und der Datennutzung eingeführt. Zum einen wird der GKV-SV verpflichtet die Daten der zugelassenen Heilmittelerbringer, nach deren Einwilligung, in Form einer Liste zu veröffentlichen. Zum anderen, wird den neuen Arbeitsgemeinschaften „Zulassung“ die Erteilung der Abrechnungserlaubnisse für besondere Maßnahmen der Physiotherapie als weitere Aufgabe zugeteilt.

##### § 125 (Verträge Heilmittel) und § 302 (Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer)

Es werden redaktionelle Korrekturen und Anpassungen vorgenommen.

#### B Stellungnahme

##### § 32 (Zuzahlung, wenn Heilmittel im Zuge durch Vertragsärzte abgerechnet werden)

Gemäß § 125 Abs.1 Satz 5 hat der GKV-Spitzenverband die Verträge sowie die Preislisten zu veröffentlichen. Demnach ist eine gesonderte Übermittlung der Preislisten von Seiten des GKV-SV an die KBV eigentlich obsolet.

##### § 124 (Zulassung von Heilmittelerbringern)

Beide Ergänzungen der Zulassungsregelungen hinsichtlich der Datenerhebung und der Datenverwendung sind zu begrüßen. Hinsichtlich der Erteilung der Abrechnungserlaubnisse für besondere Maßnahmen der Physiotherapie ist die Ergänzung dringend notwendig, da die bisherigen zulassenden Stellen der Krankenkassen diese Tätigkeit ebenfalls übernommen hatten, die gesetzliche Neufassung des § 124 aber hier keine eindeutige Legitimation zur Erhebung dieses Sachverhaltes durch die Argen „Zulassung“ beinhaltet.

Die Verwendung der relevanten Zulassungsdaten für eine entsprechende Liste von Heilmittelerbringern wird ebenfalls als sinnvoll erachtet.

§ 125 (Verträge Heilmittel) und § 302 (Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer)

Es handelt sich um nachvollziehbare redaktionelle Änderungen bzw. Anpassungen.

**C      Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Änderungsantrag 4 zu Art. 1 Nr. 2d § 75a Abs. 9 SGB V** Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die erst mit dem TSVG in § 75a Abs. 9 SGB V aufgenommene Regelung, dass eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen ist, wird konkretisiert. Zukünftig sind mindestens 250 der insgesamt 2.000 für die grundversorgende fachärztliche Versorgung bundesweit zur Verfügung stehenden Weiterbildungsstellen für diese Fachgruppe vorgesehen.

### **B Stellungnahme**

Die vorgesehene Regelung wird abgelehnt, da sie den Handlungsspielraum auf regionaler Ebene beschränkt. Die Auswahl der förderfähigen weiteren Facharztgruppen erfolgt auf regionaler Ebene gemeinsam und einheitlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Hierdurch können insbesondere die regionalen Besonderheiten und der sich daraus ergebende Bedarf berücksichtigt werden.

Die Festlegung von mindestens 250 Weiterbildungsstellen für Kinder- und Jugendmedizin schränkt die Kapazitäten für regional ggf. dringender benötigte Fachgruppen unnötig ein.

Gemäß der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V gelten bereits heute die Facharztgruppen der Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Augenheilkunde als ausschließlich förderfähig, sollte eine einvernehmliche Entscheidung auf regionaler Ebene nicht zustande kommen. Der Evaluationsbericht 2016 zeigt, dass bereits rund ein Fünftel der Weiterbildungsabschnitte im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin absolviert werden. Eine zusätzliche Konkretisierung der Förderung ist nicht notwendig.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

**Änderungsantrag 7 zu Art. 1 Nr. 5c § 103 Abs. 4, 4a und 4b SGB V Zulassung****A Beabsichtigte Neuregelung**

- aa) Streichung eines Verweises, der sich auf eine nicht zu Anwendung gekommenen Gesetzesfassung bezieht.
- bb) Rechtliche Klarstellung bzw. Erweiterung des Geltungsbereiches der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindest- und Höchstversorgungsanteile. Entsprechend der Umsetzung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind diese Anteile auch bei der Nachbesetzung anzuwenden.
- cc) Erweiterung des Geltungsbereiches der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindest- und Höchstversorgungsanteile auf die Nachbesetzung einer Arztstelle im Medizinischen Versorgungszentrum.
- dd) Erweiterung des Geltungsbereiches der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindest- und Höchstversorgungsanteile auf die Nachbesetzung von Ärzten, die bei einem Vertragsarzt angestellt sind.

**B Stellungnahme**

- aa) Nachvollziehbare Streichung, da es sich um einen obsoleten Verweis handelt.
- bb) Die vorgesehene Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt. Eine entsprechende Interpretation der Regelung findet bereits in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Anwendung und wurde entsprechend von der Rechtsaufsicht bestätigt.
- cc) Die vorgesehene Erweiterung wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund des wachsenden Anteils an Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren ist eine Versorgungssteuerung entsprechend der vertragsärztlichen Zulassungen unabdingbar.
- dd) Die vorgesehene Erweiterung wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund des wachsenden Anteils von angestellten Ärzten ist eine Versorgungssteuerung entsprechend der vertragsärztlichen Zulassungen unabdingbar.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 9 zu Art. 1 Nr. 7 Buchstabe c § 115b Abs. 2 SGB V** Ambulantes Operieren im Krankenhaus

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es liegt eine Klarstellung vor, dass ausschließlich Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des erweiterten AOP-Katalogs ambulant erbringen, von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 ausgenommen sind.

**B Stellungnahme**

Generell wird die Einschränkung der Prüfmöglichkeiten für die Krankenkassen abgelehnt. Dass diese Einschränkung nun explizit auf die ambulant erbrachten Leistungen im Rahmen des erweiterten AOP-Kataloges beschränkt wird und die stationär erbrachten Leistungen aus dem AOP-Katalog weiterhin geprüft werden können, wird daher begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner



**Änderungsantrag 10 zu Art. 1 Nr. 9a und 21a §§137, 275a SGB V** Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses / Begutachtung und Beratung

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu Nummer 1 (§ 137 SGB V)

Die Regelung soll die Prüfung der Strukturmerkmale gemäß § 275d ergänzen und die Rechtssicherheit bezüglich der Frage erhöhen, ob eine Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf.

Der Gemeinsamen Bundesausschuss wird daher beauftragt, neben den durch Anhaltspunkte ausgelösten Prüfungen sowie den Stichprobenprüfungen auch die Erfüllung der in den Richtlinien des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 regelmäßig zu kontrollieren. Insbesondere sollen Kontrollen bei den Tatbeständen einer erstmaligen Erbringung der Leistung oder nach einer Unterbrechung von 12 Monaten oder wenn das Krankenhaus einen befristeten Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund dieser Richtlinien gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz begehrt, erfolgen.

Zu Nummer 2 (§ 275a SGB V)

Klarstellung, dass sich die vorher bestehende Vorgabe, wonach der Auftrag in angemessenem Verhältnis zu den auslösenden Anhaltspunkten stehen muss, nur auf Kontrollen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, beziehen kann.

#### **B Stellungnahme**

Eine Klarstellung, dass die Erbringung von Leistungen mit Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den Qualitätsanforderungen aus dem neuen § 275d gleichgestellt wird, ist aus sachlogischen Erwägungen zu begrüßen.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe a § 175 Abs. 2 SGB V SGB V** Ausübung des Wahlrechts

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Absatz wird neugefasst. Dabei wird das Verfahren des Krankenkassenwechsels neu strukturiert. Entscheidend ist, dass die gewählte Krankenkasse zum einen unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen und zum anderen die bisherige Krankenkasse über den Wechsel zu informieren hat. Die Übermittlung dieser Information soll maschinell erfolgen. Die bisher zuständige Krankenkasse hat der neu zuständigen Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen das Ende der Mitgliedschaft zu bestätigen. Sollte die Bindungsfrist von zwölf Monaten zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfüllt sein, hat die bisherige Krankenkasse als Ende der Mitgliedschaft das Ende der Bindungsfrist anzugeben.

### **B Stellungnahme**

Ziel der gesetzlichen Anpassung ist das Verfahren des Krankenkassenwechsels für Mitglieder zu vereinfachen und einheitlicher zu gestalten. Bereits heute ist die gewählte Krankenkasse verpflichtet umgehend eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Neu ist, dass die Mitgliedsbescheinigungen künftig elektronisch zur Verfügung gestellt werden können.

Gleiches gilt auch hinsichtlich des maschinellen Meldeverfahrens im Zusammenhang mit der Wahl einer neuen Krankenkasse, welches von der AOK-Gemeinschaft bereits seit längerem gefordert wird. Insofern wird die Einführung eines maschinellen Verfahrens unterstützt. Ferner ist davon auszugehen, dass das Verfahren des Krankenkassenwechsels dadurch beschleunigt und an Transparenz gewinnen wird. Die Versicherten profitieren zudem von vereinfachten Verwaltungsabläufen, da die Krankenkassen nun verpflichtet sind bei nicht erfüllter Bindungsfrist deren genaues Ende an die neue Krankenkasse zu melden. So erfährt die neue Krankenkasse direkt zu welchem konkreten Datum der Krankenkassenwechsel tatsächlich stattfindet. Aufgrund des maschinellen Verfahrens ist von einer Reduktion des Bearbeitungsaufwandes des Einzelfalls auszugehen. Allerdings kann es durch das geänderte Wahlrecht zukünftig deutlich mehr Einzelfälle geben, die durch die Sachbearbeitung zu prüfen sind.

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens müssen ebenfalls die Unterschiede/Feinheiten des Krankenkassenwechsels mit und ohne Kündigungserfordernis beachtet werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe b § 175 Abs. 2a SGB V**

Ausübung des Wahlrechts

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Sollte eine Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel bewusst verhindern bzw. verzögern und die abgebende Krankenkasse der gewählten Krankenkasse nicht in dem vorgeschriebenen Zwei-Wochenzeitraum das Ende der Mitgliedschaft bestätigen, können seitens der Aufsichtsbehörden Zwangsgelder verhängt werden, sofern dieses Verhaltens bekannt wird.

### **B Stellungnahme**

Die Notwendigkeit der Einführung von Zwangsgeldern zur Beschleunigung des Krankenkassenwahlrechts wird abgelehnt. Auch im bisherigen Verfahren stellen die Krankenkassen zeitnah die erforderlichen Kündigungsbestätigungen aus, die bei der gewählten Krankenkasse vorzulegen sind. Allein durch die maschinelle Mitteilung des Mitgliedschaftsendes bzw. der bestehenden Bindungsfrist ist zukünftig ebenfalls von einem reibungslosen Ablauf des Kassenwahlrechts auszugehen, wobei die fristgerechte Meldung zudem technisch überprüfbar und nachweisbar ist. Ferner tragen die Anpassungen im Krankenkassenwahlrecht weiter zu einer beschleunigten Abwicklung eines Krankenkassenwechsels bei, wodurch sich Strafverfahren in Form von Zwangsgeldern erübrigen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Änderungen in § 175 Abs. 2a Satz 2 und 4 SGB V - Neu

## **Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe c § 175 Abs. 3a SGB V**

Ausübung des Wahlrechts

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Das maschinelle Meldeverfahren ist auch im Zuge des Sonderfalls einer Krankenkassenschließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse einzusetzen.

### **B Stellungnahme**

Die letzten Krankenkassenschließungen liegen bereits länger zurück, jedoch war bei diesen die Übernahme der Versicherten durch die verbleibenden Krankenkassen sehr aufwendig und an die Zusammenarbeit mit den Versicherten sowie der gewählten und der bisherigen Krankenkasse gebunden. Es wird Vorsorge geleistet, dass zeitnah alle Mitglieder der betroffenen Krankenkasse problemlos eine neue Krankenkasse wählen können und damit ausreichend für den Krankheits- bzw. Pflegefall abgesichert sind. Durch das maschinelle Meldeverfahren werden die Versicherten und die bisher zuständige, geschlossene Krankenkasse zudem nicht mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand belastet.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe d § 175 Abs. 4 SGB V** Ausübung des Wahlrechts

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisher geltende Bindungsfrist nach einem Krankenkassenwechsel wird von 18 Monaten auf zwölf Monate verkürzt.

Die Bindungsfrist besteht jedoch zukünftig nur, wenn die Versicherung ohne Statusänderung, also ohne zwischenzeitlichem Mitgliedschaftsende kraft Gesetzes für zwölf Monate fortbesteht. Sollte bereits früher z.B. ein Beschäftigungswechsel oder der Verlust des Arbeitsplatzes im Zusammenhang mit einem Arbeitslosengeldbezug oder eine Statusänderung in der Mitgliedschaft eintreten, besteht durch die Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes trotz nicht erfüllter Bindungsfrist bereits mit Eintritt des Ereignisses die Möglichkeit zum Wechsel der Krankenkasse.

Sofern ein Versicherter die gesetzliche Krankenversicherung verlassen möchte (Wechsel zur PKV), ist im Gegensatz zu einem Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung aktiv zu kündigen. Entsprechendes gilt auch beim Verzug ins Ausland. Bei bestehender Bindungsfrist kann die Kündigung nach wörtlicher Auslegung des Gesetzes dann erst nach dem Ablauf der Bindungsfrist, also zum übernächsten Monat, erfolgen.

Sollte im Gegensatz dazu ein Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erwogen werden, wird auf eine aktive Kündigung der Krankenkasse zukünftig verzichtet. Der Krankenkassenwechsel wird allein durch den Beitritt zur gewählten Krankenkasse und dem Meldeverfahren mit der bisherigen Krankenkasse vollzogen. Gleichwohl bleibt die Kündigungsfrist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats bestehen. Diese gilt somit trotz fehlender aktiver Kündigung. Ferner wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das maschinelle Meldeverfahren auch bei einem Krankenkassenwechsel im Zuge des Sonderkündigungsrecht aufgrund der Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes anzuwenden ist, daher ist eine aktive Kündigung seitens des Versicherten auch in diesen Fällen nicht notwendig.

### **B Stellungnahme**

Die 18-monatige Bindungsfrist wurde mit dem Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte zum 01.01.2002 geschaffen. Zuvor galt bereits eine 12-monatige Bindungsfrist, somit ist die Verkürzung der Bindungsfrist gleichbedeutend mit einer Rückkehr zum ursprünglichen Recht, welches bei der Einführung der Krankenkassenwahlrechte galt. Hintergrund der Einführung der 18-monatigen Bindungsfrist war seinerzeit, dass ein kurzfristiges „Krankenkassenhopping“ seitens der Versicherten vermieden werden sollte. Letztlich ist allerdings festzustellen, dass der ursprünglich erwartete Umfang von Krankenkassenwechseln nicht eingetreten ist. Daher wird die Verkürzung der Bindungsfrist nicht als problematisch angesehen, auch wenn mit einer Steigerung des Verwaltungsaufwandes durch die Möglichkeit eines kurzfristigen Krankenkassenwechsels zu rechnen ist.

Letztlich verliert die Bindungsfrist aufgrund der flankierenden, auf den letzten Entscheidungen des Bundessozialgerichts basierenden, Änderungen an Bedeutung, da die Bindungsfrist in einer Vielzahl von Sachverhalten zukünftig nicht mehr greift. Schon allein das Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes führt dazu, dass unabhängig von einer bestehenden Bindungsfrist die Krankenkasse gewechselt werden kann. Auch eine Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes und dem daraus resultierenden Sonderkündigungsrecht ermöglicht einen Krankenkassenwechsel ohne Beachtung der Bindungsfrist.

Lediglich bei einem Wechsel in die private Krankenversicherung oder beim Verzug ins Ausland ist die Bindungsfrist zukünftig zu beachten. Hierbei räumt der Gesetzgeber nach dem Wortlaut der zukünftigen gesetzlichen Regelung erst nach Ablauf der Bindungsfrist ein Kündigungsrecht ein. Das heißt, sofern eine Kündigung aus den benannten Gründen ausgesprochen wird, ist diese erst nach Ablauf der Bindungsfrist gültig. Die Mitgliedschaft endet unter Beachtung der vollständigen Bindungs- und nachfolgender Kündigungsfrist.

Durch den Verzicht auf eine Kündigung bei einem Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erfährt die bisherige Krankenkasse erst durch das von der aufnehmenden Krankenkasse veranlasste Meldeverfahren von der Willensentscheidung ihres Mitglieds. Da nach der bisherigen allgemeinen Auffassung eine Versicherung grundsätzlich aktiv vom Versicherungsnehmer zu kündigen ist, ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber sich veranlasst sieht, von einer Kündigung seitens des Mitglieds abzusehen.

## **C      Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe e § 175 Abs. 5 SGB V** Aus- übung des Wahlrechts

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Sollten Versicherungspflichtige durch Errichtung bzw. Ausdehnung einer Betriebs- oder In-nungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Zugang zu einer Betriebs- oder In-nungskrankenkasse erhalten, kann der Krankenkassenwechsel nach dem neuen Verfahren, also ohne Kündigung, vollzogen werden, wenn das vorgeschriebenen Meldeverfahren fristge-recht durchgeführt wird.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung von § 175 Abs. 2 SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 10c Buchstabe f § 175 Abs. 6 SGB V** Aus-  
übung des Wahlrechts

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der GKV-Spitzenverband wird ermächtigt das maschinelle Meldeverfahren zum Krankenkassenwechsel zu regeln.

**B Stellungnahme**

Der GKV-Spitzenverband regelt bereits heute das Verfahren zum Krankenkassenwahlrecht. Daher ist die Ergänzung seiner Aufgaben hinsichtlich der Umsetzung des maschinellen Meldeverfahrens nachvollziehbar und folgerichtig.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 12 zu Art. 1 Nr. 29b § 304 Abs. 2 SGB V** Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigung und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Im Zuge eines Krankenkassenwechsels kann die gewählte Krankenkasse für die Fortführung der Versicherung erforderliche Angaben bei der bisherigen Versicherung anfordern. Zukünftig sind im Zuge eines Krankenkassenwechsels von der bisherigen Krankenkasse alle Angaben zur Fortführung des Versicherungsverzeichnisses an die gewählte Krankenkasse zu übermitteln.

### **B Stellungnahme**

Eine zwingende Notwendigkeit der verpflichtenden Übermittlung der Versicherungsdaten ist im Hinblick auf die Vorsicherungszeitenprüfungen im Zuge eines Rentenanspruches nicht zu erkennen. Bei der Überprüfung der Vorversicherungszeit zur Krankenversicherung der Rentner ist lediglich die zweite Hälfte des Erwerbslebens entscheidend. Neunzehntel in diesem Zeitraum sind mit Versicherungszeiten der gesetzlichen Krankenversicherung nachzuweisen. Zusätzlich sind je leiblichem Kind bzw. Pflege- oder Stiefkind pauschal drei Jahre als Versicherungszeit zu berücksichtigen. Für die Einzelfälle, die die Vorversicherungszeit nicht erfüllen, wird es als zumutbar erachtet, dass die Versicherungszeiten vom Mitglied nachgewiesen werden. Sofern die Versicherungszeiten vom Mitglied auch nicht ausreichend nachgewiesen werden können, kann die Krankenkasse im Bedarfsfall in Zusammenarbeit mit ihrem Mitglied die Vorversicherungszeiten aufgrund der bisherigen gesetzlichen Vorgabe bei den in der Vergangenheit zuständigen Krankenkassen erfragen.

Die dem Versichertenverzeichnis zusätzlich zuzuführenden Daten sind von den Krankenkassen in ihren Datenbeständen zu speichern und für den beschriebenen Verwendungszweck vorzuhalten/zu archivieren, obwohl sie nicht zum Versicherungsverlauf bzw. zur Mitgliedschaft passen. Hier sind entsprechende aufwändige technische Voraussetzungen zu schaffen diese Daten vorzuhalten, zu verwalten und auszuwerten. Durch die neugeschaffenen Möglichkeiten im Krankenkassenwahlrecht, die Krankenkasse mehrmals und kurzfristig zu wechseln, sind erhebliche Datenbewegungen zu erwarten, die als nicht zwingend notwendig erachtet werden, da die Vorversicherungszeit für Krankenversicherung der Rentner in der überwiegenden Anzahl der Fälle erfüllt sein wird.

Dieses Verfahren widerspricht einem verwaltungsarmen Handeln, deshalb sollte darauf Verfahren verzichtet werden.

### **C      Änderungsvorschlag**

Die Streichung der Wörter „auf Verlangen“ ist lediglich auf die Informationen nach § 292 zu beziehen. Insofern ist nach der Angabe „§ 288“ die Angabe „und § 292“ zu streichen und folgender Satz 2 anzufügen „Die nach § 292 erforderlichen Angaben zur Fortführung der Leistungsgewährung sind der neuen Krankenkasse zu übermitteln.“

## **Änderungsantrag 12 zu Art. 15 Abs. 4 Inkrafttreten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die angestrebten gesetzlichen Änderungen zum Wahlrecht sowie zur Übermittlung der erforderlichen Angaben zur Fortführung der Versicherung im Zuge des Krankenkassenwechsels sollen zum 01.01.2021 in Kraft treten.

### **B Stellungnahme**

Zur Umsetzung und Einführung des maschinellen Meldeverfahrens ist mindestens ein Vorlauf von zwölf Monaten erforderlich. Diese Zeit wird zwingend benötigt, um das Verfahren zwischen den Krankenkassenorganisationen abzustimmen, technisch zu entwickeln und bei den Krankenkassen zu implementieren.

Sollten Verzögerungen im Gesetzgebungsverfahren eintreten, ist auch ein späteres Inkrafttreten in Erwägung zu ziehen, da ein funktionierendes maschinelles Meldeverfahren für das neue Krankenkassenwahlrecht zwingende Voraussetzung ist.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner, sofern keine Verzögerungen im Gesetzgebungsverfahren entstehen.

Bei einem späteren Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ist entsprechend auch das Inkrafttreten um den Verzögerungszeitraum nach hinten zu verschieben.

**Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 25 § 279 Abs. 7 Satz 6 SGB V** Vorstand des Medizinischen Dienstes

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Amtszeit des Vorstandes der Medizinischen Dienste wird auf 6 Jahre mit der Möglichkeit auf Wiederwahl festgesetzt.

**B Stellungnahme**

§ 35a Absatz 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch regelt die Hauptamtlichkeit des Vorstands mit einer Amtszeit von sechs Jahren mit Möglichkeit der Wiederwahl für die Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Durch die Anwendung auf die Medizinischen Dienste (neu) und den Medizinischen Dienst Bund (neu) wird Analogie zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen hergestellt, was konsequent erscheint.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 25 § 282 Abs. 4 Sätze 5 bis 7 SGB V** Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder sind unzulässig. Die Aufsichtsbehörde hat die Befugnis, eine niedrigere Vergütung zu Beginn einer neuen Amtszeit anzuordnen.

**B Stellungnahme**

Die Angleichung der gesetzlichen Regelung zur Vergütungserhöhung an diejenige der übrigen Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung ist konsequent und nachvollziehbar.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 29c (neu) § 326 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V** Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 326 Absatz 1

Für den amtierenden Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter gelten bis zum 30. Juni 2021 die bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Vorschriften fort.

§ 326 Absatz 2

Das Verbot von Vergütungserhöhungen bis Ende 2027, das für den amtierenden Geschäftsführer und seinen Stellvertreter gilt, wird ebenso auf die künftigen Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund übertragen.

**B Stellungnahme**

Die Klarstellung der Übergangsregelung für die amtierende Geschäftsführung des MDS ist nachvollziehbar. Es erscheint konsequent, dass die künftigen Vorstandsmitglieder denselben Beschränkungen zur Vergütungserhöhungen unterliegen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 30 § 327 Abs. 2 Satz 1 SGB V** Übergangsregelung Medizinischer Dienst Bund

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 326 Absatz 2 gilt das Verbot von Vergütungserhöhungen für die Übergangsphase sowohl für den amtierenden Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter als auch für die künftigen Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund fort.

**B Stellungnahme**

Die Klarstellung der Übergangsregelung für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund ist nachvollziehbar.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 14 zu Art. 1 Nr. 30 § 328 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V** Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 328 Absatz 1 Satz 7

Die jeweils amtierenden Geschäftsführer und ihre Stellvertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in den Regionen werden qua Amt zum Vorstand der Medizinischen Dienste bis zum 31. Dezember 2021. Innerhalb von sechs Monaten nach der Neukonstituierung der Verwaltungsräte müssen sie sich einer tatsächlichen Wahl stellen.

§ 328 Absatz 5 Satz 5

Der Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands der Krankenkassen und sein Stellvertreter werden ebenfalls automatisch zum Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund, in diesem Falle bis zum 30. Juni 2022.

**B Stellungnahme**

Mit dieser Regelung einer fingierten Wahl des Geschäftsführers oder der Geschäftsführerin und seines Stellvertreters oder seiner Stellvertreterin zum Vorstand wird Unsicherheit in der Übergangsphase vermieden und eine Kontinuität in der Geschäftsführung sichergestellt. Diese konkreten Regelungen werden begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner



## **Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nr. 25 § 282 Abs. 2 Satz 2 SGB V** Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die erste Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund (neu) wird durch den amtierenden Verwaltungsratsvorsitzenden des MDS durchgeführt. Es wird gemäß den Vorgaben des § 282 getrennt nach Vertretergruppen und mit den festgelegten Stimmgewichten gewählt; jedes Mitglied einer Vertretergruppe gibt eine Stimme für eine weibliche Kandidatin und einen männlichen Kandidaten ab. Der amtierende Verwaltungsratsvorsitzende des MDS sammelt die Kandidatenvorschläge von den vorschlagsberechtigten Gruppen und erstellt für jede Vertretergruppe eine Liste mit männlichen und weiblichen Kandidaten und Kandidatinnen. Diese Listen werden den entsprechenden Vertretergruppen in den Medizinischen Diensten zugesandt. Der amtierende Verwaltungsratsvorsitzende des MDS lädt zur Wahl ein. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes sendet einen Vertreter, der die beiden Stimmen eines jeden Mitglieds seiner Gruppe aufnimmt und entsprechend der Weisung des Mitglieds abgibt. Die Kandidaten und Kandidatinnen, die die meisten Stimmen auf sich vereinigen, sind gewählt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Der amtierende Verwaltungsratsvorsitzende des MDS lädt auch zur konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates nach der erfolgten Wahl und leitet diese.

### **B Stellungnahme**

Die Klarstellung des Wahlmodus und konkreten Ablaufs der Wahl zum Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund (neu) wird begrüßt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 15 zu Art. 1 Nr. 30 § 328 Abs. 5 SGB V** Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund (neu) kann durch die Entsendung jeweils eines Vertreters der entsprechenden Vertretergruppe in einem Medizinischen Dienst, welcher die Stimmen seiner Vertretergruppe abgibt, durchgeführt werden.

**B Stellungnahme**

Eine Versammlung von sämtlichen Mitgliedern der Verwaltungsräte von 15 regionalen Medizinischen Diensten bedeutet einen hohen Organisations- und Ressourcenaufwand. Durch die Möglichkeit der Entsendung von Vertretern für eine gebündelte Stimmabgabe wird das Verfahren vereinfacht und praktikabler. Die Regelung wird begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 16 zu Art. 1 Nr. 25 § 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V** Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Für Richtlinien, die der Medizinische Dienst Bund (neu) erlässt, wird die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer in die Liste der Stellungnahmeberechtigten aufgenommen.

**B Stellungnahme**

Unter Nummer 4 der Liste (maßgebliche Verbände und Fachkreise auf Bundesebene) sind auch die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer mit einbezogen. Die explizite Aufnahme in die Liste bringt keine grundsätzlichen Änderungen des Verfahrens mit sich, erhöht aber die Sichtbarkeit und Gleichberechtigung im Kreis der anhörungsberechtigten Organisationen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Änderungsantrag 17 zu Art. 1 Nr. 25 § 283a Abs. 1 Satz 2 SGB V** Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Rechte und Pflichten der Medizinischen Dienste gelten in gleicher Weise auch für den Sozialmedizinischen Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD). Dies umfasst neben der Bindung an die Richtlinien des MD Bund auch die Bestellung einer Ombudsperson und die Berichtspflicht an den MD Bund.

### **B Stellungnahme**

Es erscheint konsequent, für den SMD Analogie zu den Regelungen für die Medizinischen Dienste herzustellen. Die Ombudslösung wird von der AOK-Gemeinschaft jedoch insgesamt abgelehnt, da sie die Gefahr birgt, dass die notwendigen Gespräche im Rahmen einer Sozialmedizinischen Fallberatung zwischen Gutachter und Kassenmitarbeiter – insbesondere solchen mit ärztlicher oder pflegfachlicher Ausbildung – durch die Regelung belastet werden und die vertrauensvolle Zusammenarbeit darunter leidet. Mit dem Wort „Unregelmäßigkeit“ wird ein gesetzlicher Begriff aus der Fehlverhaltensbekämpfung verwendet, welcher das Fachgespräch zwischen Kasse und Medizinischem Dienst stigmatisiert. Eine solche Ombudslösung ist daher weder im Sinne der Patienten und Verbraucher, noch trägt sie zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und Medizinischem Dienst, in diesem Falle dem SMD, bei.

### **C Änderungsvorschlag**

Der nach § 283a Absatz 1 Satz 1 einzufügende Satz wird wie folgt formuliert:

„Für den Sozialmedizinischen Dienst gelten bei Wahrnehmung dieser Aufgaben insbesondere die Vorschriften nach § 128 Absatz 1 Satz 2 des Neunten Buches, § 53c Absatz 1 und 3 des Elften Buches, § 53d Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 4 und 5 des Elften Buches, den §§ 62a und 78 Absatz 1 des Zwölften Buches sowie nach § 13 Absatz 3a, § 116b Absatz 6 Satz 10, § 197a Absatz 3b Satz 3, den §§ 275 bis 277, **278 Absatz 2 und 4** und § 283 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 entsprechend“.

**Änderungsantrag 19 zu Art. 1 Nr. 30 § 327 Abs. 1 bis 3 SGB V** Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

**A Beabsichtigte Neuregelung**

In der Übergangszeit zur neuen Organisationsform der Medizinischen Dienste, in welcher ein Nebeneinander von neu konstituiertem Verwaltungsrat und amtierendem Verwaltungsrat eine Zeit lang existieren wird, ist der amtierende Verwaltungsrat für die Erledigung der Aufgaben, wie beispielsweise die Aufstellung des Haushaltsplanes für das Folgejahr zuständig, während der neu gewählte Verwaltungsrat die neue Satzung erstellt. Mit dem Übergang in die neue Organisationsform – der genaue Zeitpunkt hängt von der Genehmigung der Satzung durch die oberste Landesbehörde und Bekanntmachung dieses Zeitpunktes ab – werden die Verwaltungsräte des MDK aufgelöst. Gleiches gilt für den MDS, dessen amtierender Verwaltungsrat ebenfalls noch für die laufenden Aufgaben verantwortlich ist und zum Zeitpunkt des Übergangs und nach Genehmigung und Inkrafttreten der neuen Satzung (in diesem Falle ist das Bundesministerium für Gesundheit zuständig) aufgelöst wird.

**B Stellungnahme**

Die Regelungen erscheinen folgerichtig und dienen der Klarstellung.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 20 zu Art. 1 Nr. 30 §§ 327, 328 SGB V** Übergangsregelung für den Medizinischen Dienst Bund, Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Übergangszeitraum in die neue Organisationsform des Medizinischen Dienstes beträgt anderthalb Jahre. Für die Wahl und Ernennung der neuen Verwaltungsratsmitglieder ist nun ein Jahr Zeit, die Genehmigung der Satzung durch die Landesbehörden erfolgt zum 30. Juni 2021. Der Medizinische Dienst Bund wird innerhalb von zwei Jahren errichtet, bis Anfang 2022.

**B Stellungnahme**

Mit der Verlängerung der Frist zur Errichtung der neuen Organisationen wird einem Vorschlag des Bundesrates gefolgt. Der nun vorgesehene Zeitraum ermöglicht allen beteiligten Parteien einen angemessenen Umgang mit den Aufgaben, die zur Errichtung notwendig sind.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

**Änderungsantrag 22 zu Art. 3 Nr. 1 § 17b Abs. 1 KHG** Anpassung der Sachkostenkorrektur

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

aa) Der Gesetzgeber stellt klar, dass die Sachkostenkorrektur für das Entgeltsystem 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung (aDRG-System) vorzunehmen ist.

### **B Stellungnahme**

Die gesetzliche Änderung ist durch die Pflegeausgliederung erforderlich.

Mit der Klarstellung werden dem Krankenhausbereich keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt, es erfolgt eine finanzierungsneutrale Umverteilung innerhalb des aG-DRG-Systems 2021.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 22 zu Art. 3 Nr. 1 § 17b Abs. 3 KHG** Teilnahme**A Beabsichtigte Neuregelung**

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus soll mehr Bestimmungsrechte für Auswahl der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser erhalten.

**B Stellungnahme**

Die Änderung wird begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner



**Änderungsantrag 23 zu Art. 3 Nr. 2f § 17c Abs. 3 KHG** Prüfung der Abrechnung von Pflegefällen, Schlichtungsausschuss

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Bislang wird die Möglichkeit, gemeinsam Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen, von den Krankenhäusern und Krankenkassen nur wenig genutzt.

In der nur eingeschränkt möglichen gerichtlichen Überprüfbarkeit der Entscheidung der Schlichtungsperson wird einer der wesentlichen Gründe dafür gesehen.

Die gerichtliche Überprüfungsmöglichkeit einer Entscheidung der Schlichtungsperson soll künftig voraussetzungslos gewährt werden.

**B Stellungnahme**

Die Institution der Schlichtungspersonen auf Landesebene wird unter bürokratischen Gesichtspunkten abgelehnt. Sofern diese Regelung umgesetzt wird, ist die nun vorgenommene Ergänzung einer gerichtlichen Überprüfbarkeit der Entscheidung im Sinne des Rechtsstaatsprinzips zu begrüßen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

**Änderungsantrag 24 zu Art. 3 Nr. 2h § 17c Abs. 5 KHG** Elektronische Direktabrechnung mit PKV und Beihilfe

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Künftig sollen Krankenhäuser dazu verpflichtet werden, die für die Krankenhaus-Abrechnung notwendigen Daten von privat krankenversicherten Personen und solchen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt sind, ebenfalls entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle zu übermitteln. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der privaten Krankenversicherung und die teilnehmenden Beihilfeträger haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt.

**B Stellungnahme**

Diese Regelung ist aus GKV-Sicht im Sinne der Gleichbehandlung zu begrüßen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Artikel 4 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

### Änderungsantrag 25 zu Art. 4 Nr. 2 § 4 Abs. 9 KHEntgG Hygieneförderprogramm

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm, das Ende 2019 im Wesentlichen auslaufen würde, wird um drei Jahre bis zum Jahr 2022 verlängert und um einen zusätzlichen Förderungsschwerpunkt im Bereich der Antibiotika-Therapieberatung und der Förderung des sachgerechten Einsatzes von Antibiotika erweitert.

#### B Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

#### C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

**Änderungsantrag 25 zu Art. 4 Nr. 2 § 10 Abs. 12 KHEntgG** Hygieneförderprogramm**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung stellt eine Folgeregelung im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms bis zum Jahr 2022 dar. Die Regelung sieht vor, dass die zusätzlichen Mittel für Personaleinstellungen im Rahmen des Hygieneförderprogramms nicht bereits im Jahr 2020, sondern erst im Jahr 2022 bei den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2023 erhöhend zu berücksichtigen sind.

**B Stellungnahme**

Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

**C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

## **Änderungsantrag 26 zu Art. 4 Nr. 4 § 6a KHEntgG** Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vergütung von Leiharbeitskräften – im Krankenhaus tätiges Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis – soll zukünftig auf die tarifvertraglich vereinbarte Höhe des im Krankenhaus tätigen Pflegepersonals mit direktem Beschäftigungsverhältnis begrenzt werden. Eine Vergütung von Vermittlungsentgelten bzw. Overheadkosten des Leiharbeitsvermittlers sind ausgeschlossen.

### **B Stellungnahme**

Mit der Einführung der Selbstkostendeckung für das Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen im Krankenhaus soll die Pflege gestärkt werden. Die bisherige Regelung sieht vor, dass alle vom Krankenhaus geltend gemachten Kosten für das Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen gerechtfertigt und als wirtschaftlich anzusehen sind. In der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung nach § 17b Abs. 4 KHG wurde zusätzlich durch die Vertragsparteien auf Bundesebene konkretisiert, dass neben dem angestellten Pflegepersonal im Krankenhaus auch das Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in dem zu vereinbarenden Pflegebudget zu berücksichtigen ist. Mit der gegenwärtigen Regelung ist damit implizit verbunden, dass ein Krankenhausträger auch die Vermittlungsentgelte oder hinausgehende Zusatzkosten für das Fremdpersonal gegenüber den Kostenträgern geltend machen könnten.

Vor diesem Hintergrund wird die gesetzliche Regelung und Änderung befürwortet. Private Zeitarbeitsagenturen dürfen nicht zulasten der Solidargemeinschaft unverhältnismäßige Gewinne mit der Vermittlung von bedarfsnotwendigen Pflegepersonal im Krankenhaus erwirtschaften. Darüber hinaus sind die finanziellen Mittel des Pflegebudgets zweckentsprechend einzusetzen, ein Vermittlungsentgelt der Leiharbeitsfirma gehört hierzu nicht. Ein Überbieten bei Gehältern oder Inrechnungstellung von Vermittlungsgebühren bringt für die Patientenversorgung keine Verbesserung, sondern sorgt für Fehlanreize (Wechsel in die Beschäftigung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis) und einer bloßen Umverteilung des Personals, das dort arbeitet, wo die Gehälter inkl. Vermittlungsgebühr am höchsten sind. In diesem Zusammenhang ist die gesetzliche Änderung, dass eine Anbindung an einen Leittarifvertrag erfolgt, zielführend.

Neben den oftmals hohen Vermittlungsgebühren und Zusatzkosten der Leiharbeitsfirmen führt die Leiharbeit in den betroffenen Einrichtungen zu sozialem Unfrieden. Die oftmals besseren Arbeitsbedingungen, die u.a. durch die flexiblen Arbeitszeitmodelle, Wahlmöglichkeit attraktiver Schichten und durch besseres Gehalt gekennzeichnet sind, führen zu innerbetrieblichen Spannungen zwischen Personal mit direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis. Nach Analysen des Pfliegerates müssen festangestellte Pfleger darüber hinaus vermehrt Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdienste übernehmen und dafür eine im Vergleich geringere Vergütung hinnehmen. Eine Gleichstellung der vergütungsrelevanten Komponenten wird die finanzielle Ungleichbehandlung beseitigen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Änderungsantrag 26 zu Art. 4 Nr. 4 § 6a KHEntgG** Verschiebung des Vorlagetermins für Bestätigung des Jahresabschlussprüfers

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Frist der Krankenhausträger für den Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung der Pflegepersonalkostenfinanzierung inklusive jahresdurchschnittlicher Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnung, sowie Pflegepersonalkosten durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers wird jährlich vom 30. April auf den 30. September verschoben.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist nur teilweise nachvollziehbar. Bei der Erstellung eines Jahresabschlusses für ein abgelaufenes Geschäftsjahr bis zum 30. April eines Jahres ist auch die Rechnungslegung für die Ausgaben des Pflegepersonals auf bettenführenden Stationen verbunden, was aufgrund der Krankenhaus Buchführungsverordnung nachvollziehbar ist. Eine Verschiebung auf den 30. September ist allerdings nicht nachvollziehbar, die Frist sollte um 2 Monate auf den 30. Juni verschoben werden. Für die prospektiv geführten Budgetverhandlungen, die Berechnung der Ausgleiche und die Weiterentwicklung des Entgeltsystems muss das Testat den Vertragsparteien so früh wie möglich vorliegen. Mit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) gemäß § 137i Abs. 1 SGB V und der dazugehörigen Sanktionsvereinbarung bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) nach § 137i Abs. 5 SGB V wurde bereits vereinbart, dass ein Krankenhausträger eine Bestätigung des Wirtschaftsprüfers jährlich bis zum 30. Juni über den jährlichen Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorzulegen hat. Eine Anpassung auf diese Frist ist sachgerecht, da der Wirtschaftsprüfer für beide Prozesse Synergien schaffen kann.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 6a wird wie folgt geändert:

„In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „30. April“ durch die Angaben „30. Juni“ ersetzt.

**Änderungsantrag 27 zu Art. 4 Nr. 7 § 15 Abs. 2a KHEntgG** Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Statt eines einheitlichen Eurobetrages je Belegungstag für die Erbringung von Pflegeleistungen soll ein bundesweit vorläufiger Pflegeentgeltwert bis zur Vereinbarung der krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwerte für das Jahr 2020 festgelegt werden. Mit der Festlegung des vorläufigen Entgeltwertes ist die flächendeckende Anwendung des Pflegeerlöskataloges 2020 ab dem 01.01.2020 verbunden und damit eine sachgerechtere Verteilung der finanziellen Mittel sichergestellt.

**B Stellungnahme**

Die gesetzliche Änderung wird begrüßt. Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

**C Änderungsvorschlag**

Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.



**Änderungsantrag 28 zu Art. 4 Nr. 8 § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e und Abs. 5 KHEntgG**  
Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG

**A Beabsichtigte Neuregelungen**

a) Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e

Im Sinne der Weiterentwicklung der §21er-Daten soll künftig die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Standortkennzeichen und nach den Fachabteilungen des Standorts sowie für die in einer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten pflegesensitiven Bereichen gegliedert nach den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen übermittelt werden.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

Die Datenstelle soll künftig für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Datenübermittlung nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e einen pauschalen Abschlag je Standort eines Krankenhauses festlegen. Dies v.a. deshalb, weil diese Informationen von hoher Bedeutung für die Realisierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V sowie der Untergrenze für die Pflegepersonalquotienten sind. Der Abschlag nach Satz 2 beträgt mindestens 20 000 Euro und höchstens 500 000 Euro. Zur Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 wird ein Abschlagsfaktor gebildet, indem die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte eines Krankenhausstandorts durch die Anzahl der Pflegevollkräfte, für die vollständig und rechtzeitig Daten übermittelt wurden, dividiert wird. Der Abschlagsfaktor ist kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden und mit dem Mindestabschlagsbetrag von 20 000 Euro zu multiplizieren. Übermittelt ein Krankenhaus für einen Standort nicht die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte, hat die Datenstelle die Anzahl der Pflegevollkräfte für die Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 sachgerecht zu schätzen.

**B Stellungnahme**

zu a) Da diese Änderung im unmittelbaren Zusammenhang mit der Datenübermittlung zur Anzahl des Pflegepersonals im Krankenhaus ab dem Datenjahr 2019 zu betrachten ist, kann sie als sachgerecht und folgerichtig bewertet werden. Im Sinne der Datenvalidität ist sie somit zu begrüßen.

zu b) Die Änderung von einer fall- auf eine standortbezogene Abschlagsregelung ist im Sinne des Ziels einer Verbesserung der Datengrundlage sachgerecht und damit angemessen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Artikel 6 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

### Änderungsantrag 29 zu Art. 6 Nr. 0 § 2 Bundespflegesatzverordnung

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher trägt die GKV die Kosten für Gebärdensprachdolmetscherleistungen ausschließlich im Zusammenhang mit ambulanten Leistungen. Die Gebärdensprachdolmetscherleistungen im Krankenhaus wurden bisher durch das Krankenhaus getragen.

Der im Referentenentwurf angeführte Unterfinanzierung der Gebärdensprachdolmetscherleistungen in der Kalkulation des pauschalierten Entgeltsystems soll damit begegnet werden, die Kosten für Gebärdensprachdolmetscherleistungen im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung aus der Kalkulation des pauschalierten Entgeltsystems heraus zu nehmen und den Krankenkassen direkt in Rechnung zu stellen.

Der ÄA 29 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sieht nun eine Folgeänderung zu der Neufassung in § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG vor. So soll die Neufassung - im Sinne einer einheitlichen Vorgehensweise für die Abrechnung der Kosten von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern - auch für psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen, welche nach BPfIV abrechnen, gelten.

#### B Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung für unter § 1 der Bundespflegesatzverordnung fallende Krankenhäuser, also psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen, wird – ebenso wie die zuvor für somatische Krankenhäuser eingebrachte Neufassung in § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG – abgelehnt. Sie stellt ein Systembruch bei der Kostenkalkulation dar und wirft zudem Prozess- und Haftungsfragen auf. Auch ist bei den Krankenkassen mit einer Ausweitung der Kosten und des Organisationsaufwandes zu rechnen, vor allem dann, wenn weitere stationäre Einrichtungen wie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen eine solche Änderung beantragen.

Für den Patienten in der stationären Versorgung wäre es zudem kaum nachvollziehbar, warum er sich in allen Angelegenheit an das versorgende Krankenhaus wenden soll und bei einem Bedarf einer Gebärdensprachdolmetscherleistung an die Krankenkasse.

Es entspricht auch nicht den letzten gesetzlichen Änderungen, Krankenhäuser als koordinierende Stelle zu stärken (Schaffung eines gesetzlich verankerten Entlassmanagements, neue Verordnungsmöglichkeiten durch das Krankenhaus).

#### C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

## **Änderungsantrag 30 zu Art. 6 Nr. 3 § 18 Abs. 2 BPfIV** Erweiterung des Nachweises über zweckentsprechende Mittelverwendung

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung sieht vor, die Verpflichtung zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung in § 18 Absatz 2 Satz 3 auch auf das vereinbarte therapeutische Personal zu erweitern, das nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben erforderliche Personalausstattung hinausgeht.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist nachvollziehbar. Nach der gesetzlichen Vorgabe, kann eine über die Mindestvorgaben hinausgehende Vereinbarung von Personal für eine angemessene personelle Ausstattung in den Budgetverhandlungen getroffen werden. Die Verhandlung der von den besonderen Umständen im Einzelfall obliegt den Verhandlungspartnern auf der Ortsebene. Soweit finanzielle Mittel für therapeutisches Personal vereinbart werden, ist die zweckentsprechenden Verwendung dieser Mittel sicherzustellen. Ein entsprechender Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung ist demnach auch für das Personal, das nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben erforderliche Personalausstattung hinausgeht, erforderlich. Die Regelung ist auch vor dem Hintergrund zu begrüßen, dass die Krankenhäuser sich bei dem Nachweis nicht auf die Mindestausstattung beschränken können.

### **C Änderungsvorschlag**

Vgl. Stellungnahme des GKV-SV.

## Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

**Änderungsantrag 33 zu Art. 10 Nr. 15 § 53d Abs. 3 Satz 1 SGB XI** Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienst Richtlinien, welche die zu erbringenden Leistungen und die Qualität in der Pflege sicherstellen.

### **B Stellungnahme**

Die Beteiligung der Medizinischen Dienste bei der Erstellung von Richtlinien in Analogie zur Einbindung der Medizinischen Dienste in § 282 Absatz 2 Satz 1 bei der Erarbeitung von Richtlinien für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wird begrüßt, da dadurch die enge Anbindung des Medizinischen Dienstes Bund an die Medizinischen Dienste in den Ländern gestärkt wird. Mit dieser Ergänzung wird einem Vorschlag des Bundesrates gefolgt.

Allerdings spricht sich die AOK-Gemeinschaft für die Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes für die Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b bzw. § 53d Abs. 3 Nr. 2 aus, da diese ausschließlich die Beziehungen zwischen Kranken- und Pflegekassen regeln (siehe dazu die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zu Art. 10 Nr. 4d) § 17 Abs. 1b auf S. 83 sowie zu Art. 10 Nr. 15 § 53d auf S. 88 ff.)

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner