



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(9.2)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019

11.10.2019

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 11.10.2019

**zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und
unabhängigere Prüfungen (MDK–Reformgesetz)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme	5
Änderungsantrag 1	5
§§ 13, 62, 116b – Redaktionelle Korrekturen der Bezeichnung „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ in „Medizinischer Dienst“	5
Änderungsantrag 2	6
§ 32 – Heilmittel	6
§ 124 – Heilmittel	7
§ 125 – Heilmittel	9
§ 302 – Heilmittel	10
Änderungsantrag 3	11
§ 65e – Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender	11
Änderungsantrag 4	12
§ 75a Absatz 9 – Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten	12
Änderungsantrag 6	14
§ 95 – Redaktioneller Anpassungsbedarf	14
Änderungsantrag 7	15
§§ 96, 103, 140f – Redaktionelle Korrektur; Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren	15
Änderungsantrag 8	17
§ 101 Absatz 4 – Terminologische Anpassung	17
Änderungsantrag 9	18
§ 115b Absatz 2 – Klarstellung zur Prüfung von ambulant erbrachten Leistungen nach dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen durch den Medizinischen Dienst	18
Änderungsantrag 10	22
§§ 137, 275a – Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst	22
Änderungsantrag 11	24
§ 140f Absatz 7 – Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene	24
Änderungsantrag 12	25
§ 175 – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts	25
§ 304 – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts	28
Inkrafttreten – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts	30
Änderungsantrag 14	31
§ 279 – Vorstand des Medizinischen Dienstes	31
§ 282 – Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund	32

§ 326 – Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund	33
§ 327 – Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund	34
§ 328 – Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund	35
Änderungsantrag 15	36
§§ 282, 328 – Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund; Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund	36
Änderungsantrag 16	37
§ 283 – Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund	37
Änderungsantrag 17	38
§ 283a – Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	38
Änderungsantrag 18	39
§ 283a – Beirat des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	39
Änderungsantrag 19	40
§ 327 – Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	40
Änderungsantrag 20	41
§§ 327, 328 – Übergangsregelungen für den Medizinischen Dienst Bund; Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund	41
Änderungsantrag 21	42
§ 328 – Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes	42
Änderungsantrag 22	43
§ 17b – Anpassung der Sachkostenkorrektur	43
Änderungsantrag 23	45
§ 17c Absatz 3 (neu) – Uneingeschränkte gerichtliche Überprüfung der Entscheidung einer Schlichtungsperson	45
Änderungsantrag 25	46
§ 4 Absatz 9 und § 10 Absatz 12 – Verlängerung des Hygieneförderprogramms	46
Änderungsantrag 26	48
§ 6a Absatz 2 und 3 – Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit	48
Änderungsantrag 27	49
§ 15 Absatz 2a – Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte	49
Änderungsantrag 28	51
§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 5 – Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG	51
Änderungsantrag 29	52

§ 2 – Herausnahme von Gebärdensprachdolmetscherleistungen	52
Änderungsantrag 30	53
§ 18 Absatz 2 – Erweiterung der Nachweispflicht über die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus	53
Änderungsantrag 31	55
§ 17 – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe	55
Änderungsantrag 32	56
§ 53c – Redaktionelle Änderungen und Klarstellung	56
Änderungsantrag 33	57
§ 53d – Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund	57
§ 112a – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe; redaktionelle Klarstellung .	58
Änderungsantrag 35	59
§ 114c – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe; redaktionelle Klarstellung .	59

I. Stellungnahme

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 Nummern 2a, 2b, 7a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 13, 62, 116b – Redaktionelle Korrekturen der Bezeichnung „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ in „Medizinischer Dienst“

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen, durch die der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. Stellungnahme zum Gesetzentwurf). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Folgeänderungen entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummern 2a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 32 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 32 Absatz 2 Satz 2 erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises auf eine andere Rechtsnorm.

In § 32 Absatz 2 werden in den Sätzen 3 bis 5 die Vorschriften zur Zuzahlungsermittlung für Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, entsprechend der Neureglungen zu den Heilmittelpreisen nach §§ 125 und 125b SGB V angepasst.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

Die Anpassung der Vorschriften zur Ermittlung der Zuzahlung für Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, ist folgerichtig. Der GKV-Spitzenverband geht jedoch davon aus, dass mit Veröffentlichung der jeweils geltenden Preislisten gemäß § 125 Absatz 1 Satz 5 die Mitteilungspflicht gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits erfüllt ist. Der Satz 5 kann daher gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 1b (§ 32 Absatz 2) wird Satz 5 gestrichen.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 124 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten Satz 10 in § 124 Absatz 2 wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, eine Liste über die zugelassenen Heilmittelerbringer, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben, mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers zu veröffentlichen. Dadurch soll den Versicherten eine zielgerichtete Suche nach einer geeigneten Praxis ermöglicht werden. Gemäß der Gesetzesbegründung können aus datenschutzrechtlichen Gründen jedoch nur die Daten der Leistungserbringer veröffentlicht werden, die ihre Einwilligung zu der Veröffentlichung gegeben haben. Über das Verfahren zur Einholung der Einwilligung soll sich der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer in den Verträgen nach § 125 SGB V verständigen.

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

B) Stellungnahme

Die Aufgabe, eine Liste der zugelassenen Leistungserbringer zu veröffentlichen, um das Informationsangebot für die Versicherten zu verbessern, wird ausdrücklich begrüßt. Dies fördert den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen und trägt zur Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrags aus § 1 Satz 4 SGB V bei, den Versicherten im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung durch Aufklärung und Beratung zu unterstützen.

Die in der Gesetzesbegründung angeführten Bedenken, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen nur die Daten der Leistungserbringer veröffentlicht werden können, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben, werden jedoch nicht geteilt. Gemäß § 134a Absatz 2a und 2b SGB V stellt der GKV-Spitzenverband bei Hebammen ein Verzeichnis über alle zugelassenen Leistungserbringer mit einem gesetzlich definierten Mindestdatenumfang sowie weiteren freiwilligen Daten zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund sollte erwogen werden, dass auch im Heilmittelbereich auf Grundlage der nach § 124 Absatz 2 Satz 7 übermittelten Daten eine

bundesweite Therapeutensuche zur Verfügung gestellt werden kann, damit die Versicherten auf ein vollständiges Informationsangebot zurückgreifen können. Die bundesweite Therapeutensuche sollte auf Basis der vom GKV-Spitzenverband an die Krankenkassen übermittelten Daten nach § 124 Absatz 2 Satz 7 – neben dem GK-Spitzenverband selbst – auch von den einzelnen Krankenkassen angeboten werden können. Über den Umfang der verpflichtend sowie ggf. darüber hinaus freiwillig zu veröffentlichenden Daten können sich die Partner der Verträge nach § 125 SGB V verständigen.

Die Erweiterung der Befugnisse der Arbeitsgemeinschaften dient der Verwaltungsvereinfachung und ist im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Zulassungswesens sinnvoll. Andernfalls müssten Heilmittelerbringer im Bereich Physiotherapie den Nachweis über eine erfolgreich absolvierte Weiterbildung auch weiterhin gegenüber den einzelnen Krankenkassen erbringen, was zu Doppelstrukturen und einem erheblichen bürokratischen Aufwand für Heilmittelerbringer und Krankenkassen führen würde.

C) Änderungsvorschlag

§ 124 Absatz 2 Satz 11 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat auf Grundlage der Daten nach Satz 7 eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer, ~~die in die Veröffentlichung eingewilligt haben,~~ mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers zu veröffentlichen; über den Umfang der zu veröffentlichenden Daten verständigen sich die Partner der Verträge nach § 125 Absatz 1 in den jeweiligen Verträgen.“

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 125 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 125 Absatz 2 Nummer 4 wird das Wort „Nachbearbeitung“ durch das Wort „Nachbereitung“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Korrektur.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 29a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 302 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 302 Absatz 4 erfolgt eine redaktionelle Anpassung zu den in den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V zugrunde zulegenden Vereinbarungen zwischen GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer.

B) Stellungnahme

Aufgrund der zum 01.07.2020 auf Bundesebene zu schließenden Verträge ist der Bezug auf die vorherigen Rahmenempfehlungen entsprechend zu korrigieren. Die Änderung ist notwendig und sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummer 2c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 65e – Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für eine bereits bestehende Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche und Auswahl nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen geschaffen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt. Grundsätzlich hat sich die bereits bestehende Vereinbarung in den vergangenen Jahrzehnten bewährt. Der vorliegende Änderungsantrag schafft hierfür eine klare Rechtsgrundlage für die Zukunft. Damit wird das bestehende und gut funktionierende System für die Zukunft abgesichert. Es ist die zentrale Aufgabe der Beteiligten, die Grundlagen für ein breit aufgestelltes System zu sichern und für ausreichend verfügbare Spender zu sorgen. Vorrangig darf das Vertrauen der (potentiellen) Spender bezüglich des Zweckes ihrer Spende nicht enttäuscht werden. Dazu ist es erforderlich, dass auch eine Transparenz bezüglich der unmittelbaren Spenderleistung und der Finanzierung des Spendersystems insgesamt (Co-Finanzierung durch Versichertenbeiträge) erreicht wird. Transparenz in der Finanzierung gewährleistet die Funktionsfähigkeit der Stammzellspenderdateien und dient damit auch der Sicherstellung des Systems insgesamt. Die Vereinbarung wird auch in Zukunft dafür Sorge tragen, dass Spender konsequent geschützt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 2d (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 75a Absatz 9 – Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden Fachärztlichen Versorgung bundesweit bis zu 2.000 Weiterbildungsstellen und davon mindestens 250 Kinder- und Jugendärzte zu fördern sind.

B) Stellungnahme

Die bisher vorgesehene Förderung der Fachärzte wurde bereits im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) von 1.000 auf 2.000 Stellen erhöht. Zudem wurde im Rahmen des TSVG vorgegeben, dass eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen ist. Diese Vorgabe wird nun auf 250 Stellen konkretisiert.

Die Änderung wird grundsätzlich begrüßt. Gemäß der Vereinbarung nach § 75a SGB V obliegt es bisher der regionalen Ebene festzulegen, welche Facharztgruppen vor Ort gefördert werden. Dies ist grundsätzlich sachgerecht, um die Versorgungssituation vor Ort angemessen zu berücksichtigen. Die Vereinbarung gibt bereits heute vor, dass der Förderbedarf insbesondere für die Fachgruppen Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Augenheilkunde zu prüfen ist. Damit ist bereits vorgezeichnet, dass diesen Gruppen hinsichtlich der Sicherstellung einer bedarfsgerechten fachärztlichen Grundversorgung eine entscheidende Rolle zukommt. Der hohe Stellenwert, den eine flächendeckende kinderärztliche Versorgung und eine gute Erreichbarkeit kinderärztlicher Angebote für die Bevölkerung hat, wird durch die vorgesehene Regelung noch einmal verdeutlicht.

Einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die Solidargemeinschaft unter den bestehenden Rahmenbedingungen nicht zielführend ist. Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ist keine originäre Aufgabe der Versichertengemeinschaft der GKV. Das Weiterbildungsrecht ist maßgeblich durch die landesbezogenen Festlegungen der Ärztekammern bestimmt, die keine Rücksicht auf den bestehenden Bedarf an Ärzten und Fachrichtungen für die ambulante Versorgung nehmen. Im Gegenteil wird im Rahmen des Weiterbildungsrechts eine immer stärkere Spezialisierung zu Lasten grundversorgender Fachärzte vorangetrieben. Darüber hinaus fehlen verbindliche Pflichten für die Ärzte, deren Weiterbildungen mit Beitragsgeldern finanziert wurden. Eine

Verbindlichkeit, nach Facharztabschluss auch im Rahmen einer Niederlassung GKV-Versicherte zu versorgen, besteht nicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 6

Zu Artikel 1 Nummer 5a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 95 – Redaktioneller Anpassungsbedarf

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 6 Satz 3 wird klargestellt, dass einem Medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung auch dann zu entziehen ist, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht vorliegen. Der bisherige Verweis bezog sich lediglich auf Absatz 1 und war damit unvollständig.

In Absatz 9 wird der Zulassungsumfang korrigiert, da inzwischen nicht nur halbe und volle, sondern auch Zulassungen im Umfang von drei Vierteln möglich sind.

B) Stellungnahme

Bei der Änderung in Absatz 6 Satz 3 handelt es sich um eine Verweiskorrektur. Die Anpassung ist sachgerecht.

Bei der Änderung in Absatz 9 handelt es sich um eine Anpassung an bestehendes Recht. Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 7

Zu Artikel 1 Nummern 5b, 5c, 10a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 96, 103, 140f – Redaktionelle Korrektur; Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 wird der Bezug aufgrund eines neu eingefügten Satzes von Satz 9 auf Satz 10 geändert.

In § 103 Absatz 4 wird ein Regelungsbestandteil gestrichen, der eine Ausschreibung von Arztsitzen auch in dem Fall vorsieht, dass die Länder von ihrem neuen Abweichungsrecht gemäß §103 Absatz 2 Sätze 4 bis 7 SGB V Gebrauch machen und ländliche oder strukturschwache Teilgebiete von Planungsbereichen bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind.

Nach Absatz 5 wird ein neuer Satz 6 eingefügt, der klarstellt, dass die Quotenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Nachbesetzungsverfahren zu beachten sind.

In Absatz 4a wird ein Halbsatz ergänzt, der klarstellt, dass die Quotenregelungen des G-BA auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu berücksichtigen sind.

In Absatz 4b wird klargestellt, dass die Quotenregelungen des G-BA auch bei der Nachbesetzung eines angestellten Arztes zu berücksichtigen sind.

In § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b wird der Bezug aufgrund eines neu eingefügten Satzes von Satz 9 auf Satz 10 geändert.

B) Stellungnahme

Bei der Änderung in § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 handelt es sich um eine Verweiskorrektur. Die Anpassung ist sachgerecht.

Die zugrundeliegende Regelung des § 103 Absatz 2 Sätze 4 bis 7 SGB V wird überaus kritisch betrachtet. Die Länder erhalten hier eine Regelungskompetenz, die zum einen nicht mit einer entsprechenden Finanzierungsverantwortung einhergeht und zum anderen geeignet ist, die Bedarfsplanung vollständig zu unterlaufen. Es steht zu befürchten, dass die regionalpolitischen Interessen der Länder zu einer Verschärfung von Allokationsproblemen führen werden.

Darüber hinaus ist die Regelung insofern unverhältnismäßig, dass die von den Ländern festgelegten Teilgebiete von den Zulassungsbeschränkungen gänzlich auszunehmen sind. Damit werden die Bereiche ohne eine Begrenzung oder einen Zielwert vollständig geöffnet. Wo eine derartige Niederlassungsfreiheit besteht, müssen alle Bewerber, die die sonstigen Voraussetzungen erfüllen, eine Zulassung erhalten. Insbesondere für städtische Regionen ist bei einer derartigen Öffnung mit einer erheblichen Sogwirkung zu rechnen, die allen Bemühungen für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in den echten ländlichen und strukturschwachen Regionen Deutschland gänzlich konterkariert. Von dieser grundsätzlichen Kritik abgesehen, ist die Korrektur im Rahmen der Änderungsanträge sachgerecht und spiegelt die bestehende Rechtslage.

Der G-BA hat im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) die Möglichkeit erhalten, innerhalb von bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppen Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Fachgruppen, Facharzt- oder Schwerpunktkompetenzen vorzusehen. Dies ist besonders relevant für die Arztgruppe der Internisten und wurde auch bereits in der Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt. Um die Wirksamkeit der Quotenregelungen sicherzustellen, stellt der Gesetzgeber klar, dass die Quoten im Nachbesetzungsverfahren, sowie bei der Nachbesetzung von angestellten Ärzten oder Ärzten in MVZ zu berücksichtigen sind. Tatsächlich bestehen fast flächendeckend Zulassungsbeschränkungen, sodass die Quotenregelungen fast ausschließlich im Nachbesetzungsverfahren praktische Relevanz entfalten können. Die Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt.

Bei der Änderung in § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b handelt es sich um eine Verweiskorrektur. Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 8

Zu Artikel 1 Nummer 5b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 101 Absatz 4 – Terminologische Anpassung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 101 Absatz 4 Satz 5 wird klargestellt, dass sich die Quotenregelung für Psychotherapeuten nicht auf die allgemeinen, sondern auf den regional maßgeblichen Verhältniszahlen beziehen.

B) Stellungnahme

Bei der gesetzlichen Regelung zu den Quoten für Psychotherapeuten wird der Bezug auf die Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung angepasst. Bisher bezogen sich die Quoten auf die allgemeinen Verhältniszahlen. Nach der Bedarfsplanungs-Reform müssen sich die Quoten korrekterweise auf die regional maßgeblichen Verhältniszahlen beziehen. Dies ist der neuen Systematik in der Bedarfsplanungs-Richtlinie geschuldet. Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 9

Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115b Absatz 2 – Klarstellung zur Prüfung von ambulant erbrachten Leistungen nach dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, die Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst auf solche Leistungen zu beschränken, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Kataloges nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ambulant erbringen. Damit soll klargestellt werden, dass ausschließlich von Krankenhäusern ambulant erbrachte AOP-Leistungen nicht mehr vom Medizinischen Dienst geprüft werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass von Krankenhäusern stationär erbrachte AOP-Leistungen weiterhin der Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275c Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegen.

Mit dieser Regelung soll die Zielsetzung des MDK-Reformgesetzes unterstützt werden, die Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen zu reduzieren und verstärkt Anreize zur ambulanten Leistungserbringung zu setzen. Gleichzeitig soll mit dieser Regelung klargestellt werden, dass AOP-Leistungen, die Krankenhäuser stationär erbringen, nicht von der Prüfung des Medizinischen Dienstes ausgenommen sind. Dies stünde der Zielsetzung des MDK-Reformgesetzes diametral entgegen.

B) Stellungnahme

Der Grundgedanke einer Klarstellung zur Prüfung von Leistungen nach dem AOP-Katalog durch den Medizinischen Dienst wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Es bedarf einer Klarstellung, dass nur solche AOP-Leistungen von Krankenhäusern von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst ausgeschlossen sind, die ambulant erbracht werden. Stationär erbrachte AOP-Leistungen von Krankenhäusern müssen hingegen zwingend der Prüfung des Medizinischen Dienstes unterliegen.

Die Klarstellung im vorliegenden Änderungsantrag stützt sich allerdings allein auf den Begriff einer ambulanten Leistungserbringung in Abgrenzung zu einer stationären Leistungserbringung. Für eine wirksame Umsetzung dieser Klarstellung sind eine eindeutige Begriffsdefinition von ambulanter Leistungserbringung durch Krankenhäuser und deren Abgrenzung zu

einer stationären Leistungserbringung durch Krankenhäuser erforderlich. Eine solche eindeutige Begriffsdefinition und Abgrenzung existiert allerdings bislang nicht und ist eine komplexe regulatorische Herausforderung.

Daher schlägt der GKV-Spitzenverband ein alternatives Vorgehen für die erforderliche Klärstellung zur Prüfung von Leistungen nach dem AOP-Katalog durch den Medizinischen Dienst vor, das in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10.2019 ausführlich dargestellt ist. Nach der vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Alternative wird die Prüfbarkeit einer Krankenhausleistung nach dem AOP-Katalog durch den Medizinischen Dienst alleinig von der Überschreitung eines in der Vereinbarung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V festgelegten tages- und leistungsbezogenen Verweildauergrenzwertes und der Vergütungsform der AOP-Leistung abhängig gemacht. Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung nach dem AOP-Katalog und wird dabei der tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert nicht überschritten, kann die Leistung ausschließlich mit der neuen einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen und nach dem Schweregrad der Fälle differenzierten Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V vergütet werden. Eine anderweitige Vergütung dieser Leistung, insbesondere durch Entgelte für stationäre Leistungen (z. B. G-DRG-Fallpauschalen), ist dann ausgeschlossen. In diesen Fällen greift die Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst für AOP-Leistungen von Krankenhäusern und eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst ist ausgeschlossen.

In allen anderen Fällen, d. h. wenn bei der Leistungserbringung durch ein Krankenhaus nach dem AOP-Katalog der in der Vereinbarung festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert überschritten wird, kann die Leistung über anderweitige stationäre Leistungsentgelte, z. B. über G-DRG-Fallpauschalen, vergütet werden. Damit einhergehend unterliegt die Leistungserbringung in diesen Fällen aber wieder der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V.

Mit dieser Regelung würde ein effektiver Anreiz für Krankenhäuser geschaffen werden, ambulant durchführbare Leistungen in geeigneten Fällen auch ambulant zu erbringen. Die ambulante Leistungserbringung würde dabei über tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte operationalisiert werden. Solange der für die jeweilige AOP-Leistung festgelegte tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert vom Krankenhaus nicht überschritten wird, wird die AOP-Leistung mit der neuen einheitlichen, leistungserbringerunabhängigen und nach dem Schweregrad der Fälle differenzierten Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V vergütet. Eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst ist für diese Fälle

ausgeschlossen. Erst wenn ein Krankenhaus bei der Erbringung einer AOP-Leistung den tages- und leistungsbezogenen Verweildauergrenzwert überschreitet, unterliegt der Fall der Prüfung durch den Medizinischen Dienst.

Für die Umsetzung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes sollte die Festlegung der tages- und leistungsbezogenen Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des AOP-Katalogs in der Vereinbarung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V auf Basis der Ergebnisse des Gutachtens nach § 115b Absatz 1a SGB V erfolgen. Dementsprechend sollte das Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V in Verbindung mit den konkret zu benennenden ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und Behandlungen auch tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwerte für die Leistungen des AOP-Katalogs konkret benennen, die in die Vereinbarung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V aufzunehmen sind. Eine ausführliche Stellungnahme hierzu und konkrete Änderungsvorschläge für § 115b Absatz 1 und 1a SGB V finden sich in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10.2019.

Die Umsetzung dieses Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes erfordert zwei Änderungen für die Formulierung der im Gesetzentwurf und in dem vorliegenden Änderungsantrag angestrebten Einschränkung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst nach § 115b Absatz 2 SGB V. Erstens sollte das Prüfverbot für den Medizinischen Dienst auf solche AOP-Leistungen von Krankenhäusern beschränkt sein, bei denen der tages- und leistungsbezogene Verweildauergrenzwert nicht überschritten wird und die mit der neuen einheitlichen Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V vergütet werden (vgl. obige Ausführungen). Nur bei solchen Leistungen sind aufgrund der einheitlichen leistungserbringerunabhängigen Vergütung Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst entbehrlich. Zweitens sollte darüber hinaus das Prüfverbot für den Medizinischen Dienst im Bereich des AOP-Katalogs auf den Prüfgrund der Fehlbelegung beschränkt werden. AOP-Leistungen machen derzeit einen Großteil der Fehlbelegungsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) aus. Diese Abrechnungsprüfungen sollen gemäß der Zielsetzung des MDK-Reformgesetzes spürbar reduziert werden. Andere Prüfgründe, wie z. B. die Korrektheit der kodierten Indikation und ggf. des Schweregrads eines Falles, müssen allerdings zwingend durch den Medizinischen Dienst überprüfbar sein. Nur so kann vermieden werden, dass z. B. durch die Kodierung eines nicht gerechtfertigten hohen Schweregrads oder durch nicht oder bewusst falsche Kodierungen von Indikationen nach dem AOP-Katalog stationäre Fälle generiert werden, die nach dem AOP-Katalog ambulante Fälle sein müssten.

Des Weiteren und unabhängig von der Umsetzung des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes sollte in Absatz 2 unbedingt eine Klarstellung erfolgen, dass die Einschränkung des Prüfauf-

trags für den Medizinischen Dienst erst mit Inkrafttreten des bis zum 30.06.2021 neu zu vereinbarenden bzw. vom sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V festzusetzenden Kataloges ambulanter Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 gilt. Erst dann wird der angestrebte Anreiz für eine ambulante Leistungserbringung wirksam und Fehlbelegungsprüfungen dieser Fälle durch den Medizinischen Dienst werden entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Unter der Voraussetzung, dass die Änderungsvorschläge zu Absatz 1 und Absatz 1a aus der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10.2019 übernommen werden, schlägt der GKV-Spitzenverband die folgende Änderung für Absatz 2 vor. Dieser Änderungsvorschlag findet sich wortgleich in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10:2019 wieder.

Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt geändert:

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

Änderungsantrag 10

Zu Artikel 1 Nummern 9a und 21a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 137, 275a – Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Nummer 1:

Mit der Ergänzung in § 137 Absatz 3 Satz 1 wird die regelmäßige Kontrolle des Erfüllungsgrades der Strukturrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die der Umsetzung der Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien nach § 136a Absatz 5 SGB V durch den Medizinischen Dienst ermöglicht. Darüber hinaus wird klargestellt, dass Stichprobenprüfungen nicht nur zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten dienen, sondern auch zur grundsätzlichen Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen erfolgen können.

Mit der Ergänzung des neuen § 137 Absatz 3 Satz 3 werden Krankenkassen und andere die Prüfung beauftragende Stellen ermächtigt und verpflichtet, der vom G-BA für die Durchführung der Stichprobenprüfung bestimmten Stelle die für das Verfahren erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten zu übermitteln. Darüber hinaus wird die vom G-BA mit der Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer im Rahmen der Stichprobenziehung beauftragte Stelle zur Verarbeitung der übermittelten einrichtungsbezogenen Daten befugt.

Es wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgenommen.

Zu Nummer 2:

In § 275a Absatz 2 wird als Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V klargestellt, dass sich die Vorgabe, wonach der Prüfauftrag im angemessenen Verhältnis zu den auslösenden Anhaltspunkten stehen muss, nur auf anhaltspunktbezogene Kontrollen bezieht.

Es wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die Regelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 ist zu begrüßen. Sie ermöglicht – neben den anhaltspunktbezogenen und stichprobenbasierten Überprüfungen – die regelmäßige Kontrolle des Erfüllungsgrades der Richtlinien des G-BA nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 5 SGB V. Bislang wird der Erfüllungsgrad der Strukturrichtlinien des G-BA lediglich durch Selbstauskünfte der Krankenhäuser auf der Basis von Checklisten oder Konformitätserklärungen nachgewiesen. Gleichzeitig dürfen Leistungen, die nicht den Anforderungen des G-BA entsprechen, nicht vereinbart und abgerechnet werden. Daraus resultieren regelmäßig (Rechts-)Unsicherheiten oder zeitaufwendige Streitfälle, die durch eine regelhafte Überprüfung des Erfüllungsgrades durch den Medizinischen Dienst bereits vor Leistungserbringung vermieden werden können.

Die explizite Einbeziehung der Überprüfung der Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien nach §136a Absatz 5 SGB V stellt sicher, dass die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Arzneimitteltherapie ebenfalls vor der Leistungserbringung überprüft werden können.

Mit der Ergänzung des neuen § 137 Absatz 3 Satz 3 wird die Rechtsgrundlage für neue Datenwege geschaffen, die im Rahmen der Stichprobenprüfungen erforderlich werden. Dies betrifft insbesondere den Daten- bzw. Informationsaustausch zwischen Krankenkassen, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie den Medizinischen Diensten. Dies dient der Rechtssicherheit der vom G-BA zu erlassenen Richtlinie und ist deshalb zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 11

Zu Artikel 1 Nummer 10b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 140f Absatz 7 – Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag sollen die Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene neu formuliert werden.

B) Stellungnahme

Die Unterstützungspflicht der Landesausschüsse gegenüber den Patientenorganisationen besteht bereits heute. Auch die Übernahme der Reisekosten, die Zahlung von Aufwandsentschädigungen und des Verdienstausfalls sind bereits derzeit im Gesetz bestimmt.

Neu vorgesehen ist vor allem, dass die Landesausschüsse eine Stabsstelle „Patientenbeteiligung“ einrichten können. Nach dem geplanten Wortlaut liegt es insofern im Ermessen der Landesausschüsse, ob sie eine Stabsstelle „Patientenbeteiligung“ einrichten.

Unklar bleibt nach dem Wortlaut der vorgeschlagenen Neufassung und der dazu gegebenen Begründung, was unter die Erstattung der Aufwendungen für die koordinierenden Maßnahmen im angemessenen Umfang fällt. Darunter könnte die gesamte Tätigkeit der Organisationen fallen, sofern diese nur etwas mit der Tätigkeit bei dem Landesausschuss zu tun hat. Das ist sehr weitgehend. Eine entsprechende Regelung gibt es – soweit ersichtlich – für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht. Wenn aber die Regelungen für die Landesausschüsse an die der Bundesebene angepasst werden sollen, ist nicht erkennbar, warum man die Anpassung nicht konsequent vornimmt. Vor diesem Hintergrund ist § 140f Absatz 7 Satz 4 zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 10b (§ 140f Absatz 7) wird Satz 4 gestrichen.

Änderungsantrag 12

Zu Artikel 1 Nummer 10c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 175 – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Regelungen zur Weiterentwicklung des Krankenkassenwahlrechts sehen neben der Reduzierung der Bindungsfrist von 18 Monaten auf künftig 12 Monate im Wesentlichen eine weitergehende Umsetzung der jüngeren BSG-Rechtsprechung vor. Demnach können Mitglieder künftig bei jedem Eintritt der Versicherungspflicht (z. B. beim Arbeitgeberwechsel) oder der Versicherungsberechtigung eine neue Krankenkasse wählen, und dies ohne Rücksicht darauf, wie lange die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse bestanden hat.

Darüber hinaus bedarf es künftig regelmäßig nicht mehr einer „klassischen“ Kündigung im Verfahren des Krankenkassenwechsels. Stattdessen wird die neu gewählte Krankenkasse im Auftrag des Mitglieds ein Kündigungsverfahren bei der bisherigen Krankenkasse einleiten. Die Notwendigkeit einer Kündigung durch das Mitglied selbst beschränkt sich im Wesentlichen auf die Fälle, in denen das Mitglied das System der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen will, z. B. bei einem Wechsel zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels wird ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen eingeführt, dessen Inhalte durch den GKV-Spitzenverband geregelt werden.

B) Stellungnahme

Mit den Neuregelungen sollen das Verfahren des Krankenkassenwechsels für die Mitglieder vereinfacht und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gefördert werden. Die Regelungen sollen dazu beitragen, die politisch beabsichtigte Weiterentwicklung des Krankenkassenwahlrechts umzusetzen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der in Folge der angesprochenen BSG-Rechtsprechung bislang aufgetretenen Inkonsistenzen. Die Möglichkeit, künftig das Krankenkassenwahlrecht bei Eintritt einer erneuten Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung ausüben zu können – dies unabhängig von der Erfüllung der Bindungsfrist und unabhängig davon, ob die Mitgliedschaften nahtlos aufeinander folgen – trägt zur besseren Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Krankenkassenwahlrechts seitens der Mitglieder bei.

Die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens führt zu einer deutlichen Reduzierung der Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen – und zwar sowohl in der Abwicklung des Krankenkassenwechsels als auch bei der Prüfung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V.

Angesichts der Unterschiede in den organisatorischen Abläufen, die zwangsläufig in Abhängigkeit davon entstehen, ob es sich um ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht beim Eintritt der Versicherungspflicht oder um einen Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren handelt, sollten jedoch die in Absatz 2 formulierten Anforderungen an eine „unverzügliche“ Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung durch die gewählte Krankenkasse und eine „unverzügliche“ Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse nachjustiert werden. Hintergrund ist der Umstand, dass im „regulären“ Kündigungsverfahren die gewählte Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung erst dann ausstellen kann, wenn sie von der bisherigen Krankenkasse eine Bestätigung erhalten hat, dass die gesetzlich vorgesehene Bindungsfrist erfüllt ist; im Falle der Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts aus Anlass eines Arbeitgeberwechsels kann die bisherige Krankenkasse das Ende der Mitgliedschaft erst dann bestätigen, wenn die Abmeldung des bisherigen Arbeitgebers vorliegt.

Der in Absatz 4 vorgesehene Wegfall einer Kündigungserklärung durch das Mitglied im „regulären“ Kündigungsverfahren und die Übertragung dieser Verpflichtung auf die neu gewählte Krankenkasse dient der Vereinfachung des Krankenkassenwechsels. Allerdings ist durch die Neuformulierung die bisherige Verpflichtung des Mitglieds zur Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle innerhalb der Kündigungsfrist im Falle des Krankenkassenwechsels im Kündigungsverfahren als Voraussetzung für dessen Wirksamkeit ersatzlos entfallen. Damit Arbeitgeber sowie andere zur Meldung verpflichtete Stellen jedoch rechtzeitig Klarheit über die veränderte Zuständigkeit erlangen, ist an der Pflicht zur Vorlage der Mitgliedsbescheinigung festzuhalten. Neben der Mitgliedsbescheinigung in Schriftform kann diese auch in elektronischer Form (z. B. durch Bereitstellung zum Abruf) zur Verfügung gestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der mit Änderungsantrag 12 Nummer 1 zu Artikel 1 Nummer 10c neu gefasste § 175 wird wie folgt geändert:

„In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „unverzüglich“ die Wörter „beziehungsweise bei den Sachverhalten im Sinne des Absatzes 4 nach Eingang der Meldung der bisherigen Krankenkasse nach Satz 3“ eingefügt. In Satz 3 werden im ersten Halbsatz die Wörter „innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung“ durch die Wörter „nach Eingang der Abmeldung

der zur Meldung verpflichteten Stelle“ ersetzt und im zweiten Halbsatz nach den Wörtern „nach Absatz 4 Satz 1“ die Wörter „oder nach § 53 Absatz 8 Satz 1“ eingefügt.

In Absatz 4 Satz 6 werden nach dem Wort „Kündigungsfrist“ die Wörter „eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder“ eingefügt.“

Änderungsantrag 12

Zu Artikel 1 Nummer 29b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 304 – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

A) Beabsichtigte Neuregelung

- II. Durch die Änderung wird die bisher zuständige Krankenkasse gegenüber der neuen Krankenkasse nach dem durchgeführten Krankenkassenwechsel zur Mitteilung der zur Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 verpflichtet. Nach bisherigem Recht ist eine derartige Mitteilungspflicht nur auf Verlangen der neuen Krankenkasse vorgesehen.

A) Stellungnahme

Die Regelung dient der Vereinfachung der Verwaltungsabläufe bei den Krankenkassen. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Beschränkung der Mitteilungsverpflichtung auf die zur Fortführung der Versicherung „erforderlichen Angaben“ unverändert gewährleistet ist, dass keine generelle Übermittlung aller der bisherigen Krankenkasse vorliegenden Versicherungszeiten und Leistungsdaten in Betracht kommt. Insofern wird mit der Änderung – entgegen der Gesetzesbegründung – auch keine vollständige und lückenlose Ermittlung der Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ermöglicht. Eine zwingende Notwendigkeit hierfür ist auch nicht zu erkennen.

Bei der Überprüfung der KVdR-Vorversicherungszeit ist lediglich die zweite Hälfte des Erwerbslebens entscheidend. Neunzehntel in diesem Zeitraum sind mit Versicherungszeiten der gesetzlichen Krankenversicherung nachzuweisen. Zusätzlich sind für jedes leibliche Kind bzw. Pflege- oder Stiefkind pauschal drei Jahre als Versicherungszeit zu berücksichtigen. Für die Einzelfälle, die die Vorversicherungszeit nicht erfüllen, wird es als zumutbar erachtet, dass die Versicherungszeiten vom Mitglied nachgewiesen werden. Sofern die Versicherungszeiten vom Mitglied nicht ausreichend nachgewiesen werden können, kann die Krankenkasse im Bedarfsfall in Zusammenarbeit mit dem Mitglied die Vorversicherungszeiten aufgrund der bisherigen gesetzlichen Vorgabe bei den in der Vergangenheit zuständigen Krankenkassen erfragen.

B) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 12

Zu Artikel 15 (Inkrafttreten)

Inkrafttreten – Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuorganisation des Krankenkassenwechsels und die Anpassung des § 304 sollen zum 01.01.2021 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die für die Einführung eines neuen elektronischen Meldeaustauschs zwischen den Krankenkassen vorgesehene Vorlaufzeit von einem Jahr ist zu knapp bemessen. Da die Einführung eines Meldedialogs umfangreiche Umsetzungsarbeiten erforderlich macht, sollte das Inkrafttreten der Neuregelung um ein Jahr verschoben werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 15 wird Absatz 5 wie folgt gefasst:

„(4) Artikel 1 Nummer 10c und Artikel 2 treten am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 25, 29c, 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 279 – Vorstand des Medizinischen Dienstes

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Nummer 1 ist mit Verweis auf § 35a Absatz 3 SGB IV die Übernahme der Regelung vorgesehen, dass der Vorstand des Medizinischen Dienstes hauptamtlich tätig ist und eine Amtszeit von sechs Jahren hat, wobei eine Wiederwahl möglich ist.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab. Es wird auf die Vorbemerkungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

Die Anpassung der Amtszeiten (bis zu sechs Jahre) der Vorstände der Medizinischen Dienste an die für die Vorstände der Krankenkassen, der Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, des MDS und künftig des MD Bund geltenden Vorschriften wäre folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 282 – Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgeschlagene Formulierung bestimmt, dass Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig sind. Zu Beginn einer Amtszeit kann eine höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung entsprechend der Entwicklung des Verbraucherpreisindex vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine niedrigere Vergütung anordnen.

B) Stellungnahme

Durch die Regelung würde in eine der Kernkompetenzen des Verwaltungsrates eingegriffen. Ein Grund dafür ist nicht ersichtlich und wird dementsprechend auch nicht genannt. Der Verweis auf die entsprechenden Regelungen für die Mitglieder der hauptamtlichen Organe anderer Körperschaften führt nicht weiter, weil auch diese Regelungen in das Selbstverwaltungsrecht der Körperschaften eingreifen. Die Regelung wird von daher abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 29c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 326 – Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a:

Zum 10.05.2019 wurden die gesetzlichen Rahmenvorgaben für die Vergütung des Führungspersonals der Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene geändert. Mit der Einfügung in § 326 Absatz 1 wird klargestellt, dass die Übergangsregelung für den amtierenden Geschäftsführer des MDS und seinen Stellvertreter gilt.

Zu Buchstabe b:

Nach § 326 Absatz 2 Satz 1 gilt das Verbot von Vergütungserhöhungen für den derzeitigen Geschäftsführer des MDS und seinen Stellvertreter bis Ende 2027, das nun auch auf die künftigen Vorstandsmitglieder des MD Bund Anwendung finden sollen. Hierzu werden erforderliche Verweise und Formulierungen angepasst.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 327 – Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Übergangsregelung des MD Bund wird mit der Einfügung nach § 327 Absatz 2 Satz 1 SGB V geregelt, dass das Verbot der Vergütungsanhebung für die amtierenden Geschäftsführer des MDS auch in der Übergangszeit gilt.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 328 – Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die amtierenden Geschäftsführer der MDK gelten bis zum 31.12.2021 als vom neu konstituierten Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste gewählte Vorstände. Durch diese Fiktion wird der Ernennungsakt des Verwaltungsrates befristet ersetzt und eine Kontinuität der Geschäftsführung sichergestellt.

B) Stellungnahme

Diese Regelung dient der Klarstellung der Übergangszeit für den Verwaltungsrat und die Geschäftsführung der Medizinischen Dienste. Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuorganisation des Medizinischen Dienstes aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Es wird auf die Vorbemerkungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 15

Zu Artikel 1 Nummern 25, 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 282, 328 – Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund; Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ermöglicht, dass die Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund auch durch eine Delegiertenwahl erfolgen kann. Zudem werden konkrete Vorgaben für die Durchführung der ersten Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund getroffen, u. a. werden ein Delegiertenwahlverfahren, erforderliche Mehrheiten und die Rolle des amtierenden Verwaltungsratsvorsitzenden des MDS als Leiter der Wahl vorgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit einer Delegiertenwahl für die Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund würde die Durchführung der Vollversammlung erleichtern. Zudem werden notwendige gesetzliche Konkretisierungen für die Durchführung der ersten Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund vorgenommen.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuorganisation des Medizinischen Dienstes aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Es wird auf die Vorbemerkungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 16

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 283 – Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund

D) Beabsichtigte Neuregelung

In die Liste der anhörungsberechtigten Stellen vor Erlass der Richtlinien des MD Bund werden die auf Bundesebene bestehenden Kammern der Psychotherapeuten und der Zahnärzte aufgenommen.

E) Stellungnahme

Der Bundesärztekammer war bereits im Gesetzesentwurf ein Recht zur Stellungnahme zugebilligt worden. Daher ist die Aufnahme der Bundespsychotherapeutenkammer und Bundeszahnärztekammer in der Liste der anhörungsberechtigten Stellen bei Richtlinien, die die Berufsausübung der Psychotherapeuten und Zahnärzte berühren, folgerichtig.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Neuorganisation des Medizinischen Dienstes aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Es wird auf die Vorbemerkungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Stellungnahme zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

F) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 17

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 283a – Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

G) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung stellt für den SMD von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See klar, dass auch die neu hinzugekommenen Aufgaben des MD, wie die Berichtspflicht und die Bestellung einer Ombudsperson, verpflichtend sind.

H) Stellungnahme

Die Klarstellung ist nachvollziehbar.

I) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 18

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 283a – Beirat des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

J) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird die Mitgliederzahl des Beirats beim SMD um weitere 3 Mitglieder von bisher 6 auf 9 erhöht, damit das unterschiedliche Interessenspektrum von den vertretenen Verbänden besser abgebildet werden kann.

K) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

L) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 19

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

M) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Organe der MDK bis zum Zeitpunkt der Umstellung ihre Aufgaben weiter wahrnehmen, z. B. dass der bisher amtierende Verwaltungsrat die Aufstellung des Haushaltsplans für das Folgejahr vornehmen kann. Außerdem wird geregelt, dass die Verwaltungsräte der MDK und des MDS im Zeitpunkt des Übergangs aufgelöst werden.

N) Stellungnahme

Die Änderungen zur Organisationsreform werden aufgrund der grundsätzlichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Vorbemerkungen in der Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz) grundsätzlich abgelehnt. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich. Die konkret vorgeschlagene Detailregelung folgt der Systematik des Gesetzentwurfs.

O) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 20

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 327, 328 – Übergangsregelungen für den Medizinischen Dienst Bund; Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

P) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird die Frist um ein halbes Jahr auf insgesamt ein Jahr verlängert, bis zu der die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste errichtet werden müssen. Den zuständigen Landesbehörden wird damit die erforderliche Zeit zur Regelung des Verfahrens und der anschließenden Benennung der durch sie zu benennenden Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes eingeräumt.

Q) Stellungnahme

Die Änderung werden aufgrund der grundsätzlichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Vorbemerkungen in der Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz) abgelehnt. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich. Die konkret vorgeschlagene Detailregelung folgt der Systematik des Gesetzesentwurfs.

R) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 21

Zu Artikel 1 Nummer 30 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 328 – Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Satzung des Medizinischen Dienstes von dessen neu besetzten Verwaltungsrat erlassen wird und nicht von dem zu diesem Zeitpunkt noch amtierenden Verwaltungsrat des MDK.

B) Stellungnahme

Die Änderung werden aufgrund der grundsätzlichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Vorbemerkungen in der Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz) abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 22

Zu Artikel 3 Nummer 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 17b – Anpassung der Sachkostenkorrektur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung ist eine Folge der Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung durch das Pflegebudget und der Ausgliederung dieser Kosten aus der Fallpauschalenvergütung. Es wird geregelt, dass die Sachkostenkorrektur, mit der eine systematische Übervergütung der Sachkosten vermieden wird, ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung erfolgt. Die abgesenkten Sachkostenanteile sind daher ausschließlich den mit den Fallpauschalen vergüteten Kosten zuzuordnen, d. h. insbesondere den Personalkosten ohne die Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Hierdurch erfolgt eine finanzierungsneutrale Umsetzung der Sachkostenkorrektur, ohne dass dem Krankenhausbereich Mittel entzogen oder zugeführt werden. Die angepasste Sachkostenkorrektur ist nach Inkrafttreten des Gesetzes anzuwenden, d. h. erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gibt es nach wie vor keine sachlichen Gründe für eine finanzierungsneutrale Umverteilung der systematischen Übervergütung der Sachkosten im Fallpauschalensystem. Es besteht die Gefahr, dass eine Umverteilung im verbleibenden DRG-System die Fehlanreize einer Leistungsausweitung sachkostenintensiver Leistungen wieder verschärft. Diese Übervergütungen führen demnach zu falschen Anreizen in der Patientenversorgung und sind insbesondere aus qualitativer Sicht zu unterbinden. Die Sachkostenübervergütung, d. h. die zu viel gezahlten Mittel für Sachkosten, sollten vor diesem Hintergrund zu 100 % abgebaut und komplett aus dem Finanzierungssystem herausgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 17b Absatz 1 Satz 6 2. Halbsatz KHG sollte wie folgt gefasst werden:

„Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des

Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ~~ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung~~ zu 100 % vorzunehmen; diese Korrektur der Übervergütung der Sachkosten reduziert das im Rahmen der Normierung des DRG-Systems festgelegte Casemixvolumen in entsprechender Höhe.“

Änderungsantrag 23

Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe f (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 17c Absatz 3 (neu) – Uneingeschränkte gerichtliche Überprüfung der Entscheidung einer Schlichtungsperson

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, für Krankenhäuser und Krankenkassen in den Ländern einen stärkeren Anreiz zu bieten, gemeinsam Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen, da die Schlichtungsmöglichkeit über Schlichtungspersonen kaum genutzt wird. Die bisher lediglich bei Verstoß gegen die öffentliche Ordnung mögliche gerichtliche Überprüfbarkeit der Entscheidung der Schlichtungsperson wird nun nicht mehr an bestimmte Voraussetzungen geknüpft.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung wird begrüßt.

Um die Anrufung der Schlichtungsperson für die Beteiligten im Hinblick auf die verkürzte Verjährungsfrist gangbar zu machen, sollte § 17c Absatz 3 KHG dahingehend ergänzt werden, dass die Verjährung für die Dauer des Schlichtungsverfahrens gehemmt ist.

C) Änderungsvorschlag

Als neuer Satz 4 wird angefügt:

„Für die Dauer des Schlichtungsverfahrens wird die Verjährung gehemmt.“

Änderungsantrag 25

Zu Artikel 4 Nummern 2 und 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 4 Absatz 9 und § 10 Absatz 12 – Verlängerung des Hygieneförderprogramms

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die im Änderungsantrag vorgeschlagene Neuregelung zum Hygieneförderprogramm beinhaltet eine Verlängerung des Förderzeitraums um drei weitere Jahre bis 2022, für einzelne Fördermaßnahmen bis maximal 2026. Allein die Förderung des Personalaufbaus sowie der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von Hygienefachkräften laufen wie geplant im Jahr 2019 aus. Ein neuer Schwerpunkt wird im Bereich der Antibiotikatherapie gesetzt. In diesem Zuge wird die Förderung der Einstellung bzw. Aufstockung von drei spezifisch fortgebildeten ärztlichen Berufsgruppen integriert. Der Umfang dieser Maßnahmen wird nicht begrenzt.

B) Stellungnahme

Die geplante Verlängerung und Ergänzung neuer Förderschwerpunkte wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Das Hygieneförderprogramm wurde im Jahr 2013 eingeführt und bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz verlängert, um die Krankenhäuser zeitlich begrenzt beim Aufbau des gemäß Infektionsschutzgesetz notwendigen Personals zu unterstützen. Als kurzfristige Unterstützung bei der Umsetzung der Anforderungen war die Zusatzförderung eine sinnvolle Starthilfe und wurde rege in Anspruch genommen: Die jährlichen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass im Zeitraum 2013 bis 2018 etwa 1.165 Kliniken profitiert und rund 430 Mio. Euro für umfassende Personalaufbauaktivitäten erhalten haben.

Es ist jedoch eine grundlegende Aufgabe und die Pflicht der Krankenhäuser, angemessene Hygienevoraussetzungen für die Versorgung der Patienten zu schaffen. In der Logik des DRG-Systems wird auf Basis von Kosten- und Leistungsdaten daher regelmäßig sichergestellt, dass entsprechend notwendige Maßnahmen im System berücksichtigt und in die DRGs eingepreist werden. Ab dem Jahr 2020 gilt zudem die im Infektionsschutzgesetz definierte Übergangsregelung nicht mehr, so dass die Anforderungen an die Ausstattung mit Hygienefachpersonal für alle Krankenhäuser verbindlich werden. Vor diesem Hintergrund sollte eine Weiterfinanzierung außerhalb des DRG-Systems eng begrenzt und allenfalls auf Basis einer Prüfung des bundesweiten Erfüllungsgrads der im Infektionsschutzgesetz festgeschriebenen Anforderungen erfolgen.

Eine begleitende Evaluation, auf deren Basis die Wirkungen des Förderprogramms in den Bundesländern zuverlässig beurteilt werden können, liegt aktuell nicht vor. Auf welcher Informationsgrundlage die Notwendigkeit einer erneuten Verlängerung und der Erweiterung festgestellt wurde, bleibt in der Gesetzesbegründung zum Änderungsantrag unklar.

C) Änderungsvorschlag

Streichung; ggf. Beschränkung auf Antibiotic Stewardship-Programme.

Änderungsantrag 26

Zu Artikel 4 Nummer 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 6a Absatz 2 und 3 – Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird für den Bereich des Pflegebudgets, das auf der Erstattung der Kosten des Krankenhauses basiert, möglichen Fehlentwicklungen für die Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus entgegengewirkt. Vorgegeben wird, dass bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis die über eine tarifvertragliche Vergütung hinausgehenden Zusatzkosten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Die Kosten von Vergütungen für Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sind damit im Rahmen des Pflegebudgets bis zur Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen berücksichtigungsfähig. Zusätzlich sind bei Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus auch die Kosten für die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Pflegebudget berücksichtigungsfähig.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Regelung. Leiharbeit im Pflegebereich darf insbesondere auch mit Blick auf die Versorgungsqualität nicht zum Regelfall werden; einer Ausweitung ist entschlossen entgegenzuwirken. Es ist unstrittig, dass in Ausnahmesituationen der Einsatz von Leiharbeitskräften seine Berechtigung hat; eine finanzielle Besserstellung dieser Beschäftigungsform sowie die Finanzierung von weiteren Kosten und Gewinnmargen ist jedoch abzulehnen.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sicherzustellen, dass zum einen im Pflegebudget nur der Anteil der Kosten berücksichtigt wird, der unmittelbar den Leiharbeitskräften zuzuordnen ist, und zum anderen die anzurechnende Vergütung für Leiharbeitnehmer nicht über der tarifvertraglich festgelegten Vergütung liegt („Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“). Das wird durch den Änderungsvorschlag erreicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 27

Zu Artikel 4 Nummer 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 15 Absatz 2a – Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser über tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG. Zur Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte wird der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 KHG multipliziert. Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG noch nicht berechnet werden kann, ist nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 146,55 Euro zugrunde zu legen. Der Betrag wird mit der entsprechenden tagesbezogenen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs multipliziert, um die tagesbezogenen Pflegeentgelte bis zur Vereinbarung des Pflegebudgets zu ermitteln. Damit werden die bisher im Gesetz festgelegten tagesbezogenen Werte in Höhe von 130 Euro und 65 Euro ersetzt und eine aufwandsgerechtere Zuordnung von Pflegepersonalkosten zu einem Fall ermöglicht. Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte nach § 6, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind ebenfalls Entgelte unter Anwendung des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltwerts abzurechnen. Die Höhe der bisherigen krankenhausesindividuellen voll- bzw. teilstationären Entgelte ist um die Höhe der ermittelten vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern. Ziel der Regelung ist es, eine temporäre Doppelfinanzierung der Pflegepersonalkosten auszuschließen. Für krankenhausesindividuelle Entgelte, für die im Pflegeerlöskatalog keine Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind die bisherigen Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen keine abweichenden Vereinbarungen treffen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird ausdrücklich vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Ergänzend ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Regelung aufzunehmen, die für krankenhausesindividuelle Entgelte, für die im Pflegeerlöskatalog keine Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, hilfsweise eine Pflegebewertungsrelation in Höhe von 1,0 für vollstationäre und 0,5 für teilstationäre Leistungen ansetzt. Für diese wären dann entsprechend Entgelte unter Anwendung des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltwerts abzurechnen. Die Höhe

der bisherigen krankenhausesindividuellen voll- bzw. teilstationären Entgelte ist dann wiederum um die Höhe der ermittelten vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern.

C) Änderungsvorschlag

§ 15 Absatz 2a KHEntgG sollte wie folgt gefasst werden:

„Kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 146,55 Euro zu multiplizieren; sollten im Pflegeerlöskatalog für einzelne krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 keine Bewertungsrelationen ausgewiesen werden ist hilfsweise für vollstationäre Leitungen der Wert 1,0 sowie für teilstationäre Leistungen der Wert 0,5 anzusetzen. Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6, ~~für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind,~~ ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung für das Jahr 2020 abweichend von Absatz 2 Satz 3 die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe von nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelten zu mindern ist.“

Änderungsantrag 28

Zu Artikel 4 Nummer 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 5 – Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben den bisher zu liefernden Daten nach § 21 KHEntgG haben Krankenhäuser zukünftig die Anzahl des insgesamt im Krankenhaus beschäftigten Pflegepersonals ergänzend zu der Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zu übermitteln. Außerdem wird eine gesonderte Sanktion durch einen standortbezogenen, pauschalen Abschlagsbetrag in Höhe von mindestens 20.000 Euro je nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG geregelt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Regelung. Die Übermittlung der Anzahl des beschäftigten Pflegepersonals ist für die Umsetzung der Untergrenze der Pflegepersonalquoten sowie der Pflegepersonaluntergrenzen, die ab 2020 zudem für weitere pflegesensitive Bereiche gelten, erforderlich und daher sinnvoll. Die vollständige und fristgerechte Datenlieferung der Krankenhäuser ist unverzichtbar und daher begrüßt der GKV-Spitzenverband die gesonderte Sanktionierung derjenigen Krankenhäuser, die ihrer Pflicht der Datenübermittlung nicht bzw. nicht in erforderlichem Maße nachkommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 29

Zu Artikel 6 Nummer 0 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

§ 2 – Herausnahme von Gebärdensprachdolmetscherleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor – analog zur Neufassung des § 2 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG – auch für psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen die Kosten für Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung künftig von den allgemeinen Krankenhausleistungen auszunehmen. Beabsichtigt ist, eine gesonderte Abrechnung der Leistungen zwischen den Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern und den Leistungsträgern.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf des MDK-Reformgesetzes vom 09.10.2019 zu Artikel 4 Nummer 1 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 30

Zu Artikel 6 Nummer 3 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

§ 18 Absatz 2 – Erweiterung der Nachweispflicht über die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Nachweisverpflichtung in § 18 Absatz 3 wird zur Sicherstellung der Verwendung aller Mittel, die auf Ortsebene für das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal vereinbart werden, erweitert. Der Nachweis umfasst damit auch die Mittel, die für Personal vereinbart worden sind, dass nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erforderliche Personalausstattung hinausgeht.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Sie stellt sicher, dass auch in der Einführungsphase der neuen Personalvorgaben die Budgetmittel des gesamten Personals im bisherigen Umfang auch weiterhin einem Nachweis zur zweckentsprechenden Mittelverwendung unterliegen. Damit kann ein Personalabbau wirksam verhindert werden.

Die in der G-BA-Richtlinie festgelegte Personalausstattung ist bereits aufgrund der bestehenden gesetzlichen Vorgaben in § 3 Absatz 3 BpflV bei der Behandlung des Gesamtbetrages zu berücksichtigen. Es ist jedoch eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung in § 3 Absatz 3 BpflV erforderlich, dass Mehrkosten, die zur Finanzierung der bedarfsnotwendigen Personalausstattung erforderlich sind, erhöhend im Gesamtbetrag zu berücksichtigen sind. Ohne diese ausdrückliche Klarstellung im Gesetz selbst ist der Streit auf der Ortsebene vorprogrammiert.

C) Änderungsvorschlag

Da mögliche Konsequenzen bei einer fehlenden Umsetzung des vereinbarten Personalbestandes bisher nur bei Unterschreitung der G-BA-Mindestvorgaben greifen, bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung zur Rückzahlungsverpflichtung, für die über die Mindestvorgaben hinausgehenden zusätzlichen Budgetmittel. Die Rückzahlung hat dann verpflichtend zu erfolgen, wenn das Krankenhaus auch bis zum 30. Juni des Folgejahres keine vollständige Umsetzung der fehlenden Stellenbesetzung nachweisen kann.

In § 18 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt.

„Kann ein Krankenhaus auch bis zum 30. Juni des Folgejahres keine vollständige Umsetzung der vereinbarten Stellenbesetzung nachweisen, sind die im zurückliegenden Vereinbarungsjahr vereinbarten, aber nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel zurückzuzahlen.“

Änderungsantrag 31

Artikel 10 Nummer 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 17 – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristangabe zum Erlass der Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell, so dass es sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung handelt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 32

Artikel 10 Nummer 15 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 53c – Redaktionelle Änderungen und Klarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den GKV-Spitzenverband soll bis zum gesetzlich geregelten Zeitpunkt der Umstellung der Aufgabenzuständigkeiten auf den Medizinischen Dienst Bund und die Medizinischen Dienste das SGB XI in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung fortgelten. Er soll damit die ihm insbesondere nach § 17 Absatz 1 und 1b, §§ 53a bis c, 112a, 114a Absatz 7 und § 114c Absatz 1 zugewiesenen Aufgaben bis zu dem Zeitpunkt der Umstellung wahrnehmen.

B) Stellungnahme

Der Änderungsantrag an sich stellt eine redaktionelle Änderung und Klarstellung dar. Im Kontext der durch das MDK-Reformgesetz vorgesehenen Änderungen ist dies dem Grunde nach nachvollziehbar. Der GKV-Spitzenverband lehnt jedoch die grundlegende Neuorganisation und die damit einhergehende Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund ab. Es wird insoweit auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf (insbesondere zu § 283 SGB V und § 53c und d SGB XI) verwiesen. Demzufolge ist die beabsichtigte redaktionelle Änderung und Klarstellung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht erforderlich und wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 33

Artikel 10 Nummer 15 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 53d – Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 7 aufgeführten Richtlinien sollen nicht nur im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband, sondern auch unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste erfolgen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation und die damit einhergehende Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den MD Bund ab. Es wird insoweit auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf (insbesondere zu § 283 SGB V und § 53c und d SGB XI) verwiesen. Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen werden auch die hier vorgesehenen Änderungen entbehrlich.

Unabhängig von der grundsätzlichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes zu der Neuordnung des MD Bund und der Übertragung der Richtlinienkompetenz auf diesen, ist vor dem Hintergrund der Systematik des § 53d die vorgesehene Ergänzung stringent. In § 53d Absatz 1 ist der Erlass der dort genannten Richtlinien unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste vorgesehen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Änderungsantrag 34

Artikel 10 Nummer 18 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 112a – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe; redaktionelle Klarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristangabe zum Erlass der Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste soll gestrichen werden. Des Weiteren soll die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

B) Stellungnahme

Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell, so dass es sich um eine redaktionelle Änderung handelt, die unabhängig von der Ablehnung der grundlegenden Neuorganisation des Medizinischen Dienstes und der Übertragung der Richtlinienkompetenz auf diesen sachgerecht ist.

Die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Medizinischen Dienst Bund wird hingegen aus den bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes dargelegten Gründen abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste.“

Änderungsantrag 35

Artikel 10 Nummer 22 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 114c – Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe; redaktionelle Klarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristangabe zur Festlegung von Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 in Richtlinien soll gestrichen werden. Des Weiteren soll die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen werden.

B) Stellungnahme

Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell, so dass es sich um eine redaktionelle Änderung handelt, die unabhängig von der Ablehnung der grundlegenden Neuorganisation des Medizinischen Dienstes und der Übertragung der Richtlinienkompetenz auf diesen sachgerecht ist.

Die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Medizinischen Dienst Bund wird hingegen aus den bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes dargelegten Gründen abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest.“