



## Wortprotokoll der 61. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 14. Oktober 2019,

11:00 Uhr bis 13:00 Uhr

Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal: 3 101

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt

### Seite 4

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

**BT-Drucksache 19/13397**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Gutachtlich:**

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

- b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

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

**-19/13397-**

**Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates**

**BT-Drucksache 19/13547**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 11:04 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrte Sachverständigen. Ich begrüße Sie sehr herzlich zur ersten öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am heutigen Montag. Zu meiner Linken begrüße ich den Parlamentarischen Staatssekretär, Dr. Thomas Gebhart, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung sehr herzlich. Wir beschäftigen uns heute mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz), sowie der Unterrichtung durch die Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen mit der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates auf Drucksache 19/13547. Gegenstand der Anhörung sind außerdem 36 Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen zu dem Gesetzentwurf auf Ausschussdrucksache 19(14)104.1<sup>1</sup>. Meine Damen und Herren, mit ihrem Gesetzentwurf wollen die Koalitionsfraktionen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) organisatorisch von den Krankenkassen trennen und künftig als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts führen. Ziel des geplanten MDK-Reformgesetzes ist es zudem, die Prüfung der Krankenhausrechnungen einheitlicher und transparenter zu gestalten. So sollen laut Bundesregierung strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch verhindert werden. Weiterhin ist geplant, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine öffentlichen Sitzungen künftig live im Internet überträgt und in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung stellen muss. Diese Praxis hat die Bundesregierung sicherlich erfahrungsgemäß aus der Praxis des Gesundheitsausschusses übernommen. So sollen Entscheidungen des Gremiums noch transparenter werden, wie das hier bei uns der Fall ist. Über diese Vorschläge wollen wir mit Ihnen, liebe Sachverständige, in den nächsten beiden Stunden beraten. Bevor wir beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der heutigen Sitzung machen. Für diese Anhörung stehen uns 120 Minuten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen

stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Nach genau 120 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Frage die Mikrofone zu benutzen und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung. Zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden bzw. Institutionen zuordnen. Denjenigen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Das waren die Formalien. Somit kommen wir zur ersten Frage. Die stellt die CDU/CSU Fraktion, Frau Karin Maag.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich beginne mit der Krankenhausabrechnungsprüfung und stelle meine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDK). Bitte führen Sie aus, wie Sie die vorgesehenen Änderungen wie die gestaffelten Prüfquoten und die weiteren Änderungen, die im Raum stehen, beurteilen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Grundsätzlich begrüßen wir das Gesetz, weil es ein zentrales Problem der Krankenhäuser aufnimmt und eine Chance darstellt, aus dem von uns bezeichneten und von Ihnen auch im Gesetzentwurf angesprochenen

<sup>1</sup> Anlage



Prüfübermaß auszubrechen. Man kann davon sprechen, dass im ganzen Prüfgeschehen einiges aus dem Ruder gelaufen ist. In der Charité haben wir zum Beispiel Prüfquoten bis zu 26 Prozent und im Gesetz stehen Einzelfallprüfungen. Insofern ist die Vorgabe einer Prüfquote zum Einstieg mit zehn Prozent eine Chance, die Prüfungen auf das zu konzentrieren, was das Gesetz eigentlich vorsieht, nämlich Einzelfallprüfungen. Wir sehen darin eine Chance, zu einem insgesamt faireren Prüfgeschehen zu kommen. Wir sehen, dass es eine Malus-Staffelung gibt und man auch wieder bei 15 Prozent landen kann. Es gibt aber auch eine Bonusstaffelung. Unter Berücksichtigung von Anreizmechanismen muss man akzeptieren, dass es eine Malus-Regelung gibt. Wir bitten um faire Ausgestaltung der Regelung. Sie haben als Ausnahme festgelegt, dass, auch wenn die Prüfquote erreicht ist, die Krankenkasse aber jemanden als systematischen Falschabrechner identifiziert, sie bei diesen dann über die vorgegebene Quote hinaus zulangen kann. Dieser Prozess muss verifizierbar sein. Da hätten wir uns gewünscht, dass es nicht einfach von der Kasse ausgerufen wird, sondern zum Beispiel die Genehmigungsbehörden der Länder, die für Pflege-satzverhandlungen und so weiter zuständig sind, zumindest gefragt oder einbezogen werden müssen, sodass die Kasse nicht willkürlich von der Ausweitung des Prüfverfahrens Gebrauch machen kann. Wenn ich die Hauptbitte noch anbringen darf: es wäre zu überlegen, ob der ganze Bereich der primären und sekundären Fehlbelegung, Patienten bleiben länger im Krankenhaus, weil wir keine Anschlussmöglichkeiten finden, es gibt Streitigkeiten, ob ambulant hätte operiert werden können (das sind immerhin 60 Prozent aller Prüffälle), ob die bei der Abrechnung der Prüfquote und der Frage, ob jemand den Malus bekommt, ausgenommen werden können, weil dahinter eine sozialpolitisch verantwortliche Handlung des Krankenhauses steht, die Patienten nicht in eine ungewisse Situation zu entlassen. Das ist jenseits des Begriffes von Falschabrechnung und man könnte ohne weiteres darauf verzichten, diese Fälle auf die Malus-Regelung der Prüfquoten anzurechnen. Das wäre ein besonderer Wunsch von unserer Seite.

**SV Johannes Wolff** (GKV-Spitzenverband): Die vorgesehenen Regelungen zur Abrechnungsprüfung sind in sich gewissenhaft ausbalanciert, also gerecht

austariert, und schaffen das erste Mal überhaupt einen korrekten Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen den Prüfanlässen und dem Prüfaufkommen. Dennoch birgt der Gesetzentwurf aus unserer Sicht Sprengstoff. Konkret heißt das, Sie haben erkannt, dass es Anreize zur korrekten Rechnungsstellung braucht. Sie haben die verbindliche unveränderliche Rechnungsstellung, Rechnungsaufschläge bei Falschabrechnungen, eine vorgelagerte Strukturprüfung, die Neuorganisation des Schlichtungsausschusses Bund und nicht zuletzt auch einen erweiterten Katalog zum ambulanten Operieren (AOP-Katalog), der auf das Thema primäre und sekundäre Fehlbelegungsprüfungen abstellt, vorgesehen. Das sind alles sehr begrüßenswerte Maßnahmen auf dem Weg zur korrekten Abrechnung und weniger Anlass für Prüfungen. Derzeit besteht leider Gottes sehr viel Anlass für Prüfungen und das gilt es abzustellen. Ich mache Ihnen auch ein konkretes Beispiel. Wir haben in Deutschland bei 20 Millionen Krankenhausfällen vier Millionen Fälle mit einem Tag Verweildauer, das heißt, die Patienten bleiben maximal eine Nacht und das mit einer seit zehn Jahren ansteigenden Tendenz. Trotz dessen haben wir eine durchschnittliche Verweildauer von sechs Tagen, das heißt wir sind im internationalen Vergleich weit abgeschlagen. In Dänemark gibt es drei Tage stationäre Verweildauer und viel mehr ambulante Behandlungen. Wen wundert es also in letzter Konsequenz, dass die Krankenkassen so erfolgreich prüfen und auch mehr prüfen müssen, weil mehr Anlass dazu vorliegt. Es braucht dringend Anreize, weniger prüfen zu müssen, es darf aber kein Verbot von Prüfungen geben. Aus unserer Sicht ist das der falsche Weg, den Prüfer zu bestrafen, wenn er prüft. Wir haben das mit der 300 Euro Aufwandspauschale gesehen, die gar keinen Effekt auf das Prüfgeschäft gehabt hat. Jetzt gehen Sie noch einen Schritt weiter und verbieten den Krankenkassen mit der Quote faktisch Prüfungen. Die Quotierung ist aus unserer Sicht das Hauptproblem dieser gesetzlichen Regelung. Diese wird dazu führen, dass insbesondere im Jahr 2020, in dem noch kein einziger Ihrer guten Anreize wirkt, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Grunde wissentlich 1,2 Milliarden Euro für falsche Rechnungen zahlen müssen.

**SV Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)): Frau Abg. Maag, in der Tat, wir haben zu viele falsche Krankenhausabrechnungen und damit



auch zu viele Prüfungen. Das spricht dafür, das Thema strukturell anzugehen, was Sie im Gesetzentwurf auch machen. Wir finden den selektiven Prüfungsansatz richtig. Es ist richtig Krankenhäuser mit bekannt höheren Beanstandungsquoten intensiver zu prüfen als Krankenhäuser, die niedrige Beanstandungsquoten haben. Der differenzierte Ansatz ist also positiv. Wir finden es auch positiv, dass es Sanktionszahlungen gibt, weil im heutigen System die einzige Sanktion ist, dass eine zu viel gestellte Rechnung nicht gezahlt werden muss. Das ist zu wenig Anreiz, korrekt zu kodieren. Wir finden es auch richtig, die Zahl der Prüfungen zu senken, indem durch Strukturprüfungen generelle Fragen geklärt werden. Wir finden es auch gut, strittige Kodierfragen vorab zu klären. Ich muss darauf hinweisen, dass die Einführung der Strukturprüfung in einer Einführungsphase durchaus eine Mehrbelastung für die Medizinischen Dienste bedeuten wird. Im Ansatz ist sie aber richtig. Man muss sich klar machen, dass 90 Prozent der Fälle, die wir in der Begehung der Krankenhausabrechnungen haben, im Einvernehmen mit den Krankenhäusern korrigiert werden und die Dinge, die immer hervorgehoben werden, medizinisch strittige Fälle, Versorgungsanschlusssnotwendigkeiten oder strittige Kodierfragen unter zehn Prozent ausmachen. Von daher brauchen wir eine strukturelle Änderung. Was auch wichtig ist, ist das Timing der Maßnahmen, weil man darauf achten muss, dass die Reduzierung der Prüfquoten zeitgleich mit der Wirkung der Anreize des neuen Systems, die ich positiv bewerte, stattfindet. Da sehen wir noch einen gewissen Nachsteuerungsbedarf.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich würde gerne auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zurückkommen. Sie haben dargelegt, dass für das Jahr 2020 eine Mehrbelastung in Höhe von 1,2 Milliarden Euro zu erwarten ist. Bitte legen Sie die Berechnungsgrundlage dar und was Sie für das Jahr 2020 als Alternative vorschlagen würden.

SV **Johannes Wolf** (GKV-Spitzenverband): Wie Sie der Presse entnehmen, war jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung in 2017 falsch. Das sind in Zahlen 56 Prozent aller Rechnungen, die die Kassen prüfen. Diese resultierten in einem korrigierten Rechnungsbetrag. Im Schnitt prüfen die Krankenkassen 17,1 Prozent aller Rechnungen und

3,73 Prozent jeder Krankenhausabrechnung fließen an die GKV-Versicherten zurück. Dieser Rückfluss ist real. Es handelt sich nicht um eine Hochrechnung oder irgendetwas in der Richtung, sondern der tatsächliche Rückfluss beläuft sich auf 2,8 Milliarden Euro. Die Daten basieren auf einer Abfrage, die wir bei den gesetzlichen Kassen gemacht haben, die 70 Prozent aller GKV-Versicherten abdecken. Wenn Sie Krankenhauszahlen dafür heranziehen wollten, wäre diese Zahl noch höher, weil dort mit viel höheren Prüfquoten gehandelt wird. Wir halten 70 Prozent der GKV-Versicherten für eine robuste Basis dieser Auswertung. Der Anstieg der Prüfquote hat sich in den letzten Jahren ohne Verschlechterung der Höhe dieser Rückflüsse vollzogen, das heißt, die Kassen prüfen mehr, aber nicht weniger erfolgreich. Man hätte einen Wendepunkt oder etwas in der Richtung erwartet. Das liegt daran, dass es immer mehr Anlass zur offensichtlich berechtigten Prüfung gibt. Wenn Sie nun diese zehn Prozent-Quote einführen, also den gesetzlichen Krankenkassen in 2020 vorschreiben, dass 7,1 Prozent der Rechnungen nicht mehr geprüft werden dürfen, so ist das ein einfacher Dreisatz, dann entstehen den gesetzlichen Krankenkassen Mehrkosten in Höhe von 1,2 Milliarden Euro. In 2020 wirkt, wie der Stellungnahme zu entnehmen ist, kein einziger Anreiz zur korrekten Abrechnung. Das heißt, alles das, was Sie an positiven Maßnahmen in den Folgejahren vorsehen, kommt erst noch. Da haben wir nichts, was man dagegen halten könnte, was diese 1,2 Milliarden Euro Mehrkosten reduziert. Es ist auch in den Folgejahren falsch, dass Prüfquotensystem um die 10 Prozent zu adjustieren. Das reduziert diese Zahl nur unwesentlich. Dieser einfache Dreisatz, den ich Ihnen eben gezeigt habe, präsentiert sich übrigens genauso, wenn Sie einzelkassenbezogen und auch hausbezogen nachrechnen, wie diese Quotierung auf zehn Prozent wirkt. Das haben wir im Schätzerkreis ausführlich dargelegt. Der Gesetzentwurf erwähnt diese Mehrkosten nicht. Egal wie hoch sie die Quote setzen, ob sie zehn Prozent oder eine höhere Quote wählen, es wird immer dazu führen, dass die Krankenkassen im Wissen darum, dass die Abrechnung falsch ist, diese Rechnung zahlen müssen, und in 2020 in einem besonders großen Umfang in Höhe von 1,2 Milliarden Euro. Die Tatsache, dass nicht jedes Haus mit durchschnittlich 17,1 Prozent geprüft wird, erhöht diesen Wert tendenziell noch, weil alle Prüfquoten über



17,1 Prozent in Mehrkosten resultieren. Die Tatsache, dass wir Pflagetage, dem Gesetzentwurf nach, in Zukunft gar nicht mehr prüfen dürfen, bedeutet, dass 20 Prozent jeder Rechnung im Grunde für uns sakrosankt sind. Das erhöht diese 1,2 Milliarden Euro tendenziell weiter. Die Tatsache, dass diese Zahl, die ich Ihnen gerade präsentiert habe, aus 2017 ist, unterschlägt Ihnen den weiteren Anwuchs der Prüfquote in den Folgejahren. Sie dürfen gerne, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, die 300 Euro Aufwandspauschale im Falle einer nicht erfolgreichen Prüfung in Ansatz bringen, um das abzuziehen oder darauf hoffen, dass die Krankenkassen noch zielgerichteter prüfen als bisher. Wobei ich Ihre Hoffnung da zerschlagen möchte. Wir würden nicht jede zweite Rechnung falsch prüfen und den Rechnungsbetrag nicht korrigieren, wenn wir noch gezielter prüfen könnten. Insofern sind das nur Hoffnungen, die sich zerschlagen würden. Das Fazit ist, es ist unattraktiv, politisch als Bürokrat zu gelten. Es ist noch unattraktiver, wenn Sie die Krankenkassen anweisen, falsche Rechnungen zu bezahlen und das den Versicherten erklären zu müssen. Aus unserer Sicht ist die Quote ganz zu streichen und die gesetzlichen Anreize, die dann wirken, werden dazu führen, dass die Krankenkassen weniger prüfen müssen. Ich gebe meinen Vordnern recht, es wird sich im Wesentlichen im Bereich der Verweildauerprüfung abspielen, also das, was Sie mit dem AOP-Katalog planen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich bleibe beim Thema und stelle meine Fragen an den Verband der Ersatzkassen, an den AOK Bundesverband und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Gibt es nach Ihren Erfahrungen Unterschiede im Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir haben bei unseren Mitglieds-kassen nachgefragt und die Antwort bekommen, dass sich die Abrechnungsqualität zwischen den einzelnen Krankenhäusern sehr wohl unterscheidet. Es gibt aber kein Muster, beispielsweise nach Regionen oder Trägern. Was es aber gibt sind Fallkonstellationen, die zu einer Abrechnungskorrektur führen und die sich doch sehr häufen. Das sind zum Beispiel Verlegung und Wiederaufnahme, Verlegung

zwischen Häusern, Wiederaufnahmen zwecks Abrechnungsoptimierung oder ungerechtfertigtes Kodieren von Nebendiagnosen, die vom Katalog her eigentlich auf besonders schwere Fälle begrenzt sind. Ein konkretes Beispiel ist das Kodieren von besonderen Atemproblemen während der Anästhesie, das von Häusern standardmäßig nachkodiert worden ist und selbst vom Verband der Kodierkräfte als unzulässig angesehen wurde. Es gibt auch das Beispiel, dass bei Frühchen immer eher das niedrigere Gewicht kodiert wird. Da gibt es eine Grenze bei 750 Gramm, ab der es einen Mehrerlös von 18 000 Euro gibt. Wir haben den gleichen Honorarsprung bei beatmeten Patienten. Da stellen die Krankenkassen fest, dass in der Regel die höherwertige bzw. kostenträchtigere Diagnosis Related Group (DRG) abgerechnet wird. Ich will auf das eingehen, was Herr Baum eben gesagt hat, die soziale Tat, Menschen in Krankenhäusern im Rahmen von Fehlbelegungen aufzunehmen. Wir haben eine ganz große Anzahl von Fällen, wo Patienten aufgenommen worden sind und am ersten Tag überhaupt keine Behandlung stattfindet. Die Operation fand erst am zweiten Tag statt und danach wurden die Patientinnen und Patienten direkt entlassen. Das wäre ein ambulantes Potenzial gewesen. Um die Grenzverweildauer zu erreichen, wurden die Patientinnen und Patienten früher aufgenommen. Im Schnitt macht das 825 Euro je Fall aus. Sie sehen, es fehlt an den richtigen Impulsen für ein korrektes, regelkonformes Abrechnen. Daher ist es gut, dass Sie das Thema jetzt politisch angehen. Eine ganze Reihe von Maßnahmen ist sehr hilfreich. Was aber fehlt und was uns tatsächlich Sorge macht ist die Quote für das Jahr 2020. Hier haben wir die große Bitte, keine festen Quoten für 2020 zu erlassen, ansonsten gibt es negative Belastungen von 1,2 Milliarden Euro. Wir schlagen vor, stattdessen das Scoring-Modell, das einen guten Ansatz beinhaltet, das ab 2021 gelten soll, schon 2020 greifen zu lassen. Das ist aus unserer Sicht technisch möglich. Wir schlagen aber vor, dieses Scoring-Modell nicht mit bestimmten Quoten zu versehen, sondern den Anreiz dadurch zu setzen, dass je nach Prüfqualität die Sanktionen etwas höher oder etwas geringer ausfallen, sodass die Krankenhäuser davon profitieren, regelkonform abzurechnen. Wenn das Aufrechnungsverbot, das vorgesehen ist, im Gesetzgebungsverfahren nicht noch angepasst wird, birgt es das Risiko, dass die Sozialgerichte mit vielen



Forderungen konfrontiert werden, weil dann anders als es im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) vorgesehen ist, festgestellte Forderungen nicht mehr aufgerechnet werden können, sondern jede einzelne Forderung, wenn das Haus nicht bereit ist, diese auszugleichen, von den Krankenkassen bei den Sozialgerichten eingeklagt werden muss.

**SV Kai Senf** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich würde mich den Ausführungen von Frau Elsner vollumfänglich anschließen. Herr Wolff hat schon gesagt, dass es sich bei den Prüfungen der MDKs bzw. bei den Falschabrechnungen um Durchschnittswerte handelt. Insofern variieren die Prüfquoten und Falschabrechnungsquoten bei den Krankenhäusern sehr stark. Auch wir haben bei unseren Mitgliedskassen nachgefragt und entsprechend Beispiele genannt bekommen, wo Krankenhäusern weit über 60 Prozent der geprüften Rechnungen als Falschabrechnungen nachgewiesen wurden. Insofern werden diese Krankenhäuser mit festen Prüfquoten entsprechend belohnt. Das ist an der Stelle auch eine Frage der Gerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern. Das muss man an der Stelle einmal betonen. Es gibt natürlich auch Kliniken, die sich im Wesentlichen daran halten, korrekte Rechnungen zu stellen. Diese Regelung jetzt belohnt diejenigen, die sich nicht daran halten und das kritisieren wir sehr nachdrücklich.

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Vorneweg, eine trägerspezifische Zuordnung des Themas ist nicht möglich. Mein Beispiel, dass die Charité 26 Prozent der Fälle geprüft bekommt macht deutlich, je komplizierter die Felder der Medizin sind, in denen ich handle, umso wahrscheinlicher ist, dass ich von Überprüfungen heimgesucht werde. Oder ein anderes Beispiel: Als wir das Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik-Entgeltsystem (PEPP-System) einführen, ist die Zahl der Prüfungen wegen der Anknüpfungspunkte an Codes und Aufschreibepflichten enorm nach oben gegangen. Das heißt also, es ist abhängig vom Leistungsspektrum und innerhalb des Spektrums unterschiedlich. Einfachen Kliniken geht es primär um Fehlbelegungsfragen. Man muss es auf das Prüfgeschehen konzentrieren und kann es nicht einzelnen Krankenhäusern oder einzelnen Krankenhausgruppen zuordnen. Es gibt Krankenhäuser und Regionen, da hat man Strukturüber-

prüfungen vor der Klammer gemacht und es unterlassen, Strukturcodes im Einzelfall zu prüfen. Dort kommen andere Prüfquoten zustande. Wir hatten die Bundessozialgerichtsurteile, die mit einem Schlag sämtliche Kliniken, die in der Frührehabilitation tätig waren, Sie erinnern sich vor Weihnachten, in tausendfacher Weise definitionsgemäß in Falschabrechnungen geschickt haben, weil die Richter im Nachlauf über tausende von Fällen zu anderen Urteilen gekommen sind. Von solchen Belibigkeiten hängt es ab und ich bitte wirklich darum, reden Sie nicht von Falschabrechnungen, sondern von Abrechnungsmeinungsunterschiedlichkeiten. Von Falschabrechnung kann keine Rede sein. Die Strafzahlungen in Höhe von bis zu 1 500 Euro, die ergänzend zu dem, was ich zurückzahlen muss, vorgesehen sind, treffen in diesem Zufälligkeitsumfeld sehr ungerecht auf. Sie sind vom Grundsatz her nicht gerecht verdient. In keinem System, weder bei den Ärzten, Zahnärzten oder Apothekern ist als Ergebnis einer Rückzahlungspflicht obendrein noch eine Strafe vorgesehen. Daher bitten wir darum, die Strafzahlung gegen die Krankenhäuser als singuläre Strafmaßnahme gegen die Krankenhäuser in einem so unsicheren Prüfumfeld zu überprüfen.

**Abg. Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht an die DKG und den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bestimmte strukturelle Voraussetzungen für die Leistungserbringung von Krankenhäusern nicht mehr wie bisher in jedem Einzelfall vorgenommen werden, sondern vorab. Krankenhäuser, die die Voraussetzung nicht erfüllen, dürfen die Leistungen weder vereinbaren noch abrechnen. Mich würde interessieren, was Sie von dieser Vorschrift halten.

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir begrüßen das, wenngleich die Vorschrift in der Umsetzung nicht unproblematisch ist. Es hilft aber, die große Zahl von Einzelprüfungen, die an das Erfüllen oder nicht Erfüllen von einzelnen Komponenten der Komplexcodes angeknüpft werden, aus dem Feld zu nehmen. Hinter der Maßnahme steht eine große Chance, einen großen Teil von Einzelfallprüfungen, die gerichtsanhängig waren, nicht mehr zu haben. Das ist positiv. Sie sehen aber in dem Gesetzentwurf vor, dass





ein Krankenhaus ab dem Jahr 2021 nur noch Leistungen, die durch solche Codes hinterlegt sind, erbringen darf, wenn wir eine Prüffreistempelung im Laufe des Jahres 2020 bekommen haben. Es wird niemand wollen, für den Fall, dass das nicht gelingt, weil es massenhaft zu überprüfende Krankenhäuser einschließlich Freistempelung gibt, die im Jahr 2020 ablaufen müssen, dass dort, wo das nicht gelungen ist, ab 2021 Schlaganfallpatienten nicht mehr versorgt werden dürfen, nur weil die Prüfungen noch nicht stattgefunden haben. Deshalb die Bitte, mindestens zwei Jahre Vorlaufzeit vorzusehen oder diejenigen, die bis Ende 2020 diese Bescheinigung, dass sie alle Inhalte eines Codes erfüllen, nicht haben, nicht vom Netz genommen werden müssen. Ansonsten hätten wir eine absolute Zufälligkeit im Stattfinden des Versorgungsgeschehens ab 2021. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Medizinischen Dienste dies schaffen. Diese müssen erst eine eigene Prüfvereinbarung für diese Prüfung verabschieden. Erst dann können diese Prüfungen anlaufen. Es bleiben effektiv vielleicht sechs Monate Zeit für die Prüfung aller Krankenhäuser Deutschlands. Ich gehe davon aus, dass in der Charité mehrere hundert solcher Codes geprüft werden müssen, sodass wir mehr Zeit brauchen.

**SV Johannes Wolff** (GKV-Spitzenverband): Auch wir begrüßen diese Regelung. Sie schafft erstmals Rechtsklarheit für etwas, das wir schon seit längerem auf Kassenseite durchführen, nämlich Strukturprüfungen mit den Krankenhäusern, ob grundsätzliche Strukturvoraussetzungen vorliegen, um nicht mehr in jedem Einzelfall eine Rechnung prüfen zu müssen. Es ist übrigens etwas, das von Krankenhauseite oft behindert worden ist. Insofern wird nun endlich Rechtsklarheit in dem Bereich geschaffen. Das spart Einzelfallprüfungen und ist beglückwünschenswert, weil das am Ende den Prüfaufwand reduziert. Es gibt zwei kritische Punkte. Einmal was passiert, wenn unterjährig Strukturanforderungen nicht mehr erfüllt sind, also bestimmte personelle Vorhaltungen beispielsweise in dem Krankenhaus nicht mehr gegeben sind. Da sehen Sie vor, dass der Medizinische Dienst das in seiner Richtlinie mit klären kann. Wir würden uns wünschen, dass die Folge, also der Abrechnungsausschluss für dieses Krankenhaus und die aktive Meldung des Krankenhauses bei Nichterfüllung noch gesetzlich vorgegeben werden. Der zweite Punkt ist, die Absolutheit des Prüfverbots

überschießt etwas. Sie sehen vor, diese Strukturprüfungen nicht mehr im Rahmen der Einzelfallprüfung prüfen zu dürfen. Es darf sich nur auf Dinge beziehen, die im Vorfeld über die Strukturen überhaupt zu prüfen sind, also Dinge, die im Einzelfall zu klären sind. Die muss ich als Kasse weiter im Rahmen der Einzelfallprüfung prüfen dürfen. Ein Punkt zum Zeitplan, weil es angesprochen worden ist. Natürlich ist der ambitioniert und auch die Einstufung der Krankenhäuser in diese Abrechnungsvoraussetzung durch den Medizinischen Dienst ist ambitioniert. Nur wenn alles später kommt, wird die Prüfquote noch belastender als sie ohnehin schon wirkt, weil dann nicht die Einzelfallprüfungen entfallen können, wie Sie das vorhaben.

**Abg. Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und an den BKK-Dachverband, Herr Knieps. Wie beurteilen Sie die Prüfquoten hinsichtlich Ihrer Strategieanfälligkeit und können Sie uns bitte kurz darstellen, wie sich Krankenhäuser an die neuen Regelungen anpassen können?

**SV Johannes Wolff** (GKV-Spitzenverband): Das ist eine Frage, die uns mit großer Sorge erfüllt und umtreibt. Durch die Prüfquoten können Krankenkassen bestimmte Fälle nicht mehr prüfen, weil sie dann ihr Kontingent ausgeschöpft haben. Das wird sich insbesondere auf leichte Krankenhaufälle und das schon besagte Thema Verweildauer beziehen. In dem Fall liegt enormer Sprengstoff. Das könnte ein grandioses Eigentor dieser Regelung werden, weil in dem Moment, wo Krankenkassen sich eher auf hochteure Fälle und Fälle mit höheren Retaxierungsbeträgen konzentrieren, könnten Krankenhäuser auf die Idee kommen, leichte Fälle aufzunehmen, weil sie wissen, ihnen droht da keine Prüfung. Zweiter Punkt: Sie sehen eine Regelung vor, dass auch bei primärer Fehlbelegung vorstationäre Leistungserbringung abgerechnet werden kann, das heißt, das puffert das Risiko für ein Krankenhaus nochmal mehr. Insofern kann das ein Eigentor werden, sodass wir nachher mehr Ein-Tages-Fälle in deutschen Krankenhäusern haben als vorher. Die zweite Strategie möchte ich Ihnen nicht vorenthalten. Wir wissen auch, dass das nicht alle Krankenhäuser machen werden, aber man könnte auf die Idee kommen, dass man als Krankenhaus am Anfang dieser drei Monate Rechnungen schickt, die



korrekt sind, aber falsch aussehen. Sie als Krankenkasse denken dann, das ist ein Fall, den möchte ich gerne prüfen. Er wirkt für mich augenscheinlich nicht korrekt, ist er aber, bis diese Quote ausgeschöpft ist. Ab da ist einer falschen Rechnung Tür und Tor geöffnet. Das ist etwas, wo wir Ihnen auch sagen, da werden Sie politisch nicht glücklich damit, dass Sie sagen, wir legitimieren das, die Krankenkasse muss das bezahlen. Wir stehen unter Aufsicht und wir werden mindestens klar machen müssen, warum wir diese Fälle trotzdem bezahlt haben, obwohl wir große Zweifel haben, dass das richtig ist. Hier wurde die Charité mehrfach angesprochen. Wir haben Zahlen für das erste Halbjahr 2018 zusammengetragen. Wenn die zehnpromille Prüfquote tatsächlich wirkt und wir würden das für 2020 übertragen, hätte die Charité auf den Schlag für das Halbjahr 28 Millionen Euro mehr, weil wir diese Rechnungen nicht prüfen dürfen. Das wäre Geld gewesen, das vorher an die Versicherten der GKV zurückgeflossen wäre und jetzt beim Krankenhaus verbleibt. Sie zahlen faktisch falsche Rechnungen und das ist etwas, wo wir sagen, das ist hochgradig strategiefähig. Einige der Änderungen in Bezug auf diese Regelung haben Sie schon vorgenommen, dieses Fenster von sechs Wochen auf drei Monate erweitert, in dem die Kasse Rechnungen auswählen darf. Aber es ist und bleibt so, dass bei Ausschöpfen der Quote die Kasse alle Möglichkeiten verwirklicht hat.

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK)): Ich kann das nur vollinhaltlich unterstützen, was mein Kollege Johannes Wolff gesagt hat. Wir wissen, dass jede Form von ökonomischer Steuerung Anreizsysteme setzt, die von allen Akteuren des Gesundheitswesens exzessiv genutzt werden. Die vielen Grenzen, die hier wirken, insbesondere in einer Startphase, wo die Maßnahmen noch nicht ineinander greifen, bergen die Gefahr, dass insbesondere im Jahr 2020 extrem strategisches Verhalten bei allen Akteuren stattfindet. Ich weiß von Debatten in Krankenhauskonzernen etc., dass einerseits eine große Furcht vor den neuen Regelungen im neuen Jahr herrscht, andererseits aber Handreichungen für die Controller und über die Controller auch an die Chefärzte und Oberärzte in den Institutionen gegeben werden, wie damit umzugehen ist. Ich möchte niemanden pauschal vorverurteilen. Ich plädiere nur dafür, sich die Übergangsregelungen

noch einmal genauer anzusehen, denn die Mechanismen, die später wirken sollen, sind durchaus sehr vernünftig. Es ist vernünftig darüber zu reden, dass Strukturergänzungen vor die Klammer gezogen werden. Es ist vernünftig diejenigen, die korrekt abrechnen, besser zu behandeln, als diejenigen, die notorisch schlecht dastehen. Wir haben nur die Befürchtung, dass das Einpflegen im Jahr 2020 unter dem Prüfquotenwinkel dazu führt, dass die Falschen belohnt und die Falschen bestraft werden.

**Abg. Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Uwe Klemens, an den DGB, an den BKK-Dachverband und an die BDA. Welche Folgen hätte die im Gesetzentwurf vorgesehene Unvereinbarkeitsregelung, wonach Verwaltungsräte im MDK künftig nicht mehr Mitglied im Verwaltungsrat einer Krankenkasse sein dürfen? Welche Entscheidungen trifft der Verwaltungsrat des MDK und im welchem Zusammenhang stehen diese Entscheidungen zur konkreten Begutachtungspraxis der Gutachterinnen und Gutachter?

**ESV Uwe Klemens**: Die Unvereinbarkeitsregelung, so nennen wir das, würde bedeuten, dass auch beim MDK die soziale Selbstverwaltung abgeschafft wird. Man muss sich das vorstellen: Verwaltungsräte der Kassen, die würden das entscheiden, sollen jemanden wählen oder bestimmen für einen MDK-Verwaltungsrat, der diesem Verwaltungsrat mindestens ein Jahr selber nicht mehr angehört, also keine Bindung hat. Wie machen wir das? Es gibt Kassen, die haben zehn Millionen Mitglieder. Machen wir auf Marktplätzen Preisausschreiben mit Auslosung zur schönsten, besten Fernsehzeit, 20:15 Uhr nach der Tagesschau und der Herr Spahn macht die Losziehung? Das ist uns völlig unklar, wie das gehen soll. Um ernst zu bleiben: Es geht auf diesem Weg nicht nur die soziale Selbstverwaltung im MDK verloren, sondern auch jede Menge Expertise. Was machen Verwaltungsräte im MDK eigentlich? Ich bin Mitglied in einem MDK-Verwaltungsrat, neben anderen Funktionen. Wir haben die Aufgabe, den Haushalt zu beschließen und damit sicherzustellen, dass dieser Organismus MDK überhaupt laufen kann. Wir haben die Aufgabe, in dem Fall die Geschäftsführerin, dort wo ich aktiv bin, zu wählen. Außerdem achten wir darauf, dass die Satzung eingehalten wird. Die Frage,



die mitgeschwungen ist, beantworte ich Ihnen ganz direkt. Wir haben keinerlei Einflussnahmemöglichkeiten auf die Begutachtung. Das ist heute schon ausgeschlossen und wird im Übrigen durch den Gesetzentwurf noch einmal zusätzlich gesetzlich geklärt. Es gibt keine Beeinflussung. Insoweit habe ich die große Bitte an die im Bundestag vertretenen Parteien, dass Gut soziale Selbstverwaltung zu erhalten und an der Stelle nicht die Axt anzulegen.

**SV Robert Spiller** (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB)): Wir sehen bei dieser Frage drei wesentliche Ebenen. Einmal eine eher technische Ebene, nämlich die wahrscheinlich recht unklare Frage, wer in der Masse die Arbeitsfähigkeit der Verwaltungsräte sicherstellen soll. Zweitens eine für uns darüberstehende politische Dimension. Die gewählten Verwaltungsratsmitglieder der Krankenkassen bieten bisher eine demokratische Legitimationsgrundlage für die Arbeit der MDK-Verwaltungsräte. Das Ehrenamt der sozialen Selbstverwaltung hat sich bewährt und das sollte als Grundlage zur Stärkung der Einbindung elementarer Sozialstaatsfunktionen an das konkrete Erfahren und Wirken der Bürgerinnen und Bürger verstanden werden. Dem steht eine Unvereinbarkeitsregelung aus unserer Sicht allerdings völlig entgegen. Der dritte Punkt, der uns beschäftigt ist gerade auch schon von Herrn Klemens genannt worden. Wir sehen eindeutig die Gefahr, dass Fachexpertise in ganz entscheidendem Maß verloren geht. Es ist ein Irrtum, dass eine Stärkung des Knowhows und der fachlichen Dimension der Arbeit der MDK-Verwaltungsräte überhaupt verbessert werden kann, wenn Verwaltungsratsmitglieder der Krankenkassen künftig nicht mehr in diese entsandt werden. Mit anderen Worten, Sie berauben sich sowohl umfangreicher Kompetenz als auch Erfahrung und Expertise, wenn Sie die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen von der Arbeit in den MDK-Verwaltungsräten ausschließen.

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK)): Zum wiederholten Male kann ich mich dem anschließen, was meine Vorredner gesagt haben. Wir haben in einem kleinen Kassensystem bestimmte, auf den MDK spezialisierte Verwaltungsratsmitglieder, die eine Funktion in ihrer Kasse haben, die das Handwerk gelernt haben, sich auf Dinge von grundsätzlicher Bedeutung und organisatorische,

finanzielle Fragen zu beschränken. Im MDK bzw. MDS ist das insbesondere, die Richtlinien zu hinterfragen. Es liegt völlig fern, dass hier, was dem Gesetzentwurf immer unterlegt wurde, ökonomische Interessen der Krankenkassen über die Selbstverwaltung in die verantwortlichen Gremien des MDK-Systems getragen werden. Das findet in der Praxis nicht statt. Wir bedauern auch, dass es nicht wenigstens in Ausnahmefällen möglich ist, dass hauptamtliche Mitarbeiter dort tätig sein können. Da hat es einzelne Fälle gegeben, die zu Kritik Anlass gegeben haben, aber die Masse der Leute hat ihre Expertise dort eingebracht. Abschließend: Wir wundern uns über Betrachtungsweisen, die in diesem Gesetz in die eine Richtung und in anderen Gesetzen (Faire Kassen-Gesetz) in die andere Richtung gehen. Wir vermissen so etwas wie ordnungspolitische Stringenz und echte Ideen, wie Selbstverwaltung künftig attraktiv sein kann, denn wir müssen jüngeren Frauen und Männern Perspektiven bieten, dass es sich lohnt, sich in der Selbstverwaltung zu engagieren.

**Sve Dr. Anne Thomas** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Auch von mir kurz gesagt, was macht der Verwaltungsrat des MDK? Ganz klar, die entscheiden nur in grundsätzlichen Angelegenheiten, wie der Feststellung des Haushaltsplans und so weiter. Was nicht passiert ist, dass einzelne Gutachten besprochen werden, denn die Gutachterinnen und Gutachter beim MDK sind bei ihrer medizinischen und pflegerischen Bewertung ausschließlich dem ärztlichen bzw. pflegfachlichen Gewissen unterworfen. Diese unabhängige Aufgabenwahrnehmung garantiert eine faire und gerechte Leistungsgewährung für die Versicherten. Genau das liegt im ureigenen Interesse der Beitragszahler, also der Arbeitgeber und der Versicherten. Zur Unvereinbarkeitsregelung kann ich mich nur meinen Vorrednern anschließen. Diese führt zu einer mangelnden Legitimation, weil die Mitglieder der MDK-Verwaltungsräte nicht mehr durch Sozialwahlen von den Beitragszahlern gewählt wären. Zugleich führt dies zum Erfahrungs- und Wissensverlust. Mit dieser Unvereinbarkeitsregelung ist uns absolut unklar, wie wir in der Praxis geeignete Personen finden sollen, die sich als Kandidatinnen und Kandidaten zur Wahl stellen.



Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. Pfeiffer und Herrn Senf vom AOK-Bundesverband. Wie werden sich die im Gesetzentwurf vorgesehenen Prüfquoten auf die Kosten der Krankenkasse und damit auf die Beiträge der Versicherten bzw. der Mitglieder auswirken? Wenn es so ist, sind dabei signifikante Unterschiede bei den Kassen und deren Versicherten zu prognostizieren?

SV **Johannes Wolff** (GKV-Spitzenverband): Wir bewegen uns hier in der Dimension 1,2 Milliarden Euro im Bereich der Beitragssatzrelevanz. Wir haben das Ganze auch in den Diskussionen im Schätzerkreis miteingebracht, weil diese Regelung noch im Entstehen ist. Selbstverständlich gilt das auch für die Folgejahre, also auch in den Jahren 2021 folgende werden diese Prüfquoten um die zehn Prozent adjustiert, das heißt also, im Grunde völlig falsch aufgehängt, selbst wenn eine Art Scoring-Modell kommen sollte. Unterschiede zwischen den Krankenkassen, um auf den zweiten Teil Ihrer Frage einzugehen, gibt es in merkbarer Form nicht. Da gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede im Prüfaufkommen, sodass man schon davon ausgehen kann, es trifft alle Krankenkassen im gleichen Maße. Das schließt an die Ausführung an, die ich hier eingangs zur Prüfquote gemacht habe. Selbstverständlich sind das Dimensionen, die die Krankenkassen insgesamt gleich treffen und damit auch bei den Beitragssätzen in relevanter Höhe in den Jahren ab 2020 zum Tragen kommen.

SV **Kai Senf** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich darf mich den Ausführungen von Herrn Wolff anschließen, um Fragezeit zu sparen.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Da der Herr Senf jetzt noch nicht dran war, würde ich ihm gerne eine Frage stellen. Wir hatten schon von Herrn Wolff gehört, dass die Vereinfachung durch die Quoten Vorteile hätte. Mich interessiert in dem Fall, wird es tatsächlich zu einer Verringerung des Verwaltungsaufwands der gesamten beteiligten Institutionen kommen? Oder sehen Sie das anders?

SV **Kai Senf** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Für unsere Häuser gesprochen, wird sich aus meiner Sicht im Verwaltungsverfahren nichts signifikant

ändern. Wir werden uns weiterhin die Rechnungen anschauen und im Vorverfahren mit den Krankenhäusern in den Dialog treten müssen. Inwieweit das bürokratische Verwaltungsaufkommen für den GKV-Spitzenverband, der künftig quartalsweise Prüfquoten festlegen muss, sich verändert, kann ich an der Stelle nur mutmaßen. Natürlich wird sich das entsprechend erhöhen. Da müssten aber die Kollegen des GKV-Spitzenverbandes profunde Auskunft geben können.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patienten. In der Zeitschrift STERN vom 5. September 2019 haben Ärzte und Organisationen aus dem Gesundheitsbereich auf ökonomisch motivierte und abrechnungsbedingte Übertherapien bzw. unnötige Behandlungen von Patienten hingewiesen. Halten Sie vor diesem Hintergrund eine durch Quoten limitierte und reduzierte Prüfung von Krankenhausabrechnungen für eine angemessene Maßnahme?

Sve **Dr. Heidrun Gitter** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Veröffentlichung im STERN zeigt ein Problem auf, das wir kennen, das aber mehr mit dem Abrechnungssystem zu tun hat. Bei den Prüfquoten würde ich sagen, die sind deswegen ein richtiger Ansatz, weil sie aus Sicht einer Krankenhausärztin – da möchte ich Sie gerne mitnehmen, in die Niederungen der täglichen Arbeit einer Krankenhausärztin, die ich bin – schon erheblich zu einer Entbürokratisierung, ich nenne das immer Misstrauensbürokratie, beitragen wird. Es gibt stabile Umfragen, zuletzt erneut vom Verband der Krankenhausärztinnen und -ärzte, Marburger Bund, dass die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, und das sind vornehmlich die Fachärzte, weil sie Facharztstatus dafür brauchen, die mit bürokratischen Aufgaben dieser Art und Weise schwer beschäftigt sind, statt Patienten zu versorgen. Also über vier Stunden am Tag Bürokratie, wovon ein großer Teil nicht die unmittelbar ärztlich gebotene Dokumentationsbürokratie ist. Das finde ich eine Verschwendung von Ressourcen, in Zeiten des Fachkräftemangels erst Recht. Der Artikel im STERN zeigt mir nur, dass es geboten ist, die Landesärztekammern zu stärken, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter anderem als gesetzliche Aufgaben die



Berufsaufsicht und übrigens auch die Qualitätssicherung haben. Deswegen erscheint es mir absolut logisch, dass die Landesärztekammern in den Verwaltungsräten der zukünftigen MDKs sind, aber mit Stimmrecht, denn dann können sie ihre Aufgaben, die der Gesetzgeber ihnen gibt und die nichts mit Lobbyarbeit oder irgendwas zu tun haben, gerecht werden und eventuelle Dinge, die zu kritisieren sind, bekämpfen, indem die Ärztinnen und Ärzte sich an die Kammer wenden. Die Kammer hat die Möglichkeit, guten Einfluss zu nehmen. Das würden wir gerne tun. Deswegen möchte ich an dieser Stelle schon einmal darauf hinweisen, dass hier unbedingt das Stimmrecht nachgebessert werden muss.

**SV Dr. Ulrich Casser** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Es ist unbestritten, dass Vergütungssysteme ökonomische Anreize berücksichtigen sollen. Ich arbeite im Bewertungsausschuss mit. Da setzen wir vornehmlich auf dieses Thema, durch Vergütungsregelungen Anreize zu schaffen. Insoweit kann man bei solchen Regelungen auch Anreize setzen, die übermäßig ausgedehnt werden. Ich komme aus dem KV-System, wo wir Prüfungssysteme implementiert haben und in der vertragsärztlichen Versorgung ausführliche Prüfungen durchführen. Insofern ist eine Maßnahme, die Prüfungen verhindert, unbedingt zu vermeiden. Wir hatten im Sinne der Gleichbehandlung in Bezug auf die Regelungen, die zu § 115b in dem Gesetzentwurf enthalten sind, auch darauf hingewiesen, dass man hier eine Ungleichbehandlung implementiert, wenn man die Prüfung von ambulanten Operationen in Krankenhäusern durch den MDK wegfallen lässt, während im vertragsärztlichen Wesen Vertragsärzte, die ambulante Operation durchführen, nach wie vor von den Kassenärztlichen Vereinigungen geprüft werden müssen. Das ist durch das Gesetz nicht aufgegriffen worden. Das ist eine Ungleichbehandlung, die dadurch entsteht, dass man hier die Prüfung vermeidet. Nicht die Quoten sind dafür ursächlich, sondern die Regelung an dieser Stelle. Darauf würden wir hinweisen wollen, dass man diese Ungleichbehandlung vermeiden sollte.

**Sve Carola Sraier** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Dazu kann ich nichts sagen. Es tut mir leid.

**Abg. Dr. Robby Schlund** (AfD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband, Herrn Wolff. Sie hatten ausgeführt, dass die Quote eine Vereinfachung bedeutet, sie die Einzelfallprüfung aber nicht unbedingt abschaffen wollen. Für mich stellt sich grundsätzlich die Frage mit der Einführung der Quote. Ist es nicht ein Problem nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch, wo jeder, der eine Rechnung ausstellt, dass die Geschäftspartner oder der andere die Rechnungen hinsichtlich Mängeln und Ähnlichem prüfen können? Ist das nicht ein Problem, weil es mit der Quotenregelung entfällt, einzelne Rechnungen zu prüfen? Aus meiner Sicht wären die Einzelfallprüfungen im Grunde der Standard und die Quote nur hinten daran. Habe ich Sie da richtig verstanden?

**SV Johannes Wolff** (GKV-Spitzenverband): Es ist richtig. Es gibt im Gesetz Baustellen, wo sie versuchen, Einzelfallprüfung zu reduzieren. Konkret habe ich mich auf die Strukturprüfung bezogen. Da müssen Sie im Einzelfall keine Akte mehr sehen, weil Sie wissen, die Strukturen liegen vor. Aber auch da gibt es im Einzelfall noch Probleme, wo sie mit dem Prüfer kommen müssen, wenn es beispielsweise in diesen Komplexcodes um Scores geht. Im Endeffekt haben Sie völlig Recht, in dem Moment wo falsche Rechnungen bei der Kasse auffallen und es ein Verbot gibt, diese Rechnungen zu prüfen und zu korrigieren, halte ich das für politisch nicht dankbar. Das ist der Punkt, wo wir sagen, diese Prüfquote, die wird sie, egal wie hoch sie sie setzen, im Endeffekt nie glücklich machen, weil es immer an den Punkt kommt, dass sie eine falsche Rechnung sehen, sie wollen sie gern prüfen und dann müssen sie als Krankenkasse irgendwann ihrer Aufsicht erklären, warum sie das nicht getan haben. Das wird schwierig.

**Abg. Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den Bundesverband der AOK. Seit Beginn der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 hat sich die Zahl der DRG von 663 auf 1308 nahezu verdoppelt. Halten Sie hinsichtlich dieser zunehmenden Komplexität des DRG-Systems die geplante Reduzierung der Prüfung durch Prüfquoten für den richtigen Weg oder sollte nicht eher das Abrechnungssystem selbst einer Reform unterzogen werden?



**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Natürlich bringt ein DRG-System Anknüpfungspunkte für Überprüfungen, weil das System durch eine Vielzahl von Einzeldaten gesteuert wird und jede Einzeldatennennung ist ein Anknüpfungspunkt für eine Überprüfung. Mit der Einführung des PEPP-Systems in der Psychiatrie haben wir einen enormen Anstieg erlebt, weil sehr viele Daten gemeldet werden, die zwecks Gerierung von Geld oder Nichtbezahlung von Leistungen Gegenstand von Überprüfungen sind. Deshalb ist es wichtig, dass der Gesetzgeber jetzt so eine Art Strich zieht und sagt, was läuft an diesen Prüfungen möglicherweise falsch und große Teile herausnimmt. Ich will ausdrücklich betonen, dass es sehr positiv ist, dass sie den Gesamtkomplex der Pflegekosten, immerhin 15 Milliarden Euro von über 70 Milliarden Euro DRG-Umsatz, aus der Prüfung herausnehmen. Dieser Gesetzentwurf sagt ausdrücklich, Pflegekosten sind nicht mehr Gegenstand von Prüfungen. Insofern reagiert der Gesetzgeber auf ein Überschießen im Prüfgeschehen, das im Zusammenhang mit DRG entstanden ist. Jede Prüfung hat in Krankenhäusern immer auch das Geld für die Bezahlung der Pflegekräfte in einem Viertel des Geldbetrages abgenommen oder vorenthalten. Das sind Anpassungen, die dieser Prüfanfälligkeit von DRG-Systemen gerecht werden. Ich würde nicht so weit gehen, dass wir DRG-Systeme abschaffen müssen, um weniger Prüfungen zu haben, denn hinter der Infragestellung einer Krankenhausbehandlung oder der Frage, ob wir den Patienten schneller aus dem Krankenhaus hätten entfernen sollen, stehen sozialpolitische Fragen. Die haben sie auch in nicht DRG-gesteuerten Systemen. Wir erleben zum Beispiel, dass im hochsensiblen Bereich der palliativmedizinischen Versorgung zur Zeit die Krankenkassen, da geht es im Wesentlichen um Tagessätze und nicht um DRG, erhöhte Prüfstrategien fahren.

**SV Kai Senf** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Die Einführung des DRG-Systems war eine bewusste Entscheidung und die Abkehr von tagesgleichen Vergütungssätzen. Ich glaube, dass DRG-System hat sich bewährt. Es bildet immer komplexer und genauer ab, was tatsächlich im Leistungsgeschehen passiert. Das ist per se gar nichts Schlechtes. Herr Baum hat es gerade erwähnt, dass die pflegebezogenen Leistungen aus der DRG-Systematik herausgenommen wurden. Wir haben das damals schon

sehr stark kritisiert, sehen den Druck, den politischen Druck, die zugesagten Pflegestellen, die sie dort adressiert haben, tatsächlich Wirkung entfalten zu lassen bzw. diese Zahl der Pflegestellen zu erreichen. Gleichwohl, an der Stelle auch die Prüfungen für diesen Bereich herauszunehmen macht die Sache nicht besser. Dort sollte doch wenigstens geprüft werden, ob die Abrechnungen richtig gewesen sind. Das macht aus unserer Sicht keinen Sinn, das ist ein Fehlanreiz, der da ins Auge gefasst wird, das so umzusetzen. Sie haben gerade die These vertreten, über das DRG-System insgesamt nachzudenken, weil die Prüfquoten oder die Intensität der Krankenkassenprüfung so hoch geworden sind. Das Gegenteil ist jetzt mit der Entwicklung der Fall. Die Kalkulationsgrundlagen für DRG werden natürlich mit geringeren Prüfquoten und damit einem höheren Anteil von falsch hohen Rechnungen in Frage gestellt. Für uns wäre eher der Weg auf Prüfquoten zu verzichten, als das DRG-System insgesamt in Frage zu stellen.

**Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Andreas Beivers. Werden durch die vorgesehenen Erweiterungen des Kataloges für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe für Krankenhäuser, die an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung vorhandenen Probleme gelöst?

**ESV Prof. Dr. Andreas Beivers**: Das knüpft ein bisschen an das an, was bereits gesagt wurde. Jetzt bin ich sicherlich kein Kritiker des Fallpauschalensystems, im Gegenteil, aber so zu sagen, im Sinne einer ordnungspolitischen Stringenz, wie Herr Knieps es vorher auch gerade sagte, müssen wir schon überlegen, dass wir die Anreize nicht ex ante falsch setzen, die wir später ex post überprüfen. Ich glaube, so lange für viele Leistungserbringer, wie die Krankenhäuser, wirklich kein Anreiz besteht stationersetzend zu arbeiten, also intersektorale bzw. hybride Vergütungsmodelle existieren, wird an dieser Stelle und an den Anreizen wenig geschehen. Hier brauchen wir wirklich eine Anpassung und es gibt eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die bei den sektoralen Vergütungssystemen ansetzt. Hier wäre es ganz wichtig, das zu integrieren. Das ist ein Thema, das diskutieren wir seit 30 Jahren und kommen an der Stelle nicht weiter.



Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Auch die zweite Frage geht an den Einzelsachverständigen, Prof. Dr. Beivers. Wie bewerten Sie die im MDK-Reformgesetz vorgesehen gesetzlichen Maßnahmen zur Krankenhausabrechnungsprüfung?

ESV **Prof. Dr. Andreas Beivers**: Es ist bereits vieles angesprochen worden. Der Gesetzgeber hat hier in der Tat wirklich den richtigen Handlungsbedarf gesehen. Allerdings glaube ich, dass das Problem de facto so nicht wirklich gelöst wird. Es ist bereits angesprochen worden, neue Fehlanreize werden hinzukommen. Ich habe es auch mit verschiedenen Leuten aus dem System besprochen, diese quartalsbezogene Prüfquote hat das Problem, dass sie für ein Krankenhaus den Anreiz geben kann, die Abrechnung komplexerer oder teurerer Fälle in ein anderes Quartal zu verschieben, um sich im ersten Quartal eine niedrigere Prüfquote für das nächste Quartal zu sichern und dann unterschiedliche Prozesse zu haben. Trotz guter Ansätze vom Gesetzgeber, denn er möchte die Justiz entlasten und die Sozialgerichtsverfahren reduzieren, glaube ich trotzdem nicht, dass es passieren wird. Betrachten wir beispielsweise die Gemeinschaftsprognose der führenden Wirtschaftsforschungsinstitute im Herbst, so sehen wir, dass die Konjunktur perspektivisch nicht unbedingt stärker werden wird. Das muss ich als Volkswirt auch sagen: Ich glaube nicht, dass wir davon ausgehen können, dass aufgrund der demografischen Veränderungsprozesse, und den daraus resultierenden Veränderungen, wie beispielsweise dass die gesetzliche Krankenversicherungen die Rehabilitation vermehrt zahlen müssen, d. h. die geriatrische Reha, die Kassen nicht auch weiterhin unter Kostendruck stehen werden, und so Rechnungen überprüfen werden, und bei teuren Fällen klagen. Deswegen glaube ich, dass man partiell Prüfungen verhindern kann, und ob man den juristischen Weg dadurch verringern wird, stelle ich in Frage. Vielmehr glaube ich wirklich, dass man, um nochmals das Wort ordnungspolitisch aufzufassen, dass wir hier primär an die Anreize gehen müssen und ich glaube, das Wort Strukturqualität ist zu Beginn gefallen. Ich weiß, Indikationsqualität ist nicht à priori Strukturqualität, aber insofern doch auch, dass wir, wenn ich es mal als Ökonom sagen würde, vom Ende der Wertschöpfungskette her diskutieren. Und das erachte ich manchmal ein bisschen paradox, ehrlich gesagt. Wir diskutieren nachher über die Leistungen, ob sie richtig erbracht

wurden und nötig waren statt zu Beginn deren Notwendigkeit zu überprüfen. Wir hatten diese Diskussion auch damals schon im Krankenhausfinanzierungsgesetz: Fixkostendegressionsabschlag, Mengendynamik, da hat man das alles ganz intensiv diskutiert. Ich weiß, Indikationsqualität ist nicht trivial, aber vielleicht sollten wir uns bei den großen Indikationsgebieten mal Gedanken machen, ob wir Algorithmen finden, die via künstliche Intelligenz Vorabprüfungen machen und dann schauen, ob wir dann die Wertschöpfungskette „erlauben“ und nicht immer ex post prüfen. Das könnte durchaus Aufwand sparen. Man könnte in einzelnen Modellprojekten mal gucken, in großen Indikationsgebieten, die immer prüfauffällig sind, digitale Lösungen zu finden.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an die DKG. Sie beklagen, dass durch die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen in Folge der sogenannten Sachkostenkorrektur 200 Millionen Euro verloren gehen. Ein Änderungsantrag sieht vor, dass die Korrektur der Bewertungsrelation ab 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorgenommen werden soll. Löst das Ihr Problem in 2020?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Das ist ein Änderungsantrag zur Finanzierung im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen. Wir sind per Gesetz verpflichtet, wegen vermuteter, nicht bewiesener überhöhter Sachkosten jährlich nach den Kalkulationen so etwa sechs Prozent von den Sachkosten der Fallpauschalen runterzunehmen und dieses Volumen auf die Personalkostenbewertungsrelation zu ergießen. Dabei geht es um die Transfersumme von 1,2 Milliarden Euro. In Folge der Ausgliederung der Pflegeleistungen wird jetzt der Teil, der auf die Pflegeleistung entfallen sollte, einfach fallen gelassen. Das heißt, wir verlieren bei diesem rein technischen Prozess der Ausgliederung 200 Millionen Euro. Auf dem Weg zur Stärkung der Pflege, sage ich, werden die Krankenhäuser um 200 Millionen Euro geschwächt, rein technisch prozessual dem Kalkulationsprozess geschuldet, begründet. Der Änderungsantrag, der jetzt im Paket liegt sagt, das soll nicht sein, aber er sagt, ab 2021. Vorher hat man uns aber aus dem Startkatalog des DRG-Systems für 2020 diese 200 Millionen Euro



genommen und die sind jetzt für alle Zeiten weg. Das heißt, in 2021 wird die gesetzliche Vorgabe, es soll neutral umgeschichtet werden, formal eingehalten, aber auf der Grundlage eines Katalogs, der in seiner Basis 200 Millionen Euro verloren hat. Deshalb muss der richtige Ansatz des Änderungsantrags auf den DRG-Katalog 2020 bezogen werden. Das heißt, wenn man sagt, es muss innerhalb umgeschichtet werden, diese 1,2 Milliarden Euro müssen im DRG-System bleiben, dann muss das auch für die 200 Millionen Euro gelten. Jetzt wollen wir über das DRG-System, das ist ja schon durchkalkuliert, schnell zu Ende kommen. Das könnte man natürlich auch im Nachhinein bereinigen. Der Gesetzgeber könnte im Änderungsantrag, diesen Grundsatz plus ... sagen. Im Jahr 2021 ist dem DRG-System der Anteil von 60 000 Bewertungsrelationen, ist gleich 200 Millionen Euro, wieder zurückzuführen. Das wäre unsere dringende Bitte. Ansonsten würden die Krankenhäuser 200 Millionen Euro aufgrund des Mitgehens in dieses System verlieren. Die Kollegen von den Krankenkassen sagen, ihr seid selbst daran schuld. Wärt ihr nicht für die Ausgliederung gewesen, hättet ihr die 200 Millionen Euro nicht verloren. Das kann es nicht sein.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Beivers. Wie bewerten Sie die vollzogenen und weiter diskutierten gesetzlichen Maßnahmen zur Krankenhausvergütung im Kontext des MDK-Reformgesetzes?

ESV **Prof. Dr. Andreas Beivers**: Wie bereits erwähnt, was das Gesetz leider nicht angeht sind die Anreize die gesetzt werden und die, wie gesagt, schon länger Diskussionsgrundlage sind. Ich hatte es zuletzt auch angesprochen im Rahmen einer damaligen Mengendynamik, die auch viele Gutachten beschäftigt haben, welche Mengen nötig oder unnötig sind, welche Anreize da sind Leistungen zu erbringen, sie falsch oder richtig zu erbringen. Ich glaube, wir müssen unbedingt an verschiedene Aspekte des Abrechnungssystems ran, des Fallpauschalensystems, trans- und intersektorale Vergütungsmodelle. Wir müssen allerdings auch die Investitionskostenproblematik lösen, die auch ein Teil des Anreizes ist, der bisher – ich weiß, es liegt in der Hoheit der Länder – leider immer noch keinen Einzug gefunden hat. Und wir müssen auch

die Frage Indikationsqualität, hatte ich bereits angesprochen, etablieren, wir müssen uns auch die Frage stellen, welche Leistungen sind vielleicht dann nicht per case zu finanzieren, sondern sind Vorhalteleistungen, die anders zu finanzieren sind. Ich glaube, das sind wichtige Punkte, über die wir diskutieren müssen, bevor wir immer am Ende die Anreize weiter diskutieren. Wir müssen hier dringend in eine Adaption der Fallpauschalensystems gehen. Ich halte, auch das kann ich an dieser Stelle sagen, den Pflexit für einen komplizierten Weg, der das Fallpauschalensystem noch komplexer macht und sich so noch weniger dazu eignet, richtige und effiziente Anreize zu geben, sodass sich die Leistungserbringer adäquat verhalten.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Auch die nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Beivers. Werden ökonomische Fehlanreize aus Ihrer Sicht durch das MDK-Reformgesetz beseitigt? Oder sehen Sie durch die Änderungen die Entstehung neuer Fehlanreize? Da wäre ich auch dankbar, wenn die Frage ausführlicher besprochen wird.

ESV **Prof. Dr. Andreas Beivers**: Ich glaube, ich habe es bereits angesprochen, dass es durch diese quartalsbezogenen Prüfquoten neue Anreize geben kann und dass nach wie vor aufgrund des ökonomischen Drucks, der im System weiterbesteht, ein Anreiz oder ein Zwang besteht, Abrechnungsprüfungen zu fokussieren und gerade bei teuren und komplexen Fällen den Gerichtsweg zu beschreiten. Ich glaube nicht, dass das hier geändert wird und dass kurzfristig eine Lösung dabei sein wird. Anreize, die ich in dem Kontext sehe, ist wirklich die Steuerung zu Beginn, die Festlegung, wie abgerechnet werden kann, durch Indikationsqualität und transsektorale Vergütungssysteme, die ich bereits angesprochen habe. Das wäre der wichtigere Weg, und EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und DRG, diese Brücken abzubauen. Das sind meines Erachtens die wichtigen Elemente. Denn sonst läuft man Gefahr, dass das Ganze am Ende des Tages nicht zu dem führt, was der Gesetzgeber wollte und vorhatte. Das sind meine zentralen Punkte, die ich im Kontext gerne anbringen würde.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Dann will ich jetzt, von meiner Seite aus, die letzte Frage an Herrn Prof. Dr. Beivers stellen. Ich habe auch noch





weitere Fragen. Wie bewerten Sie die mit dem MDK-Reformgesetz angekündigten Eingriffe in die Leiharbeit in der Pflege?

**ESV Prof. Dr. Andreas Beivers:** Sicherlich ist auch auf der einen Seite der Wunsch des Gesetzgebers nachvollziehbar, dass man sagt, na gut, die Kosten, die durch die Leiharbeit entstehen, nicht voll refinanzieren zu wollen. Wir wollen dieses Thema jetzt auch nicht chronifizieren, aber das Grundproblem zeigt, dass man die Realität der Leistungserbringer hier nicht erkennt, denn viele arbeiten mit Leiharbeit, weil viele Pflegende sich aufgrund attraktiverer Rahmenbedingungen im Beruf für die Zeitarbeit entscheiden. Die Frage ist, ob man das lösen kann, dieses Problem. Das sehe ich nicht so. Ich weiß, die aktuelle Bundesregierung hat viel dafür getan den Pflegeberuf attraktiver zu machen, aber ich sehe es so, dass in der Tat durch Personaluntergrenzen und Pflexit die Attraktivität des Pflegeberufes nicht unbedingt gestärkt wird. Wir erkennen gerade, dass viele Arbeiten wieder in die Pflege zurückverlagert werden, weil sie dort finanziert werden. Das führt dazu, dass man als Pflegepersonal keine qualifiziertere Karriere am Patienten machen kann, deswegen wird kurzfristig dieses Zeitarbeitsthema auch da sein. Kurzfristig ist die Anzahl der Pflegekräfte fix, es gibt einen extremen Wettbewerb um die Pflegekräfte. Sie werden abgeworben von verschiedenen Kostenträgern. Deswegen glaube ich, auch wenn wir uns das nicht wünschen, diese Zeitarbeit in der Pflege und diese Mehrkosten, das ist bei vielen ein ähnlicher Punkt, wird es kurzfristig nicht so einfach wegzuschieben sein, weil die gesetzgeberischen Maßnahmen eher mittelfristig dazu führen, dass wir ein erhöhtes Angebot haben und dann vielleicht Stück für Stück von der Leiharbeit und von der Zeitarbeit wegkommen.

**Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP):** Offensichtlich meine letzte Frage. Sie geht an die BÄK. Mit dem MDK-Reformgesetz sollen auch die Verwaltungsräte der MD neu zusammengesetzt werden. Vorgesehen sind etwa 23 Personen, darunter auch zwei Vertreter auf Vorschlag der jeweiligen Landesärztekammer und der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe. Diese Vertreter sollen allerdings kein Stimmrecht erhalten. Halten Sie dies für angemessen?

**SVe Dr. Heidrun Gitter (Bundesärztekammer (BÄK)):** Nein, das ist nicht angemessen, dass die Landeskammern kein Stimmrecht bekommen und genauso nicht die Bundesärztekammer. Neben der Qualitätssicherung der Berufsaufsicht ist aber eine ganz klare Aufgabe der Landeskammern eine Gemeinwohlorientierung. Wenn ich so manche Einwürfe heute hier gehört habe, scheint mir sehr wichtig, dass die Stimme derer gestärkt wird, die das Patientenwohl im Auge haben.

**Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.):** Meine erste Frage beschäftigt sich mit dem Thema der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste und da möchte ich den VDK, vzbv und als Gegenposition oder Reaktion darauf den Einzelsachverständigen Uwe Klemens fragen. Wie beurteilen Sie, ob das Ziel des Gesetzesentwurfs, für unabhängige Medizinische Dienste zu sorgen, erreicht wird?

**SVe Hannah Gierschnik (Sozialverband VdK Deutschland e. V.):** Aus unserer Sicht erreicht die Reform ihr Ziel nicht. Die neue Rechtsform führt nicht zu einer Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Dies wäre jedoch dringend erforderlich. Die Krankenkassen stehen im Wettbewerb und handeln betriebswirtschaftlich. Gerade in dieser Situation wäre eine tatsächliche Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste dringend erforderlich. Wir fordern zudem gleiche Stimmrechte für Patienten und Kassenvertreter. Eine Steuerung durch Markt und Wettbewerb hat in der Daseinsvorsorge aus unserer Sicht nichts zu suchen.

**SVe Petra Fuhrmann (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)):** Wir sind, wie Frau Gierschnik der Meinung dass das Gesetz dieses Ziel nicht erreicht. Es gibt einige Aspekte, die bewerten wir durchaus positiv, das ist die institutionelle Loslösung der Medizinischen Dienste und das ist auch die Richtlinienkompetenz, die auf den Medizinischen Bund übergeht. Das sehen wir positiv. Aber das Thema Leistungsbewilligung, das Thema Ausgaben, ist ein Wettbewerbsthema zwischen den Krankenkassen. Dementsprechend muss da Unabhängigkeit hergestellt werden, weil die Leistungsbewilligung existentiell wichtig ist für die Verbraucher. Das zeigt auch ein Gutachten des



Bundesrechnungshofes, dass es durchaus Einfluss von Kassenseite gibt, dass man die Ausgaben bei den Medizinischen Diensten gering hält. Da ist es aus unserer Sicht wichtig, dass für eine echte Unabhängigkeit die Verwaltungsräte, die von den Krankenkassen kommen, keine Zweidrittelmehrheit in den Verwaltungsräten haben.

ESV **Uwe Klemens**: Ich habe schon mal erwähnt und das ist der Kern, die Gutachterinnen und Gutachter beim MDK sind unabhängig. Niemand in den Verwaltungsräten beschäftigt sich mit der Qualität oder der Zielrichtung von Gutachten. Das, weil das jetzt so erwähnt worden ist, die Kassen, die die ganze Rechnung bezahlen, sich auch Gedanken machen, was das kostet, weil wir auch die Umlage beschließen müssen. Das denke ich, ist legitim. Darauf hat auch der Bundesrechnungshof hingewiesen, dass wir das bitteschön in Zukunft tun sollen. Und das Letzte, was ich sagen will: Ich weiß, das ist eine Anhörung, aber ich bin Selbstverwalter und selbständig denkender Mensch. Wenn es so ist, dass jetzt alle, die einen Gemeinwohlanspruch erheben, zum Beispiel beim MDK im Verwaltungsrat sitzen, müssten wir überlegen, ob wir nicht in einer anderen Regel, bei der KZBV oder wo auch immer, vielleicht demnächst auch als Beteiligte aufgenommen werden wollen. Das durchbricht doch die Grenzen dessen, was wir eigentlich im System haben. Und letzte Bemerkung: Ich habe eine vergleichbare Diskussion um die vermeintlich nicht vorhandene Unabhängigkeit in keinem anderen Zusammenhang gehört. Es gibt keine Diskussion, die ich kenne, die die vertrauensärztlichen Dienststellen der deutschen Rentenversicherung in dieser Art und Weise angeht. Ich glaube, man muss die Diskussion zurückführen auf die Frage, was soll der MDK eigentlich tun? Der MDK hat sicherzustellen, dass die Versicherten ordentlich begutachtet werden und hat gleichzeitig auch sicherzustellen, dass keine medizinisch ungerechtfertigten Ansprüche umgesetzt werden, weil wir eine hohe Versorgung für möglichst viele Versicherte organisieren wollen. Das wollte ich einfach nur mal loswerden an der Stelle.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Eine weitere Frage hätte ich jetzt an den Sozialverband VdK. In dem Gesetzesentwurf wird „nur“ der Medizinische

Dienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung geregelt. Wie verhält es sich Ihrer Meinung nach mit dem Äquivalent in der privaten Krankenversicherung, also Medicproof? Wie sieht es da aus mit der Unabhängigkeit von der PKV und was wäre Ihr Reformvorschlag?

SVe **Hannah Gierschnik** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Wir möchten, dass auch Medicproof von den privaten Versicherungen abgetrennt wird. Hier bestehen die gleichen Interessenskonflikte bei der Pflegebegutachtung. Es besteht für die privaten Krankenversicherungen der Anreiz die Begutachtung zu verschärfen, je älter und kränker die Versicherten werden. Insgesamt fordern wir eine Pflegevollversicherung.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die BAGP und an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes, MDS. Erst einmal die Frage an den BAGP. Was ist Ihre Erfahrung aus der Beratungstätigkeit oder vielmehr die Erfahrung der Patientinnen und Patienten, die Sie mit dem MDK machen? Und dann hätte ich die Reaktion gerne vom MDS.

SVe **Carola Sraier** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Die Ratsuchenden beschwerten sich bei den Begutachtungen, wenn sie denn persönlich erfolgen, über die Art und Weise der Kommunikation, über die Nicht-Inanspruchnahme oder das Nicht-Einsicht nehmen in mitgebrachte Befundunterlagen und über übergreifige Handlungen, die wir natürlich an keiner Stelle gutheißen können. In komplexen Fragestellungen, wo es um Begutachtungen für sehr teure Hilfsmittel oder Therapien geht, die genehmigt werden müssen, ist es oft so, dass die Expertise der Gutachter scheinbar nicht da ist und immer wieder ein Rückfrage-Karussell entsteht, sodass wir uns wünschen, dass die Qualifizierung anders oder neu geregelt wird.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Erst einmal finde ich es bedauerlich, wenn Fälle auftreten, wie Sie sie ansprechen. Die Frage ist nur, wie breit ist das der Fall. Sie wissen, wir



machen Versichertenbefragungen in der Pflegebegutachtung. Die Ergebnisse sind durchgängig positiv. Wir haben Zufriedenheitswerte, die in der körperlichen Untersuchung, in einer schwierigen Situation, wo es um eine relevante Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit geht, weit über 90 Prozent liegen. Ich glaube schon, dass die Mehrzahl der Begutachtungsfälle ordentlich abläuft und auch ein Pflegegrad zugestanden wird, der sachgerecht ist. Gerade in Bereichen, wo es um den Umgang mit den Betroffenen geht, sind die Werte sogar noch höher als die Zufriedenheit insgesamt. Ich glaube, dass wir da auf einem guten Weg sind. Aber diese Fälle, die ärgern uns und an den müssen wir arbeiten. Und was die Genehmigung von Hilfsmitteln angeht, da ist die Situation, dass wir unsere Gutachterinnen und Gutachter sehr intensiv in den Fragen schulen. Sie haben Recht, viele der Dinge werden nach Aktenlage entschieden, weil wir da meist eine ausreichende Bewertung durch den empfehlenden Arzt haben. Wir haben die Hilfsmittel, die sind gelistet und mit denen sind die entsprechenden Funktionsbeeinträchtigungen zu kompensieren, sodass wir das für sachgerecht halten. Wenn das im Einzelfall nicht der Fall ist, gibt es durchaus Möglichkeiten in den Widerspruch zu gehen, wo dann in der Regel auch eine körperbezogene Begutachtung stattfindet, sodass, wenn wir in der ersten Runde, was selten passiert, falsch liegen sollten oder der Fall nicht umfassend genug dargestellt wird, bereit sind, uns auch zu korrigieren.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Jetzt habe ich nochmal ein ganz anderes Thema. Die Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie sprechen sich gegen die beabsichtigte Neuregelung aus, die Krankenhäuser zu bestrafen, die die für die Ermittlung der Pflegepersonalquotienten notwendigen Daten nicht fristgerecht und vollständig liefern. Ich fand die Begründung dafür eigentlich sehr nachvollziehbar und plausibel. Ich würde Sie nochmal bitten, das zu begründen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Es geht um die Pflegesteuerung, die Pflegeuntergrenzensteuerung insgesamt. Wir haben einerseits die bereichsbezogenen Pflegeuntergrenzen. Wer die nicht einhält, wird bestraft durch Leistungskürzungen und durch Geldzahlun-

gen. Dann soll im Jahr 2020 der Pflegequotient hinzukommen, den das Bundesgesundheitsministerium durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt bekommt und der pro Krankenhaus für die Summe aller eingesetzten Pflegekräfte eine Art Untergrenze als Mindestbesetzung über das ganze Haus vorsieht. Dazu ist eine Datenlieferungspflicht vorgesehen und wenn jemand die nicht erfüllt, kann er mit bis zu 500 000 Euro bestraft werden. Jetzt mal jenseits dieses Bestrafungstatbestandes. Wir meinen und darauf baut unsere kritische Stellungnahme auf, dass der Konzeptionswechsel, den wir gemeinsam mit ver.di und mit dem Deutschen Pflegerat vorschlagen, weg vom Steuern von Untergrenzen, sei es als Pflegequotient, sei es als fachbezogene Untergrenzen, hin zu einer Pflegebedarfskonzeption, die auch gesetzgeberisch eingeleitet werden sollte, statt immer tiefer in die problembehaftete Pflegeuntergrenzensteuerung rein zu gehen. Es ist schon angesprochen worden, die Pflegeuntergrenzen verbessern die Attraktivität der Arbeit für die Pflegenden nicht. Sie schaffen keine zusätzlichen Stellen. Sie sind ein bürokratischer Kontrollmechanismus, ich spreche von Drangsalierung von Krankenhäusern, aber konsequenter wäre die Umsteuerung. Statt die Pflegeuntergrenzensteuerung mit immer tieferen Datenlieferungen und Datenkontrollen zu perfektionieren, sollte umgeschichtet werden in eine pflegebedarfsorientierte Gesamtkonzeption. Das ist unser Anliegen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Für eine Frage reicht es noch, in dem Fall an den GKV-Spitzenverband. Da geht es um es um das ambulante Operieren. Das soll nach dem Gesetzesentwurf zukünftig weiter gefördert werden, das war auch schon Thema unserer Anhörung. Das trifft sicher auf Gegenliebe, das Unterfangen ist aber komplex und der Teufel liegt im Detail. Können Sie aus Ihrer Sicht sagen, ob noch Änderungsbedarf besteht?

SV **Johannes Wolff** (GKV-Spitzenverband): Eine der besten Regelungen, die Sie vorsehen zur Reduktion der Prüfaufwände. Die Hälfte aller Prüfungen betreffen Verweildauerprüfungen und der ganz überwiegende Teil davon die untere Grenzverweildauer. Den sehr guten Gedanken, den sie verfolgen, der bezieht sich darauf, dass wenn sie Leistungser-



bringer unabhängig bezahlen, den Prüfer des Medizinischen Dienstes nicht mehr brauchen. Das würde unsere Prüfaufwände reduzieren. Das ist aber nur dann der Fall, wenn sie parallel keine DRG-Abrechnung mehr haben, also entweder die neuen Pauschalen abrechnen oder die DRG. Sobald sie beide Welten parallel führen, müssen sie wieder prüfen, ob der Fall wirklich ins Krankenhaus gehört oder nicht. Dann ist es nicht wirklich Sektor- und Leistungserbringerunabhängig, weil sich Krankenhäuser nicht darauf freuen, dass sie diesen Katalog erweitern. Der bedeutet für die Krankenhäuser, sie können weniger stationär machen, was vielleicht gar nicht ins Krankenhaus gehörte und jetzt lösen Sie das davon. Jetzt haben Sie natürlich die Frage, was passiert mit der 90-jährigen Patientin, die operiert werden muss und Begleiterkrankungen hat. Die muss ins Krankenhaus. Wir schlagen deshalb vor, ganz wichtig, einen tagesbezogenen Grenzwert festzustellen, ab dem Sie entweder einen leichten Fall, mit kurzer Verweildauer sektorunabhängig bezahlen oder einen Fall mit längerer Verweildauer nach DRG, der natürlich dann auch geprüft werden muss. Diese Regelung hat das Potential, Prüfaufwände in unglaublich großem Ausmaß zu beheben, aber nur wenn Sie das klar regeln.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an die BAG SELBSTHILFE. Sie begrüßen in Ihrer Stellungnahme die Einrichtung eines Beschwerdemanagements in Form einer Ombudsperson bei den Medizinischen Diensten. Wie könnte die Rolle der Versicherten bei Beschwerden insgesamt noch weiter gestärkt werden?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir begrüßen es grundsätzlich sehr, dass ein verpflichtendes Beschwerdemanagement durch Einrichtung einer Ombudstelle erstellt werden soll. Nichtsdesto-trotz würden wir uns wünschen, dass Versicherte auch aktiv darauf hingewiesen werden müssen. Wir haben uns mal die Homepages der MDK durchgeschaut. Viele weisen schon darauf hin, aber in sehr unterschiedlicher Weise. Bei manchen ist es nur ein Formular, bei anderen wird im Grunde geklärt

oder erklärt, dass es sinnvoll ist, sich zu beschweren, wenn man Probleme hat und einem daraus keine Nachteile erwachsen. Und genau so ein proaktives Hinweisen auf das Beschwerdemanagement würden wir uns auch bei der Begutachtung wünschen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht ebenfalls an die BAG SELBSTHILFE. Welchen Ergänzungsbedarf haben Sie bei der Herausnahme der Kostenübernahme für die Gebärdendolmetscher aus den Fallpauschalen im stationären Bereich?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir hätten zwei Ergänzungsbedarfe, wovon einer auch durchaus der Stellungnahme des Deutschen Gehörlosenbundes entspricht. Der erste Ergänzungsbedarf wäre tatsächlich die Kommunikationsmittel zu erweitern. Also nur ein kleiner Teil der Menschen, die Dolmetscherassistenz benötigt, ist gebärdensprachorientiert. Viele brauchen auch Schriftdolmetscher oder Lormen oder taktile Gebärden. Insoweit würden wir uns wünschen, dass das ergänzt wird. Wir haben einen entsprechenden Vorschlag in der Stellungnahme gemacht. Der zweite Ergänzungsbedarf betrifft die psychiatrischen Kliniken. Da halten wir den Änderungsantrag für sinnvoll bezüglich der normalen psychiatrischen Kliniken. Da geht es letztendlich um die Herausnahme der entsprechenden Kosten aus den DRG. Es gibt aber spezialisierte Kliniken, zwei in Deutschland, bei denen diese Herausnahme nicht passt, weil die ihre Pflegekräfte umfangreich schulen. Da ist eine OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel)-Ziffer deutlich sinnvoller. Wir würden uns wünschen, dass man einerseits eine Pflicht zur Erstellung einer solchen OPS-Ziffer für diese spezialisierten Kliniken statuiert und andererseits diese als Ausnahmemöglichkeit aus dem Änderungsantrag herausnimmt.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an Frau Dr. Fix, BAGFW. Bei den geförderten Weiterbildungsstellen ist nach unserer Kenntnis schon heute die Zahl von 250 Kinder- und Jugendärzten



erreicht. Trotzdem haben wir einen Versorgungsmangel. Wie schätzen Sie die Versorgungssituation ein und wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die im Änderungsantrag 4 getroffene Regelung?

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): In der Tat sehen wir einen eklatanten Versorgungsmangel bei den Kinder- und Jugendärzten. Es gibt mittlerweile selbst in gut versorgten Gebieten teilweise Unterversorgung. Das betrifft den städtischen Ballungsraum, das betrifft den ländlichen Raum. Wir haben das Problem, dass Kinderkliniken oder Kinderstationen in Krankenhäusern geschlossen werden. Das hat dann finanzielle Gründe. Wir machen uns erhebliche Sorgen um die Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte. Nach meiner Kenntnis ist es so, dass bisher bei den geförderten Weiterbildungsstellen, es sind insgesamt 2 000, schon mehr als 250 im Bereich der Kinder- und Jugendärzte vergeben werden, sodass die im Änderungsantrag vorgesehene Änderung, die die Zahl 250 vorsieht, zu niedrig ist. Die Bedarfsplanung, die im Sommer veröffentlicht wurde, hat vorgesehen, dass wir zusätzlich mindestens 400 Stellen im niedergelassenen Bereich bei den Kinder- und Jugendärzten benötigen. Wenn der Änderungsantrag hier Zahlen nennt, sollte die Zahl bei mindestens 400 statt 250 liegen.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an den vzbv. Wie bewerten Sie die Regelung, nach der die Krankenkasse vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen muss, wenn sie den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt hat. Was bedeutet das ganz konkret für die Versicherten?

**Sve Petra Fuhrmann** (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Die Regelung bewerten wir ganz grundsätzlich erst einmal positiv. Das sind offensichtlich strittige Fälle, in denen der Versicherte einen Widerspruch einlegt und wenn der wiederum zur Ablehnung führt,

sollte die medizinische Fragestellung geklärt werden und das auch frühzeitig. Für Versicherte, das erhoffen wir uns aus der Regelung, kann das durchaus dazu führen, dass langwierige und auch kostenintensive Sozialgerichtsverfahren vermieden werden. Nichtsdestotrotz sollte man das Thema weiter beobachten, um einfach zu schauen, ob es Ausweichreaktionen der Kassen gibt, dass weniger stark auf eine medizinische Indikation geschaut wird, sondern dass bei einer Ablehnungsentscheidung gegebenenfalls auch andere rechtliche Gründe angeführt werden. Dementsprechend muss man das im Blick behalten. Wichtig dafür wäre, dass es allgemein mehr Transparenz über das Genehmigungsgeschehen der Krankenkassen für die Versicherten gibt.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an Dr. Pick vom MDS. Können Sie sagen wie hoch der Anteil der MDK-Gutachten ist, bei denen eine Empfehlung nach Aktenlage fällt? Gibt es Unterschiede für bestimmte Arten von Gutachten, in denen überproportional häufig oder besonders selten nach Aktenlage entschieden wird? Wie ist es zum Beispiel beim Krankengeld und bei der Gewährung von Hilfsmitteln?

**SV Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Zum Hintergrund muss man sagen, wir machen bundesweit 2,7 Millionen versichertenbezogene Stellungnahmen. Wir entscheiden bei jeder Stellungnahme welches Instrument greift, ob wir eine Begutachtung machen, ob wir die nach Aktenlage oder mit körperlicher Untersuchung machen und das hängt ab davon, welche Informations- und Entscheidungsgründe der Lage die Gutachterinnen und Gutachter haben. Was die Anlassgruppen angeht, haben wir eine ziemliche Spreizung. Wir haben geringe hohe Anteile von Aktenlagen bei Reha, Vorsorge und Hilfsmitteln, die liegen über 90 Prozent. Bei den Gutachten zur Arbeitsunfähigkeit haben wir einen Anteil von Aktenlagen knapp über 50 Prozent. Und bei den Krankengeldfällen, bei der Beendigung, die häufig diskutiert wird, haben wir eine Aktenlagequote von 35 Prozent oder 65 Prozent Begutachtung. Das sind die Unterschiede, die wir haben. Und wir veröffentlichen für alle Begutachtungsanlässe die Begutachtungsergebnisse. Um



da ein Beispiel zu nennen, was häufig diskutiert wird: Arbeitsunfähigkeit bei 1,2 Millionen Fällen. In 80 Prozent der Fälle ist die Entscheidung auf Dauer oder befristet arbeitsunfähig. In zehn Prozent der Fälle sagen wir, hier sind weitere medizinische Maßnahmen, Rehabilitation oder andere Dinge erforderlich und bei zehn Prozent sagen wir arbeitsfähig. Das wird von den Betroffenen natürlich kritisch gesehen und auch hinterfragt, was wir verstehen. Aber man muss auch nochmal die Gesamtzahl sehen, zehn Prozent bezogen auf 1,2 Millionen Fälle, das sind 120 000, aber der Eindruck der Öffentlichkeit geht in eine viel größere Ordnung. Also zehn Prozent Arbeitsfähigkeit und 90 Prozent andere Maßnahmen muss man mit im Fokus haben.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage an die vzbv. Wäre es im Sinne der Transparenz aus Ihrer Sicht gerechtfertigt, wenn die Krankenkassen zusätzlich zum Bescheid der Gewährung und vor allem der Ablehnung einer Leistung das entsprechende MDK-Gutachten automatisch zur Verfügung stellen müssten, statt dass erst Aktenansicht verlangt werden muss und damit Zeit verloren geht für Widerspruchverfahren und Ähnliches?

Sve **Petra Fuhrmann** (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Da kann ich sehr knapp darauf antworten: Ja, das würde zu sehr viel mehr Transparenz führen. Häufig sind die Entscheidungen nicht nachvollziehbar für Versicherte. Sie haben ein Recht auf diese Informationen und das würde das Verfahren beschleunigen und sie auch schneller zu ihrem Recht bringen, sofern es da ist.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine ähnliche Frage an Dr. Pick. Welche Vorschläge haben Sie, um die Akzeptanz von Entscheidungen des Medizinischen Dienstes an der Stelle zu verbessern?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Wir versuchen an vielen Stellen Transparenz herzustellen. Die Begutachtungsrichtlinien

sind alle veröffentlicht und transparent. Wir erläutern die Hauptbegutachtungsanlässe, wir haben für die Begutachtung Informationsflyer, wo wir über die Dinge informieren, in der Pflegeversicherung, aber auch bei anderen Anlässen. Man kann darüber diskutieren: In der Pflege wird das Pflegegutachten regelhaft zur Verfügung gestellt, das kann man auf die Krankenversicherung übertragen, dass würde das beschleunigen, kann man machen. Wir haben natürlich ein umfassendes Beschwerdemanagement bei den Medizinischen Diensten, wo wir auch in regelmäßigen Abständen Berichte aller MDKs zum Beschwerdemanagement und dem Umgang veröffentlichen. Wir haben schon viele Dinge, die wir bedienen. Wenn der Wunsch besteht, an der einen Stelle nochmal eine stärkere Verpflichtung zur Übersendung des Gutachtens zu verankern, hätten wir damit kein Problem. Das stellt Transparenz her und bietet auch die Möglichkeit in den Dialog zu kommen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Wir haben vorher Herrn Dr. Pick zum Thema Krankengeldfälle gehört. Mir geht es beispielsweise um junge Krebspatienten, Berufsanfänger, und die Gutachten, die der Medizinische Dienst zur möglichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit stellt. Für uns sieht es so aus, nach 78 Wochen Krankengeld folgt für junge Berufsanfänger, die eine Krebsbehandlung haben, die Erwerbsunfähigkeit. Es wird kritisiert, es werde zu schnell in die Erwerbsunfähigkeit, ich formuliere „getrieben“. Sehen Sie hier Probleme? Hätten Sie Vorschläge, wie man dem begegnen könnte?

Sve **Dr. Heidrun Gitter** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Erfolge der onkologischen Behandlungen, oder der anderen Erkrankungen bedingen, dass die Erkrankungen chronisch werden. Das stellt unsere Absicherungssysteme vor entsprechende Herausforderungen. Es gibt leider noch nicht ganz konkret belastbare Zahlen. Die hat die deutsche Gesellschaft für Hämatonkologie eingefordert. Ich finde das auch sinnvoll, dass man diese Zahlen abwartet, aber parallel dazu würde ich mir schon wünschen, dass diejenigen, die dafür zuständig wären, sich Gedanken zu machen. Das sind meines Erachtens die gesetzlichen Krankenversicherungen, die profitieren würden, wenn einer rausfällt in die Erwerbsminderungsrente, dass man sich dort Gedanken



macht, um gerade für junge Leute eine Wiedereingliederung, eine Wiederaufnahme der Ausbildungssituation zu erreichen. So ähnlich, wie es die Berufsgenossenschaft bei vergleichbaren Fällen vorsehen würden. Das wäre meines Erachtens ein sinnvoller Lösungsansatz hier mehr zur Wiedereingliederung zu kommen und entsprechende Änderungen in der Praxis herbeizuführen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, MDS. Wir haben vorhin in den Antworten von Herrn Knieps gelernt, dass jeder ökonomische Anreiz, der irgendwo im Gesundheitswesen existiert, konsequente Folgen auslöst. Kaufmännische Leitungen von Krankenhäusern dominieren ihre leitenden Ärzte. Wenn man das jetzt mal überträgt auf die Eigentumsverhältnisse beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem MDK, wie bewerten Sie dann die im Gesetzentwurf vorgesehene Überführung der MDK und des MDS in die Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts, mit der Folge, dass die Richtlinienkompetenz auf den MD Bund als eine solche Körperschaft übergehen würde?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Wir bewerten die Umwandlung der Medizinischen Dienste in Körperschaften des öffentlichen Rechts positiv, sowohl auf der Landes- als auch auf der Bundesebene. Der Grund dafür ist aus unserer Sicht, die Medizinischen Dienste nehmen öffentliche Aufgaben wahr. Die vorbereitende Sachverständigentätigkeit, das ist das, was wir machen, hat Einfluss auf die Leistungsentscheidung der Krankenpflegekassen. Unsere Prüftätigkeit hat Einfluss auf die Leistungserbringung in der Pflege, aber auch in der Leistungserbringung im Krankenhaus und deshalb sind das öffentliche Aufgaben. Der richtige Rahmen dafür ist die Körperschaft des öffentlichen Rechts. Wir werden damit auf Augenhöhe mit anderen Institutionen im Gesundheitswesen gehoben, den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, die auch Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Das stärkt den Medizinischen Dienst und seine Aufgabenwahrnehmung. Trotzdem haben wir durchaus noch Anregungen, was die organisationsrechtlichen Vorschriften und

Anbindungen in der Körperschaft angeht. Wir halten die vollständige Abtrennung von den Krankenkassen nicht für den richtigen Weg. Wir brauchen eine gewisse Anbindung an die Krankenkassen, wofür wir uns stark machen. Wir sind auch der Auffassung, dass Selbstverwalter aus dem Gesundheitswesen, wie die Krankenversicherungen, in unseren Gremien erscheinen. Also Stärkung ja. Wir haben auch durchaus positive Einschätzungen, was die Beteiligung von Patienten und Berufsvertretern angeht, das halten wir in der Sache für richtig. Wir haben gute Erfahrung mit den Beiräten der Pflegeversicherung, das finden wir gut auszubauen. Aber da muss man natürlich über das Gewicht in den Gremien reden, aber die Grundrichtung sehen wir positiv.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Ich knüpfe an die Frage meines Kollegen Henke mit einer anderen Adressierung an. Die Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE und die Bundesärztekammer. Auch von Ihnen würde ich gerne wissen, wie Sie bewerten, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom GKV-Spitzenverband organisatorisch abgelöst und die Richtlinienkompetenz auf den Medizinischen Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts übergehen soll?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir begrüßen das sehr. Es hat tatsächlich Rückmeldungen von Patienten gegeben, auch durchaus bis in den eigenen Vorstand, dass es schon Zweifel an der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes gegeben hat. Die Rückmeldungen sind unterschiedlich. Wir haben durchaus positive Rückmeldungen, aber wir haben auch sehr negative Rückmeldungen, wo uns gesagt wird, wir haben das Gefühl, die arbeiten eigentlich nur das ab, was die Krankenkassen ihnen vorgeben. Insoweit ist es für uns wichtig, dass die Unabhängigkeit gestärkt wird, dass wirklich eine Trennung stattfindet, dass auch Patientenvertreter versuchen, einen gewissen Kulturwandel in die Beratungen reinzubekommen. Frau Sraier hat es beschrieben, dass es manchmal Abläufe gibt, die sehr unglücklich sind. Wir begrüßen die gesetzlichen



Maßnahmen. Man muss aber sagen, dass inzwischen gegenüber dem Referentenentwurf andere Gewichtungen stattgefunden haben. Da muss man schauen, wie sich das im Einzelnen auswirkt, eventuell müsste man dann nachsteuern, aber im Grundsatz begrüßen wir das sehr, dass es jetzt eine stärkere Unabhängigkeit in einer anderen Rechtsform geben soll.

**Sve Dr. Heidrun Gitter** (Bundesärztekammer (BÄK)): Auch die Bundesärztekammer findet diese Wandlung richtig. Herr Dr. Pick hat schon ausgeführt, dass die Stärkung, wenn es sich um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts handelt, vielleicht auch die Wahrnehmung verändert, dass sie tatsächlich im Interesse der Patientinnen und Patienten Vorgänge prüfen, gleichwohl eine Verpflichtung besteht, mit begrenzten Ressourcen vernünftig umzugehen. Umgekehrt haben wir in dieser Anhörung wahrgenommen, dass manchmal ein sehr stark ökonomisiertes Denken Raum greift, wenn hier sehr einseitig über Falschabrechnung gesprochen wird und manchmal der Hintergrund für zielführende Rechnungsbeanstandungen lediglich ein fehlender Abrechnungsgrund ist. Ich sage ein Beispiel: Notfallaufnahmen sind in aller Munde und heutzutage, gerade bei maximal versorgenden Krankenhäusern kommt es sehr häufig vor, dass sie praktisch innerhalb von wenigen Stunden aufwendige Abklärung machen, beispielsweise liegt ein Schlaganfall vor ja oder nein. Und wenn nein, dann wieder zurück in die heimatische Umgebung, weil das gerade bei alten Patienten sehr wichtig ist. Vergleichbares gibt es in der Kindermedizin. Was ich damit sagen will ist, dass gerade vulnerable Gruppen durch diese bestehenden Fehlanreize gefährdet sind. Deswegen finde ich eine Stärkung des Medizinischen Dienstes durch die Umformung der Organisation richtig. Ich muss nochmal betonen, dass dies auch ein Grund ist, die Landesärztekammern hier besser und mit Stimmrecht zu beteiligen, weil wir nämlich auf ein Feedback angewiesen sind. Wir finden die Informationen, die ärztlicherseits sowohl der MDK an die Politik geben kann für Änderungsvorschläge, wo Fehlanreize zu beheben oder Rechtslücken zu schließen sind, wichtig. Wir finden das aber auch als Landesärztekammer wichtig, weil wir uns tatsächlich auch als Patientenanwälte verstehen und genau diese Expertise einsetzen wollen, auch in Vorschläge für die Beratung von Politik.

**Abg. Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht erstmal an den Bundesverband der Verbraucherzentralen und an den MDS. Es geht um die Einrichtung des Ombudsmanns, der interne Sachen klären soll bzw. auch von außen angesprochen werden kann. Wie sehen Sie die vorgesehene Einrichtung einer unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst?

**Sve Petra Fuhrmann** (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Wir begrüßen die Regelung der Einrichtung. Bisher konnten sich Versicherte nur an die Krankenkassen wenden, wenn es Beschwerden gab. Was wichtig wäre, aus unserer Sicht, dass es da noch mehr Transparenz gibt und diese Beschwerden öffentlich gemacht werden und dadurch noch mehr Transparenz hergestellt wird.

**SV Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Die Medizinischen Dienste haben heute schon ein umfassendes Beschwerdemanagement. Wir führen Versichertenbefragungen durch, um noch mal ein Feedback der Betroffenen zur Begutachtung zu haben. Wir betreiben intensives internes Qualitätsmanagement, wir haben ein umfassendes Widerspruchsrecht bei den Kranken- und Pflegekassen. Es gibt schon einiges, aber nichtsdestotrotz, wir können durchaus nachvollziehen, dass die Politik sagt, ein Ombudsmann soll dazukommen. Der wird Transparenz herstellen und er ergänzt die bestehenden Instrumente. In dem Sinne würden wir dies als in Ordnung bezeichnen.

**Abg. Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wir haben das Problem, dass wir viel zu wenige Kurzzeitpflegeplätze in Deutschland haben. Das betrifft auch das Entlassmanagement aus den Krankenhäusern. Was passiert, wenn die Krankenhäuser die Patienten trotzdem entlassen, weil sie sonst mit dem Problem der sogenannten sekundären Fehlbelegung konfrontiert werden. Wie könnte dieses Problem gelöst werden?





Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): In der Tat haben wir einen erheblichen Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen, der insbesondere für Krankenhaushausnachsorge zum Problem wird. Überwiegend ist es nicht so, dass die Krankenhäuser die Patienten einfach ins Ungewisse entlassen, sondern sie behalten sie im Krankenhaus und bekommen dann den Vorwurf der sekundären Fehlbelegung mit der Folge, dass die Vergütung für bereits erbrachte Leistungen, in dem Fall Pflegeleistungen, entsprechend gekürzt wird. Solange wir dieses Problem der mangelnden Kurzzeitpflege haben, und da müssen wir dringend etwas tun und haben auch bereits Vorschläge unterbreitet, wie man hier Anreize schaffen kann, dass mehr Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen. Das ist aber heute nicht Thema. Solange dieses Problem besteht, brauchen wir eine Regelung, die die Finanzierung weiterhin gewährleistet. Wir haben einen konkreten Vorschlag gemacht zu § 39 MDK-Reformgesetz. Dort sollte stehen, dass in den Fällen, in denen eine soziale Notwendigkeit besteht, weil die häusliche Versorgungssituation nicht gesichert ist oder weil es keine Kurzzeitpflege gibt oder in Fällen, wo es medizinische Komplikationen und Begleitumstände gibt, dass dann weiterhin die stationäre Versorgung gewährleistet sein muss. Wir haben da einen konkreten Formulierungsvorschlag unterbreitet.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich kann es ähnlich nur wiederholen. Sie fragen, was passiert, wenn Krankenhäuser entlassen bzw. wenn sie nicht entlassen. Sie werden bestraft, werden als Falschabrechner betitelt. Deshalb würde ich mir wünschen, wir hätten so etwas Ähnliches wie in NRW, eine der stationären Versorgung nachlaufende, eigentlich müsste man sagen, häusliche Krankenpflege. Die findet aber zu Hause bedingungsmäßig nicht statt, also müsste dem Krankenhaus eine unterschwellige Pflege ermöglicht werden. So etwas zu konstruieren hielte ich für sinnvoll, um solche Fälle aufzufangen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Betriebskrankenkasse BKK, an den Verband der Ersatzkassen, vdek, und den AOK-Bundesverband. Wie bewerten Sie die Klarstellung zu den zulässigen Obergrenzen bei den Betriebsmitteln der Krankenkassen, sowie zum Vermögen,

das für die Berechnung der zulässigen Mindestreserven zu berücksichtigen ist?

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK)): Danke für die Frage. Sie zeigt das Dilemma auf, wenn der Gesetzgeber bzw. die Regierung kein Vertrauen hat, dass zum einen die Selbstverwaltung die Kompetenz hat einen Beitragssatz festzusetzen und zum anderen der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen dazu führt, dass das Geld nicht gehortet wird. Also muss der Staat Grenzen festlegen. Wenn er bei dieser Grenzenfestlegung nicht ganz präzise ist, gibt es Schlupflöcher. Hier wären die Betriebsmittel ein solches Schlupfloch, das zwar nur zehn Prozent, so jedenfalls die Begründung zu dieser Vorschrift, der Kassen nutzen, das aber jetzt geschlossen werden soll. Ich sehe hierin wieder einen Verstoß gegen ordnungspolitische Prinzipientreue und wiederum die Erschwernis, dass das in einem komplizierten bürokratischen Prozess gesteuert werden muss. Aus der inneren Logik schlüssig, aber eigentlich der falsche Ansatz, um beispielsweise Zukunftsinvestitionen über die Betriebsmittel in die Digitalversorgung machen zu können. Wenn wir Deutschland mit anderen Ländern vergleichen, investieren alle, auch die Kostenträger, viel zu wenig in digitale Infrastruktur und digitale Anwendungsmöglichkeiten. Deshalb halte ich diese Regelung nicht nur für ordnungspolitisch falsch, sondern ich halte sie auch für eine Bedrohung von Zukunftsinvestitionen in unser System.

Sve **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Ich schließe mich der Argumentation von Herrn Knieps an. Auch wir lehnen die Hineinrechnung von Investitionsrückstellungen und -rücklagen in die zulässige Obergrenze für Betriebsmittel ab. Ich will da auch so argumentieren, dass es sich bei diesen Mitteln tatsächlich um Vorsorgerücklagen – wir würden im Immobilienbereich auch über Instandhaltungsrücklagen sprechen – handelt. Das ist eigentlich eher ein Ausdruck eines vorausschauenden Wirtschaftens, wenn Kassen hier entsprechende Vorsorge treffen und entsprechende Beträge ausweisen, neben der Notwendigkeit in die Digitalisierung zu investieren. Da gibt es ganz konkret das Beispiel, dass aufwendige energetische Sanierungen auch in Krankenkassengebäuden anstehen und dass es deswegen sinnvoll ist, die Möglichkeit zu belassen.



SV **Kai Senf** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich freue mich über die Einigkeit auf der Kassenseite in dieser Frage. Wir sehen das ähnlich kritisch. Hier werden Vermögens- oder Geldmittel miteinander verquickt, die unterschiedliche Zielsetzungen haben. Wir haben Betriebsmittel und Rücklagen, die natürlich für Ausgabensprünge, für die entsprechende Abfederung von notwendigen Beitragssatzanpassungen herhalten sollen. Und wir haben Geldmittel, die in Anlagevermögen, in Verwaltungsvermögen fließen sollen. Es ist gerade beschrieben worden, für welche Zwecke das ist. Es ist schlichtweg nicht vorstellbar, wenn eine kleinere Krankenkasse – und ich glaube, wir wünschen uns das alle – im ländlichen Bereich eine Geschäftsstelle aufbauen will und gleichzeitig ein Kreditverbot da ist, wie das aus den laufenden Einnahmen über den Zusatzbeitrag zu finanzieren ist. Insofern wäre natürlich dieses Verwaltungsvermögen, das Ansparen in Verwaltungsvermögen, an der Stelle verantwortliches und nachhaltiges Handeln. Das ist alles dazu gesagt worden. Vielleicht nochmal um ein Missverständnis an der Stelle auszuräumen: Es wird immer so getan, als könnten die Krankenkassen unendliche Geldmittel in dieses Verwaltungsvermögen fließen lassen. Dem ist mitnichten so. Es gibt ganz strenge Regelungen über die Sozialversicherungshaushaltsverordnung. Da muss klar hinterlegt sein, wenn man tatsächlich Gebäude anschaffen will. Wenn man größere Ausgaben tätigen will müssen auch konkrete Baupläne, Gutachten, Ausgaben nachgewiesen werden. Dann haben Aufsichten bei Fällen von höheren Beträgen ein Mitspracherecht und am Ende muss das natürlich durch Wirtschaftsprüfer attestiert werden. Also da wird so ein bisschen ein Bild gezeichnet, als würde da ein Wildwuchs stattfinden und dem ist nicht so.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den BKK Dachverband. Wie bewerten Sie die vorgesehene Regelung im § 175 MDK-Reformgesetz zur Vereinfachung eines Kassenwechsels?

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK)): Erstaunlicherweise sieht das die absolute Mehrzahl der Betriebskrankenkassen positiv. Die begrüßen eine Intensivierung des Wettbewerbs sowohl was die Verkürzung der Wechselfrist angeht, als auch die Möglichkeit eines Kassenwechsels nach Arbeitgeberwechsel.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht nochmal an den GKV-Spitzenverband und an den MDS. Künftig sollen die Begutachtungsrichtlinien durch den neuen MD Bund beschlossen werden. Wird diese Änderung zu einer Stärkung der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes beitragen? Welche weiteren Folgewirkungen sehen Sie dadurch? Sind die im Gesetzentwurf genannten Fristen für die Errichtung des MD und MD Bund dafür ausreichend?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Hier gibt es eine grundsätzliche Änderung, die etwas zu tun hat mit der Abtrennung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom GKV-Spitzenverband, die wir prinzipiell ablehnen, weil der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes zwei Aufgaben hat. Zum einen die Koordinierung der MDKs und zum anderen die Beratung des GKV-Spitzenverbandes in allen medizinischen Fragen. Insbesondere bei dem Koordinierungsthema kommen die Richtlinien ins Spiel. Es geht darum, dass wir bundesweit eine einheitliche Begutachtung haben und damit sicherstellen, dass die Menschen in Bayern genauso begutachtet werden wie in Schleswig-Holstein und in anderen Teilen der Republik. Wir haben hier eine Regelung, die vorsieht, dass künftig der neue MD Bund, der sich zusammensetzt aus den MDs, die nicht mehr MDKs heißen sollen, diese Richtlinien beschließen soll. Da ist für uns das entscheidende Problem, dass es nicht alleine um die medizinische Begutachtung geht, sondern wenn wir hier die Begutachtung regeln, geht es darum, wie das heute im Zusammenspiel zwischen Krankenkassen und MD durchgeführt wird, welche leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, warum eine solche Begutachtung in welcher Form erfolgen soll. Es sind natürlich auch vertragsrechtliche Themen zu beachten, denn die Kassen haben auch Vertragsbeziehungen, in denen sie beispielsweise mit der KBV oder den KVen oder mit der Krankenhausgesellschaft, mit den Krankenhäusern die Leistungserbringung organisieren. Diese Kenntnis, diese Erfahrung braucht man, um solche Richtlinien im Zusammenspiel von leistungsrechtlichen und medizinischen Fragen zu erlassen. Wir sehen daher in diesem Vorschlag, in dieser Regelung, ein großes Problem. Es kann tatsächlich dazu führen, dass der Medizinische Dienst künftig Begutachtungen macht, die für die Kassen nicht nutzbar sind, weil sie die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, die



Anforderungen nicht erfüllen. Wir reden hier nicht nur über Arbeitsunfähigkeit und Pflege, wird reden über Begutachtungen zu Arzneimitteln, zu Heilmitteln, zu Palliativversorgung, zu Schwerhörigkeit, zur Psychotherapie oder Transsexualität, Vorsorge und Reha. Das sind alles Richtlinien, wo es um komplexe Leistungsfragen geht. Auch ganz banale Dinge wie prozessuale Regelungen, wer, wann beauftragt und wann und wie das Ergebnis mitgeteilt werden muss. Es geht um ganz praktische operative Dinge, aber es geht auch um sehr komplexe rechtliche, leistungsrechtliche Fragen.

**SV Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Das ist eine schwierige Frage. Sie fragen Frau Dr. Pfeiffer, wollen Sie abgeben und Sie fragen mich, wollen Sie übernehmen? Die Frage nach der Richtlinienkompetenz zielt auf die Frage des Erlasses der Richtlinien und der Letztverantwortung. Wir haben heute schon ein doppeltes Abstimmungsverfahren. Die MDKs und der MDS nehmen die Begutachtungsrichtlinien ab und die Krankenkassenverbände und der GKV-Spitzenverband nehmen ab und der Erlass erfolgt dann auf der Basis durch den GKV-Spitzenverband. Wir haben in unserer Stellungnahme gesagt, dass die Frage wer die Letztverantwortung trifft, eine politisch zu entscheidende Frage ist. Um mich auch gar nicht zu drücken an der Stelle, Sie müssen sich entscheiden. Sehen Sie die Begutachtungsrichtlinien im Wesentlichen als Konkretisierung des Leistungs- und Vergütungsrechts, dann ist klar, GKV-Spitzenverband. Sehen Sie die Begutachtungsrichtlinie als medizinische Anleitung für die Gutachterinnen und Gutachter, wie sie Arbeitsunfähigkeit, Reha oder Pflege medizinisch zu bewerten haben, spricht einiges für den MD Bund. Unabhängig davon, wie Sie entscheiden, müssen Sie wissen, es ist eine Abstimmung zwischen den beiden Dingen erforderlich. Begutachtungsleitlinien, die nicht dem Leistungs- und Vergütungsrecht entsprechen gehen nicht und umgekehrt geht Leistungs- und Vergütungsrecht, das nicht im Stand des medizinischen und pflegerischen Wissens entspricht, nicht. Man muss die beiden Dinge zusammenführen und deshalb würde ich anregen zu sagen, Sie müssen, je nachdem, wie Sie sich entscheiden, auch mit dem, was wir dann machen, hantieren: Beteiligung, Benehmen, Einvernehmen, Letztentscheidung. Und

da müssen Sie versuchen, diese Gemengelage politisch zu entscheiden. Aus den Gründen sind wir ähnlich wie der GKV-Spitzenverband strikt dagegen, den MD Bund vollständig vom GKV-Spitzenverband abzutrennen, denn dann sind wir im Beratungsgeschäft auf der Bundesebene nicht mehr dabei und deshalb brauchen wir in jedem Fall Vertreter aus der Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband. Zweite Frage war, ob die Fristen, die Sie vorsehen ausreichend sind. Die Frist im Regierungsentwurf sah vor, Einrichtung des neuen MD ein Jahr, MD Bund anderthalb Jahre. Der Bundesrat hat vorgeschlagen und die Änderungsanträge der Regierungsfractionen schließen sich dem an, das um ein halbes Jahr zu verlängern. Wir sehen das skeptisch. Wer eine Organisation neu aufstellen will, der sollte den Übergang nicht lange gestalten und ein Übergang von einem oder anderthalb Jahren ist durchaus ausreichend. Also aus einer Organisationsperspektive spricht einiges dafür, es bei den Fristen des Gesetzentwurfs zu lassen und das nicht so lange in der Schwebe zu halten. Also da wären wir dafür. Wenn schon geändert werden soll, sollte man nicht lange zuwarten.

**Abg. Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass es bei Leistungen der neurologischen Früh-Reha keinen Fixkostendegressionsabschlag geben soll. Können Sie uns die fachliche Notwendigkeit dieser Regelung erklären und wie bewerten Sie diese?

**SV Johannes Wolff** (GKV-Spitzenverband): Wir lehnen diese Regelung ab. Wir haben gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen vereinbaren müssen und haben uns im Einvernehmen entschieden, die Früh-Reha-Leistung in der Neurologie nicht in diesen Katalog mitaufzunehmen. Das heißt, wir haben Zweifel daran, dass die Leistungsmengenentwicklung nur in dem Medizinischen begründet liegt. Wir sehen ein starkes Auseinanderlaufen zwischen den Diagnosen im Bereich der neurologischen Behandlungen und der Komplexbehandlung. Im Übrigen nicht nur in der Neurologie, auch in der Geriatrie, sodass wir uns dafür aussprechen würden, hier weiter mengensteuernd einzugreifen.



Der **Vorsitzende**: Ich bedanke mich bei den Fragenden, aber ganz besonders auch bei den Experten. Sie haben mit Ihren Antworten sicherlich zum Erkenntnisgewinn der Fraktionen beigetragen. Ich bedanke mich und wünsche allen einen schönen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 13:09 Uhr

gez. Erwin Rüdgel, MdB  
**Vorsitzender**

## Änderungsantrag 1

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

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache <b>19(14)104.1</b> zur öAnh am 14.10.2019 - MDK- Reform 01.10.2019</p>
--

Zu Artikel 1 Nummer 2a, 2b, 7a (§ 13, 62, 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Korrekturen der Bezeichnung  
„Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ in „Medizinischer Dienst“)

1. In Artikel 1 wird nach der Nummer 2 folgende Nummer 2a eingefügt:  
  
„In § 13 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ gestrichen.“
2. In Artikel 1 wird nach der Nummer 2a folgende Nummer 2b eingefügt:  
  
„In § 62 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.“
3. In Artikel 1 wird nach der Nummer 7 folgende Nummer 7a eingefügt:  
  
„In § 116b Absatz 6 Satz 10 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Die Änderung ist lediglich eine redaktionelle Folgeänderung, durch die der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

Zu Nummer 2

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung, mit der der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

Zu Nummer 3

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung, mit der der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

## Änderungsantrag 2

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

Zu Artikel 1 Nummer 2a<sub>1</sub>, 8, 8a, 29a (§§ 32, 124, 125, 302 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Heilmittel)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a<sub>1</sub> eingefügt:

2a<sub>1</sub>. § 32 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird nach der Angabe „§ 27“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.

b) Die Sätze 3 bis 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die nach § 125 vereinbart oder nach § 125b Absatz 2 festgesetzt worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt die anzuwendenden Preise der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit.“ ‘

2. Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

8. § 124 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer, die in die Veröffentlichung eingewilligt haben, mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers zu veröffentlichen.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 2 prüfen zudem, ob Leistungserbringer die Voraussetzungen nach § 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erfüllen. Bei Erfüllung der Anforderungen erteilt die Arbeitsgemeinschaft eine entsprechende Abrechnungserlaubnis. Absatz 2 Satz 2, 3 und 6 bis 8 gelten entsprechend.“ ‘

3. Nach Nummer 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

,8a In § 125 Absatz 2 Nummer 4 wird das Wort „Nachbearbeitung“ durch das Wort „Nachbereitung“ ersetzt.‘

4. Nach Nummer 29 wird folgende Nummer 29a eingefügt:

,29a In § 302 Absatz 4 werden nach den Wörtern „in Rahmenempfehlungen“ die Wörter „oder in den Verträgen nach § 125“ und nach den Wörtern „die Rahmenempfehlungen“ die Wörter „oder die Verträge nach § 125“ eingefügt.‘

### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Korrektur einer unvollständigen Verweisung auf einen anderen Paragraphen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung. Nach § 32 Absatz 2 Satz 2 ist eine Zuzahlung für Massagen, Bäder und Krankengymnastik auch dann zu leisten, wenn sie als Bestandteil der ärztlichen Behandlung oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben wird. Seit dem 1. Juli 2019 gelten bundesweit einheitliche Preise nach § 125b. Künftige Preisverhandlungen finden nach § 125 auf Bundesebene statt, so dass es nur noch einen Referenzpreis für die Berechnung der Zuzahlung gibt. Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gelten die Verträge nach § 125 sowie die bundesweit festgesetzten Preise nach § 125b Absatz 2 entsprechend. Demzufolge konnten die Sätze 3 bis 5 angepasst und vereinfacht werden.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält die Ermächtigung, eine Liste mit den zugelassenen Heilmittelerbringern zu veröffentlichen. Dadurch soll den Versicherten eine zielgerichtete Suche nach einer geeigneten Praxis ermöglicht werden. Die für die Veröffentlichung erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bereits nach Satz 7 für die Information der Krankenkassen zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen können nur die Daten der Leistungserbringer veröffentlicht werden, die ihre Einwilligung zu der Veröffentlichung gegeben haben. Über das Verfahren zur Einholung der Einwilligung kann sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer in den Verträgen nach § 125 verständigen.

Zu Buchstabe b

Durch die Vorschrift wird eine mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz entstandene Regelungslücke geschlossen.

Geregelt wird, dass die aus Gründen des Bürokratieabbaus in jedem Bundesland bis zum 31. August 2019 gebildete Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die in dem jeweiligen Bundesland die Zulassungsbescheide mit Wirkung für alle Krankenkassen erteilt, auch prüft, ob Leistungserbringer die erforderlichen Weiterbildungen absolviert haben, um besondere Maßnahmen der Physiotherapie durchführen zu können. Ist dies der Fall, erteilt die Arbeitsgemeinschaft eine entsprechende Abrechnungserlaubnis.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 4

Im Bereich der Heilmittel gibt es auf Grund des Abschlusses der Verträge auf Bundesebene keine Rahmenempfehlungen mehr. Gleichwohl sind in den Verträgen auf Bundesebene nach § 125 Absatz 2 Nummer 1 einheitliche Regelungen für die Abrechnung der Preise der einzelnen Leistungspositionen zu regeln, so dass die Maßgeblichkeit bei Abweichungen von den Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 auch für die Verträge nach § 125 festzulegen ist.



### Änderungsantrag 3

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

#### Zu Artikel 1 Nummer 2c (§ 65e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender)

In Artikel 1 wird folgende Nummer 2c eingefügt:

2c. Nach § 65d wird folgender § 65e eingefügt:

„§ 65e Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen die Grundlagen, Abläufe, Finanzierung und Weiterentwicklung der Suche und Auswahl nichtverwandter Spender für die Versorgung der Versicherten mit Blutstammzellen. Die Vereinbarung nach Satz 1 hat der Sicherung der Qualität und Transparenz des Auswahlverfahrens zur Bestimmung des am besten geeigneten Blutstammzelltransplantats angemessene Rechnung zu tragen. Die Vereinbarung nach Satz 1 hat folgende Bereiche näher zu regeln:

1. die Benennung einer zentralen Stelle zur Koordinierung der Spendersuche und Spenderauswahl einschließlich der Zusammenführung der bei den beteiligten maßgeblichen Organisationen vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen,
2. das Zusammenwirken dieser zentralen Stelle mit den beteiligten maßgeblichen Organisationen bei der Suche und Auswahl geeigneter Spender sowie
3. die Vergütung für Leistungen im Rahmen der Suche und Auswahl nichtverwandter Spender durch die Krankenkassen sowie ein Verfahren zur Abrechnung.

Die Vereinbarung nach Satz 1 kann zusätzlich insbesondere folgende Regelungen enthalten:

1. Vorgaben für Datensatzbeschreibungen und Übermittlungsverfahren zur Vereinheitlichung des Datenaustausches zwischen den in Satz 1 genannten Organisationen sowie zur Zusammenführung der vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen und

2. Vorgaben für die übergreifende Evaluation und Qualitätssicherung des Such- und Auswahlverfahrens.

§ 27 Absatz 1a Satz 6 sowie die rechtlichen Vorgaben für die Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut bleiben unberührt.“

### Begründung

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.

Bereits im Jahr 1993 wurde auf Basis eines Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit eine „Vereinbarung über die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripheren Blut“ von den früheren Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossen. Infolge der Organisationreform durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird die Vereinbarung seit dem Jahr 2010 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a fortgeführt.

Auf der Grundlage dieser Vereinbarung wird für die Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Blutstammzelltransplantaten ein funktionierendes System der Suche und Auswahl des jeweils bestmöglichen nichtverwandten Spenders unter Berücksichtigung der dieser Versorgungsform inhärenten Besonderheiten sichergestellt. Dafür ist es erforderlich, über eine zentrale vermittelnde Stelle alle in Deutschland tätigen Spenderdateien und Transplantationseinheiten koordiniert einzubinden, und so alle potenziellen Spender für die Auswahl heranzuziehen und die Abläufe einheitlich zu regeln. Die auf der Basis dieser Vereinbarung in der Praxis seit Jahren etablierte und bewährte Zusammenarbeit aller beteiligten Organisationen, zu denen insbesondere Spenderdateien, Sucheinheiten, Transplantationseinheiten, Fachgesellschaften und das Zentrale Knochenmarkspenderegister Deutschland (ZRKD) als zentrale vermittelnde Stelle gehören, trägt insbesondere der Sicherung der Qualität und Transparenz der Versorgung von Versicherten mit Blutstammzelltransplantaten Rechnung. Die bestehende Vereinbarung umfasst auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen für die Spendersuche und -auswahl mit den Krankenkassen.

Die in der Neuregelung enthaltenen Vorgaben geben im Wesentlichen den Inhalt der bereits bestehenden Vereinbarung wieder, stellen diese nunmehr auf eine explizite Rechtsgrundlage und schaffen damit auch eine rechtssichere Grundlage für deren Weiterentwicklung.

Mit der Regelung werden keine neuen Datenverarbeitungsbefugnisse geschaffen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt bei den Krankenkassen auf der Rechtsgrundlage des § 284 Absatz 1

Satz 1 Nummer 4 (Prüfung der Leistungspflicht) und Nummer 8 (Abrechnung mit den Leistungserbringern) in Verbindung mit § 284 Absatz 3 Satz 1 Alternative 1. Bei den übrigen an der Spendersuche und der Spende beteiligten Organisationen erfolgt die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung der Spender.

Mit Satz 1 wird für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Rechtsgrundlage für die bestehende Vereinbarung mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen geschaffen. An der Vereinbarung beteiligt sind neben dem ZKRD insbesondere alle in Deutschland tätigen Spenderdateien, die Sucheinheiten sowie die Transplantationszentren. Generelle Regelungsgegenstände der Vereinbarung sind die Grundlagen, Abläufe, Finanzierung und Weiterentwicklung der Suche und Auswahl von nichtverwandten Blutstammzellspendern für die Versorgung der GKV-Versicherten.

Mit Satz 2 werden die grundlegenden Ziele bestimmt, denen die Vereinbarung nach Satz 1 Rechnung zu tragen hat. Hierzu gehören sowohl die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten mit den am besten geeigneten Blutstammzelltransplantat nichtverwandter Spender sowie die Qualitätssicherung und Transparenz des Auswahlverfahrens auch im Hinblick auf die Einhaltung bestehender Regelungen zum Schutz der Spender und Empfänger.

Mit Satz 3 werden obligatorische Bestandteile der Vereinbarung nach Satz 1 vorgegeben. Nach Nummer 1 gehört hierzu die Benennung einer zentralen Stelle für die Koordination der Zusammenarbeit der an der Spendersuche und Blutstammzellspende beteiligten Organisationen und die Zusammenführung der bei diesen Organisationen vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen bei dieser zentralen Stelle. Dies ist erforderlich, um zu gewährleisten, dass bei Suchen nach dem für die schwerkranken Versicherten am besten geeigneten Blutstammzelltransplantat von nichtverwandten Spendern die Auswahl unter allen von den Spenderdateien registrierten Spendern und damit mit den größten Erfolgsaussichten erfolgen kann. Das Zusammenwirken der zentralen Stelle nach Nummer 1 mit den übrigen an der Spendersuche und Spende beteiligten Organisationen ist nach Nummer 2 ein weiterer obligatorischer Gegenstand der Vereinbarung nach Satz 1. Nach Nummer 3 sind als obligatorische Gegenstände der Vereinbarung nach Satz 1 die Vergütung der im Rahmen der Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen sowie ein dazugehöriges Abrechnungsverfahren vorgegeben.

Satz 4 regelt optionale Inhalte der Vereinbarung. Nach Nummer 1 können in der Vereinbarung nach Satz 1 für die Zusammenführung der vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen sowie für die Zusammenarbeit der in Satz 1 genannten Organisationen einheitliche Datensatzbeschreibungen und Übermittlungsverfahren vorgegeben werden. Einheitliche Datensatzbeschreibungen für den Informati-

onsaustausch und Vorgaben zur Datenübermittlung sollen die Interoperabilität zwischen Spenderdateien, Sucheinheiten und dem ZKRD als zentraler Stelle sicherstellen und damit die technischen Voraussetzungen für eine sichere und schnelle Identifikation des bestmöglichen Spenders und ein hohes Maß von Transparenz in den Versorgungsabläufen schaffen.

Nummer 2 sieht Vorgaben für eine übergreifende Evaluation und Qualitätssicherung des Such- und Auswahlverfahrens vor. Dazu können insbesondere Regelungen zur Erfassung und Auswertung für die Suche und Auswahl der Spender qualitätsrelevanter Parameter gehören. Diese Parameter können sich zum Beispiel auf die Vorbereitung und Durchführung der Spende, die Nachsorge der Spender, die Transplantation und den klinischen Verlauf nach der Transplantation beziehen. Dabei sind die weitergehenden gesetzlichen Vorgaben für Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten zu beachten.

Nach Satz 5 bleibt die Vorschrift nach § 27 Absatz 1a Satz 6 unberührt. Insoweit kann die nach dieser Vorschrift vorzunehmende Vereinbarung über die Abwicklung der leistungsrechtlichen Ansprüche des Spenders nicht durch die Vereinbarung nach Satz 1 ersetzt werden. Allerdings besteht die Möglichkeit, die Vereinbarung nach § 27 Absatz 1a Satz 6 in die Vereinbarung nach Satz 1 als gesonderten Teil zu integrieren. Zudem wird klargestellt, dass Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten vorrangig durch die einschlägigen rechtlichen Vorschriften geregelt werden. Dies sind insbesondere das Arzneimittelgesetz, die Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung, das Transplantationsgesetz, das Transfusionsgesetz und die TPG-Gewebeverordnung.

## **Änderungsantrag 4**

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

### Zu Artikel 1 Nummer 2d (§ 75a Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten)

In Artikel 1 wird nach Nummer 2c folgende Nummer 2d eingefügt:

- 2d. § 75a Absatz 9 Satz 2 wird wie folgt gefasst:  
„Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen, davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin, zu fördern.“

### Begründung

§ 75a Absatz 9, der die Förderung der Weiterbildung im Bereich der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen regelt, sieht in Satz 2 bereits verpflichtend eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vor. Vor dem Hintergrund eines Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten dieses Fachgebietes wird nunmehr darüber hinaus vorgegeben, dass von den bundesweit zu fördernden bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen im Bereich der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung mindestens 250 Weiterbildungsstellen für angehende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zu fördern sind.

## **Änderungsantrag 5**

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

Zu Artikel 1 Nummer 3a (§ 89a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Änderung)

In Artikel 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. In § 89a Absatz 10 Satz 8 werden die Wörter „Satz 4 und 5“ durch die Wörter „Satz 5 und 6“ ersetzt.“

### Begründung

Korrektur eines Verweisfehlers.

## **Änderungsantrag 6**

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

### Zu Artikel 1 Nummer 5a (§ 95 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktioneller Anpassungsbedarf)

In Artikel 1 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

5a. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen.“

b) In Absatz 9b werden die Wörter „oder halben“ durch die Wörter „, einem halben oder einem drei Viertel“ ersetzt.“

### Begründung

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung nicht nur dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt, sondern auch dann, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 2 und 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die im Terminservice- und Versorgungsgesetz den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten eingeräumte Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen halben, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu reduzieren, in der Regelung zur Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung nachvollzogen.

## **Änderungsantrag 7**

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

### Zu Artikel 1 Nummer 5b, 5c, 10a (§§ 96, 103, 140f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Korrektur; Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 5a wird folgende Nummer 5b eingefügt:

„5b. In § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.“

2. Nach Nummer 5b wird folgende Nummer 5c eingefügt:

„5c. § 103 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ gestrichen.

bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 sind zu beachten.“

b) In Absatz 4a Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon sowie die Wörter „dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“.



- c) In Absatz 4b Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon sowie die Wörter „dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“.

3. Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:

„10a. In § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.“

#### Begründung

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zu der in § 103 Absatz 4 Satz 6 - neu - enthaltenen Regelung, wonach die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztstellen zu beachten sind.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Gemäß § 103 Absatz 2 Satz 4 können die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von etwaigen Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. Die zu streichende Regelung, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die zusätzlich festgelegten Zulassungsmöglichkeiten auszuschreiben hat, bezieht sich auf eine noch im Regierungsentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (BT-Drs. 19/6337) enthaltene Fassung der Regelung. Danach hatte der Landesausschuss arztgruppenbezogen die Anzahl der neu geschaffenen Zulassungen festzulegen. Aufgrund der Weiterentwicklung der Regelung im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens hin zu einer uneingeschränkten Niederlassungsfreiheit in den von den Ländern bestimmten Gebieten, Arztgruppen und Fachrichtungen ist die Folgeregelung zur Ausschreibung der zusätzlich festgelegten Zulassungsmöglichkeiten zu streichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Kompetenz erhalten, im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung innerhalb einzelner Arztgruppen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festzulegen und damit die Zusammensetzung der Arztgruppen zu konkretisieren (§ 101 Absatz 1 Satz 8). Darüber hinaus wurde geregelt, dass Zulassungen oder Anstellungsgenehmigungen nicht erteilt werden dürfen, soweit der

Zulassung oder Anstellungsgenehmigung ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegter Höchstversorgungsanteil entgegensteht (§ 95 Absatz 2 Satz 9 und Absatz 9 Satz 1).

Die vorliegende Änderung entspricht den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 13 Absatz 6 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung des Beschlusses vom 16. Mai 2019 (BAnz AT 28.06.2019 B6). Sie dient der Klarstellung, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen zu beachten sind. Hiervon besonders betroffen ist die Arztgruppe der Fachinternisten, für die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Beschluss vom 16. Mai 2019 (BAnz AT 28.06.2019 B6) differenzierte Höchstversorgungsanteile für bestimmte Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Teilgebietsbezeichnungen festgelegt hat. Aufgrund der für die Fachinternisten geltenden Zulassungsbeschränkungen können Arztsitze grundsätzlich nur im Wege des Nachbesetzungsverfahrens besetzt werden. Die festgelegten Höchstversorgungsanteile würden ins Leere laufen, wenn sie allein für die Erteilung der Erstzulassung und Anstellungsgenehmigung, nicht aber im Nachbesetzungsverfahren Anwendung fänden.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztstellen in einem medizinischen Versorgungszentrum zu beachten sind.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung der bei einem Vertragsarzt angestellten Ärzte zu beachten sind.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zu der in § 103 Absatz 4 Satz 6 - neu - enthaltenen Regelung, wonach die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen zu beachten sind.

## **Änderungsantrag 8**

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

Zu Artikel 1 Nummer 5b<sub>1</sub> (§ 101 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Terminologische Anpassung)

In Artikel 1 wird nach Nummer 5b folgende Nummer 5b<sub>1</sub> eingefügt:

„5b<sub>1</sub>. In § 101 Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „allgemeinen“ jeweils durch die Wörter „regional maßgeblichen“ ersetzt.“

### Begründung

Nach § 101 Absatz 4 Satz 5 ist in der Arztgruppe der überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten ein Mindestversorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Ärzten und Psychotherapeuten vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 16. Mai 2019 in Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Überprüfung der Verhältniszahlen eine neue Methodik zur Ermittlung der geltenden Verhältniszahlen entwickelt hat, werden als Allgemeine Verhältniszahlen im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie diejenigen Verhältniszahlen definiert, die sich aus der Anpassung der sogenannten Basisverhältniszahlen an die bundesweite Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht im Zeitverlauf ergeben. Die auf regionaler Ebene anwendbaren Verhältniszahlen werden als regionale Verhältniszahlen oder – im Fall der bedarfsplanerischen Abweichung - als regional angepasste Verhältniszahlen bezeichnet (vgl. § 8 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung des Beschlusses vom 16. Mai 2019, BAnz AT 28.06.2019 B6).

Vor diesem Hintergrund werden die für die Berechnung der Mindestversorgungsanteile maßgeblichen Verhältniszahlen in § 101 Absatz 4 Satz 5 als regional maßgebliche Verhältniszahlen bezeichnet. Damit wird ein terminologischer Gleichklang mit den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie erreicht und

klargestellt, dass sich die genannten Mindestversorgungsanteile an den tatsächlich anzuwendenden Verhältniszahlen orientieren.

## **Änderungsantrag 9**

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

### Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c (§ 115b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Klarstellung zur Prüfung von ambulant erbrachten Leistungen nach dem Katalog  
ambulant durchführbarer Operationen durch den Medizinischen Dienst)

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb wird nach der Angabe „Nummer 1“ das Wort  
„ambulant“ eingefügt.

#### Begründung

Die Regelung dient der Klarstellung, dass ausschließlich Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des erweiterten Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) ambulant erbringen, von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 ausgenommen sind. Dies entspricht der Zielsetzung der Regelung. Andernfalls könnte nicht ausgeschlossen werden, dass auch solche im AOP-Katalog vorgesehenen Leistungen, die Krankenhäuser stationär erbringen, von der Prüfung ausgenommen wären, was dem gesetzgeberischen Ziel, verstärkt Anreize zur Erbringung ambulanter Leistungen zu setzen, entgegenstünde.

## Änderungsantrag 10

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

### Zu Artikel 1 Nummer 9a und 21a (§§ 137, 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von  
Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

9a. In § 137 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „müssen“ die Wörter „, die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 zum Gegenstand haben“ eingefügt und die Wörter „zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten“ gestrichen.
- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:  
„Die Krankenkassen und die die Kontrollen beauftragenden Stellen sind befugt und verpflichtet, die für das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle zu übermitteln, und diese Stelle ist befugt, die ihr übermittelten Daten zur Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer zu verarbeiten, soweit dies in der Richtlinie nach Satz 1 vorgesehen ist.“
- c) In dem neuen Satz 4 wird das Wort „hierbei“ durch die Wörter „bei den Festlegungen nach Satz 2“ ersetzt.

2. Nach Nummer 21 wird folgende Nummer 21a eingefügt:

21a. § 275a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden nach dem Wort „muss“ die Wörter „bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen,“ eingefügt.
- b) In Satz 3 werden die Wörter „Gegenstand dieser“ durch die Wörter „Gegenstand der“ ersetzt.

### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung des § 137 Absatz 3 Satz 1 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Auftrag erteilt, in seiner Richtlinie zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes auch zu regeln, dass der Medizinische Dienst neben den durch Anhaltspunkte ausgelösten Prüfungen sowie den Stichprobenprüfungen die Erfüllung der in den Richtlinien des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 regelmäßig kontrolliert. Dabei kann der G-BA insbesondere vorsehen, dass Kontrollen erfolgen, wenn ein Krankenhaus erstmalig oder nach einer Unterbrechung von zwölf Monaten erklärt, eine Leistung nach den genannten Richtlinien erbringen zu wollen oder einen befristeten Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund dieser Richtlinien gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz begehrt.

Des Weiteren wird klargestellt, dass Stichprobenprüfungen nicht nur zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten durchgeführt werden dürfen, sondern auch dann, wenn sie insgesamt zur Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen erforderlich sind.

Die Regelung ergänzt die Prüfung der Strukturmerkmale gemäß § 275d und stellt eine hohe Versorgungsqualität sicher. In den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 5 normiert der G-BA insbesondere die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die von den Leistungserbringern einzuhalten sind. Die regelmäßige Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen bereits vor der Leistungserbringung dient auch der Rechtssicherheit bezüglich der Frage, ob eine Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf.

Zu Buchstabe b

Nach den Regelungen in Satz 1 und Satz 2 ist der G-BA ermächtigt, in seiner Richtlinie zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes auch das Nähere zu Art, Umfang und Verfahren der Kontrollen zu regeln und dabei das jeweils geeignete Verfahren festzulegen. Dabei legt der G-BA auch eine Stelle fest, die das für die Prüfungen erforderliche Stichprobenverfahren, d. h. die Auswahl der zu kontrollierenden Leistungsbringer durchführt.

Mit der Änderung werden die 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. In der Regel verfügen die Krankenkassen oder die anderen beauftragenden Stellen über die Informationen darüber, welche Leistungserbringer die zu prüfenden Leistungen erbracht haben oder die zu kontrollierenden Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Befugnis umfasst auch die Berechtigung, der zur Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer bestimmten Stelle die Prüfergebnisse der Kontrollen der Medizinischen Dienste zwecks Berücksichtigung im Verfahren zur Ziehung der Stichprobe zu übermitteln. Dies dient insbesondere dem Ziel, regelmäßig unauffällige Leistungserbringer aus der Stichprobe herausnehmen zu können.

Darüber hinaus wird die vom G-BA mit der Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer im Rahmen der Stichprobenziehung beauftragte Stelle zur Verarbeitung der ihr übermittelten einrichtungsbezogenen Daten für den Zweck dieser Auswahl befugt.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes 3.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung von § 275 Absatz 2 Satz 2 wird als Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 klargestellt, dass sich die 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, und nicht auf regelmäßige Kontrollen der in den Richtlinien des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 beziehen kann.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung von § 275 Absatz 2 Satz 3 wird als Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 sichergestellt, dass die Gegenstände der Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst für sämtliche Aufträge und nicht nur für bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, gelten.



## **Änderungsantrag 11**

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

### Zu Artikel 1 Nummer 10b (§ 140f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene)

In Artikel 1 wird nach Nummer 10a folgende Nummer 10b eingefügt:

,10b. § 140f Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Landesausschuss nach § 90 eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen sowie Aufbereitung von Sitzungsunterlagen sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. Der Landesausschuss nach § 90 erstattet die Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen in angemessenem Umfang. Die sachkundigen Personen haben einen Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungs-treffen sowie für Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.“ ‘

### Begründung

Mit der Neufassung von § 140f Absatz 7 werden die organisatorische und inhaltliche Unterstützung auf Landesebene an die Regelungen auf Bundesebene angeglichen, um auch zukünftig eine wirksame und kompetente Patientenvertretung sicherstellen zu können. Der Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf besteht auf Landesebene in vergleichbarem Umfang wie auf Bundesebene. Sowohl die Anzahl der Gremien, in denen ein Mitberatungsrecht der Patientenvertreterinnen und -vertreter vorgesehen ist, als auch die damit verbundenen Aufgaben sind seit Einführung der Patientenbeteiligung erweitert worden. Der damit einhergehende wachsende Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf kann mit den Mitteln, die bisher gesetzlich vorgesehen sind, nicht mehr gewährleistet werden.

Die Unterstützung erfolgt, entsprechend der bisherigen Regelung, durch den Landesausschuss nach § 90. Er wird paritätisch von Kassen- und Leistungserbringerseite finanziert.

Der Landesausschuss nach § 90 kann zur Unterstützung der notwendigen Koordinierung zur Wahrnehmung der Mitberatungsrechte nach § 140f Absatz 3 eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten.

Die Unterstützung richtet sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen und die Durchführung des Benennungsverfahrens nach § 140f Absatz 3 Satz 4. Grundsätzlich können die Patientenorganisationen und sachkundigen Personen auch durch weitere Leistungen unterstützt werden.

Um die koordinierende Tätigkeit der maßgeblichen Patientenorganisationen als Grundvoraussetzung für das Funktionieren der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen sicherzustellen, wird nun die angemessene Erstattung von Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen durch den Landesausschuss nach § 90 als finanzieller Ansprechpartner der Patientenvertreterinnen und -vertreter ermöglicht. Die nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten maßgeblichen Organisationen benennen auch einvernehmlich für die Landesebene sachkundige Personen, damit diese ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung der Gremien einbringen. Teil der Koordinierung ist daher die aufwändige organisationsinterne Suche nach fachlich geeigneten Personen für eine Vielzahl an Beratungsthemen und die ggf. notwendige Schulung und Fortbildung der sachkundigen Personen. Über die Pauschale von § 140f Absatz 8 hinaus, sind damit noch weitere Leistungen durch den Landesausschuss nach § 90 erstattungsfähig. Daneben umfasst die Koordinierung die Akkreditierung und Benennung der sachkundigen Personen sowie die Sicherstellung der Rechte der Patientenvertreter und eine angemessene Besetzung der Gremien. Der Anspruch auf Erstattung entsprechender koordinierender Maßnahmen kann, sofern keine Stabsstelle oder Koordinierungsgruppe auf Landesebene vorhanden ist, auch durch die maßgebliche Organisation selbst oder durch die jeweilige Mitgliedsorganisation, die eine sachkundige Person entsendet, geltend gemacht werden.

Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstaussfall nach § 140f Absatz 5 für die sachkundigen Personen gilt weiterhin für die Teilnahme an jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie nunmehr auch für die Teilnahme an Fortbildungen und Schulungen.

## Änderungsantrag 12

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

Zu Artikel 1 Nummer 10c (§ 175 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 29b (§ 304 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 15 (Inkrafttreten)

(Ausübung des Krankenkassenwahlrechts)

1. In Artikel 1 wird nach Nummer 10b folgende Nummer 10c eingefügt:

„10c. § 175 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die gewählte Krankenkasse stellt nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung in Textform zum Zwecke der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle aus. Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft; in den Fällen, in denen die Frist nach Absatz 4 Satz 1 noch nicht erfüllt wurde, ist als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Ende der Frist anzugeben.“

b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) Es wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Das gilt auch, wenn die bisherige Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel behindert oder die Meldung nach Absatz 2 Satz 2 nicht fristgerecht beantwortet.“

bb) Im neuen Satz 4 werden nach den Wörtern „nach Satz 1“ die Wörter „und 2“ eingefügt.

c) In Absatz 3a wird Satz 5 wie folgt gefasst:

„Die gewählten Krankenkassen haben die geschlossene oder insolvente Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „18 Monate“ durch die Angabe „12 Monate“ ersetzt und folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes.“

bb) Im neuen Satz 3 werden die Wörter „Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist“ durch die Wörter „Nach Ablauf der Bindungsfrist ist eine Kündigung der Mitgliedschaft“ ersetzt.

cc) Die neuen Sätze 4 und 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Im Falle eines Wechsels in eine andere Krankenkasse tritt an die Stelle der Kündigungserklärung des Mitglieds die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 2. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“

dd) Am Ende des neuen Satzes 7 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „Satz 4 ist anzuwenden.“ ergänzt.

ee) Im neuen Satz 10 werden die Wörter „Die Sätze 1 und 4 gelten“ durch die Wörter „Satz 1 gilt“ ersetzt.

e) In Absatz 5 werden nach dem Wort „ausüben“ ein Semikolon und die Wörter „Absatz 2 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend“ eingefügt.

f) In Absatz 6 werden nach den Wörtern „Verfahren und Vordrucke fest“ die Wörter „und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5“ eingefügt.

2. In Artikel 1 wird nach Nummer 29a folgende Nummer 29b eingefügt:

29b. In § 304 Absatz 2 werden nach der Angabe „§§ 288 und 292“ die Wörter „auf Verlangen“ gestrichen sowie das Wort „mitzuteilen“ durch die Wörter „zu übermitteln“ ersetzt.

3. In Artikel 15 wird Absatz 4 wie folgt gefasst:

4) Artikel 1 Nummer 10c und Artikel 5 treten am 1. Januar 2021 in Kraft.

### Begründung

Zu Nummer 1 (§ 175 SGB V)

Mit dem anliegenden Regelungsentwurf wird das Verfahren zum Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse für die Mitglieder vereinfacht.

Bisher müssen wechselwillige Mitglieder

1. ihrer bisherigen Krankenkasse kündigen,
2. einen Aufnahmeantrag bei der neuen Krankenkasse stellen,
3. die schriftliche Kündigungsbestätigung der alten Kasse abwarten und
4. diese an die neue Kasse übersenden.

Erst wenn die Kündigungsbestätigung bei der neu gewählten Krankenkasse vorliegt, darf diese eine schriftliche Mitgliedsbescheinigung ausstellen. Die Mitgliedsbescheinigung muss das Mitglied rechtzeitig z.B. an seinen Arbeitgeber (zur Meldung verpflichtete Stelle) übersenden.

Nur wenn die Mitgliedsbescheinigung dort rechtzeitig vorliegt, ist der Kassenwechsel tatsächlich vollzogen, bis dahin sind Kündigung und Beitrittserklärung zur neuen Kasse schwebend unwirksam.

Durch die jüngere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entfällt in bestimmten Fallkonstellationen die gesetzlich vorgegebene Notwendigkeit der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse und der Vorlage einer Kündigungsbestätigung bei der neu gewählten Krankenkasse. Einer Kündigung bedarf es zur Ausübung des Kassenwahlrechts Versicherungspflichtiger nach Ablauf der gesetzlichen

Mindestbindungsfrist nach der jüngsten Rechtsprechung nur, wenn die bisherige Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes geendet hat (vgl. BSG, Urteil vom 11. September 2018, B 1 KR 10/18). Bei einem Wechsel des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses (Arbeitgeberwechsel) ist demnach keine Kündigung mehr erforderlich. Die Beitrittserklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse ist ausreichend.

Liegt zwischen den beiden versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen dann noch ein Zeitraum ohne eigene Mitgliedschaft, wie z.B. eine Familienversicherung, muss nicht einmal die Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse erfüllt sein (vgl. auch die Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen vom 22.11.2016).

Diese unterschiedlichen Verfahren und Voraussetzungen sind für die Mitglieder kaum nachzuvollziehen. Auf Seiten der Krankenkassen erhöht sich durch den Wegfall der Kündigung aufgrund der Rechtsprechung die Gefahr von Doppelmitgliedschaften. Diese werden in der Regel erst im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens erkannt und müssen dann rückwirkend bereinigt werden.

Das wird zum Anlass genommen, das Verfahren zum Wechsel der Krankenkasse für die Mitglieder einfacher und einheitlicher zu gestalten.

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung des Satzes 1 wird klargestellt, dass nach jeder Ausübung des Wahlrechts eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen ist. Die Mitgliedsbescheinigung kann schriftlich oder - unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen - elektronisch zur Verfügung gestellt werden (z.B. als persönlicher Download oder durch Nutzung eines sicheren Übermittlungswegs).

Im Interesse einer zügigen Abwicklung des Kassenwechsels wird die gewählte Krankenkasse unverzüglich die bisher zuständige Krankenkasse über den Kassenwechsel informieren. Zusätzlich werden unnötiger Verwaltungsaufwand bei der bisherigen Krankenkasse (Ermittlungen zu einer möglichen obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4) und Doppelmitgliedschaften, die im Clearingverfahren rückabgewickelt werden müssten, vermieden.

Eine Meldung an die bisherige Krankenkasse ist nur erforderlich, wenn zuletzt, das heißt unmittelbar zuvor, eine Mitgliedschaft bestand. Lag dagegen eine Familienversicherung vor, ist eine Meldung entbehrlich, weil bereits nach den einheitlichen Grundsätzen zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) eine Meldung der gewählten Krankenkasse an die bisher zuständige Krankenkasse erfolgt. Keiner Meldung bedarf es, wenn unmittelbar zuvor eine private Krankenversicherung oder eine Phase des Auslandsaufenthaltes ohne Versicherung in der GKV bestand.

Um eine zügige Abwicklung zu gewährleisten, sind die Meldungen von der gewählten Kasse unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern abzugeben. Die im Rahmen eines Kündigungsverfahrens einzuhaltenen Fristen sind dabei im Absatz 4 Satz 3 und 4 geregelt.

Die bisher zuständige Krankenkasse hat das Ende der Mitgliedschaft innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung zu bestätigen - so wie sie bisher innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung ausstellen musste. Bei Fällen im Rahmen des Kündigungsverfahrens hat sie zu prüfen, ob die Bindungsfrist erfüllt ist und - wenn diese nicht erfüllt ist - der gewählten Kasse das Ende der Frist zu melden.

Der Kassenwechsel verschiebt sich dann auf den Zeitpunkt zu dem die Bindungsfrist endet. Bisher kommt in solchen Fällen der Kassenwechsel nicht zustande und der Versicherte muss das gesamte Verfahren (Wahlerklärung gegenüber der neuen Kasse abgeben, fristgerechte Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse, etc.) von vorne beginnen.

Die datenschutzrechtliche Befugnis zur Verarbeitung, auch einschließlich der Erhebung, Speicherung und Übermittlung, der Daten im erforderlichen Umfang durch die Krankenkassen ergibt sich bereits aus § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Absatz 3 Satz 1 (Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten).

Zu Buchstabe b

Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte vor, dass eine Krankenkasse den Wechsel behindert oder verzögert, wird die Aufsichtsbehörde auch in diesen Fällen verpflichtet einzuschreiten. Langfristige Rückwerbungen und Verfahrensverzögerungen sollen so verhindert werden.

Zu Buchstabe c

Erfolgt der Kassenwechsel, weil eine Krankenkasse geschlossen oder insolvent wird, ist ebenfalls eine elektronische Meldung der neu gewählten Krankenkasse abzugeben.

Zu Buchstabe d

Durch die Verkürzung der Bindungsfrist in Satz 1 von 18 auf zwölf Monate wird Mitgliedern, die während einer bestehenden Mitgliedschaft ihre Krankenkasse wechseln möchten, bereits nach zwölf Monaten ein Wahlrecht gewährt. Dadurch wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gefördert, indem Mitglieder auch ohne Änderung des Zusatzbeitrags schneller ihre Krankenkasse wechseln können. Das Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Anhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes bleibt davon unberührt.

Endet eine Versicherungspflicht oder -berechtigung kraft Gesetzes, bedarf es bei Ausübung des Wahlrechts weder einer Kündigung noch der Einhaltung einer Bindungsfrist. So besteht zum Beispiel bei jedem Arbeitgeberwechsel oder dem Wechsel von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in eine selbstständige Tätigkeit ein Wahlrecht, auch wenn die Bindungsfrist von zwölf Monaten noch nicht erfüllt ist.

Durch die Änderungen in den Sätzen 3 bis 6 wird das Verfahren bei einem Wechsel der Krankenkasse für die Versicherten einfacher. Künftig reicht es aus, dass eine neue Kasse gewählt und ihr gegenüber der Beitritt erklärt wird. Eine gesonderte Kündigungserklärung gegenüber der bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich und wird durch das neue Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen ersetzt. Der Versicherte muss nur noch in den Fällen bei der bisherigen Krankenkasse kündigen, in denen er das System der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen will. Das kann z.B. der Fall sein, wenn er in die private Krankenversicherung wechselt oder ins Ausland verzieht. In diesen Fällen muss der Versicherte seine bestehende Mitgliedschaft kündigen und eine anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall nachweisen. Er erhält von seiner bisherigen Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung.

Durch die Einfügung in Satz 7 wird klargestellt, dass Satz 4 anzuwenden ist. Dadurch wird auch im Falle eines Sonderkündigungsrechtes ein Krankenkassenwechsel erleichtert.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine klarstellende Folgeänderung zur Anpassung des Absatzes 2.

Zu Buchstabe f

Mit der Ergänzung wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermächtigt, auch die Inhalte des neuen elektronischen Meldeverfahrens in Ergänzung zu den bestehenden Verfahren zu regeln.

Zu Nummer 2 (§ 304 SGB V)

§ 304 Absatz 2 regelt die Mitteilungspflichten der bisher zuständigen Krankenkasse im Falle eines Wechsels der Krankenkasse. Im Hinblick auf die Übermittlung der für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach §§ 288 und 292 ist eine Übermittlungsverpflichtung angezeigt, um eine vollständige und lückenlose Ermittlung der Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) auf diesem Wege zu ermöglichen und die Versicherten davon zu entlasten, ihre Versicherungszeiten bei Eintritt in die KVdR nachweisen zu müssen. Daher werden die Wörter „auf Verlangen“ gestrichen. Durch die Änderung wird die bisher zuständige Krankenkasse nunmehr gegenüber der neuen Krankenkasse auch zur Übermittlung der zur Fortführung des Versichertenverzeichnisses nach § 288 erforderlichen Angaben verpflichtet. Darüber hinaus sind auch die für die Gewährung von Leistungen erforderlichen Daten nach § 292 zu übermitteln, um beispielsweise einen bestehenden Krankengeldanspruch lückenlos zu gewähren. Der bisher verwendete Begriff „mitzuteilen“ wird durch den in



sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften üblicheren Begriff „zu übermitteln“ ersetzt, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung verbunden ist.

Zu Nummer 3 (Artikel 15 - Inkrafttreten)

Der neue Artikel 10c soll erst zum 1. Januar 2021 in Kraft treten. Daher ist Artikel 15 zum Inkrafttreten anzupassen.

## **Änderungsantrag 13**

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

Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 200 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Korrektur eines Verweisfehlers)

In Artikel 1 Nummer 14 wird in § 200 Absatz 2 Satz 3 die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

### Begründung

Durch die Änderung wird in § 200 Absatz 2 Satz 3 eine fehlerhafte Verweisung auf die Zuständigkeitsregelung für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung nach § 199 a Absatz 2 Satz 4 korrigiert.

## Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 25, 29c, 30 (§ 279, 282, 326, 327, 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Vorstand des Medizinischen Dienstes;  
Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund;  
Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund;  
Übergangsregelung Medizinischer Dienst Bund;  
Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

1. In Artikel 1 Nummer 25 § 279 Absatz 7 Satz 6 wird nach dem Wort „Absatz“ die Angabe „3 und“ eingefügt.
2. In Artikel 1 Nummer 25 § 282 Absatz 4 werden die Sätze 5 bis 7 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35 Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen.“

3. Nach Artikel 1 Nummer 29b wird folgende Nummer 29c eingefügt:

29c. § 326 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 282 Absatz 2d Satz 6“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 282 Absatz 2d Satz 6“ durch die Wörter „§ 282 Absatz 4 Satz 6“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „oder im Zeitpunkt der darauf folgenden Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters“ gestrichen.‘

4. In Artikel 1 Nummer 30 § 327 Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „§§ 275 bis 283“ die Wörter „sowie der § 326 Absatz 2 Satz 1“ eingefügt.

5. Artikel 1 Nummer 30 § 328 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 6 folgender Satz eingefügt:

„Der jeweils amtierende Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und sein Stellvertreter gelten bis zum 31. Dezember 2021 als durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gewählter Vorstand.“

b) In Absatz 5 Satz 5 wird nach den Wörtern „Satz 2 bis 4“ die Angabe „und 7“ eingefügt und nach dem Wort „dass“ werden die Wörter „die Frist nach Absatz 1 Satz 7 am 30. Juni 2022 endet,“ eingefügt.

### Begründung

Zu Nummer 1

Durch den Verweis auf § 35a Absatz 3 des Vierten Buches wird die Regelung übernommen, dass der Vorstand hauptamtlich tätig ist und eine Amtszeit von sechs Jahren hat, wobei eine Wiederwahl möglich ist. Durch die Befristung der Amtszeit des Vorstandes, die bereits für die Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und künftig für den Medizinischen Dienst Bund gilt, wird nun ein Gleichlauf mit den Amtsperioden der Vorstände all diesen Körperschaften des öffentlichen Rechts hergestellt. Diese Regelung erlaubt es dem Verwaltungsrat, sein organschaftliches Recht zur Wahl des Vorstandes nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 in regelmäßigen Abständen auszuüben.

Zu Nummer 2

Da die Amtszeit der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund auf 6 Jahre begrenzt ist, wird die Regelung zu Vergütungserhöhungen an diejenige bei den übrigen Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene angeglichen, für die ebenfalls eine vergleichbare Amtszeitbegrenzung gilt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Die Übergangsregeln in § 326 Absatz 1 zu den zum 10. Mai 2019 geänderten gesetzlichen Rahmenvorgaben für die Vergütung des Führungspersonals der Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene sind nur noch für den amtierenden Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter von Bedeutung, für die nach § 327 Absatz 2 Satz 1 bis zum 30. Juni 2021 die bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Vorschriften fortgelten. Durch die Einfügungen wird klargestellt, dass die Übergangsregelung auf diese alten Vorschriften Bezug nimmt.

Zu Buchstabe b

Das Verbot von Vergütungserhöhungen bis Ende 2027, das nach § 326 Absatz 2 Satz 1 für den derzeitigen Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter gilt, soll auch auf die künftigen Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund Anwendung finden. Zu diesem Zweck wird der Verweis auf § 282 an die neue Rechtslage angepasst sowie der geänderten Amtsbezeichnung und der Amtszeitbegrenzung Rechnung getragen.

Zu Nummer 4

Die Ergänzung der Übergangsregelung für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen stellt klar, dass das Verbot von Vergütungserhöhungen für den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter nach § 326 Absatz 2 Satz 1 auch nach Inkrafttreten der Neuregelung für die Übergangsphase fort gilt.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Der Vorstand bedarf als Organ des Medizinischen Dienstes einer entsprechenden Legitimationsgrundlage, die er aus der gesetzlich vorgegebenen Wahl durch den Verwaltungsrat erhält. Es ist zudem ein organschaftliches Recht des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6, den Vorstand zu wählen. Jedoch ist es insbesondere in der Phase der Umstellung wichtig, während des Wechsels der Verwaltungsräte und der Einarbeitungszeit des neuen Verwaltungsrates eine Kontinuität in der Geschäftsführung sicherzustellen.

Daher wird die Wahl des Geschäftsführers und seines Stellvertreters durch den neu konstituierten Verwaltungsrat als Vorstand bis zum 31. Dezember 2021 fingiert. Der Vorstand hat sich nach dieser die

Umwandlung begleitenden Übergangsfrist von zwei Jahren nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes bzw. sechs Monate nach Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der tatsächlichen Wahl durch den Verwaltungsrat zu stellen.

Zu Buchstabe b

Die Fiktion der Wahl des amtierenden Geschäftsführers und seines Stellvertreters als Vorstand durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gilt über den Verweis in Absatz 5 Satz 5 auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Frist, für die diese Fiktion gilt, wird für den Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und seinen Stellvertreter um sechs Monate verlängert, da auch der Zeitpunkt des Übergangs des Verwaltungsrates hier ein halbes Jahr später erfolgt.

## **Änderungsantrag 15**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 25, 30 (§ 282, 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund;  
Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

1. Nach Artikel 1 Nummer 25 wird § 282 Absatz 2 Satz 4 wie folgt ergänzt:

„Die Abgabe der Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes zur Wahl entsandte Person ist möglich.“

2. In Artikel 1 Nummer 30 werden in § 328 Absatz 5 die Sätze 3 und 4 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der amtierende Vorsitzende des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sammelt die Vorschläge für die Wahl nach Satz 2 in nach Vertretergruppen gemäß § 279 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 und Geschlecht getrennten Listen und versendet diese an die jeweiligen Vertretergruppen der Medizinischen Dienste. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes entsendet einen Vertreter, der die Stimmen jedes Mitglieds der Vertretergruppe entsprechend dessen Weisungen abgibt. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur Wahl, leitet die Wahl und regelt das Nähere. Gewählt ist, wer die meisten Stimmen auf sich vereinigt; bei Stimmgleichheit entscheidet das Los. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, in der die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen sind, und leitet diese.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Es wird geregelt, dass die Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste auf Landesebene auch nach dem Verfahren durchgeführt werden kann, dass die Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes zu entsendende Person nach Weisung des jeweiligen Vertreters bei der Wahl abgegeben werden kann. Dieses Verfahren bietet im Vergleich zu einer Vollversammlung aller Mitglieder der Verwaltungsräte von aktuell 15 Medizinischen Diensten eine deutlich höhere Praktikabilität und schont die Ressourcen der Medizinischen Dienste.

Zu Nummer 2

Für die erste Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund wird das Wahlverfahren näher geregelt. Gewählt wird gemäß Satz 2 nach den Vorgaben des § 282 Absatz 2, also getrennt nach Vertretergruppen und mit den jeweiligen Stimmgewichten nach § 282 Absatz 2 Satz 4 sowie der gleichgewichtigen Besetzung mit Frauen und Männern nach § 282 Absatz 2 Satz 7 i. V. m. § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 8. Letzteres hat zur Folge, dass jedes Mitglied einer Vertretergruppe zwei Stimmen abgibt; jeweils eine Stimme für einen weiblichen und einen männlichen Kandidaten. Da für diese erste Wahl des Verwaltungsrates noch keine Satzung besteht, in der das Verfahren geregelt wird, werden die Vorgaben für diese Wahl gesetzlich konkreter festgeschrieben.

Es wird geregelt, dass der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vorschläge für Kandidaten von den vorschlagsberechtigten Gruppen erbittet und sammelt und für jede Vertretergruppe nach § 279 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 eine Liste mit weiblichen und eine mit männlichen Kandidaten erstellt. Die jeweiligen beiden Listen der Kandidaten für die Vertretergruppe sendet er den entsprechenden Vertretergruppen in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste vor der Wahl zu, zu der er auch lädt. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes entsendet zu dieser Wahl einen Vertreter, der die beiden Stimmen eines jeden Mitglieds der Vertretergruppe aufnimmt und entsprechend der Weisungen des Mitglieds bei der Wahl abgibt. Bei der Wahl gilt der Mehrheitsgrundsatz, nach dem die Kandidaten gewählt sind, die die meisten Stimmen auf sich vereinigen. Sollte eine für die Belegung der zur Verfügung stehenden Sitze im Verwaltungsrat entscheidende Stimmgleichheit auftreten, entscheidet das Los.

Es wird klargestellt, dass der amtierende Vorsitzende des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auch zur konstituierenden Sitzung des neuen Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund lädt. Es wird damit auch ein Gleichlauf mit der Regelung in Absatz 1 Satz 5 für die Medizinischen Dienste auf Landesebene geschaffen. Es ist zudem vorgesehen, dass er die Wahl der oder des neuen Vorsitzenden und der oder des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund leitet.



## **Änderungsantrag 16**

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

### Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund)

In Artikel 1 Nummer 25 § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden nach den Wörtern „der Bundesärztekammer,“ die Wörter „der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer“ eingefügt.

#### Begründung

Bei Richtlinien, die die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte berühren, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene die Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Daher werden neben der Bundesärztekammer, der bereits im Gesetzesentwurf ein Recht zur Stellungnahme zugebilligt wird, auch die auf Bundesebene bestehenden Kammern der Psychotherapeuten und der Zahnärzte in den Kreis der anhörungsberechtigten Stellen aufgenommen.

## **Änderungsantrag 17**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der  
Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)

In Artikel 1 Nummer 25 wird nach § 283a Absatz 1 Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„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 bis 4 und § 283 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 entsprechend.“

#### Begründung

Die Änderung stellt klar, dass nicht nur – wie bereits nach geltendem Recht – die Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund (§ 283 Absatz 2 Satz 5) für den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verbindlich sind, sondern auch die neu hinzugekommenen Aufgaben des Medizinischen Dienstes wie insbesondere die Berichtspflicht nach § 278 Absatz 4 oder die Bestellung einer Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 für den SMD verpflichtend sind. Die für den SMD von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu bestellende Ombudsperson berichtet der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

## **Änderungsantrag 18**

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

Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Beirat des Sozialmedizinischen Dienstes der  
Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)

In Artikel 1 Nummer 25 wird in § 283a Absatz 2 Satz 4 das Wort „sechs“ durch das Wort „neun“ ersetzt.

### Begründung

Die Änderung stellt eine Folgeregelung zur Einbeziehung der Patientenverbände in den Beirat beim Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See dar. Bei den sechs in der Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung und den vier in der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Verbänden ergeben sich Überschneidungen, weil ein Verband in beiden Verordnungen benannt wird. Insoweit ist eine Erweiterung des Beirates von sechs auf neun Vertreter notwendig und ausreichend, um das von den Verbänden vertretene unterschiedliche Spektrum an Interessen im Beirat abzubilden.

## **Änderungsantrag 19**

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

### Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 327 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung  
und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

In Artikel 1 Nummer 30 wird § 327 wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „nehmen die“ die Wörter „am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe der“ eingefügt.
2. In Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz wird das Wort „sie“ durch die Wörter „ihre am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe“ ersetzt.
3. Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4, der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 aufgelöst.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Da nach der Konstituierung der neuen Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste diese zunächst parallel zu den amtierenden Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bestehen, soll klargestellt werden, dass letztere bis zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 die Aufgaben des Verwaltungsrates erfüllen, etwa die verbindliche Aufstellung eines Haushaltsplanes für das Folgejahr. Der neu konstituierte Verwaltungsrat erlässt bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich seine zukünftige Satzung und übernimmt die Aufgaben des Verwaltungsrates erst nach dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 in vollem Umfang.

#### Zu Nummer 2

Dieselbe Klarstellung wie in Buchstabe a erfolgt bezüglich des amtierenden Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des neu konstituierten Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund. Für den von der Formulierungsänderung mitbetroffenen Spitzenverband Bund der Krankenkassen ändert sich inhaltlich nichts, da dieser als juristische Person ohnehin durch seine Organe handelt.

#### Zu Nummer 3

Absatz 3 Satz 2 enthält eine Klarstellung, dass die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt aufgelöst werden, in dem die neu konstituierten Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste ihre Arbeit in vollem Umfang, das heißt nicht nur bezogen auf den Erlass ihrer zukünftigen Satzung, aufnehmen. Dasselbe gilt für den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4.

## Änderungsantrag 20

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen

(MDK-Reformgesetz)

BT-Drs. 19/13397

### Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 327, 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übergangsregelungen für den Medizinischen Dienst Bund;  
Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

1. In Artikel 1 Nummer 30 § 327 Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „30. Juni 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ ersetzt.
2. In Artikel 1 Nummer 30 wird § 328 wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird jeweils die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „31. Dezember“ ersetzt.
    - bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
    - cc) In Satz 3 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.
  - b) In Absatz 3 Satz 3 und 4 wird jeweils die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „31. Dezember“ ersetzt.
  - c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.
    - bb) In Satz 5 wird die Angabe „31. März“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt und wird die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „31. Dezember“ ersetzt.

## Begründung

### Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Frist zur Konstituierung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste in § 328 Absatz 1 Satz 1.

### Zu Nummer 2

#### Zu Buchstabe a

#### Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird die Frist, bis zu der die zuständige Landesbehörde die zu benennenden Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes jeweils benannt haben muss, um sechs Monate verlängert. Dies ermöglicht es den Landesbehörden, die in dieser Frist gesetzlich geforderten Akte zur Benennung fristgerecht umzusetzen. Dies ist zunächst nach § 279 Absatz 5 Satz 3 und 4 die Regelung des Verfahrens der Übermittlung und Bearbeitung der Vorschläge von zu benennenden Personen sowie der Anerkennung der vorschlagsberechtigten Organisationen und Verbände. Im Folgenden muss das Vorschlags- und Benennungsverfahren jeweils mit angemessenen Fristen durchgeführt werden. Für die Erfüllung dieser Aufgaben ist eine Frist von einem Jahr vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zur Benennung der Mitglieder daher angemessen.

#### Zu Doppelbuchstaben bb und cc

Als Folgeänderung zur Änderung gemäß Doppelbuchstabe aa müssen auch die Fristen zum Erlass der Satzung durch den Verwaltungsrat und zur Genehmigung der Satzung durch die zuständige Landesbehörde sechs Monate später enden.

#### Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa ist auch der Schutz der Arbeitnehmer und Auszubildenden vor Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und vor ordentlichen oder betriebsbedingten Kündigungen um sechs Monate zu verlängern.

#### Zu Buchstabe c

Auch die Fristen zur Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, zum Erlass der Satzung durch den Verwaltungsrat und zur Genehmigung der Satzung durch das Bundesministerium für Gesundheit sind als Folgeänderung zur Änderung des Buchstaben a Doppelbuchstaben aa um sechs Monate zu verlängern.

## **Änderungsantrag 21**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
(MDK-Reformgesetz)  
BT-Drs. 19/13397

Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes)

In Artikel 1 Nummer 30 werden in § 328 Absatz 1 Satz 2 nach dem Wort „Der“ die Wörter „gemäß Satz 1 besetzte“ eingefügt.

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung, dass die Satzung des Medizinischen Dienstes von dessen nach § 328 Absatz 1 neu besetzten Verwaltungsrat erlassen wird und nicht von dem zu diesem Zeitpunkt noch amtierenden Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.



## Änderungsantrag 22

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

### Zu Artikel 3 Nummer 1 (§ 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Anpassung der Sachkostenkorrektur)

Artikel 3 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

1. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Im ersten Halbsatz werden die Wörter „bis spätestens zum 30. Juni 2016“ gestrichen.

bb) Der zweite Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorzunehmen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden die Wörter „bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet und“ gestrichen.

bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 4, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen;

diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.“ ‘

#### Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird die inzwischen abgelaufene Frist aus dem Jahr 2016 für die erstmalige Vereinbarung der Rahmenbedingungen für die Sachkostenkorrektur gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

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, d. h. erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 anzuwenden.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen entsprechen dem Gesetzentwurf.

## **Änderungsantrag 23**

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

### Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe f (§ 17c Absatz 3 - neu - des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Uneingeschränkte gerichtliche Überprüfung der Entscheidung einer Schlichtungsperson)

Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe f wird wie folgt gefasst:

,f) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275c Absatz 1“ ersetzt.
- bb) Satz 4 wird aufgehoben.

### Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung dient dazu, Krankenhäusern und Krankenkassen einen stärkeren Anreiz zu bieten, gemeinsam Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen. Bislang wird diese Möglichkeit von den beteiligten Parteien nur wenig genutzt. Einer der wesentlichen Gründe dürfte in der nur eingeschränkten gerichtlichen Überprüfbarkeit der Entscheidung der Schlichtungsperson zu sehen sein. Da ein Verstoß gegen die öffentliche Ordnung nur in eng begrenzten Fällen anzunehmen ist, sehen die beteiligten Parteien vielfach davon ab, überhaupt erst Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen. Um eine Entlastung der Sozialgerichte zu erreichen und den beteiligten Parteien zu ermöglichen, durch Bestellung einer Schlichtungsperson eine schnelle und kostengünstige Entscheidung herbeizuführen, wird die gerichtliche Überprüfbarkeit einer Entscheidung der Schlichtungsperson künftig voraussetzungslos gewährt.

## **Änderungsantrag 24**

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

### Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe h (§ 17c Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Elektronische Direktabrechnung von Krankenhausabrechnungen für Beihilfeträger)

Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe h wird wie folgt gefasst:

,h) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu schriftlich oder elektronisch ihre Einwilligung erklärt hat. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.“ ‘

#### Begründung

Die Regelung schafft die Rechtsgrundlage für die maschinenlesbare Übermittlung der Daten nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auch an Stellen, die für die Festsetzung von Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften wie insbesondere nach § 51 Bundesbeihilfeverordnung Festsetzungsstellen zuständig sind. Voraussetzung ist auch hier, dass die einzelne beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person Gebrauch von der Möglichkeit der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und dem Beihilfeträger als weiteren Kostenträger macht und ihr Einverständnis zur Datenübermittlung an das Krankenversicherungsunternehmen erklärt hat. Ebenso wie im Bereich der gesetzlichen

und privaten Krankenversicherung benötigen auch die Festsetzungsstellen die Daten nach § 301 SGB V.

In Satz 4 kann auf die Anordnung der Schriftform oder der elektronisch dokumentierten Form zur Erteilung der Einwilligung verzichtet werden. Die Person muss in diesem Fall anders als bei Satz 2 nicht vor einer unbedachten Erklärung besonders gewarnt werden, da die Datenübermittlung nach § 301 Absatz 2a SGB V (Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades von dem privaten Krankenversicherungsunternehmen an das Krankenhaus), in die sie mit Abgabe der Erklärung einwilligt, auch der Durchführung der Direktabrechnung dient. Für die Einwilligung in die Direktabrechnung nach Satz 2 soll es hingegen bei der höheren Nachweis- und auch Warnstufe der schriftlichen oder elektronischen Einwilligung bleiben.

Die Streichung des bisherigen Satzes 5 zum Widerruf der Einwilligung erfolgt, da sich das Widerrufsrecht unmittelbar aus Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) ergibt. Durch die Streichung ergeben sich keine Einschränkungen der Rechte der betroffenen Person. Diese kann ihre Einwilligung weiterhin jederzeit widerrufen.

## Änderungsantrag 25

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

Zu Artikel 4 Nummer 2 und 5a (§ 4 Absatz 9, § 10 Absatz 12 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Verlängerung des Hygieneförderprogramms)

Artikel 4 wird wie folgt geändert:

1. Der Nummer 2 wird folgender Buchstabe c angefügt:

,c) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die folgenden Maßnahmen zur Erfüllung von Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes an die personelle Ausstattung werden finanziell gefördert, wenn die Maßnahmen die Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf einhalten, die in der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951) sowie der Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen (Bundesgesundheitsblatt 2016, S. 1183) genannt sind:

1. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen:
  - a) von Hygienefachkräften: in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2019,
  - b) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie: in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,
  - c) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curriculärer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder

Aufstockung bis zum 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,

- d) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und
- e) von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten: in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2016,

2. Fort- oder Weiterbildungen für die Jahre 2013 bis 2022:

- a) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro, ab dem Jahr 2020 in Höhe von jährlich 40 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
- b) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
- c) Fortbildung zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker durch strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro; spätestens im Jahr 2022 begonnene Fortbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert, und
- d) strukturierte curriculare Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ von Ärztinnen, Ärzten, Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapothekern durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,

3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2013 bis 2026.

Unabhängig von den in Satz 1 genannten Voraussetzungen werden die folgenden Maßnahmen finanziell gefördert:

- 1. nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von

- a) Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
  - b) Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
  - c) Fachärztinnen und Fachärzte als Expertinnen oder Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
2. die in den Jahren 2016 bis 2022 begonnene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro,
3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2016 bis 2026.

Kosten im Rahmen von Satz 1 Nummer 1, die ab dem 1. August 2013 entstehen, werden auch gefördert für nach dem 4. August 2011 vorgenommene erforderliche Neueinstellungen oder Aufstockungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes. Voraussetzung für die Förderung nach Satz 2 Nummer 1 ist eine schriftliche Bestätigung der Leitung des Krankenhauses, dass die Person klinisch und zu mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit im Bereich „Antibiotic Stewardship“ oder Infektiologie tätig ist, sowie ein Nachweis, dass das Personal im Förderzeitraum über das bestehende Beratungsangebot im Bereich Antibiotic Stewardship informiert wurde. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 bis 3 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, die nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und d vorgenommen wurden, sind bei der Ermittlung des Betrags nach Satz 5 erhöhend zu berücksichtigen. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 5 und 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 8 Satz 3 und 6 bis 11 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist. Der Betrag nach den Sätzen 5 und 6 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“

2. Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

,5a. § 10 Absatz 12 Satz 2 wird wie folgt gefasst:



„In den Basisfallwert, der ab dem 1. Januar 2023 gilt, sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in Höhe der von den Krankenhäusern im Land insgesamt für das Jahr 2022 nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen; soweit die Finanzierungsbeträge noch nicht feststehen, sind diese zu schätzen und Fehlschätzungen sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr zu berichtigen.“

### Begründung

#### Zu Nummer 1

Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm soll die Krankenhäuser bei der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzrechts unterstützen. Der Förderzeitraum, der Ende 2019 beziehungsweise zum Teil auch erst 2023 auslaufen würde (hinsichtlich der Beratungsleistungen nach Satz 1 Nummer 3), wird teilweise um drei Jahre bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert. Zur Förderung eines sachgerechten Einsatzes von Antibiotika wird das Programm um einen zusätzlichen Förderschwerpunkt im Bereich der Antibiotika-Therapieberatung erweitert.

Satz 1 regelt die Förderung der personellen Ausstattung für den Bereich der Krankenhaushygiene und die Förderung von Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich und entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Satz 1, wobei die Laufzeit der Förderung teilweise über das Jahr 2019 hinaus um drei Jahre bis zum Jahr 2022 verlängert wird. Zwar gelten nach den auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erlassenen Landesverordnungen Anforderungen an die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal, zu denen ab dem Jahr 2020 in den Verordnungen gemäß § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 IfSG keine Übergangsregelungen mehr vorgesehen sind. Da aber die Qualifikation von entsprechendem Hygienefachpersonal in den Ländern nicht in dem erwarteten Umfang stattgefunden hat, wird auf dem Arbeitsmarkt voraussichtlich auch nach dem 31. Dezember 2019 qualifiziertes Fachpersonal noch nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen, um den Bedarf der Einrichtungen voll zu decken. Es ist daher sachgerecht, die Förderung in den Bereichen, in denen weiterhin Mangel besteht, fortzusetzen. Der Satzteil vor der Aufzählung wird sprachlich neu gefasst. Der Satzteil vor der Aufzählung nennt außerdem keinen regelhaften Förderzeitraum mehr, da die jeweiligen Förderzeiträume nun bei den einzelnen Fördertatbeständen geregelt werden.

Nummer 1 regelt, welche Neueinstellungen, Stellenbesetzungen und Aufstockungen gefördert werden können.

Buchstabe a regelt die Förderung in Bezug auf Hygienefachkräfte und entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Buchstaben a. Diese Förderungsmöglichkeit wird nicht verlängert und läuft somit wie vorgesehen mit Ablauf des Jahres 2019 aus. Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2018 hat gezeigt, dass in diesem Bereich die Anforderungen

weitestgehend erreicht wurden. Aus diesem Grund wird diese Förderung nicht fortgesetzt. Die frei werdenden finanziellen Kapazitäten werden insbesondere zur Förderung des Bereiches ABS verwendet. Die Buchstaben b bis d regeln die Förderung in Bezug auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung (Buchstabe b) sowie die Förderung in Bezug auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene (Buchstabe c und d). Abweichend von den bisherigen Regelungen wird die Förderung hier um drei Jahre bis zum Jahr 2022 verlängert. Buchstabe c nennt wie bisher auch Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, damit entsprechende laufende Förderungen fortgeführt werden können. Entsprechende Personalmaßnahmen werden in Buchstabe c aber nur noch erfasst, wenn sie bis zum 31. Dezember 2019 vorgenommen worden sind. Für später erfolgende Personalmaßnahmen gelten geringere Anforderungen. Nach dem neuen Buchstaben d werden nach dem 31. Dezember 2019 erfolgende Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene auch ohne das Vorliegen einer weiteren Fortbildung gefördert. Für die Förderung von nach dem 31. Dezember 2019 erfolgenden Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Personen mit Fortbildung im Bereich ABS gilt der neue Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c, der auf alle Fachärztinnen und Fachärzte mit entsprechender Expertise und nicht nur auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker Anwendung findet. Buchstabe e regelt die Förderung in Bezug auf hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte und fasst die Inhalte des bisherigen Buchstaben d und des bisherigen Satzes 2 Nummer 2, der die Fördermöglichkeit entgegen der Angabe des Förderzeitraums bis zum Ablauf des Jahres 2016 begrenzt, zusammen.

Nummer 2 regelt die geförderten Fort- oder Weiterbildungen und entspricht im Wesentlichen der bisherigen Nummer 2. Die Förderung in diesem Bereich wird bis zum Jahr 2022 verlängert.

In Buchstabe a wird die Höhe der jährlichen Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin ab dem Jahr 2020 um 10 000 Euro auf 40 000 Euro erhöht. Außerdem wird geregelt, dass die Anzahl der Facharzt-Weiterbildungen auch dann gefördert wird, wenn sie den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses übersteigt. Um die Inanspruchnahme von Facharzt-Weiterbildungen zu erhöhen, muss sichergestellt sein, dass die Anzahl der Facharzt-Weiterbildungen pro Einrichtung auch über den Eigenbedarf einer Einrichtung hinaus erfolgen kann. Angesichts der wenigen Weiterbildungsstätten und des noch bestehenden Mangels an entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten sollen die Weiterbildungen ohne eine zahlenmäßige Begrenzung erfolgen und gefördert werden können. Die Aussage, dass spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen auch über

das Jahr 2022 hinaus gefördert werden, ersetzt die Ausnahmeregelung für die Weiterförderung bestimmter begonnener Fort- und Weiterbildungen im bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz und verlängert dabei die Frist um drei Jahre.

In Buchstabe b wird die Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie nun ebenfalls über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus ermöglicht. Außerdem wird in Buchstabe b die Regelung aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz über die Weiterförderung bereits begonnener Weiterbildungen integriert und die Frist um drei Jahre verlängert.

Buchstabe c entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Buchstaben c, wobei auch hier die Regelung aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz über die Weiterförderung bereits begonnener Fortbildungen integriert und die Frist um drei Jahre verlängert wird.

Buchstabe d entspricht dem bisherigen Buchstaben d, wobei die Bezeichnung „Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ durch die Bezeichnung „strukturierte curriculare Fortbildung Antibiotic Stewardship (ABS)“ ersetzt wird. Hintergrund für die geänderte Bezeichnung ist, dass für die „Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ mittlerweile ein von der Bundesärztekammer verabschiedetes Curriculum mit dem Titel „strukturierte curriculare Fortbildung ‚Antibiotic Stewardship (ABS)‘“ vorliegt.

Die bisherigen Buchstaben e und f entfallen ersatzlos, so dass die Fortbildung zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt und die Fortbildung zur Hygienefachkraft wie bereits im bisherigen Satz 1 vorgesehen nur bis zum 31. Dezember 2019 gefördert werden.

Nummer 3 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen und entspricht im Wesentlichen der bisherigen Nummer 3, wobei die Ausnahmeregelung über den längeren Förderzeitraum aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz integriert und dieser Zeitraum um drei Jahre bis zum Jahr 2026 einschließlich verlängert wird.

Satz 2 greift die Tatbestände des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 mit einem verlängertem Förderzeitraum auf und baut sie im Bereich der Antibiotika-Therapieberatung und der Förderung des sachgerechten Einsatzes von Antibiotika, dem sogenannten ABS, zu einem zweiten Schwerpunkt des Förderprogramms aus. Mit ABS sind koordinierte, interdisziplinär abgestimmte Maßnahmen gemeint, die den Einsatz von Antiinfektiva in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz sowie von Daten zu Antibiotikaverbrauch und -resistenz nachhaltig verbessern sollen. Diese sind nötig, da der Anteil an resistenten Erregern bei nosokomialen Infektionen

zunimmt und dem sachgerechten Einsatz von Antibiotika bei der Behandlung von Infektionen im Krankenhaus eine zunehmende Rolle zukommt. Vor dem Hintergrund der gestiegenen Anforderungen an den Einsatz von Antibiotika ist die Verfügbarkeit von Teams aus Krankenhaushygienikern, ABS-Kräften und Infektionsmedizinerinnen eine entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention und Behandlung von Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern. Das ABS-Team soll krankenhaushausweit und abteilungsübergreifend arbeiten. Seine Hauptaufgabe besteht in der Ausarbeitung und Umsetzung eines auf die lokalen Bedürfnisse, die Möglichkeiten und die Situation des Krankenhauses zugeschnittenen ABS-Programms unter Berücksichtigung von Daten zum Einsatz von Antibiotika, zu Infektionserregern und zur Resistenz. Zu den weiteren Aufgaben gehören u.a. auch die Erstellung und Implementierung hausinterner Empfehlungen und Behandlungspfade zur Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der wichtigsten Infektionskrankheiten. Der neue Schwerpunkt knüpft an die im bisherigen Satz 2 bereits bestehenden Fördertatbestände im Bereich Infektiologie an. Neu ist, dass auch die Förderung der Neueinstellung und Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von Fachärztinnen und Fachärzten in diesem Bereich vorgesehen ist. Im Gegensatz zu dem in Satz 1 geregelten Bereich Hygiene, für den es Kommissionsempfehlungen und Vorgaben der Länder nach § 23 Absatz 8 IfSG für die personelle Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal gibt, gibt es für den Bereich des sachgerechten Einsatzes von Antibiotika bislang keine verbindlichen Anforderungen an das Vorhandensein von Personal, das für die Beratung für eine rationale Antibiotikatherapie ausgebildet oder geschult ist.

Nummer 1 regelt in Bezug auf den vorgenannten Bereich die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Fachärztinnen und Fachärzten. Gefördert werden nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, also nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Personalmaßnahmen. Der Förderzeitraum läuft jeweils bis einschließlich 2022.

Nach Buchstabe a werden Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie sowie nach Buchstabe b von Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie jeweils in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Diese klinisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzte mit infektionsmedizinischer Qualifikation besitzen besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der klinischen Diagnostik und Therapie komplexer Infektionen und deren Nachsorge sowie der individuellen Prophylaxe. Die Fachärztinnen und Fachärzte nach Buchstabe a und b sind besonders geschult und qualifiziert, durch infektiologische Konsiliartätigkeit sachgerechte Infektionsdiagnostik und rationale Antiinfektiva-Verordnung auch im komplexen Einzelfall zu sichern, die Umsetzung hausinterner Empfehlungen zu verbessern und ein direktes Feedback an die Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Fachabteilungen zu geben.

Buchstabe c regelt die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen bei Fachärztinnen und Fachärzten als Expertinnen und Experten für ABS mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“. Diese

ABS-Experten sollen wie auch die infektiologischen Fachärzte in ABS-Teams tätig sein und eine rationale Antiinfektiva-Verordnung unterstützen. Die Maßnahmen werden in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Diese Regelung greift mit aktualisiertem Wortlaut die Förderung nach dem bisherigen Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c von Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern auf (Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie), die im neuen Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c noch enthalten ist. Buchstabe c erweitert die Förderung personell über Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker hinaus auf alle Fachärztinnen und Fachärzte mit entsprechender Fortbildung und gilt für nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Maßnahmen. Die Fortbildung zur ABS-Expertin oder zum ABS-Experten erfolgt in von den Landesärztekammern anerkannten Kursen zur „strukturierten curricularen Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ und umfasst derzeit 160 Unterrichtsstunden einschließlich einer zu präsentierenden Abschlussarbeit.

Nummer 2 regelt die Förderung von Fort- und Weiterbildungen und entspricht im Wesentlichen der Regelung des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 Buchstabe a. Der Förderzeitraum wird um drei Jahre verlängert. In der Formulierung wird klargestellt, dass es sich bei dem pauschalen Zuschuss zur Förderung der – etwa einjährigen – Weiterbildung um einen einmaligen Zuschuss handelt.

Nummer 3 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship und entspricht der Regelung des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 Buchstabe b mit einer verlängerten Laufzeit. Die Laufzeit der Förderung wird hier zur Angleichung an die in Satz 1 Nummer 3 genannte Laufzeit bis 2026 verlängert.

Satz 3 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Satz 3 und wird aufrechterhalten, damit auch entsprechende noch nicht abgelaufene Förderungen nach Satz 1 Nummer 1 fortgeführt werden können.

Satz 4 regelt Voraussetzungen für die Gewährung einer Förderung für Maßnahmen nach Satz 2 Nummer 1. Die Klinikleitung hat danach schriftlich zu bestätigen, dass die Person klinisch und zu mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit im Bereich Antibiotic Stewardship oder Infektiologie tätig ist. Zudem muss sie nachweisen, dass das Personal im Förderzeitraum über das bestehende Beratungsangebot im Bereich ABS informiert wurde, um dessen Inanspruchnahme zu fördern. Der Nachweis kann z. B. durch Vorlage entsprechender Hausinformationen und des Organigramms der Einrichtung mit entsprechenden Informationen erbracht werden.

Der neu eingefügte Satz 6 stellt klar, dass die Förderung von Neueinstellungen, interner Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die zum Jahresende 2019 auslaufende 90 prozentige Förderung der entstehenden Personalkosten von Hygienefachkräften (§ 4

Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a) und die bereits zum Jahresende 2016 ausgelaufene 10 prozentige Förderung der entstehenden Personalkosten von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d) bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 weiterhin finanziert werden und daher bei der Ermittlung des krankenhausespezifischen Finanzierungsbetrags erhöhend zu berücksichtigen sind.

Die Sätze 7 bis 9 entsprechen den bisherigen Sätzen 5 bis 7 mit zwei Folgeänderungen bei den Bezugnahmen auf den nunmehrigen Satz 6.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9, die gewährleistet, dass die zusätzlichen Mittel für sämtliche Personaleinstellungen im Rahmen des Hygieneförderprogramms entsprechend der dreijährigen Verlängerung nicht bereits für das Jahr 2020, sondern die Summe der im jeweiligen Land im Jahr 2022 gezahlten Finanzierungsbeträge bei den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2023 erhöhend zu berücksichtigen sind. Soweit zum Zeitpunkt der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2023 im Herbst 2022 die relevanten Finanzierungsbeträge noch nicht abschließend feststehen, sind diese zu schätzen. Entstehende Fehlschätzungen sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr zu berichtigen.

## **Änderungsantrag 26**

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

### Zu Artikel 4 Nummer 4 (§ 6a Absatz 2 und 3 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit,  
Verschiebung des Vorlagetermins für Bestätigung  
des Jahresabschlussprüfers)

Artikel 4 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

4. § 6a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden nach dem Wort „geprüft“ die Wörter „und § 275c Absatz 6 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist zu beachten“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sind der Teil der Vergütungen, der über tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen hinausgeht, und die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

b) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „30. April“ durch die Angaben „30. September“ ersetzt.

### Begründung

Zu Buchstabe a

Die Regelung von § 6a Absatz 2 Satz 5 entspricht dem Gesetzentwurf.

Mit der Regelung von § 6a Absatz 2 Satz 9 - neu - 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.

Zu Buchstabe b

Nach bisherigem Recht haben die Krankenhäuser den Kostenträgern und dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) im Zusammenhang mit dem Pflegebudget bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Vielfach wird diese Frist in der Praxis nicht eingehalten werden können. Nach § 4 Absatz 2 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung sollen die Krankenhäuser bis zum 30. April den Jahresabschluss für das Vorjahr aufstellen. Daher wird mit der Änderung von § 6a Absatz 3 Satz 3 die Frist für die Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers bei den Kostenträgern und beim InEK auf den 30. September verschoben.



## **Änderungsantrag 27**

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

### Zu Artikel 4 Nummer 7 (§ 15 Absatz 2a des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte)

Dem Artikel 4 wird folgende Nummer 7 angefügt:

,7. § 15 Absatz 2a Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Kann der krankhausindividuelle 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. Für krankhausindividuelle 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.“

#### Begründung

Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser über tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a. Zur Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte wird der krankhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6 Absatz 4 mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert. Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 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 die von den Vertragsparteien nach § 11 zu treffenden Vereinbarungen zum Pflegebudget werden dadurch keine Vorfestlegungen zu dessen Höhe getroffen.

Zur Ermittlung des vorläufigen Betrags wurde die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelte Bezugsgröße bei der Kalkulation des Pflegeerlöskataloges für das Jahr 2020, die auf Daten aus dem Jahr 2018 beruht, zugrunde gelegt und mit den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Teilorientierungswerten für Personalkosten für die Jahre 2019 und 2020 fortgeschrieben.

Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte nach § 6, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind nach Satz 2 bei einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets ebenfalls Entgelte unter Anwendung des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltwerts nach Satz 1 abzurechnen. In Abweichung zu Absatz 2 Satz 3 ist hierzu die Höhe der bisherigen krankenhausesindividuellen voll- bzw. teilstationären Entgelte um die Höhe der nach Satz 1 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 nach Absatz 2 Satz 3 die bisherigen Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen keine abweichenden Vereinbarungen treffen.

Die in den Sätzen 1 bis 2 festgelegte Berechnungsweise der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte gilt bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020.

## Änderungsantrag 28

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

Zu Artikel 4 Nummer 8 (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG)

Dem Artikel 4 wird folgende Nummer 8 angefügt:

„8. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

„e) 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 Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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;“.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Unberührt von Satz 1 hat die Datenstelle für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Datenübermittlung nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e einen pauschalen Abschlag je Standort eines Krankenhauses festzulegen. 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, wobei als Nenner mindestens die Zahl 1 anzunehmen ist. 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.“

- bb) Im neuen Satz 7 werden nach dem Wort „Verstöße“ die folgenden Wörter „und die Höhe des Abschlags nach Satz 2“ eingefügt.
- cc) Im neuen Satz 8 werden nach dem Wort „berücksichtigen“ die Wörter „die Abschläge nach Satz 1 und 2“ angefügt. ‘

### Begründung

#### Zu Buchstabe a

Die Änderung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sieht im Zusammenhang mit der Datenübermittlung zur Anzahl des Pflegepersonals im Krankenhaus ab dem Datenjahr 2019 verschiedene Weiterentwicklungen vor. Neben dem in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen insgesamt beschäftigten Pflegepersonal ist zukünftig auch die Anzahl des darüber hinaus im Krankenhaus insgesamt beschäftigten Pflegepersonals zu erfassen. Dies ist erforderlich, um die Validität der übermittelten Daten im Zusammenhang mit der Ermittlung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser nach § 137j SGB V prüfen zu können. Dabei ist sowohl die Vollkräftezahl des insgesamt im Krankenhaus beschäftigten Pflegepersonals als auch die Vollkräftezahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals jeweils aufzugliedern nach Berufsbezeichnungen, nach pflegesensitiven Bereichen, nach Standorten und nach Fachabteilungen. Zudem werden Folgeänderungen vorgenommen, die sich daraus ergeben, dass die Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 durch Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 137i Absatz 3 SGB V weiterentwickelt werden.

#### Zu Buchstabe b

Die Übermittlung der differenzierten Strukturinformationen nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e zur Anzahl des beschäftigten Pflegepersonals ist von hoher Bedeutung für die Realisierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V sowie der Untergrenze für die Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser nach § 137j SGB V. Dem Umstand, dass eine umfassende, vollständige und fristgerechte Datenübermittlung der Krankenhäuser insoweit unverzichtbar ist, wird die bestehende fallbezogene Abschlagsregelung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 nicht gerecht und wird nun mit einem deutlich fühlbaren standortbezogenen Abschlagsbetrag in Höhe von mindestens 20 000 Euro je nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e

Rechnung getragen. Der Mindestabschlagsbetrag von 20 000 Euro ist mit dem Quotienten aus der Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte eines Krankenhausstandorts und der Anzahl der Pflegevollkräfte, für die Daten ordentlich übermittelt wurden, zu multiplizieren. Der Quotient ist zuvor kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. Um einen Abschlagsbetrag ermitteln zu können, ist für Zwecke der Abschlagsermittlung die Zahl der je Krankenhausstandort übermittelten Pflegevollkräfte mindestens mit der Zahl 1 anzunehmen. Die Abschlagsberechnung zielt darauf ab, dass geringe Übermittlungsausfälle im Vergleich zu umfassenden Nichtübermittlungen zu geringeren Erhöhungen des Mindestabschlagsbetrags führen. Die maximale Abschlagshöhe ist auf 500 000 Euro begrenzt. Sofern ein Krankenhaus für einen Standort keine Angaben zur Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte übermittelt, hat die Datenstelle die fehlende Angabe auf der Grundlage der verfügbaren Leistungsdaten des Krankenhauses sachgerecht zu schätzen. Hierzu bieten sich insbesondere die Zahl der erbrachten Krankheitsfälle an dem Krankenhausstandort und weitere vorliegende Informationen zu Krankenhausstandorten an, die vergleichbare Leistungen erbringen. Die Datenstelle erhält die maßgeblichen Informationen, um die jeweilige Höhe des Abschlags nach dem beschriebenen Berechnungsverfahren anhand des krankenspezifischen Meldeverhaltens zu bestimmen, und leitet den ermittelten Abschlagsbetrag zur Berücksichtigung an die Vertragsparteien auf Ortsebene weiter.

## **Änderungsantrag 29**

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

### Zu Artikel 6 Nummer 0 (§ 2 der Bundespflegesatzverordnung)

(Herausnahme von Gebärdensprachdolmetscherleistungen)

In Artikel 6 wird vor Nummer 1 folgende Nummer 0 eingefügt:

,0. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören

1. eine Dialyse,
2. die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung.“ ‘

### Begründung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 2 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes. Für unter § 1 der Bundespflegesatzverordnung fallende Krankenhäuser, also psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen, werden die Kosten für Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung künftig ebenfalls unmittelbar zwischen den Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern und den Leistungsträgern abgerechnet. Damit findet bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, unabhängig davon, ob somatische Krankenhäuser oder psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen die Leistungen erbringen, eine einheitliche Vorgehensweise für die Abrechnung der Kosten von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern statt.

## **Änderungsantrag 30**

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

### Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 18 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung)

(Erweiterung der Nachweispflicht über die  
verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus)

Dem Artikel 6 wird folgende Nummer 3 angefügt:

,3. In § 18 Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Personal“ die Wörter „sowie eine darüber hinausgehende, im Gesamtbetrag vereinbarte Besetzung mit therapeutischem Personal“ eingefügt.’

#### Begründung

Nach § 18 Absatz 2 haben die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ab dem Jahr 2020 die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 festzulegenden Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen, die bei der Verhandlung des Gesamtbetrags zu berücksichtigen sind. § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 gibt verbindlich vor, dass eventuelle Mehrkosten durch die Festlegungen des G-BA in der einzelnen Einrichtung im Rahmen der Budgetverhandlung erhöhend zu berücksichtigen sind. Ergebnis der in einer nicht abschließenden Aufzählung genannten und zu berücksichtigenden Tatbestände soll ein leistungsorientierter Gesamtbetrag sein. Insofern kann eine über die Mindestvorgaben hinausgehende Vereinbarung von Personal auch ohne das Bestehen konkreter Personalanzahlzahlen für eine angemessene personelle Ausstattung in den Budgetverhandlungen nicht nur getroffen werden, sondern ist im Hinblick auf die Konzipierung der vom G-BA festzulegenden Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal als Mindestvorgaben vielmehr auch angezeigt. Die Verhandlung der von den besonderen Umständen im Einzelfall, beispielsweise den strukturellen oder regionalen Besonderheiten, abhängenden Finanzmittel für die Personalausstattung ist folglich (über die Sicherstellung der Mindestpersonalvorgaben hinaus) den Verhandlungspartnern auf der Ortsebene überlassen. Zur Sicherstellung einer zweckentsprechenden Verwendung aller Mittel, die auf Ortsebene für das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal vereinbart werden, wird die Nachweisverpflichtung in § 18 Absatz 2 Satz 3 erweitert. Infolge

der Regelung ist auch für Mittel, die für therapeutisches Personal vereinbart worden sind, das nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben erforderliche Personalausstattung hinausgeht, die zweckentsprechende Mittelverwendung sicherzustellen und ein entsprechender Nachweis zu erbringen.



## **Änderungsantrag 31**

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

Zu Artikel 10 Nummer 4 (§ 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe)

In Artikel 10 Nummer 4 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa werden nach dem Wort „ersetzt“ die Wörter „und werden die Wörter „bis zum 30. November 2016“ gestrichen“ eingefügt.

### Begründung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen.

## **Änderungsantrag 32**

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

Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 53c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Änderungen und Klarstellung)

In Artikel 10 Nummer 15 wird § 53c Absatz 3 wie folgt gefasst:

„(3) Die Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund erfüllen die ihnen jeweils obliegenden Aufgaben ab dem gemäß § 328 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch öffentlich bekannt zu machenden Datum des Ablaufs des Monats, in dem die Genehmigung der Satzung erteilt wurde. Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt gelten für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Elfte Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort und sie erfüllen die ihnen danach zugewiesenen Aufgaben. Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gilt bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt der Umstellung das Elfte Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort; er nimmt insbesondere auch die ihm nach § 17 Absatz 1, § 17 Absatz 1b, § 18b, § 53a, § 53b, § 53c, § 112a, § 114a Absatz 7 und § 114c Absatz 1 zugewiesenen Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die danach durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassenen Richtlinien gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 fort.“

### Begründung

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, insbesondere auch um Folgeänderungen zur Änderung von § 328 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinsichtlich der Benennung des Zeitpunktes der Umstellung zum Ablauf des Monats, in dem die Genehmigung der Satzung erfolgt ist. Die Einfügung der Wörter „insbesondere auch“ in Satz 3 dient der Klarstellung, da die danach genannten Vorschriften sich nur auf die Aufgaben beziehen, bei denen die Zuständigkeit geändert wird.

## **Änderungsantrag 33**

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

Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 53d des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund)

In Artikel 10 Nummer 15 werden in § 53d Absatz 3 Satz 1 nach den Wörtern „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ die Wörter „und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste“ eingefügt.

### Begründung

Die Regelung stellt sicher, dass bei der Erstellung der in § 53d Absatz 3 SGB XI genannten Richtlinien das fachliche und praktische Erfahrungswissen der Medizinischen Dienste einbezogen wird. Damit wird eine Anregung des Bundesrates umgesetzt.

## **Änderungsantrag 34**

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

Zu Artikel 10 Nummer 18 (§ 112a des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe;  
redaktionelle Klarstellung)

In Artikel 10 Nummer 18 wird Buchstabe b wie folgt gefasst:

,b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „bis zum 31. Juli 2019 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung“ ersetzt.’

### Begründung

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen; der Bezug der Benehmensregelung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird klargestellt.

## **Änderungsantrag 35**

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

Zu Artikel 10 Nummer 22 (§ 114c des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe;  
redaktionelle Klarstellung)

In Artikel 10 Nummer 22 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

„a) In Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung“ ersetzt, sowie die Wörter „bis zum 30. September 2019“ gestrichen.“

### Begründung

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Der Bezug der Benehmensregelung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird klargestellt; die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen.

## **Änderungsantrag 36**

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

Zu Artikel 13a - neu - (§ 13 Absatz 3 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes)

(Kostenerstattung für die Bundesärztekammer)

Nach Artikel 13 wird folgender Artikel 13a eingefügt:

### ,Artikel 13a Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

In § 13 Absatz 3 Satz 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2019 (BGBl I S. 350) geändert worden ist, werden nach dem Wort „führt“ die Wörter „für den Bund“ eingefügt.

#### Begründung

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch wurde der Bundesärztekammer (BÄK) in § 13 Absatz 3 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes die Aufgabe übertragen, eine Liste mit Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern und Einrichtungen zu führen, die ihr mitgeteilt haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 des Strafgesetzbuches durchführen. Die Liste wird jeweils aktualisiert zum 1. eines Monats von der BÄK auf ihrer Website veröffentlicht. Sie wird der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben sowie den Ländern so rechtzeitig zur Verfügung gestellt, dass die BZgA ihre Veröffentlichung der Liste zeitgleich mit der Veröffentlichung der BÄK vornehmen kann. Mit dieser Vorschrift zieht der Bund die Verwaltungsaufgabe gemäß Artikel 87 Absatz 3 des Grundgesetzes an sich und beauftragt die BÄK mit der Durchführung. Durch die Übertragung dieser Aufgaben entstehende Aufwendungen werden der BÄK durch den Bund ersetzt. Das Nähere regelt ein Vertrag.

Durch die Kostenübernahme entstehen dem Bund zusätzliche Aufwendungen in Höhe von einmalig rund 50 000 Euro und jährlich rund 72 500 Euro (vgl. BT-Drs. 19/7834). Die Aufwendungen werden aus dem Einzelplan des Bundesministeriums für Gesundheit beglichen.