

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. und der Medizinischen Dienste

zum

**Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

und zu

**Fachfremden Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

7. April 2021

I. Allgemeine Stellungnahme

Der Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sieht ein umfangreiches Maßnahmenbündel zur Steigerung der Qualität und Transparenz in der Versorgung, unter anderem durch erweiterte Leistungsansprüche und -angebote, die dauerhafte und aktuelle Verfügbarkeit von Daten zu ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen und eine Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung vor.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nehmen in vorliegender Stellungnahme zu folgenden ausgewählten Regelungen des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) und zu den fachfremden Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf Stellung:

- § 275 Abs. 1b – Datenerhebung der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit
- § 275 Abs. 6 SGB V – Erfordernis zum schriftlichen oder elektronischen Verfassen fallabschließender gutachtlicher Stellungnahmen.
- § 275b Abs. 4 SGB V – Regelung zur Abstimmung mit Aufsichtsbehörden oder Einrichtungen der Eingliederungshilfen bei Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b SGB V
- § 275b Abs. 5 SGB V – Klärung der Kostenträgerschaft bei der Erfüllung der Aufgaben nach § 275 b Absatz 4 SGB V
- § 276 Abs. 2 SGB V – Anzeige des Begutachtungszwecks bei Datenanforderung von Versicherten
- § 277 Abs. 1 SGB V – Mitteilungspflichten an Leistungserbringer bei abweichendem Begutachtungsergebnis
- § 277 Abs. 2 SGB V – Mitteilungspflichten bei der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen
- § 277 SGB V – Mitteilungspflichten bei Gutachten zur Krankenhausabrechnung (Vorschlag zur Neuregelung)
- § 281 Abs. 2 SGB V – Vorlagefrist des Haushaltsplans zur Genehmigung bei der Aufsichtsbehörde

Mit der geplanten Neuregelung gemäß § 275 Abs. 1b SGB V werden die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit konkretisiert und durch abschließende Aufzählung eingeschränkt. Dies führt zu einem Mehraufwand für den Medizinischen Dienst, der vermieden werden könnte, wenn die Krankenkassen bereits im Zuge der Auftragserteilung die Möglichkeit hätten, Informationen über die mit der aktuellen Tätigkeit verbundenen Anforderungen und Belastungen beim Arbeitgeber anzufordern – gegebenenfalls auch zur unmittelbaren Übersendung an den Medizinischen Dienst.

Der Medizinische Dienst sieht in der vorgesehenen Regelung zur grundsätzlichen schriftlichen oder elektronischen Erfassung fallabschließender gutachtlicher Stellungnahmen nach § 275 Abs. 6 SGB V einen Beitrag zu größerer Transparenz seiner Tätigkeit. Diese Zielsetzung ist nachvollziehbar. Klar ist allerdings auch, dass die Neuregelung zu einem höheren Einsatz personeller Ressourcen zur Erledigung dieser Aufgaben führen wird oder zu einer Reduzierung der Erledigungen, wenn entsprechendes Personal am Arbeitsmarkt nicht verfügbar ist.

Die vorgesehene Mitteilung von Begutachtungszwecken an Leistungserbringer nach § 276 Abs. 2 SGB V bildet die Praxis bei der Anforderung von versichertenbezogenen Daten im Rahmen gutachterlicher Stellungnahmen ab. Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass Reha-Kliniken, die Leistungen zu Lasten der Renten- oder Unfallversicherung erbracht haben, dem Medizinischen Dienst gegenüber unter denselben Voraussetzungen auskunftspflichtig sein sollen wie Reha-Kliniken, die Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht haben.

Die Neuregelung zur Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen, der zufolge Leistungserbringer nur noch nach vorheriger Einwilligung des Versicherten über eine entsprechende Begutachtung informiert werden, kann die Wirkung der in § 66 SGB V geregelten Unterstützungsansprüche der Versicherten in diesen Fällen verbessern und ist insoweit folgerichtig.

Der Medizinische Dienst hält im Rahmen der geplanten Neuregelungen zu den Mitteilungspflichten gemäß § 277 SGB V eine Neuregelung betreffend die Mitteilungspflichten bei gutachterlicher Stellungnahmen in der Krankenhausrechnungsprüfung nach § 275c SGB V für sachgerecht. Eine Neuregelung könnte erweiterte Mitteilungsbefugnisse und -pflichten des MD gegenüber den Krankenhäusern vorsehen, um durch eine höhere Transparenz die konstruktive Zusammenarbeit im Spannungsfeld dieses Begutachtungsfeldes zu fördern.

II. Stellungnahme zu ausgewählten Artikeln des Gesetzentwurfs und den fachfremden Änderungsanträgen

Zu Artikel 1 Nr. 63 (§ 275 Abs. 1b SGB V, Datenerhebung der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit)

Der neue Absatz 1b sieht eine konkretisierende Regelung zur Befugnis der Krankenkassen vor, im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit Sozialdaten zu erheben. Die Erhebung erweiterter Sozialdaten durch die Krankenkassen wird auf die zur Klärung der Frage erforderlichen Daten beschränkt, ob eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist.

Bewertung

Der geplanten Neuregelung gemäß werden die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit konkretisiert und durch abschließende Aufzählung eingeschränkt.

Für die Begutachtung wichtige Informationen zu Kontextfaktoren wie z. B. die Anforderungen am Arbeitsplatz dürfen von Krankenkassen vor Beauftragung des MD nicht mehr bei den Versicherten erhoben werden. Die Anforderungen am Arbeitsplatz sollen stattdessen von der Krankenkasse bei dem die AU-Bescheinigung ausstellenden Leistungserbringer erfragt werden dürfen. Vertragsärzte sind zwar entsprechend der AU-Richtlinie des G-BA verpflichtet, ihre Patienten vor der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit nach den mit der aktuellen Tätigkeit verbundenen Anforderungen und Belastungen zu befragen, dies geschieht jedoch häufig nicht. Da der Medizinische Dienst diese Information für die AU-Beurteilung regelmäßig benötigt, müsste er nach der Auftragserteilung die Krankenkasse bitten, die Arbeitsplatzbeschreibung gemäß § 98 Abs. 1 SGB X beim Arbeitgeber anzufordern.

Dies führt zu einem Mehraufwand für den Medizinischen Dienst, der vermieden werden könnte, wenn die Krankenkassen bereits im Zuge der Auftragserteilung die Möglichkeit hätten, Informationen über die mit der aktuellen Tätigkeit verbundenen Anforderungen und Belastungen beim Arbeitgeber anzufordern – gegebenenfalls auch zur unmittelbaren Übersendung an den Medizinischen Dienst. Auf diese Weise kann zudem eine mögliche Befragung der Versicherten vermieden werden, die zu Verunsicherungen führen kann.

Änderungsvorschlag

Einfügung § 275 Abs. 1b Satz 10 SGB V:

Wenn die durch den die AU-Bescheinigung ausstellenden Leistungserbringer erhaltenen Angaben nicht ausreichen, um beurteilen zu können, ob eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes erforderlich ist, können die Krankenkassen Informationen über die mit der aktuellen Tätigkeit verbundenen Anforderungen und Belastungen beim Arbeitgeber anfordern. Diese Angaben können dem Medizinischen Dienst im Rahmen der Begutachtung zur Arbeitsunfähigkeit zur Verfügung gestellt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 54 (§ 275 Abs. 6 SGB V, Verschriftlichung/ Digitalisierung von Stellungnahmen der MD)

Der neue Absatz 6 gibt vor, dass fallabschließende gutachtliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen sind. Mündliche fallabschließende Stellungnahmen – etwa im Rahmen einer sozialmedizinischen Fallberatung zwischen Gutachterinnen und Gutachtern des MD und Beschäftigten der Krankenkassen – sollen unzulässig sein. Eine nicht fallabschließende mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen der Krankenkassen mit dem MD zur Fallsteuerung ist der Neuregelung folgend jedoch weiterhin zulässig, um eine zielgerichtete Beauftragung des MD durch die Krankenkassen zu ermöglichen.

Darüber hinaus werden als Mindestinhalt einer gutachtlichen Stellungnahme des MD die kurze Darstellung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis vorgegeben.

Bewertung

Die vorgesehene generelle schriftliche oder elektronische Dokumentation einzelfallbezogener, fallabschließender gutachtlicher Stellungnahmen ist sachgerecht, da sie die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Begutachtung für Versicherte und Krankenkassen verbessert.

Die im Gesetzentwurf genannten Mindestinhalte für die gutachtlichen Stellungnahmen des MD finden sich bereits heute in vielen fallabschließenden Stellungnahmen wieder. Etabliert ist eine gestufte Begutachtung, bei der sich Art und Umfang der gutachtlichen Stellungnahmen im Wesentlichen anhand der Fragestellung und der gutachtlichen Bewertung bemessen. Dies ermöglicht eine sehr zeitnahe, sozialmedizinisch fundierte und gleichzeitig effiziente Beratung der Krankenkassen. Da die Mindestinhalte künftig bei allen fallabschließenden gutachtlichen Stellungnahmen gelten sollen – also auch bei einfachen Fragestellungen oder klarer Befürwortung einer Leistung – werden die neuen Vorschriften absehbar zu einem höheren Ressourcenaufwand des Medizinischen Dienstes führen.

Die fachliche Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter ist Grundlage der Arbeit des Medizinischen Dienstes und hängt nicht von Art und Umfang der Begutachtung ab.

Zu Artikel 1 Nr. 55 (§ 275b Abs. 4 SGB V, Abstimmung mit Aufsichtsbehörden und Einrichtungen der Eingliederungshilfen)

Die Neuregelung bestimmt und konkretisiert die Zusammenarbeit der Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie dem MD mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege. Wichtiges Ziel der Regelung ist die Vermeidung von Doppelprüfungen. Vermieden werden sollen Prüfungen des MD einerseits und der Heimaufsichtsbehörden andererseits.

Bewertung

Die vorgesehene Konkretisierung bildet die Praxis der Zusammenarbeit des MD mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden ab, wie sie in § 117 SGB XI vorgesehen ist. Terminabsprachen mit dem Ziel, kurzzeitig aufeinander folgender Qualitätsprüfungen von Heimaufsichten und dem MD zu vermeiden, werden bereits teilweise vorgenommen. Die Abstimmung mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Hinblick auf die regelmäßige gegenseitige Information und Beratung, die Terminabsprachen für gemeinsamen und arbeitsteilige Prüfungen von Pflegediensten und -einrichtungen und die Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen wird von dem MD begrüßt.

Bei der Zusammenarbeit mit den Trägern der Eingliederungshilfe geht es um die Weitergabe von Strukturinformationen, welche in den Aufgabenbereich der Krankenkassen fallen. Aus diesem Grund erscheint die Vorgabe als nicht zwingend erforderlich.

Zu Artikel 1 Nr. 55 (§ 275b Abs. 5 SGB V, Kosten für Regel- und Anlassprüfungen nach §275b SGB V)

Die Neuregelung klärt, dass die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der MD die Kosten selbst tragen, die ihnen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 4 entstehen. Den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem MD ist es nach der Neuregelung untersagt, sich an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden oder den Kosten der Träger der Eingliederungshilfe zu beteiligen.

Bewertung

Der Medizinische Dienst hält die Regelung, dass den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie dem MD untersagt ist, sich an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden oder den Kosten der Träger der Eingliederungshilfe zu beteiligen, für sachgerecht, da es sich hier um Aufgaben handelt, die den Heimaufsichten unterliegen. Auf diese Weise werden auch ordnungspolitisch die Zuständigkeiten der Heimaufsichten und des Medizinischen Dienstes klar voneinander abgetrennt.

Zu Artikel 1 Nr. 56 (§ 276 Abs. 2 SGB V, Mitteilung von Begutachtungszwecken an Leistungserbringer)

Die Änderung dient der Klarstellung, dass den Leistungserbringern bei der Anforderung von versichertenbezogenen Daten für gutachtliche Stellungnahmen und Prüfungen nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d durch die Krankenkassen oder den Medizinischen Dienst der Zweck der Begutachtung mitzuteilen ist. Dies entspricht dem Gebot der Transparenz und erleichtert es den Leistungserbringern, die Anforderungen bedarfsgerecht zu erfüllen.

Bewertung

Die Klarstellung bildet die Praxis bei der Anforderung von versichertenbezogenen Daten im Rahmen gutachterlicher Stellungnahmen ab. Eine Regelung, die Leistungserbringern transparent macht, welchem Zweck eine Datenabfrage dient, erscheint sachgerecht.

Darüber hinaus ist klarzustellen, dass Reha-Kliniken, die Leistungen zu Lasten der Renten- oder Unfallversicherung erbracht haben, dem Medizinischen Dienst gegenüber unter denselben Voraussetzungen auskunftspflichtig sein sollen wie Reha-Kliniken, die Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht haben.

Zu Artikel 1 Nr. 57 (§ 277 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V, Mitteilungspflichten an Leistungserbringer bei abweichendem Begutachtungsergebnis)

Der MD muss den beauftragenden Krankenkassen das Ergebnis der Begutachtung mitteilen. Dabei wird die bisher erforderliche Mitteilung des MD über den Befund ersetzt durch eine erforderliche Mitteilung des MD an die Krankenkassen über die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung.

Des Weiteren soll der MD durch eine Änderung in § 277 Abs. 1 SGB V zur Mitteilung des Ergebnisses seiner Begutachtung und der wesentlichen Gründe an die Leistungserbringer nur noch verpflichtet werden, wenn er im Ergebnis von dessen Vorgehen abweicht. In den Fällen, in denen das Ergebnis der Begutachtung des MD nicht vom Vorgehen der Leistungserbringer abweicht, wird die Verpflichtung zur Mitteilung durch die Befugnis der MD ersetzt, die betroffenen Leistungserbringer über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten.

Bewertung

Die Neuregelung in § 277 Abs. 1 SGB V stellt eine Präzisierung über den Inhalt der an die Krankenkassen zu übermittelnden Informationen dar und bildet die Praxis der sozialmedizinischen Begutachtung sachgerecht ab.

Zu Artikel 1 Nr. 57 (§ 277 Abs. 2 SGB V, Mitteilungspflichten bei der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen)

Die Neuregelung sieht vor, dass Mitteilungspflichten des MD an die betroffenen Leistungserbringer bei Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen nur gelten, wenn die betroffenen Versicherten in die Mitteilungen an die Leistungserbringer eingewilligt haben. Der MD wird verpflichtet auf Anforderung des betroffenen Leistungserbringers und mit Einwilligung des Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung an den Leistungserbringer zu übermitteln. Das Widerspruchsrecht der Versicherten wird deshalb ersetzt durch ein Einwilligungserfordernis für die Anforderung der wesentlichen Gründe der Begutachtung durch den Leistungserbringer. Des Weiteren wird dem MD vorgegeben bei Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen den betroffenen Versicherten das vollständige Gutachten in schriftlicher oder elektronischer Form zu übermitteln.

Bewertung

Die Ersetzung des Widerspruchsrechts durch ein Einwilligungserfordernis für die Anforderung der wesentlichen Gründe der Begutachtung durch den Leistungserbringer sowie das Erfordernis, den betroffenen Versicherten das vollständige Gutachten in schriftlicher oder elektronischer Form zu übermitteln, erachtet der Medizinische Dienst als sachgerecht.

Eine Ergebnismitteilung an den Leistungserbringer zielt grundsätzlich darauf ab Entscheidungen der Krankenkassen auch für die Leistungserbringer transparent zu machen. Bei der Behandlungsfehlerbegutachtung handelt es sich jedoch nicht um eine Begutachtung im Rahmen einer Leistungsentscheidung, sondern um eine Begutachtung zur Unterstützung von möglichen Schadensersatzansprüchen von Versicherten. Die Neuregelung zur Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen, der gemäß Leistungserbringer nur noch nach vorheriger Einwilligung des Versicherten über eine entsprechende Begutachtung informiert werden, kann die Wirkung der in § 66 SGB V geregelten Unterstützungsansprüche der Versicherten in diesen Fällen verbessern und ist insoweit folgerichtig.

Zu Artikel 1 Nr. 67b (§ 281 Abs. 2 SGB V – Vorlagefrist des Haushaltsplans zur Genehmigung bei der Aufsichtsbehörde)

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde eine Genehmigungspflicht für die Haushaltspläne des Medizinischen Dienstes eingeführt. Bisher galt § 70 Absatz 5 SGB IV, wonach die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit hatte den Haushaltsplan bis zum 1. November anzufordern, zu prüfen und gegebenenfalls vollständig oder auch nur einzelne Ansätze zu beanstanden. Anders als bei diesem bloßen Recht zur Beanstandung des Haushaltsplans wird der Haushalt nun erst nach der Genehmigung des vom Verwaltungsrat festgestellten Haushaltsplans durch die Aufsichtsbehörde rechtsverbindlich. Um eine entsprechende Prüfung durch die Aufsichtsbehörde sicherzustellen, soll für den Medizinischen Dienst die Vorlagefrist des vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplans bei der Aufsichtsbehörde auf den 1. Oktober des Vorjahres vorgezogen werden.

Bewertung

Der Medizinische Dienst erachtet die geplante Neuregelung einer vorgezogenen Vorlagefrist des Haushalts als nicht zweckdienlich und lehnt eine vorgezogene Vorlagepflicht ab.

Die geplante vorgezogene Frist zur Aufstellung des Haushaltes konfliktiert mit dem Zeitplan zur Aufstellung und Beschlussfassung des Verwaltungsrates über den Haushalt und führt zu vermeidbaren Unsicherheiten die Haushaltsplanung des Folgejahres betreffend, die letztlich die Aufstellung von Nachtragshaushalten erforderlich machen können.

Aufgrund dessen hält der Medizinische Dienst die bisherige Vorlagepflicht bis zum 1. November des Vorjahres für sachgerecht.

III. Vorschlag zur Neuregelung

§ 275c SGB V - Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Die Krankenkasse kann den Medizinischen Dienst zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme zur Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses beauftragen, die spätestens vier Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Die Durchführung der Krankenhausrechnungsprüfung wird in § 275c SGB V geregelt.

Bewertung

Der Medizinische Dienst hält eine Neuregelung der Mitteilungspflichten in der Krankenhausrechnungsprüfung für angezeigt. Hintergrund ist das Anliegen des Medizinischen Dienstes gegenüber den Krankenhäusern ein hohes Maß an Transparenz über die MD-Begutachtung sicherzustellen, um eine konstruktive Zusammenarbeit im Spannungsfeld dieses Begutachtungsfeldes zu fördern.

Eine Neuregelung der Mitteilungspflichten in der Krankenhausrechnungsprüfung könnte vorsehen, dass der Medizinische Dienst befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung nach § 275c SGB V von der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet ist, dem Krankenhaus das Ergebnis seiner Begutachtung und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitzuteilen. In Fällen, in denen das Gutachten des Medizinischen Dienstes neben der gutachtlichen Stellungnahme nur die Daten enthält, die dem Krankenhaus bereits bekannt sind, und keine darüber hinausgehenden Befunde oder personenbezogenen Daten darin enthalten sind, könnte der Medizinische Dienst zudem befugt werden, dem Krankenhaus das vollständige Gutachten zu übermitteln.

Durch eine derartige Regelung würde sichergestellt werden, dass der Medizinische Dienst die wünschenswerte Transparenz über seine unabhängige Begutachtung herstellt, ohne dass sich hierdurch Beeinträchtigungen des Datenschutzes für den Versicherten ergeben würden. Bei der Krankenhausabrechnung geht es nicht um die Begutachtung der Leistungserbringung für die Versicherten, sondern um eine Rechnungsprüfung, weshalb die Leistungserbringer und Kostenträger Adressat einer Mitteilung des MD sein sollten.

Änderungsvorschlag

Der Medizinische Dienst hält eine von der bisherigen allgemeinen Regelung der Mitteilungspflichten an die Leistungserbringer nach § 277 SGB V abweichende gesonderte Neuregelung der Mitteilungspflichten bei der MD-Begutachtung in der Krankenhausrechnungsprüfung für sachgerecht. Der Medizinische Dienst schlägt deshalb folgende Einfügung vor:

§ 275c Abs. 8 SGB V (neu)

Bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen ist der Medizinische Dienst befugt, dem Krankenhaus das Ergebnis seiner Begutachtung und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis nach § 275c SGB V

mitzuteilen. Weicht das Begutachtungsergebnis des Medizinischen Dienstes nach § 275c SGB V von der Abrechnung des Leistungserbringers mit der Krankenkasse ab, ist der Medizinische Dienst verpflichtet, dem Krankenhaus das Ergebnis seiner Begutachtung und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitzuteilen. Der Medizinische Dienst kann dem Krankenhaus das vollständige Gutachten übermitteln, sofern das Gutachten des Medizinischen Dienstes neben der gutachtlichen Stellungnahme nur die Daten enthält, die dem Krankenhaus bereits bekannt sind und keine darüber hinausgehenden Befunde oder personenbezogenen Daten darin enthalten sind.

Die Einfügung in § 275c Abs. 8 SGB V bedingt eine Folgeänderung in § 277 SGB V.

§ 277 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist wie folgt zu ändern:

Nach Abschluss der Kontrollen nach § 275a ist der Medizinische Dienst befugt dem Krankenhaus das Ergebnis seiner Begutachtung und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis nach § 275c SGB V mitzuteilen. Das Nähere zu den Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes bei der Begutachtung von Krankenhausrechnungen regelt § 275c Abs. 8 SGB V.