



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 04.06.2019**

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

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	5
II. Stellungnahme	10
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	10
§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss	10
§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	11
§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus	14
§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	19
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	19
§ 176 Solidargemeinschaften	20
Neuntes Kapitel	22
§ 275 Absatz 1 Begutachtung und Beratung	23
§ 275 Absatz 1c Begutachtung und Beratung	24
§ 275 Absatz 2 Begutachtung und Beratung	25
§ 275 Absatz 3b Begutachtung und Beratung	26
§ 275 Absatz 4a Begutachtung und Beratung	28
§ 275 Absatz 5 Begutachtung und Beratung	29
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	30
§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	33
§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen	44
§ 276 Absätze 2, 2a und 4 Zusammenarbeit.....	47
§ 278 (neu) Medizinischer Dienst	48
§ 279 (neu) Verwaltungsrat und Vorstand.....	50
§ 280 (neu) Finanzierung, Haushalt, Aufsicht	52
§ 281 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht	53
§ 282 (neu) Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand	54
§ 283 (neu) Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund.....	56
§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis	61
§ 295 Abrechnung ärztlicher Dienstleistungen	62
§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	64
§ 301 Krankenhäuser	65
§ 327 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	67
§ 328 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund	69
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	71
§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss	71

§ 18b Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen	77
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	80
§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets	80
§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets	82
§ 8 Berechnung der Entgelte	83
§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	84
Artikel 4 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	85
§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets	85
Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	86
§ 8 Berechnung der Entgelte	86
§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	87
Artikel 6 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch).....	88
§ 56 Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit.....	88
Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	89
Inhaltsverzeichnis	89
§ 7 Aufklärung, Auskunft	90
§ 7a Pflegeberatung	90
§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	91
§ 17 Absätze 1, 1a und 1b Richtlinien der Pflegekassen	92
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	93
§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten	94
§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren	95
§ 20 Absatz 3 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der Solidargemeinschaften	97
§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege	99
§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	99
§ 46 Pflegekassen	99
§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	100
§ 53b (neu) Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte	101
Fünfter Abschnitt (neu) – §§ 53c und 53d	102
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	114
§ 92a Pflegeheimvergleich	115
§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen	115
§ 112 Qualitätsverantwortung	115
§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten	116
§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	117

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	117
§ 113b Qualitätsausschuss	117
§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen.....	117
§ 114 Qualitätsprüfungen.....	118
§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen	119
§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht.....	120
§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung	121
§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien	122
§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden	123
§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung	124
§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren	125

III. Ergänzender Änderungsbedarf in Bezug auf die Neuregelung zur Abrechnungsprüfung 126

§ 275c (neu) – Neuregelung der Krankenhausabrechnungsprüfung: Durchführung und Umfang von Prüfungen durch den MDK	126
§ 137 Absatz 3 – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses [in Verbindung mit § 275a SGB V Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst].....	128

I. Vorbemerkung

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

Organisationsreform mit gravierenden Folgen für die Selbstverwaltung

Die vorgesehene Organisationsreform stellt einen weiteren Schritt zur Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung in den Organisationen der gesetzlichen Krankversicherung dar, nachdem der Referentenentwurf des Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits eine Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vorsieht. Nach den geplanten Regelungen werden die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste in den Bundesländern und auf Bundesebene vollständig umgestaltet. Danach sollen nur noch sechs Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen Mitglieder sein. Weitere sechs Vertreter werden auf Vorschlag der Patientenorganisationen, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen benannt. Ebenfalls neu sind vier Vertreter auf Vorschlag der Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammern.

Für die Vertreter der Krankenkassen wird einschränkend geregelt, dass es sich weder um Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände handeln darf, noch dürfen die Mitglieder hauptamtlich Beschäftigte bei Krankenkassen und deren Verbänden sein. Dabei gilt eine 12-monatige Karenzzeit. Die Umgestaltung soll sich auch in den jeweiligen Namen widerspiegeln: Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bzw. der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sollen zukünftig Medizinischer Dienst (MD) bzw. Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) heißen.

Die Finanzierung der neuen Medizinischen Dienste soll allerdings weiterhin durch die Krankenkassen per Umlage erfolgen. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage. Darüber hinaus wird der MDS vom GKV-Spitzenverband gelöst und als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ausgestaltet. Mitglieder sind die Medizinischen Dienste. Die Richtlinien für die gutachterliche Prüfung werden künftig eigenständig vom MD Bund – und damit nicht mehr vom GKV-Spitzenverband – entschieden. Die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Diensten bei

der Entwicklung medizinisch-wissenschaftlicher Positionen und deren Vertretung in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung werden damit zerschlagen. Die Neuordnung des MDS ist auch aus diesem Grund nicht zielführend und wird daher strikt abgelehnt.

Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst

Die Pläne des BMG bedeuten faktisch die Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung und eine gravierende Einschränkung der Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen. Sie sind bereits deshalb völlig inakzeptabel, da der Medizinische Dienst wichtige Aufgaben für die Kranken- und Pflegekassen erfüllt. Dies reicht von der Durchführung sozialmedizinischer Einzelfallbegutachtungen bis hin zur medizinischen und pflegerischen Beurteilung von Pflegebedürftigkeit.

Die Pläne bedeuten auch, dass Synergieeffekte in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst aufgegeben werden. Neben medizinischen Aspekten spielen bei einer relevanten Anzahl von Richtlinien auch leistungsrechtliche Erwägungen bei gutachterlichen Entscheidungen eine wichtige Rolle. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen ist es deshalb von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der Krankenkassen übereinstimmen. Bei leistungs- und vertragsrechtlichen Aspekten ist vor diesem Hintergrund der vorgesehene Übergang der Richtlinienkompetenz auf den Medizinischen Dienst Bund abzulehnen.

Nicht zuletzt sind die Regelungen ein weiterer Angriff auf die soziale Selbstverwaltung, die offensichtlich aus den Gremien und Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung gedrängt werden soll. Die proklamierte Zielsetzung des Referentenentwurfs ist, die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes zu gewährleisten. Allerdings besteht keinerlei Anlass für eine derartige tiefgreifende Neuorganisation. Bereits heute ist eine Einflussnahme des Verwaltungsrates auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen medizinischen Sachverhalten mit der Organisation des MDK ausgeschlossen. Der Verwaltungsrat ist weder in die eigentliche Begutachtung von Fällen einbezogen, noch greift er darin ein. Daher setzt sich der GKV-Spitzenverband mit Nachdruck dafür ein, keine derartige Neuordnung vorzunehmen.

Unabhängigkeit und Funktionsfähigkeit des Medizinischen Dienstes in Gefahr

Die vorgesehene Ausschaltung der Selbstverwaltung hat zur Folge, dass die sozialpartnerschaftliche Mitbestimmung nicht mehr zum Tragen kommt. Stattdessen werden den Berufsverbänden der Pflege und der Ärzteschaft Entscheidungsrechte eingeräumt. Dies ist strikt abzulehnen. Der Medizinische Dienst ist heute die einzige von finanziellen und anderweitigen Interessen der Leistungserbringer unabhängige medizinisch-fachliche Institution. Leistungserbringer sollen aber nunmehr

durch die Mitverantwortung bei der Gestaltung von Richtlinien über die Inhalte der gutachterlichen Prüfung entscheiden. Gerade aufgrund dieser Möglichkeit zur interessengeleiteten Einflussnahme ist eine Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes nicht mehr gegeben. Dabei ist der Medizinische Dienst bereits heute neutral. Durch die Neuorganisation werden diejenigen mitentscheiden, deren Leistungserbringung geprüft werden soll und die nicht zur Finanzierung beitragen.

Ein funktionierender und leistungsfähiger Medizinischer Dienst ist für die Krankenkassen von herausgehobener Bedeutung, damit die Aufträge für notwendige Beratungen und Begutachtungen angemessen erfüllt werden können. Unter Einbezug der sozialmedizinischen Perspektive des Medizinischen Dienstes wird eine gleichermaßen qualitätsorientierte und wirtschaftliche Versorgung organisiert. Die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste stellt sicher, dass medizinisch-fachlich berechnete Leistungsansprüche der Versicherten gewährleistet werden und die Versichertengemeinschaft vor nicht gerechtfertigten Ansprüchen und unnötigen Leistungen geschützt wird. Gerade aus diesem Grund ist eine Beteiligung der Leistungserbringer mit Stimmrecht in den Verwaltungsräten als besonders kritisch zu bewerten. Die vorgesehenen Änderungen konterkarieren die Funktionsfähigkeit und die Dienstleistungsfunktion. Mittelbar droht damit, dass künftig keine neutrale Begutachtung mehr erfolgt und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nur noch eine untergeordnete bis keine Rolle mehr spielen wird.

Mehrausgaben und strategische Fehlanreize durch die Neuordnung der Abrechnungsprüfung

Jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 %) war 2017 fehlerhaft. Als Folge daraus mussten Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Mrd. Euro an Krankenkassen zurückzahlen. Dies sind Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber, die ohne eine Prüfung für die Versorgung an anderer Stelle gefehlt hätten. Es wäre unvorstellbar, wie hoch dieser falsch abgerechnete Betrag ohne die notwendigen qualitativen und quantitativen Prüfungen der Krankenkassen gewesen wäre¹.

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

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

Der vorliegende Referentenentwurf regelt das Verfahren der Abrechnungsprüfung grundlegend neu. Der Entwurf birgt dabei sowohl die Gefahr drastischer Mehrausgaben als auch strategischer Fehlanreize. Durch die dramatisch zu gering festgesetzte, maximale Prüfquote von 10 % pro Krankenhaus statt durchschnittlich 17,1 % über alle gesetzlichen Krankenkassen kommt es 2020 zu Mehrausgaben von mindestens 1,2 Mrd. Euro. Die im Referentenentwurf proklamierte Ausgabenneutralität übersieht diesen Fakt. Auch die Verkehrung von BGB-Grundsätzen, wie die Möglichkeit, Forderungen unbürokratisch gegeneinander aufzurechnen, wird durch ein Verfahren ersetzt, in dem Krankenkassen jeden noch so geringen Betrag vom Krankenhaus gerichtlich erzwungen zurücküberweisen lassen müssen, anstatt ihn mit berechtigten Forderungen aufzurechnen. Damit entstehen unnötige Aufwände für die Krankenkassen bei der Durchsetzung berechtigter Forderungen. Zudem steht die Regelung einer Entlastung der Sozialgerichte entgegen.

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

Da die Maßnahmen allerdings erst schrittweise ab dem Jahr 2021 Wirkung entfalten können, ist zur Vermeidung von massiven Mehrausgaben eine Anpassung der zulässigen Prüfquote in 2020 auf das gegenwärtige Startniveau unerlässlich. Es kann nicht sein, dass die Krankenkassen mit Mitteln der Beitragszahler im Umfang von 1,2 Mrd. Euro falsche Rechnungen bezahlen. In dem Umfang, wie die gesetzten Anreize zukünftig (möglichst zügig) wirken, wird der GKV-Spitzenverband diese Prüfquoten algorithmisch anpassen. Wenn ansonsten ab 2021 selbst die Gruppe der Krankenhäuser, die am schlechtesten abrechnet, durch die Quotierung auf 15 % noch deutlich besser dasteht als heute, dann bestehen in dieser Gruppe massive Fehlanreize zur uneingeschränkten Falschabrechnung ohne Limit. Ebenso wie es zukünftig keinen Sinn mehr ergibt, den Prüfern Aufwandspauschalen in Höhe von 300 Euro in Rechnung zu stellen und sie gleichzeitig zu

quotieren, so macht es keinen Sinn, die am schlechtesten abrechnenden Krankenhäuser mit einer Quote zu schützen.

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

Kritische ordnungspolitische Weichenstellung bei der Anerkennung von Solidargemeinschaften

Der Referentenentwurf sieht außerdem vor, Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anzuerkennen. Dies bewertet der GKV-Spitzenverband grundsätzlich aus ordnungspolitischen Gründen kritisch. Mit der Anerkennung würde letztlich eine weitere Form der Absicherung gegen Krankheit neben dem System der GKV sowie der privaten Krankenversicherung etabliert, ohne dass hierfür eine Notwendigkeit besteht. Die Herauslösung von einzelnen Mitgliedern, denen eine derartige Form der Absicherung auch aus finanziellen Gründen hinreichend attraktiv erscheint, führt tendenziell zu einer Schwächung der bestehenden Versichertengemeinschaften und steht damit im Widerspruch zum bestehenden Solidaritätsprinzip der GKV.

Ungeachtet der vorgesehenen Mindestanforderungen an eine dauerhafte Zahlungsfähigkeit der Solidargemeinschaften besteht ein Haftungsrisiko, u. a. für die Versichertengemeinschaft der GKV für den Fall der Zahlungsunfähigkeit einer Solidargemeinschaft. Das Solidaritätsprinzip wird darüber hinaus bereits dadurch verletzt, dass Mitglieder der Solidargemeinschaften sich zumindest einmalig erneut für die GKV entscheiden können. Dies dürfte regelmäßig dann der Fall sein, wenn die konkrete Leistungsanspruchnahme im Zuge einer GKV-Mitgliedschaft attraktiver erscheint.

Auch vor dem Hintergrund, dass zwar zunächst ausschließlich die zum Stichtag 01.04.2007 bestehenden Solidargemeinschaften eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall darstellen und in der Folge anerkannt werden sollen, ist eine Ausweitung auf weitere Solidargemeinschaften nicht grundsätzlich auszuschließen. Jedenfalls kann davon ausgegangen werden, dass auch andere Solidargemeinschaften für sich in Anspruch nehmen, als anderweitige Absicherung gegen Krankheit anerkannt zu werden, sofern sie die hierzu erforderlichen Voraussetzungen erfüllen.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelung ist unnötig, da bereits heute die Protokolle der Sitzungen öffentlich zugänglich sind.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 109 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können Ansprüche auf Rückforderungen geleisteter Vergütungen nicht mehr gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen aufrechnen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband können abweichende Regelungen treffen.

B) Stellungnahme

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

Es wird erwartet, dass insbesondere Krankenhäuser, die mit der Zahlung von Aufschlägen konfrontiert sind, Feststellungsklagen gegen die MD-Gutachten einreichen werden, um entsprechende Korrekturen zu erreichen, die durch die Erhöhung des Anteils der korrekten Abrechnungen zur Absenkung bzw. zum Entfallen der Aufschläge führen. Hierdurch wird sich die Anzahl der Klagen erhöhen. Ohne Aufrechnungsmöglichkeit bleibt es zunächst bei einer reinen Geltendmachung des Aufschlags, den die Krankenkassen in vielen Fällen gerichtlich einklagen müssen.

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

Die Entscheidungen des MD sind für die Krankenkassen künftig verbindlich (vgl. hierzu Stellungnahme zu § 275c Absatz 1 SGB V). Für Krankenhäuser fehlt eine solche Regelung. Die

Aufrechnung sollte mindestens in den Fällen möglich sein, in denen das MD-Prüfergebnis vorliegt und eine offene Forderung zu begleichen ist. Bereits jetzt ist ein Großteil der Aufrechnungen unstrittig. Dies ist im Referentenentwurf zu korrigieren. Des Weiteren ist vorgesehen, dass im Rahmen der Verhandlungen zur Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)² abweichende Regelungen von dem Aufrechnungsverbot getroffen werden können. Eine abweichende Regelung wird mit der DKG mit einer solchen gesetzlichen Scharfschaltung unmöglich sein. Die in der Begründung genannte Möglichkeit von Aufrechnungen nach einer rechtskräftig festgestellten Forderung ist ebenso selbstverständlich und sollte wie in Fällen, in denen ein MD-Ergebnis vorliegt, als Ausnahme vom Aufrechnungsverbot gesetzlich verankert werden.

Oftmals sind Aufrechnungen unstrittig. Der Alternativvorschlag des GKV-Spitzenverbandes sieht aus diesem Grund vor, dass das Aufrechnungsverbot auf die Fälle beschränkt sein sollte, in denen das Krankenhaus nicht mit dem Ergebnis der Prüfung einverstanden ist. Nach Erhalt der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkassen erhält ein Krankenhaus die Möglichkeit, sich innerhalb von 30 Tagen zu dem Ergebnis zu äußern. Ohne Rückäußerung ist eine Aufrechnung statthaft.

Krankenkassen müssen künftig Versichertengelder an insolvente Krankenhäuser überweisen. Durch die fehlende Aufrechnungsmöglichkeit zahlen Krankenkassen strittige Beträge auch bei Krankenhäusern, die sich in einem Insolvenzverfahren befinden. Das Aufrechnungsrecht würde verhindern, dass man offene Forderungen im Rahmen der Insolvenz einzuklagen hat.

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

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Alternativ werden folgende Sätze ergänzt:

„Weicht der Rechnungsbetrag nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vom ursprünglichen Rechnungsbetrag ab und bringt das Krankenhaus gegen die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse innerhalb von 30 Tagen keine konkret

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

begründeten Einwände vor, hat das Krankenhaus die Rechnung innerhalb von 30 Arbeitstagen zu stornieren und neu zu stellen. Bei Nichteinhaltung dieser Frist, ist die Krankenkasse berechtigt, gegen unbestrittene Vergütungsansprüche zu verrechnen. Die Krankenkasse ist ebenfalls berechtigt, eine Aufrechnung vorzunehmen, wenn die Forderung der Krankenkasse rechtskräftig festgestellt wurde.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 115b SGB V sehen die Neuvereinbarung des AOP-Katalogs sowie einer einheitlichen Vergütung für die Leistungen des Katalogs durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband bis zum 31.06.2021 vor. Dabei soll der bisherige Katalog aus ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffen um stationersetzende Behandlungen erweitert werden. Bei der Vereinbarung der einheitlichen Vergütung für die Leistungen des Katalogs soll nach dem Schweregrad der Fälle differenziert werden.

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

Des Weiteren soll die Vereinbarung über den AOP-Katalog und die einheitliche Vergütung regelmäßig, spätestens alle zwei Jahre und damit erstmals zum 31.12.2023, angepasst werden. Die Vereinbarung sowie gegebenenfalls auch die Festsetzung des AOP-Katalogs unterliegen zudem der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Schließlich sehen die Änderungen des § 115b SGB V vor, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Katalogs erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegen. Dadurch soll für Krankenhäuser die ambulante Erbringung der im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen gefördert werden.

B) Stellungnahme

Die Änderungen des § 115b SGB V und die damit angestrebte bessere Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ werden vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich begrüßt.

Mit der Erweiterung des bestehenden AOP-Katalogs erfolgt eine Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich. In der Folge müssen die zu vereinbarenden ambulant durchführbaren operativen und diagnostischen Eingriffe und Behandlungen substituierend wirken. Das bedeutet, dass Eingriffe oder Behandlungen, die stationsersetzend durchgeführt werden können, aus dem stationären Leistungsbereich zu bereinigen sind und somit überhaupt nicht mehr als stationäre Krankenhausleistung abrechenbar sein dürfen.

Neben dem Katalog müssen die Vertragsparteien eine einheitliche Vergütung mit Schweregrad differenzierung für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbaren. Der Auftrag wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird der Heterogenität der Patientinnen und Patienten und somit der Heterogenität des Behandlungs- und Pflegeaufwands sowie der Überwachungsnotwendigkeit von Patientinnen und Patienten nach Operationen, Eingriffen und Behandlungen Rechnung getragen. Schwerere Fälle werden damit höher vergütet als leichtere Fälle, so dass auch die Behandlung solcher Fälle durch Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Katalogs wirtschaftlich abgebildet werden kann. Damit soll eine Generierung von stationären Fällen, die nach dem AOP-Katalog ambulante Fälle sein müssten, aufgrund ausschließlich wirtschaftlicher Gründe vermieden werden. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, die einheitliche Vergütung für Leistungen des AOP-Katalogs mit einem bestehenden Vergütungsmaßstab zu verknüpfen. Neben den Abrechnungsbedingungen und -regelungen soll die Verknüpfung des erweiterten AOP-Leistungskatalogs auch für die weiteren Regelungsbereiche des zugrundeliegenden Vergütungsmaßstabs, wie beispielsweise Regelungen zu Zulassung, Zugangs- und Leistungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung, gelten. Damit soll vermieden werden, dass mit der Vergütung des AOP-Katalogs und damit von sektorengleichen Leistungen ein neuer dritter Sektor neben dem stationären und dem ambulanten Sektor geschaffen wird.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt zudem ausdrücklich die Vereinbarung des erweiterten AOP-Katalogs und der einheitlichen, nach dem Schweregrad differenzierten Vergütung auf Basis eines Gutachtens. Damit wird sichergestellt, dass die Leistungen des AOP-Katalogs auf den Erkenntnissen unabhängiger Organisationen basieren. Allerdings sind die im Referentenentwurf vorgesehenen Fristen zu knapp festgelegt und daher nicht realistisch umsetzbar. Stattdessen wird vorgeschlagen, erstens die Fristen um jeweils zwölf Monate zu verschieben. Entsprechend sollte das Gutachten spätestens bis zum 31.03.2021 beauftragt werden und bis spätestens zum 31.03.2022 fertiggestellt sein. Die Vereinbarungsfrist sollte auf den

30.06.2022 verschoben werden. Zweitens sollten die Selbstverwaltungspartner die Möglichkeit erhalten, anstelle eines gemeinsamen beauftragten Gutachtens auch Ergebnisse bereits veröffentlichter Gutachten bzw. öffentlich geförderter Forschungsprojekte als Grundlage für die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 zu verwenden. Da es derzeit vielversprechende Projektanträge für eine Förderung durch den Innovationsfonds mit inhaltlichem Bezug zu dem Gutachten nach Absatz 1a gibt, kann es aus wissenschaftlichen und auch wirtschaftlichen Gründen sinnvoll sein, die Ergebnisse dieser oder anderer geeigneter Forschungsprojekte und Gutachten zu berücksichtigen. Auch die kürzlich bekannt gewordenen Vorschläge die Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“ sehen vor, die Leistungen eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches auf Basis eines unabhängigen Gutachtens festzulegen (hier allerdings durch eine Rechtsverordnung des BMG). Daher sollte es das unbedingte Ziel sein, parallele Regelungen zur Ausgestaltung und Vergütung des AOP-Katalogs sowie zur Beauftragung externer Gutachten zu vermeiden. Drittens schlägt der GKV-Spitzenverband vor, dass das Gutachten nach Absatz 1a auch analysieren soll, ob der AOP-Katalog auf Leistungen und/oder Diagnosen basieren sollte.

Des Weiteren ist die Einschränkung des Prüfauftrags für den MD hinsichtlich der Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des erweiterten AOP-Katalogs erbringen, grundsätzlich nachvollziehbar zur für die Umsetzung des politischen Ziels, die Krankenhausabrechnungsprüfungen zu reduzieren. Da Leistungen aus dem AOP-Katalog bisher einen Großteil der Fehlbelegungsprüfungen des Medizinischen Dienstes ausmachten, erscheint es sachgerecht, den Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes einzuschränken. Andere Prüfgründe, wie zum Beispiel die Korrektheit der kodierten Indikationen und des Schweregrads der Fälle, müssen hingegen zwingend immer der Prüfung des MD unterliegen. Nur so kann vermieden werden, dass zum Beispiel durch die Kodierung eines nicht gerechtfertigten hohen Schweregrads oder das gezielte Weglassen von Kodierungen von Indikation nach dem AOP-Katalog stationäre Fälle generiert werden, die nach dem AOP-Katalog ambulante Fälle sein müssten. Auch regionale Varianzen in der Art und Häufigkeit der stationären Leistungserbringung nach dem AOP-Katalog könnten dann von dem MD analysiert und auf ihre Korrektheit geprüft werden.

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

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2022 ~~30. Juni 2021~~

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

Absatz 1 wird um den folgenden neuen Satz 4 ergänzt:

„Die Kalkulation der Vergütung erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.“

Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Die Vereinbarung nach Satz 1 ist regelmäßig, spätestens im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2024 ~~31. Dezember 2023~~, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.“

Absatz 1a wird wie folgt geändert:

„¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung geben bis zum 31. März 2021 ~~31. März 2020~~ ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. ²Abweichend von Satz 1 können der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 31. März 2021 vereinbaren, anstelle des Gutachtens nach Satz 1 auf Ergebnisse von bestehenden Gutachten oder öffentlich geförderten Forschungsprojekten zurückzugreifen. ³Das Gutachten nach Satz 1 oder Satz 2 hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. ⁴Kommt eine Vergabe des Gutachtens nach Satz 1 oder eine Vereinbarung über ein Gutachten nach Satz 2 innerhalb der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a

den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. 5Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres nach der Vergabe fertigzustellen ist.“

Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Kataloges nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 abrechnen, unterliegen nicht der Prüfung nach § 275c SGB V.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 176 Solidargemeinschaften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten § 176 SGB V greift der Gesetzgeber die seit dem 01.04.2007 wiederholt diskutierte Frage auf, ob die sogenannten Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen unter bestimmten Voraussetzungen als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anzuerkennen sind. Mit Wirkung ab 01.01.2020 sollen jedenfalls solche Solidargemeinschaften eine entsprechende Anerkennung erfahren, die bei Einführung der sogenannten Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bestanden haben und zumindest seitdem ununterbrochen fortgeführt wurden.

Voraussetzung für die Anerkennung ist ein Rechtsanspruch ihrer Mitglieder auf Leistungen, die der Art nach denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen; dieser Rechtsanspruch wird – unabhängig von den Regelungen in der Satzung oder in anderen Statuten der jeweiligen Einrichtung – im Gesetz verankert. Die Anerkennung setzt außerdem eine dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft voraus. Diese ist gegenüber dem Bundesversicherungsamt alle fünf Jahre durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachzuweisen, das von einem unabhängigen Gutachter erstellt wird. Die Anerkennung erfolgt nach denselben Grundsätzen sowohl im Recht der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung.

Die Anerkennung der Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall auf Grundlage des neu eingeführten § 176 SGB V ist frühestens ab 01.01.2020 möglich. Die versicherungsrechtliche Beurteilung derartiger Mitgliedschaften in den Zeiträumen vor dem geplanten Inkrafttreten der Neuregelung richtet sich nach dem bislang geltenden Regelungsrahmen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten kritisch beurteilt; auf die Ausführungen in der Vorbemerkung dieser Stellungnahme wird verwiesen.

Über die Anerkennung der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V hinaus sollte diese Rechtswirkung jedoch für alle Rechtsvorschriften gelten, in denen für den Eintritt einer bestimmten Rechtsfolge die Notwendigkeit einer anderweitigen

Absicherung relevant respektive dessen Bestehen erforderlich ist. Dies betrifft das Recht der freiwilligen Krankenversicherung (vgl. § 188 Absatz 4 und § 175 Absatz 4 SGB V) sowie das Recht zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (vgl. § 8 Absatz 2 SGB V).

Im Übrigen wird davon ausgegangen, dass die für die mögliche Anerkennung einer Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft prüfrelevanten Angaben auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse durch eine entsprechende (Mitglieds-)Bescheinigung der betroffenen Solidargemeinschaft nachgewiesen werden und es hierfür keiner ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bedarf.

C) Änderungsvorschlag

In § 176 Absatz 1 wird die Angabe „eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13“ um die Angaben der §§ 8 Absatz 2, 175 Absatz 4 sowie 188 Absatz 4 ergänzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

Neuntes Kapitel

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7a

§ 275 Absatz 1 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7b

§ 275 Absatz 1c Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7c

§ 275 Absatz 2 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7d

§ 275 Absatz 3b Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11).

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

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

Die Neuregelung ist für den Bereich der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern durch die Kassen gemäß § 66 SGB V abzulehnen, da die Unterstützung gesetzliche Auf-

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

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7e

§ 275 Absatz 4a Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Die Namensänderung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7f

§ 275 Absatz 5 Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Da weder der Wortlaut des § 275b SGB V in Bezug auf die Regelungsinhalte der Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) verändert, noch diese Richtlinie in die abschließende Aufzählung der durch den Medizinischen Dienst Bund zu erlassenden Richtlinien in § 283 Absatz 2 SGB V (neu) mit Konkretisierungen zum Richtlinieninhalt aufgenommen wird, ist davon auszugehen, dass die Regelungsbereiche der Richtlinie im Verhältnis zur heutigen QPR-HKP unverändert bleiben sollen. Gleichwohl soll die Richtlinie zukünftig nur für die Medizinischen Dienste verbindlich sein (siehe § 283 Absatz 2 Satz 4 (neu)). Nach dem aktuellen Verfahren ist hingegen durch die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes auch die Verbindlichkeit für die Krankenkassen gegeben.

Aus den nachfolgenden Gründen sind diese beabsichtigten Regelungen nicht konsistent, werden dem Auftrag aus § 275b nicht gerecht und würden im Ergebnis zu unzureichenden Grundlagen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen führen.

Die QPR enthält vor dem Hintergrund des Regelungsauftrags aus § 275b neben den Prüfinhalten in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität insbesondere auch

- Regelungen für die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen in Bezug auf die Abstimmung von Prüfaufträgen und das Vorgehen bei der Weiterleitung von Prüfberichten untereinander,
- Anforderungen an die Ausgestaltung der Prüfaufträge durch die Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen,
- Festlegungen zur Basis der Qualitätsprüfungen, die sich aus den individuellen vertraglichen Regelungen der Krankenkassen mit den Pflegediensten ergeben sowie
- Festlegungen zur Basis der Abrechnungsprüfungen, die sich aus den individuellen vertraglichen Regelungen der Krankenkassen mit den Pflegediensten ergeben.

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

Aus diesen Gründen werden die vorgesehenen Regelungen abgelehnt. Darüber hinaus wird auf die Stellungnahme zu § 283 (neu) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Die bisherigen Regelungen (Sechs-Wochen-Frist, Einleitung Prüfverfahren, 300 Euro-Aufwandspauschale) werden in den neuen § 275c überführt. Künftig ist die Krankenkasse an das Ergebnis der Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) gebunden. Widerspruch und Klage sind gegen die Krankenkasse zu richten.

Absatz 2:

Ab dem Jahr 2020 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 10 %. Ab dem Jahr 2021 wird eine krankenhausbefugte Prüfquote durch den GKV-Spitzenverband ermittelt. Grundlage sind die Ergebnisse der Prüfung des vorvergangenen Quartals. Bei einem Anteil korrekter Abrechnung ab 60 % beträgt die Prüfquote bis zu 5 %, bei einem Anteil zwischen 40 % und weniger als 60 % beträgt die Prüfquote im Krankenhaus bis zu 10 %. Ist der Anteil korrekter Abrechnungen weniger als 40 % beträgt die Prüfquote maximal 15 %.

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

Absatz 3:

Krankenhäuser haben bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 60 % neben der Differenz des ursprünglichen und geminderten Abrechnungsbetrages einen Aufschlag auf die Differenz an die Krankenkasse zu zahlen. Dieser beträgt 25 % im Korridor von 40 % bis weniger als 60 % korrekter Abrechnungen bzw. 50 % bei einem Anteil korrekter Abrechnungen von weniger als 40 %.

Absatz 4:

Der GKV-Spitzenverband erstellt zur Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen. Dazu sind die Krankenkassen verpflichtet, zum Ende des ersten auf das Quartal folgenden Monats Daten je Krankenhaus zu übermitteln.

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

- Realisierte Prüfquote
- Anteil korrekter Abrechnungen
- Zulässige Prüfquote und Höhe des Aufschlages für betrachtetes Quartal
- Anzahl eingegangener Abrechnungen gegliedert nach den einzelnen Krankenkassen.

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

Absatz 5:

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

Absatz 6:

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

Absatz 7:

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

B) Stellungnahme

Der neue § 275c SGB V enthält weitreichende Einschränkungen für die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfung. In 2020 steht der Einschränkung durch eine bundeseinheitliche zehnpromtente Prüfquote je Krankenhaus noch kein Instrument zum Anreiz verminderter Prüfungen gegenüber. Die Vorgabe einer einheitlichen Prüfquote je Krankenhaus lässt keine Differenzierung der Krankenhäuser nach Abrechnungsqualität zu. Gehäuft fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser profitieren de facto im Jahr 2020 von einer gesetzlich vorgegebenen niedrigen Prüfquote. Zu diesem Zeitpunkt greifen die Maßnahmen, die fehlerhafte Abrechnungen reduzieren sollen, überwiegend noch nicht. Der Schlichtungsausschuss Bund wird 2020 noch nicht alle grundsätzlichen Fragen gelöst haben. Die Leistungen im Umfeld des neuen AOP-Katalogs stehen 2020 noch nicht fest und Strukturprüfungen sind 2020 noch nicht in eine einheitliche und ausschließende Prüfung übergegangen. Die Aufschläge auf Differenzbeträge wird es erst 2021 geben. Die gesetzlichen Krankenkassen werden durch die niedrige Prüfquote ohne gleichzeitige prüfentlastende Maßnahmen allein in 2020 gezwungen sein, fehlerhafte Abrechnungen in Höhe von über 1,2 Mrd. Euro hinzunehmen.

Es ist jedoch auch festzuhalten, dass Regelungen enthalten sind, die der GKV-Spitzenverband begrüßt. So sind Regelungen zu Aufschlägen und der Gewinn von Transparenz durch die Statistiken längst überfällig und werden unterstützt. Einige Regelungen schaffen jedoch nicht gewollte Anreize und sind nachzubessern.

Zu Absatz 1:

Ein Großteil der bisherigen Regelungen aus § 275 Absatz 1c SGB V ist unverändert. Es wird klargestellt, dass Klagen gegen das Prüfergebn an die Krankenkassen zu richten sind. Dies ist dem Grunde nach nicht neu. Die Regelung, dass das Prüfergebn bindend für die Krankenkasse ist, ist jedoch ein neuer Aspekt und so nicht nachvollziehbar. Die Prüfung des MD ist selbstverständlich ein entscheidendes Kriterium für die Entscheidung der Krankenkasse, aber eben nicht das einzige. Die Krankenkasse hat infolge von Informationen auch aus anderen Leistungsbereichen (Arzneimittel, ärztliche Behandlung, Pflege etc.) ein umfassenderes Gesamtbild. Zusammen mit dem Prüfergebn des MD führt dies zu einer Einschätzung und letztlich leistungsrechtlichen Entscheidung. Im Bereich der Kodierung (z. B. Verstoß gegen Kodierrichtlinien, OPS-Kodes etc.) ist nicht immer zwingend die medizinische Expertise des MD notwendig, so dass Krankenkassen weiterhin die Hoheit über die abschließende leistungsrechtliche Entscheidung haben müssen. Im Rahmen einer bestehenden MD-Prüfung können sich neue Sachverhalte ergeben. Durch weitere Krankenhausaufenthalte kann es zu Fallzusammenführungen kommen und das MD-Ergebnis des ersten Falls ist hinfällig oder an-

ders zu bewerten. Der MD schließt bisher Begutachtungen unter rein medizinischen Gesichtspunkten ab. Diese sind nicht gleichzusetzen mit einer umfassenden leistungsrechtlichen Prüfung. Es ist keineswegs davon auszugehen, dass die Gutachter des Medizinischen Dienstes stets über die aktuelle Rechtsprechung zu bestimmten Fallkonstellationen informiert sind. Außerdem liegen dem MD-Arzt weder die budgetrechtlichen Informationen der beiden Vertragspartner noch alle weiteren Versicherteninformationen der Krankenversicherung vor, so dass eine abschließende Beurteilung des Falles nicht möglich ist. Die fallabschließende Wirkung des MD-Gutachtens kann sich deshalb nur auf die medizinischen Aspekte des Falls beziehen. Die Krankenkasse muss ggf. vom Prüfergebnis des MD abweichen können, da diese künftig das komplette Prozessrisiko trägt.

Wie bisher ist vorgesehen, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten ist. Diese Regelung ist jedoch nicht mit dem Ansatz der quartalsbezogenen Prüfquote vereinbar und daher abzulehnen. Der Quotenansatz impliziert, dass die Krankenkasse die Fälle mit der höchsten Falschabrechnungswahrscheinlichkeit identifizieren können muss, d. h. ihr müssen sämtliche Abrechnungen des Quartals bekannt sein, um die entsprechenden Fälle für die Prüfung auswählen und dabei die Prüfquote einhalten zu können. Dies ist mit der 6-Wochen-Frist nicht möglich. Eine Abrechnung, die beispielsweise am 1. April eines Jahres bei der Krankenkasse eingegangen ist, müsste spätestens Mitte des Quartals zur Prüfung angezeigt werden. Zu diesem Zeitpunkt ist der Krankenkasse nicht bekannt, welche Abrechnungen noch zu erwarten sind. Sofern am Quartalsbezug festgehalten wird, ist für die Einleitung der Prüfung deshalb eine Frist von 6 Wochen nach Quartalsende festzulegen, um den Krankenkassen die Sichtung aller Abrechnungen eines Quartals zu ermöglichen.

Infolge der gesetzlichen Neuregelung ist es nicht nachvollziehbar, warum die einseitige Schlechterstellung der Krankenkassen in Form einer Aufwandspauschale von 300 Euro unverändert in die neuen Regelungen überführt wird. Hier ist die Chance zu nutzen, die Bestrafung der Krankenkassen abzuschaffen. Die Aufwandspauschale in ihrer jetzigen Form macht keinen Sinn. In den beiden unteren Prüfquotenkategorien (< 60 %) werden die Prüfungen der Krankenkassen stark eingegrenzt. Die Regelung zur Aufwandspauschale als Steuerungsinstrument ist daher obsolet.

Zu Absatz 2:

Schon allein im Jahr 2020 wird die normative Vorgabe einer bundesweiten Prüfquote von 10 % pro Krankenhaus unabhängig vom tatsächlichen Abrechnungsverhalten das System der gesetzlichen Krankenversicherung mindestens 1,2 Mrd. Euro kosten. Vorsichtig angesetzt wird die bisherige durchschnittliche Prüfquote über alle Krankenhäuser (MDK und Vorverfahren

ca. 17,1 %) so stark reglementiert, dass statt der bisherigen 2,8 Mrd. Euro rechnerisch nur noch Prüfergebnisse von 1,6 Mrd. Euro möglich sind. Negative Folgen ergeben sich nicht nur für die Beitragszahler der GKV, sondern auch für die Finanzmittelallokation zwischen den Krankenhäusern. Falschabrechnung führt dazu, dass Krankenhäuser Finanzmittel erhalten, die ihnen nicht zustehen. Das Prinzip der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern wird damit untergraben. Problematisch ist ferner, dass die Kalkulationsgrundlage des DRG-Systems beschädigt wird: Werden falsch abgerechnete Fälle aufgrund zu niedriger Prüfquoten kaum identifiziert, gehen sie mit falsch hohen (bzw. zu niedrigen) Kosten in die Kalkulation von Leistungen ein. Als Folge kann keine sachgerechte Bewertung der Fallpauschalen untereinander vorgenommen werden. Es entstehen damit Fehlanreize im Vergütungssystem, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

Bereits heute sind schlecht und überhöht abrechnende Krankenhäuser bekannt. Diese sind aktuell mit berechtigten Prüfquoten von deutlich über 10% belegt. Daher sollte für Einzelfälle die Möglichkeit höherer Prüfquote geschaffen werden. Ansonsten werden gerade schlecht abrechnende Krankenhäuser belohnt und profitieren am meisten von der Prüfungsbegrenzung. Die Einführung von Quotenregelungen wird den Aufwand bei allen Beteiligten nicht begrenzen, sondern neue und sehr unterschiedliche Anreize setzen.

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

Der Gesetzgeber gibt bei den neuen Statistiken vor, bei der Prüfquote das Verhältnis der geprüften MD-Fälle, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben, zu den abgeschlossenen Prüfungen heranzuziehen. Dies ist bei der derzeitigen MDK-Prüfdauer bis zum nächsten Folgequartal faktisch unmöglich, weil die Prüfergebnisse des MDK noch nicht vorliegen werden (gemäß PrüfvV sind elf Monate als Dauer des Prüfverfahrens möglich). Es ist deshalb angezeigt, einen größeren Zeitversatz im Gesetz zu regeln (fünf Quartale). Dieser Zeitversatz stellt sicher, dass die eingeleiteten Prüfungen ins Verhältnis ihrer Prüfergebnisse gesetzt werden. Bleibt der Gesetzgeber bei dem Ansatz -Folgequartal- werden nicht zusammengehörende Fälle ins Verhältnis gesetzt und haben nichts mit einer realen Prüfquote zu tun.

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

Die Prüfquoten von max. 5 % und max. 10 % sind zu gering. Diese Quotierung senkt die möglichen Prüfungen teilweise bis auf ein Viertel und weiter im Vergleich zum heutigen Stand. Die Quoten schließen Krankenkassen mit einer zu geringen Fallzahl in bestimmten Krankenhäusern sogar systematisch aus. Es sollte eine Regelung aufgenommen werden, die eine Mindestanzahl von zehn Prüfungen zulässt, auch wenn der Prozentwert eine zu prüfende Anzahl < 1 im Quartal ergeben würde. Das gleiche gilt nicht nur für Krankenkassen sondern auch für Krankenhäuser, die im Quartal zwar kostenintensive, aber zu wenige Abrechnungsfälle haben, um mindestens zehn zu prüfenden Fälle je Krankenkasse zu erreichen. Des Weiteren gibt es Krankenhäuser, die von wenigen Krankenkassen sehr stark belegt werden (z. B. stark regional organisierte Krankenkassen). Es haben sich dabei über die Jahre Erfahrungen in der Abrechnungsprüfung aufgebaut. Eine Prüfquote in der geringen Höhe würde das Prüfverhalten drastisch einschränken. In diesen Fällen sollten höhere Prüfquoten zulässig sein.

Die Ausnahme von der Prüfquote mit einer Anzeige gegenüber der Landesbehörde soll systematisches Unterlaufen der Regelungen verhindern und wird in ihrer jetzigen Formulierung ausdrücklich begrüßt. Das gemeinsame Vorgehen sollte durch ein mehrheitliches Vorgehen ersetzt werden.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass keine wesentlichen Ausgabensteigerungen bei den Krankenkassen zu erwarten sind. Dieser Aussage wird klar widersprochen. Es wird übersehen, dass im Jahr 2020 noch keine wesentliche prüfentlastende Maßnahme umgesetzt ist (Schlichtungsausschuss Bund, AOP-Leistungen, Aufschläge auf Differenzbeträge, Strukturprüfungen) und einzig die Prüfung der Krankenkassen auf 10 % begrenzt wird. Der GKV-Spitzenverband geht von beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen aus. Aufbauend auf dem Referentenentwurf wird folgende Vorgehensweise gefordert:

	2020	2021	2022	Erläuterung
<i>bundesweite Prüfquote</i>	max. 17,1 %	-	-	Im Jahr 2020 wirken die Anreize für den Rückgang von Prüfungen noch nicht. Bereits ein Umstieg von einer durchschnittlichen auf eine maximale Prüfquote hat weitreichende Konsequenzen.
<i>Prüfquote je Krankenhaus, je Quartal</i>				
korrekte Abrechnungen \geq 60 %		max. 7,1 %	algorithmisch	2021: erste gesetzliche Anreize (Schlichtungsausschuss Bund, Strukturprüfungen, Aufschläge auf Differenzbeträge) 2022: individuelle algorithmische Prüfquotenberechnung
korrekte Abrechnungen $<$ 60 % und \geq 40 %		max. 12,1 %	algorithmisch	
korrekte Abrechnungen $<$ 40 %		keine Begrenzung	keine Begrenzung	

Im Jahr 2022 wird eine algorithmische Prüfquotenberechnung eingeführt. Die Prüfquote wird nicht mehr normativ und damit willkürlich festgelegt. Aus den Ergebnissen der neuen Statistiken und Erhebungen berechnet der GKV-Spitzenverband die Prüfquoten und Aufschläge rechnerisch neu. Es darf nicht dazu kommen, dass künftig über 1,2 Mrd. Euro bundesweit ohne Prüfung der Krankenkassen an Krankenhäuser bei fehlerhaften Abrechnungen überwiesen werden.

Zu Absatz 3:

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

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

Zu Absatz 4:

Die Regelung zur Einführung neuer Kennzahlen ist Grundvoraussetzung für die Quotierung und die Veröffentlichung der Daten ein erster begrüßenswerter Schritt in Richtung Transparenz. Es wird damit sichergestellt, dass eine einheitliche und verbindliche Datengrundlage vorliegt.

In der Begründung ist aufgeführt, dass als Zuordnung zu dem Quartal das Rechnungsdatum herangezogen wird. Dies ist zu korrigieren. Dies ist ein Datum, welches durch das Krankenhaus selbst festgelegt werden kann und damit einseitig bestimmbar. Es sollte hier ganz klar auf das Entlassungsdatum des Krankenhauses abgestellt werden. Dadurch ist sichergestellt, dass der Fall auch abgeschlossen ist und die medizinischen Informationen vorliegen. Es handelt sich um ein festes Datum, welches sich aus den Behandlungsdaten ableiten lässt. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber bei der rechnungsbegründenden Unterlage stets von der Rechnung spricht. Die rechnungsbegründende Unterlage ist jedoch die Entlassungsanzeige. Dort sind die Behandlungsdaten (z. B. auch das Entlassungsdatum), aber auch die medizinischen Daten (OPS etc.) enthalten. Zu dieser rechnungsbegründenden Unterlage gibt es mindestens eine oder mehrere Rechnungen (z. B. Zwischenrechnungen). Die Entlassungsanzeige ist die verbindliche Grundlage, die zusammen mit den Rechnungen nicht geändert werden darf. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Prüfverfahren erst mit Vorliegen von Entlassungsanzeige und Rechnung möglich ist. Das Nähere hierzu wird vom GKV-Spitzenverband in den Verfahrensgrundsätzen geregelt.

Die Vorgabe des Gesetzgebers setzt die Anzahl der im zu betrachtenden Quartal eingeleiteten Prüfungen zu den im gleichen Monat erhaltenen Abrechnungen ins Verhältnis. Die Prüfquote wird immer einen zeitlichen Versatz haben, da einige Prüfungen der im Quartal erhaltenen Abrechnungen erst nach der Sechs-Wochen-Frist (z. B. im nächsten Quartal) eingeleitet werden. Diese werden dann zwar im nächsten Monat berücksichtigt, es sei jedoch darauf hingewiesen, dass bei einer plötzlich ansteigenden Prüfquote die dazugehörigen Fälle nicht zwingend aus dem gleichen Quartal kommen müssen. Diese Vorgehensweise ist sinnvoll jedoch bei der Interpretation der Daten zu beachten.

Die Frist zur Erstellung der verbindlichen Prüfquote und der anderen gesetzlich vorgesehenen Daten beträgt für den GKV-Spitzenverband vier Wochen. Nach einer ersten Einschätzung kann dies nur gewährleistet werden, wenn die Daten automatisiert aus den Datenbeständen (§ 301 Absatz 1 SGB V) und ohne Versichertenbezug von den Krankenkassen generiert werden. Es wird notwendig, kurzfristig organisatorisch-technische Voraussetzungen beim GKV-Spitzenverband zu schaffen (z. B. eine einheitliche Schnittstelle, automatisierter Abruf), die eine Umsetzung zum 30.05.2020 ermöglichen. Bei den derzeitigen technischen Vorlaufzeiten

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

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

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

Zu Absatz 5:

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

Zu Absatz 6:

Nummer 1: Die Abzahlung des Pflegebudgets soll keine neuen Prüfansätze generieren. Die Formulierung des Gesetzgebers ist anzupassen, weil diese dazu führt, dass die Verweildauer einer aDRG (DRG ohne Pflege) mit der Verweildauer in Bezug auf die Pflage tage auseinanderläuft. Führt eine Einzelfallprüfung zu einer anderen DRG (z. B. „leichtere“ DRG mit einer anderen Verweildauer), führt die gesetzliche Regelung dazu, dass die Verweildauertage in Bezug zur Pflege größer sind als die neue Verweildauer der neuen aDRG. Dies ist auf jeden Fall zu verhindern, es darf keine unterschiedlichen Verweildauerzählweisen in demselben Fall geben. Aus diesem Grund ist die zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband gefundene Kompromisslösung im Rahmen einer DRG-Grundlagenvereinbarung zur Umsetzung des Pflegeerlöskatalogs 2020 heranzuziehen:

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

Nummer 2: Die Prüfung von Strukturmerkmalen darf nur insoweit ausgeschlossen sein, als diese auf die Strukturvoraussetzungen begrenzt wird. Die im OPS enthaltenen leistungs- und damit einzelfallbezogenen Kriterien sind weiterhin Gegenstand der Einzelfallprüfung.

Zu Absatz 7:

In den Prüfmitteilungen des Bundesrechnungshofes (BRH) wurde das Thema „Sondervereinbarungen der Krankenkassen und Krankenhäuser“ bereits adressiert. Dem GKV-Spitzenverband sind weder die Krankenkassen bekannt noch – mit Ausnahme der in der Prüfmitteilung des BRH gemachten ausschnittartigen Angaben – die Vereinbarungen selbst, so dass eine Beurteilung nicht erfolgen kann. Der GKV-Spitzenverband spricht sich für die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften aus und ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts in besonderem Maße an Recht und Gesetz gebunden. Gleiches gilt für die gesetzlichen Krankenkassen. Generell geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass sich gesetzliche Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ebenfalls rechtskonform verhalten. Etwaige rechtswidrige Vereinbarungen werden abgelehnt. Insoweit ist Absatz 7 eine Klarstellung und konsequent, da solche etwaigen Vereinbarungen nicht zulässig sind.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 sind die Worte „nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse“ zu ersetzen durch „nach Ablauf des Prüfquartals nach Absatz 2 Satz 1“ zu ersetzen.

In Absatz 1 ist Satz 2 zu streichen:

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

In Absatz 1 ist Satz 4 zu streichen:

~~„Die Krankenkasse ist an das Ergebnis der Prüfung durch den MD gebunden.“~~

In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „des vorvergangenen Quartals“ ersetzt durch „vor fünf Quartalen“

In Absatz 2 werden die Worte „bis zu 10 Prozent“ durch die Worte „bis zu 17,1 Prozent“ ersetzt

In Absatz 2 Nummer 1 werden die Worte „bis zu 5 Prozent“ durch die Worte „bis zu 7,1 Prozent“ ersetzt.

In Absatz 2 Nummer 2 werden die Worte „bis zu 10 Prozent“ durch die Worte „bis zu 12,1 Prozent“ ersetzt.

In Absatz 2 Satz 2 wird Nummer 3 gestrichen.

In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 (neu) eingefügt:

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

Absatz 2 Satz 3 (alt) wird Satz 4 (neu). Die Worte „im vorvergangenen Quartal“ werden gestrichen.

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

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

In Absatz 2 Satz 4 (alt) werden nach den Wörtern „eine Prüfung nach Absatz 1“ die Wörter „von einer oder mehreren Krankenkassen“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 5 (alt) wird das Wort „gemeinsam“ gestrichen.

In Absatz 3 wird ein neuer Satz 3 eingefügt: „Der Aufschlag nach Satz 2 beträgt mindestens 300 Euro.“

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

„Als Zuordnung zum Auswertungszeitraum gilt das Entlassungsdatum.“

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Strukturprüfungen sollen auf der Grundlage von OPS-Kodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nun durch den Medizinischen Dienst (MD) oder „andere Gutachterdienste“ vor der Leistungserbringung erfolgen. Die Grundlagen der Begutachtung legt der Medizinische Dienst Bund fest. Krankenhäuser, die strukturelle Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

Absatz 2:

Die Krankenhäuser erhalten eine Bescheinigung über das Ergebnis der Strukturprüfung durch den MD und „andere Gutachterdienste“ mit der Dauer der Erfüllung der Strukturkriterien.

Absatz 3:

Die Ergebnisse der Strukturprüfung sind an die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummern 1 und 2 KHG bis zum 31. Dezember des Vorjahres des Vereinbarungsjahres zu übermitteln.

Absatz 4:

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

Absatz 5:

Die Finanzierung der Prüfung von Strukturmerkmalen durch den MD und die sog. „anderen Gutachterdienste“ wird festgelegt. Die dem MD entstehenden Kosten werden, wie bisher, durch eine Umlage aus den Beiträgen der GKV aufgebracht. Die „anderen Gutachterdienste“ werden von den geprüften Krankenhäusern selbst getragen.

B) Stellungnahme

Die strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung (z. B. die Strukturmerkmale der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung 8-98f oder der geriatrischen Frührehabilitation 8-550) konnten von den Krankenkassen oft nur im Rahmen von Einzelfall-

prüfungen durch den MDK geprüft werden, weil viele Krankenhäuser und Landeskrankenhausesellschaften eine Rechtsgrundlage von Strukturprüfungen bestritten und deswegen diese Strukturprüfungen verweigerten. Die Folge war ein erheblicher Aufwand für alle Beteiligten mit fehlender Planbarkeit für Krankenhäuser, Krankenkassen und Bundesländer bezüglich der Abrechnungsbefugnis für viele versorgungskritische Leistungen. Als Folge dieser Unklarheit über die Abrechnungsbefugnis kam es zu rechtlichen Auseinandersetzungen am Einzelfall (z. B. geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung, Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, intensivmedizinische Komplexbehandlungen).

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

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

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

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

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

Problematisch ist hingegen die Einführung „anderer Gutachterdienste“ neben dem MD. Diese anderen Gutachterdienste werden gemäß § 275d Absatz 5 SGB V von den Krankenhäusern selbst bezahlt. Es werden nun Gutachterdienste entstehen, die den Krankenhäusern hinsichtlich des Ergebnisses „großzügige“ Strukturprüfungen anbieten. Inwieweit die bis zum

30.04.2020 vom Medizinischen Dienst Bund zu erlassende Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Nummer 2 SGB V dies zu verhindern mag und ein standardisiertes, vergleichbares Vorgehen sowie transparente, vergleichbare Ergebnisse der Begutachtung gewährleisten kann, bleibt fraglich. Die Prüfungsergebnisse dieser „anderen Gutachterdienste“ wären für die Krankenkassen im Zweifelsfall nicht überprüfbar, die Unabhängigkeit dieser „anderen Dienste“ wäre aufgrund finanzieller Interessen gefährdet.

Der Gesetzgeber will einerseits die MD zur Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit aus dem Krankenkassensystem herauslösen und schafft gleichzeitig einen neuen hochlukrativen Markt für Gefälligkeitsgutachten zugunsten der Krankenhäuser, die diese „Gutachten“ zu ihren eigenen Strukturmerkmalen letztendlich aus Versichertenmitteln finanzieren. Dies wird abgelehnt.

Aufgrund von Personalfuktuation oder Umstrukturierungen in Krankenhäusern kann es im Geltungszeitraum der Bescheinigung über die bestandene Strukturprüfung nach Absatz 2 zu einer unterjährigen Nichterfüllung kritischer Strukturmerkmale kommen. Über diese Veränderungen muss das Krankenhaus informieren und ein neues Gutachten über die veränderten Maßnahmen erstellt werden.

Das Vorhaben einer einheitlichen Strukturprüfung wird sehr begrüßt. Die Einführung eines neuen Betätigungsfeldes für krankenhaushfreundliche Gutachterdienste wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 wird die Passage ~~„oder durch einen anderen Gutachterdienst“~~ gestrichen.

In Absatz 1 Satz 3 wird die Passage ~~„oder an den anderen Gutachterdienst“~~ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 1 wird die Passage ~~„oder von dem anderen Gutachterdienst“~~ gestrichen.

In Absatz 3 wird anstelle von „den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Worte „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ eingefügt.

In Absatz 5 wird Satz 2 gestrichen.

Es wird ein neuer Absatz 6 wie folgt gefasst: „Kommt das Krankenhaus seiner Verpflichtung zur Mitteilung von Veränderungen der Strukturmerkmale nicht nach, hat es zuzüglich der unberechtigt entstandenen Mehrerlöse eine Sanktionszahlung in Höhe von 50 von Hundert der Differenzsumme an die Kostenträger zu erstatten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10c

§ 276 Absätze 2, 2a und 4 Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 278 (neu) Medizinischer Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

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

Absatz 2:

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

Absatz 3:

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

Absatz 4:

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

B) Stellungnahme

Die bundesweite Überführung aller MD in den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts wird begrüßt. Nicht ausgeschlossen ist es, dass die Leistungen der MD als (umsatz-) steuerbar angesehen werden. Insofern sollte klargestellt werden, dass die Leistungen nicht der Umsatzsteuer unterliegen.

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

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung und die gravierende Einschränkung der Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11 – §§ 279, 281 und 283).

Die Vertreterinnen und Vertreter der Patienten und Pflegebedürftigen sowie Pflegeberufe sind bereits über die Beiräte beteiligt. Diese Regelung erscheint ausreichend. Darüber hinaus ist eine Regelung, die Akteure mit einer Entscheidungskompetenz ausstattet, aber nicht an der Finanzierung beteiligt, nicht nachzuvollziehen.

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

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 279 (neu) Verwaltungsrat und Vorstand

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absätze 1 bis 4:

Organe der Medizinischen Dienste (MD) sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand. Die Aufgaben des Verwaltungsrates werden bestimmt. Der Verwaltungsrat besteht zukünftig aus 16 Vertretern, die von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt werden, davon:

- 6 Vertreter auf Vorschlag der Verwaltungsräte oder der Vertreterversammlungen der Landesverbände der Krankenkassenarten. Dabei sind Personen ausgeschlossen, die Mitglied eines Verwaltungsrates einer Kasse oder ihrer Verbände sind oder es 12 Monate vor Benennung waren. Für MD mit Zuständigkeit für weniger als 1 Million Mitglieder kann die Anzahl im Verwaltungsrat auf 3 halbiert werden. Die Benennung soll entsprechend der Mitgliederzahl der Krankenkassen angemessen für die Vertretung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer erfolgen.
- 6 Vertreter auf Vorschlag der Verbände der Patientenorganisationen und der Organisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene.
- 4 Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.

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

Absatz 5:

Die Regelungen für den künftigen Vorstand der MD entsprechen denjenigen für den Geschäftsführer gemäß § 279 Absatz 4 (alt).

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung und die gravierende Einschränkung der Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen ab:

Die Verlagerung der Bestellung der Verwaltungsräte der MD weg von den Krankenkassen und zukünftig auf die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde wird abgelehnt. Die politischen Einflussnahmemöglichkeiten der Länder auf die MD werden erhöht und sind in ihren Auswirkungen unkalkulierbar.

Die bestehenden Verwaltungsräte der MDK – als bislang unabhängig konstituierte und durch Sozialwahlen legitimierte Institutionen der sozialen Selbstverwaltung – verlieren ihre Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung. Die vorgesehene Ausschaltung der Selbstverwaltung hat zur Folge, dass die sozialpartnerschaftliche Mitbestimmung nicht mehr zum Tragen kommt. Die Interessen der Versichertengemeinschaft müssen weiterhin angemessen Berücksichtigung finden. Zudem ergibt sich mit der Begrenzung auf sechs Vertreter der Krankenkassen die Frage, inwieweit eine für die Kassenlandschaft repräsentative Zusammensetzung des Verwaltungsrates gewährleistet werden kann.

Zudem sollen Leistungserbringer nunmehr durch die Mitverantwortung bei der Gestaltung von Richtlinien über die Inhalte der gutachterlichen Prüfung entscheiden. Gerade aufgrund dieser Möglichkeit zur interessengeleiteten Einflussnahme ist eine Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes nicht mehr gegeben. Durch die Neuorganisation werden künftig diejenigen mitentscheiden, deren Leistungserbringung geprüft werden soll und die nicht zur Finanzierung beitragen.

Während bei den Kassen die Vertreter nicht aus dem Hauptamt und aus der aktiven sozialen Selbstverwaltung kommen dürfen, gilt dies für die anderen entsendeberechtigten Organisationen nicht. Es ist unverständlich, weshalb die Unvereinbarkeitsregel nur für die Verwaltungsräte der Krankenkassen, nicht jedoch für die Leistungserbringer gelten soll. Gerade hier besteht ein großes Potential für Interessenkonflikte, die dringend auszuschließen sind.

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

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 280 (neu) Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Ungeachtet der Neuorganisation soll die Finanzierung weiterhin alleine durch die Krankenkassen erfolgen. Dies widerspricht dem Grundsatz, dass eine Entscheidungsverantwortung mit einer Finanzverantwortung einhergeht. Ein Festhalten an der Finanzierung des MD allein durch die Krankenkassen wäre bei Umsetzung der Neuregelungen nicht haltbar.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Organe des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) werden der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand bestimmt. Die nach geltendem Recht bestehende Mitgliederversammlung des MDS entfällt. Der Verwaltungsrat des MD Bund wird entsprechend der neuen Regelung für die Verwaltungsräte der MD – gemäß § 297 Absatz 3 (neu) – mit drei Vertretergruppen mit jeweils sechs Vertretern der Krankenkassen, sechs Vertretern der Patientenorganisationen und vier Vertretern der Pflegeberufe und der Landesärztekammern besetzt.

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

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

B) Stellungnahme

Die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes lehnt der GKV-Spitzenverband insbesondere mit Blick auf die Ausschaltung der Selbstverwaltung und die gravierende Einschränkung der Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen ab:

Die tiefgreifende Umstrukturierung des Verwaltungsrates des MD Bund und die einseitig für die Vertretung der Krankenkassen und der sozialen Selbstverwaltung vorgesehenen Unvereinbarkeitsregelungen für die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat werden grundsätzlich abgelehnt. Mit der Beteiligung von Interessenverbänden und Berufsvertretungen mit einer deutlichen Stimmenmehrheit (10 von 16) gegenüber der Kassen- bzw. Krankenversicherungsseite kommt die sozialpartnerschaftliche Mitbestimmung nicht mehr zum Tragen. Dies ist strikt abzulehnen.

Zudem sollen Leistungserbringer nunmehr durch die Mitverantwortung bei der Gestaltung von Richtlinien über die Inhalte der gutachterlichen Prüfung entscheiden. Gerade aufgrund dieser Möglichkeit zur interessengeleiteten Einflussnahme ist eine Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes nicht mehr gegeben. Der Medizinische Dienst ist bereits heute neutral. Durch die Neuorganisation werden diejenigen mitentscheiden, deren Leistungserbringung geprüft werden soll und die nicht zur Finanzierung beitragen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 283 (neu) Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

- 1) Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD,
- 2) Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
- 3) Regelmäßige Begutachtung von Strukturmerkmalen nach § 275d (neu) durch MDK und andere Gutachterdienste bis zum 30.04.2020,
- 4) Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten,
- 5) Beauftragung externer Gutachter durch die MD,
- 6) Systematische Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD,
- 7) Statistische Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals,
- 8) Regelmäßige Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie
- 9) Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Die o. g. Richtlinien sind für die MD verbindlich, bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und sind durch den MD Bund innerhalb einer halbjährlichen Frist nach seiner Konstituierung zu erlassen. Vor dem Erlass von Richtlinien des MD Bund müssen umfangreiche Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern, maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen sowie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz durchgeführt werden.

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

B) Stellungnahme

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

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

Die Kompetenzzentren (KC) von MDS/MDK spielen derzeit bei der Unterstützung des GKV-Spitzenverbandes eine herausgehobene Rolle. Sie werden hälftig vom MDS (d. h. derzeit vom GKV-Spitzenverband) und vom MDK-System finanziert. Diese Konstruktion ist im Gesetz nicht erwähnt. Es werden hierfür weder spezifische Nachfolge- noch Übergangsregelungen getroffen. Ob der MD Bund in neuer Ausgestaltung bereit sein wird, weiterhin die hälftige Finanzierung dieser KC zu übernehmen, ist offen. Der GKV-Spitzenverband hätte nach neuer Rechtslage keinen Einfluss mehr auf die Entscheidung darüber, welche medizinische Expertise in welchem personellen Umfang zur Verfügung steht.

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

Auswirkungen der Übertragung der Richtlinienkompetenz

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

MDK-Geschäftsführerkonferenz), durch den MDS-Vorstand nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen beschlossen und dem GKV-Spitzenverband zur Abstimmung und Beschlussfassung zugeleitet.

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

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

durch den GKV-Spitzenverband erlassen.

Der Regelungsinhalt der Richtlinien umfasst für den jeweiligen Begutachtungsbereich insbesondere die leistungs-, vertrags- und sonstigen rechtlichen Grundlagen unter Berücksichtigung der vorliegenden Rechtsprechung und Rechtsauslegung, die an diesen sozialrechtlichen Rahmen anknüpfenden sozialmedizinisch relevanten Grundlagen und Anforderungen an die Begutachtung, prozessuale Regelungen zur Beauftragung und Ergebnismitteilung sowie weitergehende Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten und den Krankenkassen. Die Richtlinien regeln damit gemeinsam und einheitlich für die Medizinischen Dienste und die Krankenkassen umfassend die Prozesse, Inhalte und Grundsätze der Zusammenarbeit, die für reibungslose Verfahren zwischen den Krankenkassen und Medizinischen Diensten erforderlich sind. Durch das dargestellte Verfahren mit Gremienbeschlüssen auf Seiten der MDK-Gemeinschaft und der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes auf Seiten der GKV sind die Richtlinien sowohl für die Medizinischen Dienste als auch für die Krankenkassen verbindlich. Solche für beide Seiten verbindliche und damit verlässliche Regelungen sind nicht nur in Bezug auf die Verwertbarkeit und Akzeptanz der Begutachtungsergebnisse, sondern auch im Hinblick auf die Gestaltung der – zunehmend digitalen – Arbeitsprozesse sowie weitere verwaltungsverfahrensrechtliche Aspekte, wie z. B. die Sicherstellung der Einhaltung der Fristenregelungen des § 13 Absatz 3a SGB V oder der §§ 14 ff. SGB IX und rechtssichere Verfahren bei Widersprüchen, unerlässlich.

Dem werden die im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen in keiner Weise gerecht. Der Referentenentwurf sieht ohne weitere Konkretisierungen zu den Inhalten

der Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung vor, dass der Medizinische Dienst Bund Richtlinien erlässt, die nur für die Medizinischen Dienste verbindlich sind. Dem GKV-Spitzenverband soll lediglich ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden. Abgesehen von den damit nicht einheitlich geregelten prozessualen Rahmenbedingungen der Beauftragung zwischen Medizinischen Diensten und Krankenkassen liegt dem ganz offensichtlich auch ein Verständnis zum Regelungscharakter der Richtlinien und zum Kompetenzbereich der Medizinischen Dienste zugrunde, das nicht haltbar ist.

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

Sofern hingegen mit den beabsichtigten Regelungen dem Medizinischen Dienst Bund die Kompetenz zugesprochen werden sollte, leistungs- und vertragsrechtliche Grundlagen sowie Beurteilungsmaßstäbe für die Begutachtung verbindlich festzulegen, würde dies unzweifelhaft den Aufgabenbereich des Medizinischen Dienstes Bund überschreiten, der auf die Koordination und Förderung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung durch die Medizinischen Dienste sowie die Beratung des GKV-Spitzenverbandes ausgerichtet ist (siehe § 283 Absatz 1 SGB V (neu)), jedoch zu Recht keinerlei Gestaltungskompetenzen mit Wirkung für die Krankenkassen aufweist. Diese Systematik könnte zudem dazu führen, dass der Medizinische Dienst Begutachtungen im Auftrag der Krankenkassen durchführt und dabei auf der Grundlage der einseitig für ihn verbindlichen Richtlinien Maßstäbe anlegt, die nicht mit leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen oder Rechtsauslegungen der GKV übereinstimmen. Die Ergebnisse der Begutachtungen des Medizinischen Dienstes wären damit für die Krankenkassen, die die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit ihrer Leistungsentscheidungen tragen, nicht verwertbar. Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die GKV ist es deshalb von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen der Medizinischen Dienste mit der Rechtsauslegung der GKV übereinstimmen.

Aus den genannten Gründen wird die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Medizinischen Dienst Bund abgelehnt. Nur durch ein Festhalten an der bewährten Struktur abgestimmter, einheitlich ausgerichteter und sowohl für die Krankenkassen als auch die Medizinischen Dienste verbindlicher Begutachtungsgrundlagen können die Aufgaben der Sozialmedizinischen Dienste sachgerecht wahrgenommen und die Ergebnisse der Begutachtungen den Leistungsentscheidungen der Krankenkassen zugrunde gelegt werden. Die Unabhängigkeit

der Gutachter bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Einzelfallbegutachtung wird durch die notwendige einheitliche Definition der Begutachtungsgrundlagen mittels vom GKV-Spitzenverband erlassener Richtlinien nicht in Frage gestellt.

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

Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern

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

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 295 Abrechnung ärztlicher Dienstleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a):

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

Buchstabe b):

Die Prozedurenschlüssel sind verbindlich für die Abrechnung der erbrachten Leistung.

Buchstabe c):

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

~~„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 2 und den Prozedureschlüsseln nach Satz 4 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“~~

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 301 Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a):

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

Buchstabe b):

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

Buchstabe c):

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

B) Stellungnahme

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

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

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

§ 301 Absatz 2 vorgeschlagen. Um Streitigkeiten zu vermeiden, stellt ein zusätzlicher Satz klar, dass die Prüfung von Strukturmerkmalen eine Einzelfallprüfung nicht verhindert.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 ist Satz 4 (alte Fassung) zu streichen.

Die folgenden Sätze werden an Absatz 2 angefügt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

Die folgenden Änderungen gelten bereits mit Inkrafttreten für den MDS:

- Die fachliche Unabhängigkeit nichtärztlicher Gutachterinnen und Gutachter,
- Die Genehmigungspflicht des Haushaltes durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie
- Die Erlasskompetenz von Richtlinien über die regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V und der Richtlinie Personalbedarfsermittlung gemäß § 328 (neu) SGB V.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes – einschließlich der entsprechenden Übergangsvorschriften – ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11).

Die explizite gesetzliche Normierung der fachlichen Unabhängigkeit auf nichtärztliche Gutachterinnen und Gutachter für die MDK und den MDS wird begrüßt.

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 328 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

- Die Benennung des Verwaltungsrates durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes innerhalb von sechs Monaten (vorauss. bis Ende Juni 2020),
- Die Einladung zur konstituierenden Sitzung des neuen Verwaltungsrates durch den bisherigen Vorsitzenden des jeweiligen MDK-Verwaltungsrates (vorauss. nach Benennung bis Ende Juni 2020),
- Der Beschluss der Satzung durch den neu konstituierten Verwaltungsrat innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende September 2020),
- Die Entscheidung über die neue Satzung durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes nach Erhalt innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende Dezember 2020) sowie
- Die Bekanntmachung des Zeitpunktes des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes (=Konstituierungs-Zeitpunkt für Medizinische Dienste und zugleich Zeitpunkt der Integration des SMD RV KBS auf MD) – (vorauss. bis Ende Dezember 2020).
- Die Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) der DRV Knappschaft-Bahn-See für die GKV und SPV gehen auf den jeweils ortsansässigen MD über. Die MD treten in die Rechte und Pflichten des SMD aus den Dienst-, Versorgungs- und Arbeitsverhältnissen mit den Personen ein, die bei einer Dienst- oder Außenstelle des SMD im Bezirk des jeweiligen MD beschäftigt sind und dort Aufgaben des MD wahrnehmen.

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

- Die Benennung der Vertreter der Verwaltungsräte MD durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes (vorauss. innerhalb von sechs Monaten – bis Ende Juni 2020),
- Die Wahl der Vertreter des Verwaltungsrates des MD Bund durch die Verwaltungsräte der MD innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende September 2020),
- Daraufhin konstituierende Sitzung des Verwaltungsrates des MD Bund auf Einladung des bisherigen Vorsitzenden des Verwaltungsrates des MDS,
- Der Beschluss der Satzung des MD Bund durch den neu konstituierten Verwaltungsrat des MD Bund innerhalb von sechs Monaten (vorauss. bis Ende März 2021) sowie
- Die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit über neue Satzung MD Bund innerhalb von drei Monaten (vorauss. bis Ende Juni 2020).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes – einschließlich der entsprechenden Übergangsvorschriften – ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11).

Zum Aufgabenübergang des SMD positioniert sich der GKV-Spitzenverband nicht. Anzumerken ist, dass ungeklärt bleibt, wie mit Pensionsrückstellungen und -lasten umzugehen ist, die bei den bisherigen Anstellungsträgern vorgenommen wurden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2:

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

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

Neuer Absatz 2a:

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

Neuer Absatz 2b:

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

Neuer Absatz 6:

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

zum Ergebnis der Nachverfahren und zu den Ergebnissen der Prüfungen erhoben. Diese sind bundesweit und nach MD zu gliedern. Krankenkassen werden verpflichtet, die erforderlichen Daten bis zum 30. April des Folgejahres zu melden. Einige Angaben entfallen für die Berichte in den Jahren 2020 und 2021. Die näheren Einzelheiten legt der GKV-Spitzenverband bis zum 31.03.2022 fest; DKG und MD sind einzubeziehen.

Neuer Absatz 7:

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

B) Stellungnahme

Absatz 2:

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

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

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

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

In der Vorgabe des Gesetzgebers gibt es noch Klarstellungsbedarf. Es ist klarzustellen, dass der Datenaustausch nicht nur die Übermittlung von Unterlagen/Fallakten elektronisch sicherstellen, sondern auch den Informationsaustausch abbilden soll (z. B. elektronische Einleitung des Prüfverfahrens, elektronische Abstimmung von Terminen, Quittierungen von Nachrichten etc.).

Krankenhäuser und Krankenkassen tauschen die Daten zur Abrechnung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V elektronisch aus. Künftig tauschen ebenfalls Krankenhäuser und MD ihre Informationen auf dieser gesetzlichen Grundlage elektronisch aus. Einzig der Austausch der Daten zwischen Krankenkassen und MD ist bisher ohne gesetzliche Vorgabe. Der Gesetzgeber regelt nun die notwendigen Digitalisierungsanforderungen im Rahmen der MD-Prüfung. Deshalb wird vorgeschlagen, eine solche gesetzliche Regelung mit vorzusehen.

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

Neuer Absatz 2a:

Diese Regelung wird begrüßt. In der Begründung wird ausgeführt, dass Krankenhausrechnungen nicht mehr korrigiert werden dürfen. Im derzeitigen Abrechnungsverfahren gibt es eine Kombination aus Entlassungsanzeige, in dieser sind die medizinischen Informationen (OPS, ICD, Geschlecht, Alter, Kodierung etc.) enthalten, und dazugehörig mindestens einer Rechnung (es kann z. B. zusätzlich Zwischenrechnungen geben), in der die Entgelte mit ihren Preisen enthalten sind. Das Gesetz spricht von „zahlungsbegründender Unterlage“. Dies ist aus Sicht der Abrechnung die Entlassungsanzeige. Es sollten keine medizinischen Informationen korrigiert werden dürfen. Zum anderen sollte es nicht möglich sein, z. B. in Nachtragsrechnungen (Rechnungen nach der Abschlussrechnung) weitere Rechnungspositionen nachzufordern (vergessene Entgelte o. ä.).

Der Ausschluss weiterer Prüfungen durch die Krankenkasse oder den MD ist in Kombination mit der verbindlichen zahlungsbegründenden Unterlage zu bewerten. Dieser Ausschluss kann so nicht erfolgen. Es kann Konstellationen geben, in denen Krankenkassen Informationen zu Abrechnungen erhalten, die eine erneute Befassung mit der Sachlage notwendig macht (z. B. Fehlverhalten, staatsanwaltliche Prüfungen). Es wird hierbei auf die Ausführungen zum Fehlverhalten (vgl. hierzu Stellungnahme zu § 275c Absatz 2 SGB V) verwiesen. Diese Regelung

ist zu streichen, alternativ sind die Sätze 2 und 3 zu tauschen, so dass abweichende Regelungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband auch für diesen Sachverhalt möglich sind.

Die Möglichkeit, eine abweichende Regelung nur für die Krankenhäuser zu ermöglichen, ist abzuändern und wird abgelehnt. Wenn es eine Regelung geben sollte, in der man von der Verbindlichkeit abweichen will, muss diese Möglichkeit ebenfalls für die Krankenkassen eröffnet werden. Dies würde sonst dazu führen, dass man einseitig Änderungen zulässt, aber weitere Prüfungen ausschließt.

Neuer Absatz 2b:

Diese Regelung wird begrüßt, ist jedoch zu ergänzen. Abweichend vom Prüfergebnis des MD können bestehende Ungewissheiten beseitigt und ein Vergleich vereinbart werden. In der Begründung wird dieses Vorgehen unter dem bisherigen Begriff des Falldialogs zusammengefasst. Dieser ist bisher für Gespräche *vor einer MD-Prüfung* vorgesehen. Das Verfahren vor Klagerhebung (Nachverfahren) ist derzeit nach Anzeige des Krankenhauses möglich. Hier wird in der Begründung der gleiche Begriff für unterschiedliche Prozesse im Prüfverfahren verwendet. Durch das vorgesehene umfassende Aufrechnungsverbot und die damit verbundene Übertragung des Prozessrisikos auf die Krankenkassen ist diese Regelung künftig von besonderer Bedeutung.

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

Es ist davon auszugehen, dass der bisher freiwillige Falldialog in seiner jetzigen Form nicht mehr stattfinden wird. Überspitzt lässt sich sagen, dass Prüfquoten den Falldialog vor MDK-Prüfung de facto abschaffen.

Neuer Absatz 6:

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

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

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

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

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

Absatz 7:

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

„3Die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste übermitteln einander die Daten und die gutachterlichen Stellungnahmen durch elektronische Datenübertragung. 4Das Nähere zu Form und Inhalt sowie zum Verfahren der elektronischen Datenübertragung zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten bestimmt der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst Bund.“

In Absatz 2a wird Satz 3 gestrichen. Alternativ wird Satz 2 mit Satz 3 getauscht.

In Satz 3 wird nach dem Wort „Weitere“ das Wort „medizinische“ eingefügt.

In Absatz 2a wird nach Satz 3 folgender Satz 4 (neu) eingefügt: „Die Einschätzung aus dem MD Gutachten ist in medizinischer Hinsicht bindend. Es obliegt weiterhin der Krankenkasse, eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen.“

In Absatz 2b wird nach Satz 1 der neue Satz 2 eingefügt: „Diese Erörterung ist für beide Seiten verpflichtend.“

In Absatz 2b wird nach Satz 3 (neu) der neue Satz 4 eingefügt:

„Dazu werden der Krankenkasse die für das Gerichtsverfahren relevanten Unterlagen vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt“.

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

In Absatz 7 wird ein neuer Satz 3 angefügt:

„Damit kann im Bedarfsfall eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder Sachverständige beauftragt werden.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 18b Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Es wird ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene gebildet (vormals in § 17c Absatz 3 KHG, der mit Artikel 2 Nummer 1d) aufgehoben wird); die Regelung entspricht weitestgehend der Regelung in § 17c Absatz 3 KHG (a. F.).

Absatz 2:

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

Absatz 3:

Die alte Regelung nach § 17c Absatz 3 KHG sah eine Anrufungsmöglichkeit für folgende Institutionen vor: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband, Landesverbände der Krankenkasse, Ersatzkassen und Landeskrankhausgesellschaften. Hinzu trat gemäß Verfahrensordnung des Schlichtungsausschusses Bund der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV). In Absatz 3 wird dieser Kreis um folgende Institutionen erweitert: die Krankenkassen, die Krankenhäuser, die Medizinischen Dienste, die mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses selbst. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterstützt das BMG bei einer möglichen Anrufung des Schlichtungsausschusses.

Absatz 4:

Der Schlichtungsausschuss Bund entscheidet acht Wochen nach Anrufung Diese Entscheidung gilt für alle danach gestellten Rechnungen und für alle „offenen“ Fälle des MD.

Absatz 5:

Die Sozialmedizinische Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FOKA) erhalten den Auftrag, bis zum 31.12.2019 strittige Kodierempfehlungen auszuweisen. Über diese ausgewiesenen strittigen Kodierempfehlungen entscheidet der Schlichtungsausschuss Bund bis zum 31.12.2020.

Absatz 6:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln.

Absatz 7:

Klagen gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses entfalten keine aufschiebende Wirkung.

B) Stellungnahme

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

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), einzelne Krankenkassen und Krankenhäuser, einzelne MD, die Fachgesellschaften, das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses sollen in Zukunft antragsberechtigt sein. Der Kreis der Antragsberechtigten ist nun sehr umfassend. Damit der Schlichtungsausschuss Bund nicht mit der Entscheidung von Einzelfällen überfrachtet wird, wird die Formulierung in Absatz 2 erweitert.

Nach der bisherigen Verfahrensordnung des Schlichtungsausschusses musste der Schlichtungsausschuss nach einem halben Jahr eine Entscheidung treffen. Der Schlichtungsausschuss muss nun innerhalb von acht Wochen nach Antragstellung eine Entscheidung treffen. Diese Beschleunigung ist sinnvoll.

Die von der SEG 4 einerseits und der DGfM andererseits schriftlich festgehaltenen derzeit rund 90 bestehenden Kodierstreitigkeiten⁴ sind bis zum 31.12.2020 vom Schlichtungsausschuss zu entscheiden. Diese Verstetigung des Prozesses ist sinnvoll. In diesem Prozess sollten aber nicht nur strittige Kodierempfehlungen festgelegt, sondern auch die unstrittigen Kodierrichtlinien durch den Schlichtungsausschuss legitimiert werden. Um die veranschlagte Menge von 90 strittigen Kodierproblemen in einem Jahr zu lösen, wird der Schlichtungsausschuss Bund (im Durchschnitt) in einer Woche zwei Kodierfragen klären müssen. Die Entscheidungsfindungsprozesse des Schlichtungsausschusses müssen hierzu professionalisiert und verstetigt werden.

Die Klarstellung, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses als Kodierregeln gelten und unmittelbar verbindlich sind, ist folgerichtig.

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

Die Neufassung des § 18b KHG stellt einen Bedeutungszuwachs des Schlichtungsausschusses Bund und eine Verstetigung seiner Entscheidungen dar.

C) Änderungsvorschlag

Dem Absatz 2 werden folgende Sätze 2 und 3 hinzugefügt:

„2Kodier- und Abrechnungsfragen sind von grundsätzlicher Bedeutung, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

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

3Dies gilt nicht für Fragestellungen nach § 18b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Dem Absatz 5 wird folgender Satz 2 hinzugefügt:

„2Der Schlichtungsausschuss Bund legt bis zum 31. Dezember 2019 einmalig die von der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling als geeint festgestellten Kodierempfehlungen abschließend fest. Für strittige Kodier- und Abrechnungsregeln, die nach dem 31.12.2019 auftreten, sind Absatz 2 Sätze 2 und 3 anzuwenden.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

diese Leistungen nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, sind sie aus einem Abschlag, der nach DRG-Fallpauschalen bemessen wird, nicht herausnehmbar. Die bestehende Regelung läuft damit immer ins Leere und ist zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

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

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

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 8 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Prüfung von Strukturmerkmalen von Prozedurenkodes vor der Leistungserbringung schafft Abrechnungssicherheit für die Krankenhäuser und die Krankenkassen sowie Planungssicherheit für die Bundesländer und wird daher sehr begrüßt (vgl. auch Stellungnahme zu § 275d SGB V).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1

§ 8 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 56 Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

Inhaltsverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 7 Aufklärung, Auskunft

§ 7a Pflegeberatung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 17 Absätze 1, 1a und 1b Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absätze 1, 1a und 1b Satz 1:

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

Absatz 1b Sätze 4 und 5:

Mit der vorgesehenen Regelung soll dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) die Richtlinienkompetenz sowohl für die Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung (Begutachtungs-Richtlinien) als auch für die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien), übertragen werden.

B) Stellungnahme

Absätze 1, 1a und 1b Satz 1:

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

Absatz 1b Sätze 4 und 5:

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 20 Absatz 3 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der Solidargemeinschaften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Anerkennung von Mitgliedschaften in bestimmten Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Recht der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nummer 5). Da die Solidargemeinschaften eine Absicherung im Krankheitsfall, nicht aber im Pflegefall leisten, werden für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften zwei neue Versicherungspflichttatbestände in der Pflegeversicherung eingeführt. Hierbei wird die Versicherungspflicht für Mitglieder von Solidargemeinschaften in der sozialen Pflegeversicherung durch die Erweiterung des § 20 Absatz 3 SGB XI und in der privaten Pflegepflichtversicherung durch die Änderung des § 23 SGB XI nachvollzogen.

Die Absicherung der Betroffenen in der Pflegeversicherung auf Grundlage der neuen Versicherungspflichttatbestände ist frühestens ab 01.01.2020 möglich.

B) Stellungnahme

Die Einführung der neuen Versicherungspflichttatbestände ist unter Berücksichtigung der politischen Zielsetzung grundsätzlich sachgerecht. Da allerdings die Regelung des § 20 SGB XI bislang ausschließlich die Versicherungspflicht für die Personen normiert, die der gesetzlichen Krankenversicherung bereits als Mitglieder angehören, erscheint eine Einordnung der Regelungen zur künftigen Versicherungspflicht des hier angesprochenen Personenkreises innerhalb des § 21 SGB XI systematischer und transparenter.

Ergänzend wird auf entstehende Regelungslücken zur Zuständigkeit sowie zur Tragung und Zahlung der Beiträge hingewiesen. Es bietet sich deshalb an, die Möglichkeit der Wahl der zuständigen Pflegekasse in § 48 Absatz 2 SGB XI zu verankern und darüber hinaus innerhalb des § 59 Absatz 4 SGB XI ergänzend klarzustellen, dass anerkannte Mitglieder von Solidargemeinschaften ihre Beiträge allein zu tragen haben; durch die bereits bestehende Regelung des § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wäre damit zugleich auch die Frage der Zahlungsverpflichtung beantwortet.

Zur Durchsetzung der Pflegeversicherungspflicht durch die Pflegekassen bedarf es ferner einer Meldepflicht durch die Solidargemeinschaften sowie einer Sanktionsregelung bei Verletzung oder Missachtung dieser Meldepflicht.

C) Änderungsvorschlag

In § 21 wird folgender Satz angefügt:

„Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Mitglieder von nach § 176 des Fünften Buches anerkannten Solidargemeinschaften, sofern sie im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a oder b des Fünften Buches der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen und nicht bereits in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind.“

In § 48 Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „die nach § 21 Nummer 6“ die Wörter „oder § 21 Satz 2“ eingefügt.

§ 50 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. die nach § 176 des Fünften Buches anerkannte Solidargemeinschaft für ihre Mitglieder.“

In § 59 Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „Soldaten auf Zeit“ die Wörter „sowie Mitglieder von nach § 176 des Fünften Buches anerkannten Solidargemeinschaften“ eingefügt.

In § 121 Absatz 1 Nummer 2 werden nach der Angabe „§ 50 Absatz 1 Satz 1“ die Wörter „und Absatz 2 Nummer 7“ ergänzt.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

§ 46 Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 53b (neu) Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Die vorgesehene Neuregelung des § 53c verknüpft die im SGB V geregelte Neuorganisation der MD und des MD Bund, die als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts an die Stelle der MDK bzw. des MDS treten, mit den Regelungen des Elften Buches. Ferner wird auf die Übergangsregelungen nach § 328 SGB V verwiesen. Dies bedeutet für die beabsichtigten Neuregelungen im Elften Buch, dass diese für den einzelnen MD jeweils erst ab dem Zeitpunkt anwendbar sind, wenn er die in § 328 SGB V beschriebenen Voraussetzungen erfüllt, d. h. die neue Rechtsform nach § 328 Absatz 1 Satz 4 SGB V vollendet ist. Für den MD Bund gilt dies entsprechend (§ 328 Absatz 5 Satz 5 SGB V). Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt erfüllen die MDK und der MDS, in Anlehnung an die in § 327 SGB V vorgesehene Regelung, die ihnen nach dem Elften Buch in der bis zum Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes geltenden Fassung zugewiesenen Aufgaben.

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

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

B) Stellungnahme

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

Zu § 53d Absatz 1 (Übergangsregelung): Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 283 SGB V) verwiesen.

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

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

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

Für die Erstellung von Richtlinien, insbesondere im Bereich der Begutachtung und Prüfung des Elften Buches, bedarf es an Pflegefachlichkeit und an Kenntnissen zu den Gesamtzusammenhängen in der Sozialversicherung, insbesondere über das Leistungs- und Vertragsrecht. Die Kernkompetenz des MDS bezieht sich dagegen allein auf die pflegefachliche Expertise.

Der Gesetzgeber selbst erkennt, dass die Richtlinien, die für die Pflegekassen bindend sind, leistungs- und vertragsrechtliche Auswirkungen für die Pflegekassen haben. In der Begründung des Referentenentwurfs wird die Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes an der Richtlinienerstellung als sachlich geboten gesehen, da „die Regelungsinhalte beziehungsweise die Umsetzung der Richtlinien unmittelbar auch die Pflegekassen betrifft“. Sachlich geboten ist jedoch nicht nur eine Beteiligung, sondern die unveränderte Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes für die Richtlinien, die für die Pflegekassen

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

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

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

mit für die Pflegekassen, die die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit ihrer Leistungsentscheidungen tragen, nicht verwertbar. Sowohl für die MD als auch für die Pflegekassen ist es deshalb von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen und Prüfungen der MD mit der Rechtsauslegung der Pflegekassen übereinstimmen. Dies kann nur durch die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes gewährleistet werden.

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

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

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

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

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

2. Gründe für Richtlinienübertragung sind nicht gegeben

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

Bei der geforderten Unabhängigkeit der MDK geht es um die fachliche Unabhängigkeit, z. B. um die Neutralität bei der Anwendung der Begutachtungs- und Prüfgrundlagen. Diese fachliche Unabhängigkeit ist seit Bestehen der MDK gewährleistet. In § 275 Absatz 5 SGB V wird die bereits von Beginn an praktizierte Unabhängigkeit der Pflegefachkräfte nun explizit normiert. Dies ist zu begrüßen.

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

3. Richtlinienübertragung ist mit unnötigem und kostenintensivem Aufwand verbunden

Bei einer Richtlinienübertragung auf den MD Bund müssten bei diesem zusätzlichen Strukturen aufgebaut werden, die unwirtschaftlich sind und neue Schnittstellen hervorufen. Die notwendigen Kosten hierfür beziffert der Gesetzgeber selbst im Referentenentwurf für die Reform der Organisationsstruktur – allein bezogen auf die Verwaltung auf Bundes- und Landesebene – in Höhe von einmalig 1,45 Mio. Euro und jährlich auf

980.000 Euro. Da ein Nutzen für diese Aufwendungen nicht erkennbar ist, stellen diese Kosten einen unnötigen finanziellen Aufwand dar.

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

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

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

Ziel der Dienstleistungs-Richtlinien ist es, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken. Sie stellen verpflichtende, bundesweit einheitliche Verhaltensgrundsätze auf und erhöhen die Transparenz des Begutachtungsverfahrens für die Versicherten. Es ist daher nicht sachgerecht, dass künftig die Kompetenz zur Festlegung einheitlicher Verfahrensgrundsätze zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren auf den MD Bund unter Beteiligung der MD, und damit durch die die Begutachtung durchführenden Gutachter selbst, übertragen wird. Demnach sollen künftig die MD maßgeblich an der Erstellung der Richtlinien beteiligt werden, die damit ihre eigenen Verhaltensgrundsätze festlegen. Es ist nicht erkennbar, dass hierdurch die vom Gesetzgeber durch die Richtlinien initiierte Dienstleistungsorientierung und Transparenz im Begutachtungsverfahren für die Versicherten gestärkt und erhöht werden. Durch die bisherige Richtlinienkompetenz wurden die verpflichtenden und bundesweit einheitlichen Verhaltensgrundsätze der MDK durch den GKV-Spitzenverband, also durch eine von den MDK organisatorisch und fachlich unabhängige Institution festgelegt.

Richtlinien nach § 53d Absatz 2 Nummern 2 bis 6

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 283 Absatz 2) verwiesen.

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

Die Erstellung der Begutachtungs-Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband ist nicht nur sachlich, sondern auch fachlich geboten. Der Gesetzgeber erkennt selbst, dass die Regelungsinhalte beziehungsweise die Umsetzung der Richtlinien unmittelbar auch die Pflegekassen betreffen. Die Begutachtungs-Richtlinien betreffen die Pflegekasse nicht nur unmittelbar, sondern sie sind für diese verbindlich. Die Begutachtungs-Richtlinien haben

unmittelbare Auswirkungen zum einen hinsichtlich des Ergebnisses der Begutachtung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Zum anderen hat der Gutachter der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Pflegekasse ist verpflichtet, den Versicherten über diese Empfehlungen zu informieren. Mit Zustimmung des Versicherten leitet die Pflegekasse die Empfehlungen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Die Zuleitung gilt zugleich als Antrag.

Des Weiteren haben die Gutachter in ihrem Gutachten konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten bei Vorliegen der Zustimmung des Versicherten im Rahmen der Begutachtung jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Dies gilt bis zum 31.12.2020 ebenfalls für die empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen. Die Festlegung, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel von der Vermutungsregelung umfasst sind, erfolgt in den Begutachtungs-Richtlinien. Daher hat es bei der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien zu diesem Empfehlungsteil eine gesonderte Arbeitsgruppe gegeben, die sich in erster Linie mit den leistungsrechtlich relevanten Auslegungen und Festlegungen auseinandergesetzt hat. Darüber hinaus finden sich in den Begutachtungs-Richtlinien weitere leistungsrechtliche Regelungen (z. B. Begutachtungs- und Bearbeitungsfristen, Definition der die Pflege durchführenden Person/ Einrichtung, pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation oder der Erledigungsart), die maßgeblich für die Entscheidung der Pflegekasse über die Leistungsgewährung und bedarfsgerechte Versorgung des Versicherten sind. Hierbei zeigt sich die bereits unter (a) genannte Problematik des Rechtsschutzes für die Pflegekassen. Wie bereits ausgeführt kann der MD Bund in den Begutachtungs-Richtlinien beispielsweise die entsprechenden Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel auch entgegen der im Beteiligungsverfahren vorgetragenen Auffassung des GKV-Spitzenverbandes verbindlich festlegen. Diese Festlegung ist bindend für die Pflegekassen. Aus dem Referentenentwurf ist nicht ersichtlich, welche rechtlichen Möglichkeiten die Pflegekassen im Wege des Rechtsschutzes haben, gegen die Festlegung in den Begutachtungs-Richtlinien vorzugehen. Hingegen kann sich der Versicherte im Rahmen seines Rechtsschutzes gegen die Entscheidung der Pflegekasse wehren, mit der Folge, dass eine gerichtliche Entscheidung für die Pflegekasse bindend ist.

Daher ist es sachgerecht, dass der GKV-Spitzenverband auch weiterhin die Richtlinienkompetenz behält. Der GKV-Spitzenverband hat die für die Erstellung von Richtlinien er-

forderliche Kenntnis der Gesamtzusammenhänge im Bereich des Sozialrechts und den damit auch verbundenen Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsträgern, wie z. B. im Bereich der Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Unfallversicherung oder der Eingliederungshilfe.

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

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

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

Damit wird deutlich, dass der Schwerpunkt der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf der Festlegung eines für die Leistungsgewährung maßgeblichen und damit leistungsrechtliche Fragestellungen betreffenden Verfahrens für zwei Kostenträger (einerseits Krankenversicherung, andererseits Pflegeversicherung) liegt. Grundlage der Entwicklung des Verfahrens zur Kostenabgrenzung waren die den Pflege- und Krankenkassen vorliegenden Da-

ten. Es ist nicht erkennbar, dass der MD Bund künftig diesen leistungsrechtlichen Schwerpunkt und die Entwicklung eines Verfahrens auf der Grundlage ihm nicht vorliegender Daten umsetzen kann. Eine Weiterentwicklung/Anpassung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien kann letztendlich nur auf der Grundlage der den Pflegekassen vorliegenden Daten erfolgen. Es ist daher sachgerecht und erforderlich, dass die Richtlinienkompetenz beim GKV-Spitzenverband verbleibt.

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

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

Zum anderen haben die in den QPR festgelegten Regelungsinhalte Auswirkungen auf das Vertragsgeschehen zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen. Die QPR bilden die Grundlage für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen, die durch die MDK/MD, den PKV-Prüfdienst oder durch unabhängige Gutachter im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Prüfungen sind entscheidend für die Feststellung von Qualitätsmängeln durch die Landesverbände der Pflegekassen bzw. durch die einzelne Pflegekasse. Auf Grundlage dieser Feststellung können die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die einzelne Pflegekasse Sanktionsmaßnahmen ergreifen, die von Maßnahmenbescheiden zur Beseitigung der Mängel nach § 115 Absatz 2 Satz 1, über die Kürzung der Vergütung nach § 115 Absatz 3 bis hin zur Kündigung der Versorgungsverträge nach § 115 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 74 gehen. Bei einer Richtlinienübertragung auf den MD Bund würde dieser durch seine gesetzliche Kompetenz zur Festsetzung der Prüfinhalte folglich eine direkte Einflussnahme auf das Vertragsgeschehen zwischen Leistungserbringer und Kostenträger und damit auf die vertraglich geregelten Angebote zur pflegerischen Versorgung erhalten. Eine solche steuernde Aufgabe ist dem MD Bund jedoch gesetzlich nicht übertragen. In den einschlägigen Regelungen zur

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nach §§ 8 ff. und zu den vertraglichen Beziehungen zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen nach §§ 72 ff. kommt den Medizinischen Diensten, sofern überhaupt, nur eine Rolle im Rahmen der Beteiligung zu. Im Übrigen stellt sich – wie unter (a) und zu den Begutachtungs-Richtlinien ausgeführt – die Frage nach dem Rechtsschutz der Landesverbände der Pflegekassen bzw. der einzelnen Pflegekasse im Hinblick auf die Festlegung der Prüfinhalte. Aus dem Referentenentwurf ist nicht ersichtlich, welche rechtlichen Möglichkeiten die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Pflegekassen gegen bestimmte Festlegungen in den QPR ergreifen könnten. Die Pflegeeinrichtungen haben dagegen – im Falle einer Bescheiderteilung mittels der in der erforderlichen Rechtsbehelfsbelehrung genannten rechtlichen Maßnahmen und im Falle einer Kündigung des Versorgungsvertrags über den Klageweg die Möglichkeit, gegen die Entscheidungen der Landesverbände der Pflegekassen bzw. der einzelnen Pflegekasse rechtlich vorzugehen.

Hinzu kommt, wie bereits unter (a) erwähnt, dass bei der Festlegung der Prüfinhalte die pflegerische Einstufung von Leistungen, die zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen vereinbart sind, im Vordergrund steht. In der praktischen Anwendung der QPR dagegen beraten auch die MD die Pflegeeinrichtungen über eine pflegeschlüssig gebotene Leistungserbringung. Hierbei steht der Dienstleistungsgedanke und Beratungsansatz im Vordergrund. Zudem ist zu berücksichtigen, dass in den QPR nicht nur Prüfkriterien, also pflegeschlüssige Inhalte geregelt werden, sondern auch der Ablauf einer Prüfung, die Aufgaben und Verpflichtungen der Gutachter sowie die Struktur des Prüfberichts. Die bislang bewährte Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen GKV-Spitzenverband als Normgeber und dem MDS bzw. den MDK als Anwender und Dienstleister ist daher beizubehalten.

Darüber hinaus sind die QPR eingebettet in das gesetzlich vorgesehene Qualitätssystem nach den Regelungen der §§ 113 ff. Hierbei bilden die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 die Grundlage für die Erstellung der QPR nach § 114a Absatz 7. Auf deren Grundlage wiederum sind die Qualitätsdarstellungs-Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu konsentieren. Im Gegensatz zum MDS/MD Bund ist der GKV-Spitzenverband eine der vertragsschließenden Parteien sowohl bei den Maßstäben und Grundsätzen als auch bei den Qualitätsdarstellungs-Vereinbarungen und verfügt damit über die erforderlichen Kenntnisse bezüglich der Gesamtzusammenhänge der unterschiedlichen Qualitätssicherungsinstrumente, die miteinander verzahnt sind. Wie der Gesetzgeber selbst betont, verfügt der MDS/MD Bund über die pflegeschlüssige Expertise.

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

Die obigen Ausführungen zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien im Hinblick auf die Einordnung in das umfangreiche Qualitätssystem gelten entsprechend auch für die Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Hier kommt jedoch noch hinzu, dass in den Richtlinien die strukturellen und personellen Anforderungen für die Betreuungsdienste festgelegt werden, z. B. im Hinblick auf die notwendige Qualifikation der Mitarbeitenden eines Dienstes. Diese Anforderungen stellen gleichzeitig die Voraussetzungen für die Zulassung der Dienste durch die Landesverbände der Pflegekassen dar. Der MD Bund würde bei einer Richtlinienübertragung demnach direkte Einflussnahme auf die Zulassung von Leistungserbringern und damit das Vertragsgeschehen im Hinblick auf die Pflegeinfrastruktur erhalten. Eine solche Aufgabe ist dem MD Bund jedoch gesetzlich nicht übertragen. In den einschlägigen Regelungen zur vertraglichen Ausgestaltung der pflegerischen Angebote nach §§ 72 ff. bleibt der MDS bzw. MD Bund unerwähnt und spielt zu Recht keine Rolle.

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 92a Pflegeheimvergleich

§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

§ 112 Qualitätsverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

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

§ 113b Qualitätsausschuss

§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 6 wird die bisherige Regelung, dass die Medizinischen Dienste (MD) in Abständen von drei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach dem Elften Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten haben, ab dem Jahr 2020 auf einen zweijährigen Berichtsrhythmus umgestellt.

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

B) Stellungnahme

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

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die Namensänderungen werden gestrichen.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die grundlegende Neuorganisation des Medizinischen Dienstes ab (vgl. die Vorbemerkung und Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11). Bei einer Streichung der entsprechenden Regelungen wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung entbehrlich. Hinsichtlich der Übertragung der Richtlinienkompetenz wird auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14 verwiesen.

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

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Namensänderung.

III. Ergänzender Änderungsbedarf in Bezug auf die Neuregelung zur Abrechnungsprüfung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

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

A) Änderungsbedarf

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

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

B) Begründung

Die Abgrenzung der gezielten Manipulation von Krankenhausabrechnungen (Upcoding) gegenüber nicht-intentionalen Abrechnungsfehlern setzt eine profunde Systemkenntnis voraus.⁶ Aufgrund seiner Möglichkeit der auftragsbezogenen Einsichtnahme in die Klinikdokumentation und seiner jahrzehntelangen Prüferfahrung im DRG-System ist der Medizinische

⁵ Vgl. BT-Drs. 191/6337, S. 135.

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

Dienst am ehesten in der Lage, z. B. festzustellen, ob sich parallele Prüfanträge mehrerer Kassen immer wieder auf besonders „auffällige Krankenhäuser“ verdichten. Übermittelt werden sollen gerade auch Zufallsfunde, also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden.

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

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a neu eingefügt:

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

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

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

A) Änderungsbedarf

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

B) Begründung

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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