

Stellungnahme

**des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS) und
der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)**

zum

**Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
– MDK-Reformgesetz**

9. Oktober 2019

I. Allgemeine Stellungnahme:

Soziale Selbstverwaltung muss Versicherteninteressen wirksam wahrnehmen können

Die geplante Gesetzgebung für eine Reform der Medizinischen Dienste wird die soziale Selbstverwaltung schwächen und damit die funktionale Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste erschweren. Deshalb lehnen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) die vorgesehenen Organisationsänderungen für die MDK und MDS entschieden ab.

Zwar ist zu begrüßen, dass inzwischen anerkannt wurde, dass die im Referentenentwurf ursprünglich im Verwaltungsrat vorgesehene Minderheitenposition der Selbstverwaltungsvertreterinnen und -vertreter zu einer mit den Grundrechten nicht zu vereinbarenden Schwächung der Interessenwahrnehmung der Versicherten und ihrer Arbeitgeber und damit der demokratischen Legitimation führt. Auch wenn die durch die Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegeversicherung zu benennenden Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der MDK jetzt zahlenmäßig wieder die Mehrheit stellen sollen, so fehlt ihnen doch die Anbindung an das GKV-System, da sie laut Gesetzentwurf nicht einem Selbstverwaltungsgremium der Kranken- und Pflegekassen angehören dürfen. Diese Regelungen sind daher nur eine Scheinlösung, denn das Legitimationsdefizit wird nur vordergründig behoben. Auch der neue Entwurf zur Besetzung der Verwaltungsräte ist insoweit nicht sachgerecht und wird daher ausdrücklich abgelehnt.

Verfehlte Organisationsregelungen entwerfen die positiven Elemente im Gesetzentwurf

Der vorliegende Entwurf für ein MDK-Reformgesetz enthält verschiedene Regelungen, die grundsätzlich geeignet sind, die Aufgabenwahrnehmung und damit die Medizinischen Dienste zu stärken. Dies gilt insbesondere für die vorgesehene Angleichung der bislang unterschiedlichen Rechtsformen der Medizinischen Dienste. Die vorgesehene einheitliche Ausgestaltung als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Beibehaltung der föderalen Struktur wird begrüßt. Sie bildet die öffentlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. Die Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts entspricht auch den dem MDS zugewiesenen Aufgaben.

Die klarstellende Ausweitung der gesetzlichen Verankerung der gutachterlichen Unabhängigkeit bei der Wahrnehmung der Fachaufgaben auf alle in die Begutachtung einbezogenen Berufsgruppen wird ebenfalls begrüßt. Neben den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern sind insbesondere Pflegefachkräfte und Angehörige weiterer Gesundheits- und Heilberufe sowie Kodierfachkräfte in die Arbeit der MDK eingebunden. Hilfreich für die Akzeptanz der Medizinischen Dienste sind die gesetzliche Verankerung von mehr Transparenz über die Aufgabenwahrnehmung durch erweiterte Berichte und die Vorgaben zur internen Qualitätssicherung. Leider werden die vorstehenden positiven Ansätze durch die verfehlten Organisationsregelungen entwertet.

Medizinische Dienste unterstützen korrekte Krankenhausabrechnungen

Ziel der vorgesehenen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfungen zu erhöhen. Diese Zielsetzung halten wir grundsätzlich für richtig, da aktuell nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes mehr als 50 Prozent der geprüften Rechnungen nicht korrekt sind. Hierbei einen selektiven Prüfansatz zu verfolgen, ist grundsätzlich sachgerecht. Die neuen Sanktionselemente,

verbunden mit weiteren vorgesehenen Maßnahmen zur Reduzierung fehlerhafter Abrechnungen, erscheinen geeignet, den Anteil korrekter Abrechnungen zu erhöhen.

Die Prüfrechte der Krankenkassen sollten jedoch solange nicht eingeschränkt werden, bis sich die Praxistauglichkeit und Wirksamkeit des neuen Ansatzes herausgestellt hat. Dies bedeutet auch, die Prüfquote im Jahr 2020 nicht auf 10 Prozent zu begrenzen, da die Anreize für korrektes Abrechnen erst schrittweise ab 2021 greifen können.

Die Einführung regelmäßiger Prüfungen der Einhaltung von Strukturmerkmalen anstelle von Einzelfallprüfungen ist sachgerecht. Die Streichung der im Referentenentwurf vorgesehenen Möglichkeit, Strukturprüfungen neben dem Medizinischen Dienst auch durch andere Gutachterdienste durchführen zu lassen, wird begrüßt.

Vorschriften zur Organisation der Medizinischen Dienste müssen überarbeitet werden

Die geplanten neuen Organisationsstrukturen der Medizinischen Dienste werden weiterhin entschieden abgelehnt. MDK und MDS appellieren dringend an den Gesetzgeber, sich der Kritik an den geplanten Organisationsänderungen und den vorgebrachten Argumenten nicht zu verschließen. Wir erwarten eine Überarbeitung der Organisationsvorschriften dahingehend, dass die bisher vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes bei den MDK bzw. dem MDS und einem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse oder einem Verband gestrichen wird. Denn dies ist die einzig wirksame Maßnahme, um die den Grundrechten geschuldete Einbindung der Betroffenenperspektive in die Gremien der Selbstverwaltung der Medizinischen Dienste adäquat sicherzustellen. Darüber hinaus fordern wir, die Abtrennung des MDS vom GKV-Spitzenverband zurückzunehmen und dass Selbstverwaltungsvertreter des MDS auch in Zukunft aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes gewählt werden. Ansonsten wird die soziale Selbstverwaltung auf der Ebene der Medizinischen Dienste faktisch abgeschafft.

Beteiligung von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern sachgerecht ausgestalten

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit den bereits bestehenden Beiräten zu Fragen der Pflegeversicherung stehen die Medizinischen Dienste einer Beteiligung von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern grundsätzlich positiv gegenüber. Entsprechend ist es sachgerecht, die Beteiligung in den Beiräten auf Fragen der Krankenversicherung zu erweitern. Die Beteiligung kann dazu beitragen, die Transparenz über die Arbeit der Medizinischen Dienste und damit die Akzeptanz weiter zu erhöhen. Um dies zu erreichen, bedarf es jedoch keines Stimmrechtes von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern in den Entscheidungsgremien der Medizinischen Dienste.

Aufgaben des MDS erfordern Anbindung an den GKV-Spitzenverband

Die auch im Kabinettsentwurf vorgesehene Abtrennung des MDS vom GKV-Spitzenverband passt nicht zu den Aufgaben des MDS in der Systemberatung und wird daher abgelehnt. Der MDS hat den GKV-Spitzenverband in medizinischen und pflegfachlichen Fragen zu beraten. Dieser Beratungsauftrag gegenüber dem GKV-Spitzenverband steht zu Recht gleichwertig neben der Aufgabenstellung der Koordinierung der Arbeit der Medizinischen Dienste. Durch die ausschließliche Besetzung des Verwaltungsrates mit Vertretern der Landesebene wird der MDS vom GKV-System auf der Bundesebene abgetrennt. Dies steht zum einen der effizienten und sachgerechten Wahrnehmung der Beratungsaufgaben in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Gesundheit und Pflege (Gemeinsamer Bundesausschuss, Pflege-Qualitätsausschuss, Bewertungsausschuss etc.) entgegen. Zum anderen hat der GKV-Spitzenverband keine Einflussmöglichkeiten mehr auf den Ressourceneinsatz von MDS und MDK in der Systemberatung. Bei der Ausgestaltung der

Selbstverwaltung bei den MDK und beim MDS ist zu beachten, dass die Finanzierung der Medizinischen Dienste unverändert allein durch die Beitragszahler erfolgt.

Bundesweite Aufgabenwahrnehmung und Richtlinien

Die Tätigkeit der Medizinischen Dienste ist auf eine bundesweite einheitliche Aufgabenwahrnehmung in der Begutachtung, Beratung und Prüfung ausgerichtet. Insoweit unterstützen die Medizinischen Dienste die hierzu im Gesetz vorgesehenen Elemente. Ein wesentlicher Bestandteil dazu sind die Begutachtungsrichtlinien. Was die vorgesehene Übertragung der Kompetenz zum Erlass von Richtlinien auf den MDS anbelangt, so sehen wir dies als eine politische Entscheidung an, die vom Gesetzgeber zu treffen ist.

Unabhängig vom Ergebnis dieser Entscheidung kommt es darauf an, dass die hier notwendige Zusammenführung sowohl fachlicher als auch leistungs- und vertragsrechtlicher Aspekte sichergestellt ist. Dies wird aktuell dadurch gewährleistet, dass diese Richtlinien in einem strukturierten Verfahren von MDS und MDK erarbeitet und mit dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erörtert werden, um die Kompatibilität zum Leistungs- und Vertragsrecht sicher zu stellen. Dieses Verfahren ist auch künftig notwendig, damit sich Krankenkassen und die Gutachter der Medizinischen Dienste aber auch Patientinnen und Patienten, Versicherte und Leistungserbringer auf die angemessene Ausgestaltung der Richtlinien verlassen können.

II. Stellungnahme zu ausgewählten Artikeln des Gesetzentwurfs:

Zu Artikel 1 Nr. 7 Buchst. a und b (§ 115b Abs. 1 und Abs. 1a SGB V, Vereinbarung Ambulantes Operieren; Gutachten über den Stand der medizinischen Erkenntnisse zum ambulanten Operieren)

Zur Vorbereitung einer Erweiterung des AOP-Kataloges werden der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, bis zum 31. März 2020 ein Gutachten zur Untersuchung der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen in Auftrag zu geben. Darüber hinaus sollen in Verbindung mit der differenzierten Ausgestaltung des AOP-Kataloges verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad analysiert werden. Das vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu beauftragende Gutachten soll innerhalb eines Jahres nach Beauftragung vorliegen und die Grundlage für die neuen Vereinbarungen nach Absatz 1 bilden.

Bewertung:

Die vorgesehene Neuregelung erscheint sachgerecht, um das Potenzial für ambulante Operationen weiter auszuschöpfen. Der Ansatz, durch eine verbesserte Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser den häufigen Prüfanlass einer möglichen Fehlbelegung im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen zu reduzieren, erscheint grundsätzlich geeignet, einen Beitrag zur Umsetzung des politischen Ziels, den Anteil korrekter Abrechnungen zu erhöhen und die Zahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen zu reduzieren, zu leisten. Gleichzeitig bleibt offen, wie und durch wen eine Prüfung dieser Leistungen auf Notwendigkeit und Umfang durchgeführt werden kann.

Zu Artikel 1 Nr. 7 Buchst. a. aa und c. bb (§ 115b Abs. 1 und 2 SGB V, Katalog Ambulantes Operieren; nach Schweregrad differenzierte Vergütung; Ausschluss von MD-Prüfungen)

Im Rahmen der vorgesehenen Vereinbarung eines Kataloges ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, wird vorgegeben, dass die Vergütung für die Leistungen in dem Katalog künftig nach Schweregrad zu differenzieren ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, sollen nicht der Prüfung durch den MD unterliegen.

Bewertung:

Die MDK und der MDS (im Folgenden Medizinische Dienste) erachten die angestrebte Differenzierung der Vergütung nach Schweregraden als sachgerecht. Wir weisen jedoch darauf hin, dass der eigentlich auf die Reduzierung von Fehlbelegungsprüfungen abzielende Prüfungsausschluss der Leistungen nach dem AOP-Katalog auch dazu führen wird, dass die Indikation, der Schweregrad oder die Kosten für Medizinprodukte bei diesen Leistungen nicht mehr geprüft werden können. Die nicht pauschalierte Vergütung von Medizinprodukten führt erfahrungsgemäß bislang immer wieder zur Verwendung von Produkten, zu denen es ohne Qualitätsnachteil wirtschaftlichere Alternativen gäbe. Auch zu diesem Punkt erscheinen Prüfungen weiterhin sachgerecht.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchst. d Buchst. d (§ 275 Abs. 3 SGB V, Begründung von Behandlungsfehlergutachten)

Durch die in § 275 Abs. 3 SGB V beabsichtigte Regelung sollen Behandlungsfehlergutachten auch dann nachvollziehbar begründet werden, wenn gutachterlich kein Behandlungsfehler festgestellt wird. Dies steht unter dem Vorbehalt, dass die Begründung zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.

Bewertung:

Nach § 66 SGB V haben Versicherte bei einem vermuteten Behandlungsfehler einen Anspruch auf Unterstützung durch die Krankenkasse. Dies kann auch die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 beinhalten. Es ist nachvollziehbar und entspricht auch den Praxiserfahrungen, dass auch oder gerade Versicherte, bei denen gutachtlich kein Behandlungsfehler festgestellt wurde, einen hohen Informations- und Aufklärungsbedarf haben. Dem wird von den Medizinischen Diensten im Zusammenspiel mit der Krankenkasse bereits heute Rechnung getragen, wenn es im Einzelfall geboten erscheint. Es spricht jedoch nichts dagegen, diese Vorgehensweise im Sinne einer Stärkung einer einheitlichen Vorgehensweise in der vorgesehenen Form gesetzlich zu normieren.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchst. e Buchst. d (§ 275 Abs. 3b SGB V, Stellungnahme der MD bei Widerspruch)

Durch die Neuregelung in § 275 Absatz 3b SGB V ist der MD in bestimmten Fällen – im Einzelnen bei der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln, der Form einer Dialysebehandlung, der Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen und der Begutachtung von Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern – zwingend einzuschalten, wenn eine Krankenkasse auf seine vorherige Einbeziehung verzichtet hat und einem gegen die ablehnende Leistungsentscheidung erhobenen Widerspruch nicht abhelfen will. Die verpflichtende Einschaltung des MD betrifft nur die Fälle, in denen die Krankenkasse die Leistung aus medizinischen und nicht aus leistungsrechtlichen Gründen ablehnt.

Bewertung:

Grundsätzlich ist die Einschaltung der MD immer dann angezeigt, wenn zwecks Entscheidung der Krankenkassen über eine beantragte Leistung die Beantwortung medizinischer Fragestellungen erforderlich ist. Die Einbeziehung der MD sichert nicht nur die Leistungsentscheidung der Krankenkassen fachlich ab, sondern trägt zusätzlich zur Transparenz gegenüber den Versicherten bei. Eine solche Beauftragung des MD im Rahmen des Widerspruchsverfahrens dürfte bereits heute regelmäßig durch die Krankenkassen erfolgen. Trotz dieser regelhaften Beauftragung der MD erscheint die beabsichtigte Regelung zweckmäßig.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchst. f (§ 275 Abs. 5 SGB V, Fachliche Unabhängigkeit)

Die bisher nur auf ärztliche Gutachterinnen und Gutachter bezogene gesetzliche Vorgabe der fachlichen Unabhängigkeit wird mit den Änderungen in § 275 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V klarstellend auf alle in die Begutachtung der MD einbezogenen Berufsgruppen erstreckt.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen ausdrücklich die in § 275 Absatz 5 SGB V vorgesehene klarstellende Ausweitung der gesetzlichen Normierung der gutachterlichen Unabhängigkeit bei der Wahrnehmung der Fachaufgaben auf alle in die Begutachtung einbezogenen Berufsgruppen ebenso wie die in § 276 Absatz 4 SGB V geregelten Betretungsrechte und die in § 278 Absatz 2 SGB V geregelten Vorgaben zur Wahrnehmung der Fachaufgaben der Gutachterinnen und Gutachter. Dies entspricht den fachlich komplexen und vielseitigen Aufgaben der MD, zu deren Wahrnehmung neben den Ärztinnen und Ärzten weitere Professionen aus dem Gesundheitswesen zum Einsatz kommen.

Die MD gewährleisten eine unabhängige Begutachtung und Beratung, die weder von den Interessen der Kranken- und Pflegekassen noch der Leistungserbringer oder der Politik geleitet wird. Diese Unabhängigkeit ist gemäß § 275 Absatz 5 SGB V geltendes Recht und besitzt höchsten Stellenwert. Sie ist eine maßgebliche Voraussetzung für die Arbeit der MDK. Neben den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern sind insbesondere Pflegefachkräfte und Angehörige weiterer Gesundheits- und Heilberufe sowie Kodierfachkräfte in die Arbeit der MDK eingebunden.

Insoweit ist die klarstellende gesetzliche Normierung der bisher nur auf ärztliche Gutachterinnen und Gutachter bezogenen fachlichen Unabhängigkeit auf alle in die Begutachtung der künftigen MD einbezogenen Berufsgruppen richtig. Sie unterliegen damit den gleichen Anforderungen an die fachliche Unabhängigkeit wie ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Alle gutachterlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dann nach dem Gesetz fachlich unabhängig.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 275c Abs. 2 SGB V (neu), Durchführung von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den MD)

Die Neuregelung in § 275c Abs. 2 SGB V sieht unter anderem vor, dass die Frist zur Einleitung einer Prüfung bei Krankenhausbehandlung von sechs Wochen auf drei Monate verlängert werden soll. Zudem wird eine Regelung ergänzt, nach der die Prüfungen bei dem MD einzuleiten sind, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.

Bewertung:

Die Fristverlängerung zur Einleitung von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung bewerten die Medizinischen Dienste als sachgerecht. Dadurch kann eine effektive Auswahl von durch die künftigen MD zu prüfender Fälle getroffen werden.

Auch die Ergänzung zur Regelung der Zuständigkeit der Abrechnungsprüfung durch den geplanten MD, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist, stellt eine sinnvolle Neuregelung dar, damit der örtlich jeweils zuständige MD auf einer validen Datengrundlage arbeiten kann. Weitergehend kann so eine verlässliche und durch Dritte nachvollziehbare Zuständigkeit für die Prüfung etabliert werden. Dies stärkt die Akzeptanz der Prüfung durch ein transparentes Vorgehen.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 275c Abs. 2 SGB V (neu), Quotierung der Prüfaufträge)

Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse 10 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen eines Krankenhauses zur Begutachtung vorlegen. Ab 2021 wird diese Prüfquote je Krankenhaus quartalsweise nach dem Anteil der unbeanstandeten Rechnungen an den begutachteten Rechnungen festgelegt. Bezugspunkt dafür soll das vorvergangene Quartal sein. Die Ermittlung der Quote erfolgt durch den GKV-Spitzenverband. Dem künftigen MD soll die Pflicht obliegen, Prüfaufträge nach Erreichen der Prüfquote abzulehnen. Liegt die Zahl der unbeanstandeten Abrechnungen bei unter 40 Prozent, besteht eine Prüfquote von 15 Prozent. Diese reduziert sich auf 10 Prozent, wenn die Zahl der unbeanstandeten Abrechnungen zwischen 40 und 60 Prozent liegt. Ab einer Quote unbeanstandeter Abrechnungen von mehr als 60 Prozent reduziert sich die Zahl der möglichen Prüfungen auf bis zu fünf Prozent.

Über diese gestaffelte Prüfquote hinaus können Prüfungen vorgenommen werden, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent liegt oder ein begründeter Verdacht systematisch überhöhter Abrechnungen besteht.

Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen erhalten, können mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Rechnungen prüfen lassen.

Bewertung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfungen zu erhöhen. Diese Zielsetzung halten die Medizinischen Dienste grundsätzlich für richtig, da aktuell nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes mehr als 50 Prozent der geprüften Rechnungen nicht korrekt sind. Hierbei einen selektiven Prüfansatz zu verfolgen ist sachgerecht. Dabei erscheinen die Sanktionselemente, verbunden mit weiteren vorgesehenen Maßnahmen zur Reduzierung fehlerhafter Abrechnungen, geeignet, den Anteil korrekter Abrechnungen zu erhöhen.

Die Prüfrechte der Krankenkassen sollten jedoch solange nicht eingeschränkt werden, bis sich die Praxistauglichkeit und Wirksamkeit des neuen Ansatzes herausgestellt hat. Dies bedeutet auch, die Prüfquote im Jahr 2020 nicht auf 10 Prozent zu begrenzen, da die Anreize für korrektes Abrechnen erst schrittweise ab 2021 greifen können.

Kritisch zu hinterfragen sind auch die gewählten Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquoten. Diese orientieren sich offenbar an dem heute festzustellenden hohen Anteil fehlerhafter Abrechnungen von derzeit über 50 Prozent. Ob für Krankenhäuser, bei denen bis zu 40 Prozent der geprüften Abrechnungen beanstandet wurden, bereits eine Deckelung der Prüfungen auf eine fünfprozentige Prüfquote angemessen ist, ist sehr fraglich.

Die im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommene Nachjustierung bezüglich der Sonderregelung für Krankenkassen, die sehr kleine Belegungszahlen in Kliniken aufweisen, ist grundsätzlich zu begrüßen, aber weiterhin unzureichend. Bei spezialisierten Kliniken, die gegenüber kleinen Krankenkassen abrechnen, wird die Anzahl von 20 Schlussrechnungen in der Regel unterschritten werden. Als Beispiele lassen sich hochkomplexe onkologische Behandlungen, Behandlungen von Schwerstverbrannten oder spezielle pädiatrische Behandlungen aufführen. Diese

Behandlungsfälle laufen bei den Krankenkassen selten auf, sind jedoch hochpreisig und führen bei der Abrechnungsprüfung durchaus zu hohen Rückforderungen. Eine durchgängige Quotierung in der vorgesehenen Form führt dazu, dass einige Krankenkassen diese sehr selten bei ihnen auftretenden, hochpreisigen Fälle aufgrund der geringen Fallzahl nicht mehr prüfen lassen können bzw. dass einzelne (hochspezialisierte) Kliniken oder Abteilungen gar nicht geprüft werden. Die vorgesehene Neuregelung, der gemäß Krankenkassen bei weniger als 20 Schlussrechnungen eines Krankenhauses mindestens eine Schlussrechnung bzw. höchstens die sich aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Rechnungen prüfen können, sollte aus diesem Grund durch eine Regelung ersetzt werden, dahingehend dass bei geringen Fallzahlen die Quotierung nicht greift.

Eine Ablehnung von Prüfungen durch den geplanten MD, wenn die zulässigen Prüfquoten erfüllt sind, erscheint insoweit systemisch nicht zutreffend verortet, da die Daten bezüglich der entsprechenden Abrechnungen bei den Krankenhäusern und den Krankenkassen liegen. Insoweit sollte die Verantwortung für die Erteilung eines Prüfauftrags unter Beachtung der Prüfquote bei den Krankenkassen liegen.

Änderungsvorschlag:

Streichung der Prüfpflicht der MDK zur Einhaltung der Prüfquote sowie Aussetzen der Prüfquote für Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen erhalten

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 275c Abs. 3 SGB V (neu), Sanktionierung der Krankenhäuser bei Rechnungskorrekturen

Die Krankenhäuser müssen gemäß § 275c Absatz 3 SGB V bei einem Anteil von unter 60 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag an die Krankenkasse zurückzahlen. Dieser Aufschlag beträgt bei einem Anteil von unbeanstandeten Abrechnungen zwischen 40 und 60 Prozent 25 Prozent des Korrekturbetrags. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unter 40 Prozent beträgt der Aufschlag 50 Prozent. Die Höhe des Abschlags beträgt dabei höchstens 1.500 Euro. Kein Aufschlag wird auf Verfahren im Vorfeld einer Beauftragung des MD nach § 17c Abs. 2 S. 2 KHG erhoben.

Bewertung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfungen zu erhöhen. Die vorgesehenen Aufschläge auf die Differenzbeträge setzen Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser und sind daher grundsätzlich geeignet, die Abrechnungsgüte zu verbessern und den Umfang der Prüfungen zu reduzieren. Diese Zielsetzung und das hier gewählte Instrument eines sanktionsbewährten selektiven Prüfansatzes werden grundsätzlich befürwortet. Kritisch zu sehen sind allerdings die gewählten Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquoten. Diese orientieren sich offenbar an dem heute festzustellenden hohen Anteil fehlerhafter Abrechnungen von über 50 Prozent. Fraglich erscheint zudem, ob die im Kabinettsentwurf vorgesehene Deckelung des Aufschlags auf die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag dem Ziel zur Steigerung eines korrekten Abrechnungsverhaltens zuträglich ist, wenn Krankenhäuser 1.500 Euro als höchstmöglichen Aufschlag für nicht korrektes Abrechnungsverhalten kalkulieren können.

Die Wirksamkeit der vorgesehenen Änderungen muss sich deshalb anhand eines Rückgangs des Anteils der zu beanstandenden Rechnungen und im Zusammenspiel mit den weiteren Strukturmerkmalen der Krankenhausabrechnungen in der künftigen Abrechnungspraxis erweisen. Eine Evaluation der Wirkungen der veränderten Krankenhausabrechnungsprüfung und ggf. vorzunehmende Anpassungen des Abrechnungsverfahrens sind daher folgerichtig geboten.

Zu Artikel 1 Nr. 23 und Artikel 3 Nr. 1 Buchst. h (§ 275c Abs. 4 SGB V (neu) und § 17c Abs. 6 KHG (neu), Transparenz über die Gesamtvorgänge und Ergebnisse)

Durch den GKV-Spitzenverband soll eine bundeseinheitliche, quartalsbezogene Auswertung vorgenommen werden, welche die Vorgaben der Absätze 1 bis 3 beinhaltet. Die hierfür erforderlichen Daten sind durch die Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Die Datenübermittlung soll bis zum Ende des ersten auf ein Quartal folgenden Monats erfolgt sein. Hierauf basierend hat der GKV-Spitzenverband bis zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, welches die Datengrundlage bildet, die Daten aufzuarbeiten. Dies soll ab dem Jahr 2020 erfolgen. Die Ergebnisse dieser Auswertung sind in aggregierter Form, bundesweit und gegliedert nach MD zu veröffentlichen.

Gemäß § 17c Absatz 6 KHG ist beabsichtigt, dass der GKV-Spitzenverband jährlich, erstmals zum 30. Juni 2020, einen detaillierten Bericht über alle Aspekte der Krankenhaus-Rechnungsprüfung erstellt. Die Gliederung soll auch nach MD erfolgen.

Bewertung:

Die hier getroffene Regelung bezüglich der Auswertungen der Prüfdaten ist grundsätzlich zu begrüßen. Diese kann zu einer besseren Transparenz beitragen und ermöglicht das vorgesehene Prüfverfahren. Hinsichtlich des Berichts über die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen ist eine große Transparenz des Prüfungsgeschehens ebenfalls zu begrüßen.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 275c Abs. 5 SGB V (neu) (Aufschiebende Wirkung; Einwendungen gegen Ermittlung der Prüfquote; Feststellungen von Behörden und Gerichten)

Widersprüche und Klagen gegen die Geltendmachung des Aufschlags sowie gegen die Ermittlung der Prüfquote haben keine aufschiebende Wirkung. Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen werden bei der Ermittlung der Prüfquote nicht berücksichtigt. Feststellungen von Behörden oder Gerichten lassen die quartalsbezogene Prüfquote unberührt.

Bewertung:

Die hier beabsichtigte Präklusionsvorschrift für Einwendungen gegen die Prüfquote erscheint in Anbetracht des Ziels, die eingesetzten Mittel für die Krankenhausabrechnungsprüfung zu verringern, als zweckmäßig. Durch diese Neuregelung kann eine Entlastung in der Verwaltung und bei den Sozialgerichten erreicht werden. Diese müssen bei Widersprüchen oder Klagen gegen die vom GKV-Spitzenverband errechnete Prüfquote kein Vorbringen gegen einzelne Abrechnungen berücksichtigen. Gegenstand eines solchen Verfahrens ist dann ausschließlich die errechnete Prüfquote. Hierdurch kann eine Verringerung des Verfahrensaufwandes erreicht werden ohne den Rechtsschutz der Beteiligten auszuhebeln. Auch erfolgt eine strikte Trennung zwischen Verfahren gegen die zugrundeliegenden Abrechnungen und die Prüfquote selbst.

Zu Artikel 1 Nr. 23 und Nr. 25 (§ 275d SGB V (neu) und § 283 Abs. 2 Satz 3 SGB V, Strukturprüfung OPS-Komplexkodes)

Krankenhäuser müssen vor einer Budgetvereinbarung eine Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen eines OPS-Komplexkodes vorlegen. Ohne Vorliegen einer solchen Bescheinigung dürfen entsprechende Komplexkodes ab 1. Januar 2021 nicht mehr abgerechnet werden. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst in schriftlicher oder elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.

Die Regularien für diese Bescheinigung (Inhalt und Geltungsdauer) sollen in einer Richtlinie festgelegt werden, die bis zum 30. April 2020 vom MDS zu erlassen ist. Weitergehend soll diese Richtlinie auch Regelungen zu den Folgen einer Nicht-Erfüllung von Strukturmerkmalen durch Krankenhäuser enthalten. Die Prüfung durch den MD soll für die Krankenhäuser ohne Berechnung von Kosten erfolgen (umlagefinanziert). Die ersten Bescheinigungen sollen bis zum 31. Dezember 2020 an die Krankenkasse übermittelt werden.

Erfüllt ein Krankenhaus eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über mehr als einen Monat nicht mehr, sollen die Krankenhäuser diesen Umstand den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich mitteilen.

Bewertung:

Aus fachlicher Perspektive befürworten die Medizinischen Dienste die vorgesehene Durchführung regelmäßiger, krankenhausbbezogener Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen. Begrüßenswert ist dabei auch die beabsichtigte Neuerung, nach der eine Prüfung vor der Abrechenbarkeit der Leistung erfolgt. Dieses bisher nicht verwendete Instrument der vorgelagerten Prüfung beugt dabei der Entstehung von Auseinandersetzungen im Bereich der Krankenhausabrechnungen vor. Durch die gesonderte Prüfung von Strukturmerkmalen kann darüber hinaus eine Prüfung im Einzelfall entfallen. Um aber Fehlentwicklungen bei diesem neuen Mechanismus zu vermeiden, sollten nur vergütungsrelevante OPS-Komplexkodes bei der Zertifizierung berücksichtigt werden. Das ausgewiesene Ziel der beabsichtigten Regelung, Ressourcen bei der Einzelfallprüfung einzusparen und die Planbarkeit für die Krankenhäuser zu erhöhen, kann so erreicht werden.

Für die erstmalige Durchführung der Strukturprüfungen im Jahr 2020 steht den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten nur ein kurzer Zeitraum für die Umsetzung zur Verfügung, da zunächst die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Nummer 3 vom MD Bund zu erlassen und vom BMG zu genehmigen ist. Insbesondere wird es darauf ankommen, dass die Krankenhäuser die Strukturprüfungen nach Inkrafttreten der o. g. Richtlinie frühzeitig bei den Medizinischen Diensten beantragen. Daher sollte im Gesetz klargestellt werden, dass die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 S.1 Nummer 3 den Besonderheiten des Einführungsjahres 2020 Rechnung tragen und organisatorische Regelungen vorsehen muss, die die Bearbeitung aller Prüfanträge der Krankenhäuser bis zum Ende des Jahres 2020 ermöglichen.

Die im Kabinettsentwurf neu eingefügte Regelung, dass Krankenhäuser das Gutachten der Medizinischen Dienste bzw. eine Bescheinigung über das Prüfergebnis auch in elektronischer Form erhalten, ist sachgerecht und leistet einen Beitrag zur weiteren effizienzsteigernden Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Begrüßt wird die Streichung zum Einsatz von anderen Gutachterdiensten bei der Strukturprüfung, welche noch im Referentenentwurf vorgesehen war. Durch die wettbewerbsneutrale und fachlich ausgerichtete Prüfung der Medizinischen Dienste kann ein einheitlicher Bewertungsmaßstab bei der Prüfung gesichert werden. Mit dem Wegfall der Möglichkeit der Beauftragung anderer Gutachterdienste wurde ein Ausweichmechanismus, welcher die einheitliche Bewertung bei der Strukturprüfung ausgehebelt hätte, vermieden.

Die vorgesehenen zeitlichen Abläufe führen zu dem Phänomen, dass die Prüfungen der Strukturvoraussetzungen zu OPS-Komplexcodes regelhaft entlang der Kriterien des OPS-Kataloges erfolgen müssen, die im Systemjahr der Abrechnung von Leistungen nicht mehr gültig sind. Bescheinigungen, die zum 31. Dezember 2020 vorgelegt werden, bestätigen die Erfüllung der Kriterien des OPS-Kataloges 2020, die sich im OPS-Katalog 2021 verändern können. Somit kann der vorliegende Prüfbericht bei Änderungen des OPS-Kataloges nicht die Erfüllung der im Abrechnungszeitraum geltenden Bedingungen bescheinigen. Bei neu aufgenommenen Kriterien würde das Krankenhaus u.U. über eine Bescheinigung verfügen, obwohl (im Abrechnungsjahr) die Bedingungen nicht vollständig erfüllt sind. Da in Absatz 3 eine Meldepflicht nur bei Wegfall „nachgewiesener Strukturmerkmale“ gefordert ist, wäre darüber der Ausschluss von Leistungserbringung und Vergütung nicht abgesichert. Wäre einem Krankenhaus andererseits die Bescheinigung wegen Strukturmerkmalen verweigert worden, die im neuen Katalog nicht enthalten sind, wäre es für ein Jahr von der Leistungserbringung und Vergütung ausgeschlossen, da Bescheinigungen nur zum Stichtag 31. Dezember eines Jahres vorgelegt werden können. Gleichsinnig wirkt die Tatsache, dass eine erstmalige Erlösrelevanz eines Codes im Fallpauschalenkatalog erst spät im Herbst bekannt wird. Die hierfür ggf. erforderlichen Umsetzungen in den Krankenhäusern und die Überprüfung durch den MD sind bis zum 31. Dezember des laufenden Jahres nicht realisierbar. Letzteres wäre dadurch zu lösen, dass in den Sonderfällen der erstmaligen Vergütungsrelevanz eines OPS-Kodes die Bescheinigung bis zum 30. April des Folgejahres vorgelegt werden kann und rückwirkend für das Abrechnungsjahr Gültigkeit hat.

Die hier beabsichtigte Regelung kann dabei nur eine Wirkung entfalten, wenn die beteiligten Einrichtungen sich an der gesetzlich vorgegebenen Meldepflicht orientieren. Diese greift dann ein, wenn Krankenhäuser die nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr erfüllen. Um hier eine Fehlentwicklung zu Ungunsten der Versichertengemeinschaft vorzubeugen, ist ein Sicherungsmechanismus angezeigt. Hier ist die Möglichkeit einer Zwischenprüfung, welche durch die Krankenkassen verdachtsabhängig zu veranlassen ist, geboten. Durch diese Prüfung könnte die Meldetreue der Krankenhäuser im Voraus gefördert und Verstöße mit negativen Auswirkungen für die Versicherten umgehend kompensiert werden.

Änderungsvorschlag:

In § 283 Abs. 2 Satz 3 SGB V sollte ergänzend klargestellt werden, dass den Besonderheiten des Einführungsjahres der Strukturprüfungen Rechnung zu tragen ist“

Zu Artikel 1 Nr. 24 Buchst. c (§ 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V, Betretungsrecht der Gutachter)

Die Änderung in § 276 Absatz 4 SGB V sieht vor, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch weitere Gutachterinnen und Gutachter die Räume von Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen betreten dürfen, um Krankenhausunterlagen einzusehen und – soweit erforderlich – Versicherte untersuchen zu können.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste erachten die in § 276 Absatz 4 SGB V klarstellende Regelung zur Ausweitung der Betretens- und Einsichtnahmerechte auf nicht ärztliche Gutachterinnen und Gutachter der künftigen MD als sachgerecht. Durch die zunehmende Ausrichtung auf multiprofessionelle Teams wären die Tätigkeiten und Befugnisse der Gutachterinnen und Gutachter auch im stationären Bereich zu konkretisieren. Das Recht der Gutachterinnen und Gutachter zum Betreten von Einrichtungen der Leistungserbringer zum Zwecke der Einsichtnahme in Krankenhausunterlagen und für gegebenenfalls erforderliche Untersuchungen von Versicherten stellt eine aufgabengerechte Klarstellung des Betretungsrechts dar und trägt damit zur Rechtssicherheit der beteiligten Akteure bei.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 278 Abs. 1 SGB V, Umwandlung der Rechtsform der MD)

Die MD sollen künftig einheitlich in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts unter Wegfall der Eigenschaft als Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen geführt werden. Die MD können ausweislich der beabsichtigten Regelung Arbeitsgemeinschaften bilden oder ihnen angehören.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen die im Kabinettsentwurf vorgesehene Angleichung der bislang unterschiedlichen Rechtsformen der MDK in Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Beibehaltung der föderalen Struktur.

Die Ausgestaltung der MDK als Körperschaften des öffentlichen Rechts bildet die öffentlichen Aufgaben der MDK in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. In geeigneter Weise wird durch die Angleichung der Rechtsform der künftigen MD in Körperschaften des öffentlichen Rechts die Eigenständigkeit der Organisation MD unterstrichen und die bereits gegebene fachlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung für die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung auch nach außen dargestellt.

Die vorgesehene Weiterentwicklung schafft eine gleichgewichtete organisationsrechtliche Stufe der künftigen MD mit den sie beauftragenden Kranken- und Pflegekassen. Die Medizinischen Dienste begrüßen des Weiteren die Beibehaltung der föderalen Struktur bei gleichzeitiger Stärkung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung. Bei den grundsätzlich auf Landesebene ausgestalteten Versorgungs- und Qualitätssicherungsstrukturen im Gesundheitswesen sind die Kenntnis und die Nähe zu regionalen Ansprechpartnern und Strukturen von großer Bedeutung.

Darüber hinaus werden durch die Angleichung der bisher unterschiedlichen Rechtsformen der MDK die mit den bisher unterschiedlichen Rechtsformen verbundenen gesetzlichen Regelungsunterschiede beseitigt und dadurch die Umsetzung von Gemeinschaftsprojekten der künftigen MD, wie der momentan erfolgenden Einführung einer gemeinsamen Branchensoftware, erleichtert.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 278 Abs. 2 SGB V, Wahrnehmung der Fachaufgaben der MD)

Zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und Angehörigen anderer Heilberufe werden auch Angehörige weiterer Berufe des Gesundheitswesens in die Gruppe der zur Wahrnehmung der Fachaufgaben der MD berechtigten Personen aufgenommen. Die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte verbleibt bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern bzw. bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften.

Bewertung:

Wie in der Kommentierung zu § 275 Absatz 5 SGB V (neu) erläutert, begrüßen die Medizinischen Dienste die im Kabinettsentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur gesetzlichen Festschreibung der bereits gegebenen fachlich unabhängigen Aufgabenwahrnehmung der Gutachterinnen und Gutachter der MDK.

Aus diesem Grund erachten die Medizinischen Dienste die vorgesehene Regelung zur expliziten Darlegung der Berechtigung weiterer Berufsgruppen zur Wahrnehmung der Fachaufgaben der künftigen MD als folgerichtig. Zur Wahrnehmung der vielseitigen Aufgaben der MD sind bei den MDK neben den Ärztinnen und Ärzten auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den verschiedenen Professionen des Gesundheitsbereichs, wie z.B. Kodierassistenten, Psychologen und Orthopädietechniker beschäftigt.

Die MDK verantworten die medizinische und pflegefachliche Beratung und Begutachtung in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Die vorgesehene Verortung der Gesamtverantwortung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern bzw. bei pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften sichert sachdienlich die fachkompetente Beratung und Begutachtung der geplanten MD.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 278 Abs. 4 und § 283 Abs. 4 SGB V, Berichtswesen MD Bund)

In Absatz 4 wird das Berichtswesen betreffend den MD Bund geregelt. Die Berichte der MD, die diese dem MD Bund nach § 278 Absatz 4 zweijährlich zum 1. April liefern, fasst der MD Bund in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht ihn zum 1. September. Das Nähere zum Verfahren und zum Umfang hat der MD Bund in der Richtlinie über die regelmäßige Berichterstattung der MD zu regeln.

Bewertung:

Der MDS erstellt in Zusammenarbeit mit den MDK schon jetzt eine Vielzahl an Statistiken und Auswertungen zur Arbeit der MDK und des MDS. Exemplarisch zu nennen sind hier die Statistiken über die Begutachtungen und Beratungen der MDK im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung oder Statistiken über das in den Diensten beschäftigte Personal. Die im Kabinettsentwurf enthaltenen Vorgaben zum Ausbau der Transparenz über die Leistungen der geplanten MD stellen daher eine zielführende Maßnahme dar, um das Vertrauen in die Arbeit der Medizinischen Dienste weiter zu stärken.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 279 Abs. 1 – 6, Verwaltungsrat und Vorstand)

Organe der MD sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand.

Der Verwaltungsrat soll zukünftig aus 23 Vertretern bestehen, wobei 16 Vertreter in paritätischer und hälftiger Besetzung von Männern und Frauen von den Verwaltungsräten der Landesverbände der Kassen zu wählen sind. Sieben weitere Vertreter – fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände für die Wahrnehmung der Interessen von Patienten, Pflegebedürftigen und Verbrauchern sowie zwei nicht stimmberechtigte Vertreter der Pflegeberufe bzw. der Ärzteschaft – werden von den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder benannt. Die zu benennenden Vertreter der Verbände für die Wahrnehmung der Interessen von Patienten, Pflegebedürftigen und Verbraucher dürfen nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen.

In den Verwaltungsrat des MD dürfen Selbstverwalterinnen oder Selbstverwalter nicht gewählt werden, die einem Selbstverwaltungsorgan einer Krankenkasse oder ihrer Verbände angehören oder in den letzten 12 Monaten angehört haben. Ebenso ist die Wahl hauptamtlich bei den Krankenkassen oder ihren Verbänden Beschäftigter ausgeschlossen.

Bewertung:

Die geplante Gesetzgebung für eine Reform der Medizinischen Dienste wird die soziale Selbstverwaltung schwächen und damit die funktionale Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste erschweren. Deshalb lehnen die Medizinischen Dienste die entsprechenden Organisationsänderungen für die geplanten MD bzw. den MD Bund ab.

Es ist zu begrüßen, dass inzwischen anerkannt wurde, dass die noch im Referentenentwurf ursprünglich im Verwaltungsrat vorgesehene Minderheitenposition der Selbstverwaltungsvertreterinnen und Selbstverwaltungsvertreter zu einer mit den Grundrechten nicht zu vereinbarenden Schwächung der Interessenwahrnehmung der Versicherten und ihrer Arbeitgeber und damit zu einer unzureichenden demokratischen Legitimation führt. Auch wenn die durch die Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegeversicherung zu benennenden Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der MD jetzt zahlenmäßig wieder die Mehrheit stellen sollen, so fehlt ihnen doch die Anbindung an das GKV-System, da sie laut Gesetzentwurf nicht einem Selbstverwaltungsgremium der Kranken- und Pflegekassen angehören dürfen.

Angleichung der Rechtsform unter Beibehaltung föderaler Strukturen

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält verschiedene Regelungen, die grundsätzlich geeignet sind, die Aufgabenwahrnehmung und damit die Medizinischen Dienste zu stärken. So ist die im Kabinettsentwurf vorgesehene Beibehaltung der föderalen Strukturen der Medizinischen Dienste sachgerecht. Die Ausgestaltung der Medizinischen Dienste als Körperschaften des öffentlichen Rechts bildet die öffentlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. In geeigneter Weise wird durch die Angleichung der Rechtsform der Medizinischen Dienste in Körperschaften des öffentlichen Rechts die Eigenständigkeit der Organisation MD unterstrichen und die bereits gegebene fachlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung für die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung auch nach außen dargestellt. Die vorgesehene Weiterentwicklung schafft eine gleichgewichtete organisationsrechtliche Stufe der Medizinischen Dienste mit den sie beauftragenden Kranken- und Pflegekassen.

Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes im Medizinischen Dienst und im GKV-System aufheben

Die Verwaltungsräte der MD und des MD Bund werden entgegen der noch im Referentenentwurf vorgesehenen Mehrheitsverhältnisse nunmehr zwar überwiegend von den Verwaltungsräten der Kranken- und Pflegekassen gewählt, wegen der nach wie vor vorgesehenen Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes bei den MD und dem MD Bund und dem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse oder Verbandes, wird die letztlich notwendige auch personelle Anbindung der MD und des MD Bund an das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung allerdings unterbunden. Wenn künftig die in den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen engagierten ehrenamtlichen Mitglieder ihren Sachverstand nicht mehr in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste einbringen dürfen, wird die bis dato praxisnahe und sachkundige Aufgabenwahrnehmung durch die Verwaltungsräte der MD und des MD Bund stark beeinträchtigt.

Bei den Medizinischen Diensten stellen die Versicherten die maßgebliche Betroffenengruppe dar, da die Aufgaben der Medizinischen Dienste überwiegend Leistungsvoraussetzungen und damit letztlich den Leistungsanspruch der Versicherten gegen die Kranken- oder Pflegeversicherung betreffen. Durch die im Regierungsentwurf vorgesehene Unvereinbarkeitsregelung wird die in der sozialen Selbstverwaltung charakteristische unmittelbare Aufgabenwahrnehmung durch Betroffene ausgeschlossen und dadurch das infolge des Bedeutungszuwachses der Medizinischen Dienste erforderliche höhere Legitimationsniveaugeschwächt.

Die Medizinischen Dienste erwarten vom Gesetzgeber eine Überarbeitung der organisationsrechtlichen Regelungen des Regierungsentwurfes dahingehend, dass nach wie vor eine gleichzeitige Wahrnehmung eines Selbstverwaltungsamtes bei den MD und dem MD Bund und dem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse und ihrer Verbände bzw. des GKV-Spitzenverbandes möglich ist. Denn dies ist die richtige Maßnahme, um die den Grundrechten geschuldete Einbindung der Betroffenenperspektive in die Gremien der Selbstverwaltung der Medizinischen Dienste adäquat sicherzustellen.

Beteiligung von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern sachgerecht ausgestalten

Im Hinblick auf die vorgesehene stimmberechtigte Mitgliedschaft der Patienten- und Betroffenenvertreter in den Verwaltungsräten der künftigen MD und des MD Bund verweisen die Medizinischen Dienste auf die Beteiligung von Vertretern der Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und der Pflegeberufe in den Beiräten der MDK, die sich bewährt hat. Mit der Einbindung von Patienten- und Betroffenenvertretern konnte die Transparenz über die Arbeit der MDK und damit ihre Akzeptanz erhöht werden. Entsprechend ist es sachgerecht, die Beteiligung von Patienten-, Betroffenen und Berufsvertretern in den Beiräten auf Fragen der Krankenversicherung zu erweitern.

Sachgerecht ist, dass zu benennenden Patienten- und Betroffenenvertreter nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden dürfen, die Leistungen für die gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung erbringen. Hiermit wird wirksam dem daraus resultierenden Risiko begegnet, dass Vertreter der Patienten und Betroffenen in Folge finanzieller Unterstützung durch Leistungserbringer in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen.

Ein ähnlicher Interessenskonflikt kann sich dabei nicht nur für die Betroffenenvertreter, sondern auch für die Berufsvertreter herausbilden. Durch die organisatorische und ökonomische Verflechtung von Berufsvertretern mit Leistungserbringern und dessen Verbänden kann eine neutrale Aufgabenwahrnehmung im Medizinischen Dienst gefährdet werden. Dieser auch vom Gesetzgeber

erkannten Problematik kann nicht allein durch einen Ausschluss von durch Dritte finanzierte Personen begegnet werden. Von daher sollten zu benennende Berufsvertreter nicht der Leitung einer Gesundheitseinrichtung, z.B. dem Vorstand eines Krankenhauses angehören oder als Hauptamtliche für Leistungserbringerverbände tätig sein dürfen.

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehenen organisatorischen Änderungen in Bezug auf die Besetzung der Verwaltungsräte der MD sind zu überdenken. Die vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes im Medizinischen Dienst und einem Selbstverwaltungsamt in der Kranken-/Pflegeversicherung ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 280 Abs. 1, 3 SGB V, Finanzierung, Haushalt, Aufsicht)

§ 280 SGB V regelt in Absatz 1 die umlagebasierte Finanzierung der MD. Dabei sollen die Mittel im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 S. 2 Nr. 1 SGB V mit Wohnort im Einzugsbereich des jeweiligen MD aufgebracht werden. Unter Verweis auf § 70 Absatz 5 SGB IV soll die Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Haushalt erforderlich sein.

Bewertung:

Die MDK werden durch eine bundesweite Umlage finanziert. Diese Umlagefinanzierung garantiert den MDK eine wettbewerbsneutrale Aufgabenwahrnehmung und sichert die unabhängige Begutachtung.

Mitgliederbezogene Umlagefinanzierung

Die Medizinischen Dienste halten die Beibehaltung der Umlagefinanzierung durch die Kranken- und Pflegekassen, die sich an der Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkassen orientiert, für sachgerecht. Mit Blick auf die fachliche Unabhängigkeit der MDK ist es richtig, weder eine Einzelleistungsvergütung noch eine Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds vorzusehen.

Genehmigung des Haushalts

Die vorgesehene Genehmigungspflicht der Haushalte der MD erscheint unzweckmäßig. Bezogen auf die Haushalte der MDK reichen die schon heute bestehenden aufsichtsrechtlichen Regelungen aus. Die Feststellung des Haushaltes fällt in die Kompetenz der Selbstverwaltung. Eine Genehmigungspflicht der Haushalte schränkt demgegenüber die Gestaltungsverantwortung der Selbstverwaltung für die MD ein.

Finanzierung der Medizinischen Dienste

Die Medizinischen Dienste halten die Beibehaltung der Umlagefinanzierung durch die Kranken- und Pflegekassen, die sich an der Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkassen orientiert, für sachgerecht. Mit Blick auf die fachliche Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste ist es richtig, weder eine Einzelleistungsvergütung noch eine Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds vorzusehen.

Änderungsvorschlag:

Änderung in § 280 Absatz 3 SGB V

„Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69. § 70 Absatz 5 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf, (...).“

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 281 SGB V, Rechtsform, Aufsicht)

Gemäß § 281 SGB V soll der MD Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet werden und an die Stelle des MDS treten. Dieser ist derzeit als eingetragener Verein mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als einzig stimmberechtigtem Mitglied organisiert. Der MD Bund soll organisatorisch vollständig vom GKV-Spitzenverband gelöst und von den MD als dessen Mitglieder getragen werden.

Bewertung:

Angleichung der Rechtsform unter Beibehaltung föderaler Strukturen

Die im Kabinettsentwurf vorgesehene Ausgestaltung des künftigen MD Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts bildet die dem MD Bund zugewiesenen Aufgaben systemkonform ab. In geeigneter Weise wird analog der Rechtsangleichung der künftigen MD durch die Änderung der Rechtsform des MD Bund in eine Körperschaften des öffentlichen Rechts die Eigenständigkeit seiner Organisation unterstrichen und die bereits gegebene fachlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung für die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung auch nach außen dargestellt.

Abtrennung der Medizinischen Dienste von der GKV auf der Bundesebene

Der Kabinettsentwurf sieht weiterhin vor, den künftigen MD Bund vom GKV-Spitzenverband abzutrennen. Stattdessen sollen die MD den MD Bund tragen. Die Abtrennung im Hinblick auf die Trägerschaft sowie die Finanzierung des geplanten MD Bund vom GKV-Spitzenverband passt jedoch nicht zu den Aufgaben des MD Bund in der Systemberatung und wird daher abgelehnt. Der MD Bund hat den GKV-Spitzenverband weiterhin in allen medizinischen und pflegfachlichen Fragen der ihm zugewiesenen Aufgaben zu beraten (§282 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Diese gesetzliche Aufgabe umfasst neben der Beratung des GKV-Spitzenverbandes auch die Beratung innerhalb der Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss und im Pflege-Qualitätsausschuss und macht derzeit in etwa die Hälfte der beim MDS anfallenden Arbeiten aus. Der Beratungsauftrag des MDS gegenüber dem GKV-Spitzenverband steht zu Recht gleichwertig neben der Aufgabenstellung der Koordinierung der Arbeit der Medizinischen Dienste. Infolge der vorgesehenen ausschließlichen Besetzung des Verwaltungsrates des MD Bund mit Vertretern der Landesebene wird der MD Bund vom GKV-System auf Bundesebene abgetrennt. Dies steht der effizienten und sachgerechten Wahrnehmung der Beratungsaufgaben für den GKV-Spitzenverband und der Unterstützung seiner Arbeit in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene entgegen.

Für die notwendige aufgabengerechte Verknüpfung des GKV-Spitzenverbandes mit dem geplanten MD Bund ist die Besetzung des Verwaltungsrates von zentraler Bedeutung. Entsprechend sollten dem Verwaltungsrat des MD Bund weiterhin Selbstverwaltungsvertreterinnen und -vertreter aus dem GKV-Spitzenverband angehören (siehe Kommentierung zu § 282 SGB V).

Zu den weiteren organisationsrechtlichen Regelungen betreffend die künftigen MD und den künftigen MD Bund verweisen wir auf die die Kommentierungen zu § 279 SGB V (S. 19ff.) dieser Stellungnahme.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 282 SGB V, Organe MD Bund)

In § 282 SGB V werden der Verwaltungsrat und der Vorstand als Organe des geplanten MD Bund bestimmt. Der Verwaltungsrat des künftigen MD Bund wird entsprechend der vorgesehenen Regelung für die Verwaltungsräte der MD aus drei Vertretergruppen mit sechzehn Versicherten- und Arbeitgebervertretern, fünf Vertreterinnen und Vertretern der Patientenorganisationen und zwei nicht stimmberechtigten Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe bzw. der Ärztekammern besetzt. Diese werden von den Verwaltungsräten der künftigen MD gewählt.

Bewertung:

Durch die ausschließliche Besetzung des Verwaltungsrates mit Vertretern der Landesebene wird der MD Bund vom GKV-System auf Bundesebene abgetrennt. Dies steht zum einen der effizienten und sachgerechten Wahrnehmung der Beratungsaufgaben in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Gesundheit und Pflege (Gemeinsamer Bundesausschuss, Pflege-Qualitätsausschuss, Bewertungsausschuss etc.) entgegen. Zum anderen hat die Selbstverwaltung der Bundesebene damit keinen Einfluss auf die Gestaltung der Leistungen und den Ressourceneinsatz des MD Bund und der Medizinischen Dienste in der Systemberatung.

Zentral für die aufgabengerechte Verknüpfung des GKV-Spitzenverbandes mit dem geplanten MD Bund ist die Besetzung des Verwaltungsrates. Entsprechend sollten dem Verwaltungsrat des MD Bund weiterhin Selbstverwaltungsvertretern aus dem GKV-Spitzenverband angehören. Einem Verwaltungsrat obliegt grundsätzlich eine Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand, i.S. der Überprüfung einer ordnungsgemäßen Aufgabenwahrnehmung. Hierzu gehört der Abgleich der durch die betreffende Institution erledigten Aufgaben mit den an sie gestellten (gesetzlichen) Anforderungen genauso dazu, wie die Überprüfung eines angemessenen Ressourceneinsatzes um die Aufgaben erfolgreich bewerkstelligen zu können.

Es ist zwingend erforderlich, dass auf Bundesebene die Arbeit von GKV-Spitzenverband und MD Bund weiterhin miteinander verbunden ist, genauso wie die Arbeit der MD mit den Krankenkassen im Land verbunden ist. Der Erhalt der Verknüpfung von MD Bund und GKV-Spitzenverband ist auch notwendig, damit die Erfahrungen aus der Einzelfallbegutachtung auf Landesebene unmittelbar in die Beratung des GKV-Spitzenverbandes einfließen können.

Unter Beachtung des Grundsatzes eines wirtschaftlichen und effektiven Verwaltungshandelns, sollte darüber hinaus die Möglichkeit einer Delegiertenversammlung zur Wahl des Verwaltungsrates des zukünftigen MD Bund eröffnet werden. Eine dahingehend klarstellende Formulierung könnte unter Wahrung aller demokratischen Beteiligungsrechte die Wahl des zukünftigen Verwaltungsrates des MD Bund vereinfachen.

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes im MD Bund und einem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse bzw. einem Verband ist ersatzlos zu streichen. Siehe hierzu den Änderungsvorschlag zu §279 Abs. 6 SGB V

§ 282 Absatz 2 Satz 5 ist wie folgt zu ergänzen:

§ 282 Absatz 2 Satz 5 ist wie folgt neu zu fassen:

„Der Verwaltungsrat kann durch eine Delegiertenversammlung gewählt werden. Das Nähere zur Wahl des Verwaltungsrates durch die Delegiertenversammlung, und insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.“

Zu Änderungsantrag 15 (Art. 1 Nr. 25,30; § 282, 328 SGB V, Delegiertenversammlung MD Bund)

Der Änderungsantrag sieht für die Wahl des Verwaltungsrates des zukünftigen MD Bund die Möglichkeit vor, dass die Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des Medizinischen Dienstes zu entsendende Person nach Weisung der entsendenden Vertreter bei der Wahl abgegeben werden kann.

Darüber hinaus wird ein Delegationsverfahren für die erste Wahl des neu zu konstituierenden Verwaltungsrates vorgegeben. Für dieses erste Wahlverfahren sollen die Vorschlagslisten nach Geschlecht getrennt an die Vertretergruppen der Medizinischen Dienste übersandt werden. Der zu entsendende Vertreter einer jeder Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes gibt die zwei Stimmen eines jeden Vertretenen nach dessen Weisung ab.

Bewertung:

Die durch den Änderungsantrag beabsichtigte Ermöglichung der Delegiertenwahl des Verwaltungsrates des MD Bund erscheint unter dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und des effektiven Verwaltungshandelns geboten. Durch dieses Vorgehen können die durch den Wahlvorgang entstehenden Aufwände verringert werden. Die Ausgestaltung des Delegiertenverfahrens sollte jedoch dem Verwaltungsrat des MD Bund übertragen werden, der dieses im Rahmen der Satzung festlegen sollte.

Positiv sehen wir, das Verfahren der Delegiertenwahl für den Übergang vom MDS auf den MD Bund zu regeln. Jedoch sollten dabei die demokratischen Beteiligungsrechte nicht unnötig eingeschränkt werden. In Anbetracht der Besetzung des Verwaltungsrates unter Beachtung der paritätischen Besetzung der sozialen Selbstverwaltung aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern sollten mindestens zwei Vertreter für die Kranken- und Pflegekassen als Vertreter der Krankenkassenseite vorgesehen werden. Diese Art der Delegation würde sich auch in das System der Medizinischen Dienste einfügen, da eine Vertretung durch mindestens zwei Personen, in der Regel die beiden Verwaltungsratsvorsitzenden, im Kooperationsrat bewährte Praxis ist. Gerade auch unter dem Gesichtspunkt der paritätischen Besetzung, erscheint eine Entsendung von mindestens zwei Personen geboten.

Änderungsvorschlag:

Die Ausgestaltung der Delegiertenwahl sollte durch die Satzung des MD Bund erfolgen.

Für die Übergangsregelung in § 328 Abs. 5 sollte die Vertretung der Gruppe der sozialen Selbstverwaltung durch mindestens zwei Personen erfolgen.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 281 Abs. 2 SGB V, MD Bund Finanzierung)

§ 281 Absatz 2 sieht vor, dass die zur Finanzierung der Aufgaben des MD Bund erforderlichen Mittel von den MD und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durch eine Umlage aufgebracht werden. Dabei sollen die Mittel im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 S. 2 Nr.1 SGB V mit Wohnort im Einzugsbereich des jeweiligen MD einerseits und der Mitglieder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See andererseits aufgebracht werden. Unter Verweis auf § 70 Absatz 5 SGB IV soll die Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Haushalt erforderlich sein.

Bewertung:

Der MDS wird derzeit über eine mitgliederbezogene Umlage vom GKV-Spitzenverband finanziert. Der MDS berät als medizinische und pflegfachliche Expertenorganisation den GKV-Spitzenverband zu grundsätzlichen Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Außerdem koordiniert er die bundesweite Aufgabenwahrnehmung der MDK.

Der im Kabinettsentwurf vorgesehene MD Bund soll diese Aufgaben weiterhin vollumfänglich wahrnehmen. Die Finanzierung des MD Bund sollte der geplanten Aufgabenwahrnehmung und Organisationsstruktur entsprechen. Ausgehend von der vorgesehenen Aufgabenfortschreibung und unseren Vorschlägen zur Gestaltung der Organisation des MD Bund ist die Fortführung einer Finanzierung durch den GKV-Spitzenverband naheliegend und sachgerecht.

Die vorgesehene Genehmigungspflicht des Haushalts durch das BMG wird analog zu den Regelungen in § 280 Absatz 3 als nicht sachgerecht abgelehnt. Die bestehenden Regelungen der Rechtsaufsicht über den Haushalt sind unseres Erachtens ausreichend.

Darüber hinaus sollte in Übereinstimmung mit den Regelungen für die MD auch beim MD Bund die Hälfte der Kosten durch die Pflegekassen getragen werden. Diese für die MD in § 280 Absatz 1 S. 4 SGB V beabsichtigte Regelung sollte auch für den MD Bund aufgenommen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 283 SGB V, Aufgaben des MD Bund)

In § 283 Absatz 1 bis 5 SGB V werden die Aufgaben des geplanten MD Bund festgelegt. Wie bisher soll der künftige MD Bund den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben beraten und die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MD koordinieren und fördern.

Dem künftigen MD Bund soll die bisher beim GKV-Spitzenverband verortete Kompetenz zum Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der MD unter Beteiligung der MD übertragen werden. Dies sind die bereits in § 282 Absatz 2 Satz 3 genannten Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband (Nummer 1), zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung (Nummer 2) und über Grundsätze der Fort- und Weiterbildung (Nummer 9). Neue Regelungsinhalte kommen mit den folgenden Richtlinien hinzu:

- über die regelmäßige Begutachtung von Strukturmerkmalen nach § 275d (neu) durch die MD (Nummer 3),
- zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabebezogenen Richtwerten (Nummer 4),
- zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die MD (Nummer 5),
- zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD (Nummer 6) ,
- zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals (Nummer 7) sowie
- zur regelmäßigen Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung (Nummer 8).

Die genannten Richtlinien sollen für die künftigen MD verbindlich sein und bedürfen der Genehmigung durch das BMG. Vor dem Erlass von Richtlinien durch den MD Bund ist dem GKV-Spitzenverband, der Bundesärztekammer sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe, den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene, den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen sowie dem Bundesbeauftragten für Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind. Für die Richtlinien zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ist das Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband herzustellen.

Bewertung:

Aufgaben des MD Bund

Die Medizinischen Dienste bewerten die im Kabinettsentwurf vorgesehene Fortführung der bisherigen Aufgabenwahrnehmung durch den künftigen MD Bund positiv. Wie bisher soll der künftige MD Bund den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegerischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben beraten und die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MD koordinieren und fördern. Gemeinsam mit den MD wird der geplante MD Bund beauftragt, für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen. Die Medizinischen Dienste sehen es schon heute als zentrales Anliegen, eine bundesweit einheitliche Begutachtung und Beratung sicher zu stellen. Dies ist Kernelement der intensiven fachlichen Zusammenarbeit von MDK und MDS, die in einem Kooperationsvertrag aller MDK und des MDS verbindlich vereinbart ist.

Ausweitung der bundesweiten Aufgabenwahrnehmung

Die im Kabinettsentwurf beabsichtigte Ausweitung der systematischen Qualitätssicherung auf das Begutachtungsfeld der gesetzlichen Krankenversicherung wird positiv bewertet. Die MDK haben bereits ein einheitliches und übergreifendes Qualitätssicherungssystem für die Begutachtung in der Krankenversicherung entwickelt, das kurz vor der Implementierung steht. Dies wird zu einer Weiterentwicklung und Vereinheitlichung der Begutachtungspraxis der MDK beitragen.

Die Erstellung von Berichten über die Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MDK werden bereits kontinuierlich ausgebaut. Im Rahmen von Veröffentlichungen, Fachveranstaltungen und Pressekonferenzen berichtet der MDS in Zusammenarbeit mit den MDK regelmäßig über das Auftrags- und Begutachtungsgeschehen der MDK. Insofern sind die im Kabinettsentwurf enthaltenen Vorgaben zur Steigerung der Transparenz über die Leistungen der MD und die gesetzliche Verankerung einer systematischen Qualitätssicherung zielführende Maßnahmen, um das Vertrauen in die Arbeit der geplanten MD weiter zu stärken. Diese Stärkung der bundesweiten Aufgabenwahrnehmung ist in enger Zusammenarbeit der geplanten MD und dem vorgesehenen MD Bund auszugestalten.

Die vorgesehene Personalbedarfs-Richtlinie zielt auf eine an aufgabenbezogenen Richtwerten orientierte, bundeseinheitlich adäquate Personalausstattung der Dienste. Der Bundesrechnungshof hat in einem 2017 veröffentlichten Bericht die Empfehlung zu einer einheitlichen Ermittlung des Personalbedarfs ausgesprochen. Die im Bericht des Bundesrechnungshofs angeführte Kritik an einer vermeintlichen personellen Minderausstattung der MDK ist mit Blick auf die eingetretene Personalentwicklung der MDK in den letzten Jahren nicht mehr begründet. So wurden zwischen 2016 und 2019 bei den MDK 821 zusätzliche Pflegefachkräfte (+33,7%), 264 zusätzliche Kodierassistenzen (+87,8%) und 106 zusätzliche Ärztinnen und Ärzte (+5,3%) eingestellt. Damit wird deutlich, dass die MDK auf die sich stetig ändernden Begutachtungsbedarfe adäquat reagiert haben und von ihren Verwaltungsräten mit den notwendigen Mitteln ausgestattet wurden. Falls dennoch an einer Personalbedarfs-Richtlinie festgehalten werden sollte, so sollten durch eine solche Richtlinie die Gestaltungsrechte der Verwaltungsräte nicht unnötig eingeschränkt werden.

Richtlinien für die Tätigkeit der MDK

Nach dem Kabinettsentwurf soll die Verantwortung für den Erlass der Richtlinien vom GKV-Spitzenverband auf den geplanten MD Bund übergehen. Dies sehen wir als eine politische Entscheidung an, die vom Gesetzgeber zu treffen ist. Unabhängig vom Ergebnis dieser Entscheidung kommt es darauf an, dass bei der Erarbeitung und Abstimmung der Richtlinien die notwendige Zusammenführung sowohl fachlicher als auch leistungs- und vertragsrechtlicher Aspekte sichergestellt ist.

Richtlinien für die Tätigkeit der MDK, insbesondere die Begutachtungsrichtlinien, werden aktuell in einem strukturierten Verfahren von MDS, MDK und GKV-Spitzenverband erarbeitet. Dabei wird ein Fachentwurf auf der Arbeitsebene von Vertretern der MDK und des MDS erarbeitet. Dieser Fachentwurf wird mit dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erörtert, um die Kompatibilität zum Leistungs- und Vertragsrecht sicher zu stellen. Dieses Verfahren ist auch künftig notwendig, damit sich Krankenkassen und die Gutachter der Medizinischen Dienste aber auch Patientinnen und Patienten, Versicherte und Leistungserbringer auf die angemessene Ausgestaltung der Richtlinien verlassen können.

Änderungsvorschlag:

In Absatz 2 wird die Nummer 4 gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 301 SGB V, Krankenhäuser)

In § 301 SGB V erfolgt eine Klarstellung, dass die ICD und der OPS von Krankenhäusern für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden sind und der OPS auch die durch das DIMDI festgelegten, abstrakt-generellen Voraussetzungen für die Abrechnung erbrachter Leistungen enthalten kann. Das DIMDI hat sich für die Festlegung der Schlüssel eine Verfahrensordnung zu geben und diese auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Bewertung:

Die hier beabsichtigte Regelung erscheint zweckmäßig und trägt zur transparenteren Vorgehensweise des DIMDI bei.

Zu Artikel 1 Nr. 30 (§ 327 SGB V (neu), Übergangsregelung für die MDK und den MDS)

§ 327 SGB V regelt als Übergangsvorschrift die Geltung der Rechtsvorschriften für die Zeit der Umwandlung der MDK in MD und des MDS in den MD Bund. Bis zur Vollendung dieser Umwandlung nehmen die bestehenden MDK ihre Aufgaben nach den §§ 275 bis 283 SGB V der bisherigen Fassung weiter wahr. Einige Regelungen sollen jedoch für die MDK ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes anwendbar sein. Auch für den MDS sind grundsätzlich die §§ 275 bis 283 SGB V in bisheriger Fassung - unter Beachtung einiger bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes geltenden Regelungen - weiter anwendbar.

Die Neuregelung sieht ferner vor, dass sich die Amtszeit eines bestehenden Verwaltungsrates eines MDK bis zum Zeitpunkt des Abschlusses der Umwandlung des MDK in den künftigen MD verlängert, sofern die Amtszeit des jeweiligen MDK-Verwaltungsrates vor Abschluss der Neukonstituierung eines MD endet.

Bewertung:

Die vorgesehene Neuregelung des Kabinettsentwurfs zur Verlängerung der Amtszeit von MDK-Verwaltungsräten mit Geltung ab dem 1. Januar 2020, deren Amtszeit vor dem Zeitpunkt der Neukonstituierung enden würde, ist aus Sicht der MDK und des MDS sachgerecht und vermeidet die Konstituierung von MDK-Verwaltungsräten, die absehbar nur kurzzeitig im Amt stünden.

Die beabsichtigten Regelungen im Hinblick auf die Übergangszeit bei der Umwandlung sind grundsätzlich geeignet, einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten. Durch die klare Zuweisung des anzuwendenden Rechts können Rechtsunsicherheiten in der Übergangszeit vermieden werden.

Zu Artikel 3 Nr. 2 Buchst. b. bb (§ 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 KHG, Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben unter Beteiligung des MD Bund Regelungen zu vereinbaren, die ab dem 1. Januar 2021 eine ausschließlich elektronische Übermittlung der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den MD im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sicherstellt.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen die Übermittlung von Unterlagen in elektronischer Form. Eine geordnete elektronische Übermittlung der gesamten Unterlagen, wie sie im Kabinettsentwurf vorgesehen ist, stellt eine Vereinfachung des Prüfprozesses sowohl für die Krankenhäuser als auch für die künftigen MD dar. Die Beteiligung des MD Bund an der Ausarbeitung der Regelung für die elektronische Datenübermittlung ist zweckmäßig und zielführend.

Zu Artikel 3 Nr. 2 (§ 17c Abs. 7 KHG (neu), Evaluation der Gesetzgebung)

Nach dem neuen Absatz 7 Satz 1 in § 17c KHG legen der GKV-Spitzenverband und die DKG dem BMG bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einzelfallprüfung in dem neuen gestuften Prüfsystem nach § 275c Absatz 1 bis 4 SGB V, der Strukturprüfung nach § 275d SGB V und der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses Bund nach § 18b vor. Nach Satz 2 haben die genannten Vertragsparteien für die Erstellung des Berichtes die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und § 275c Absatz 4 SGB V und eine Stellungnahme des MD Bund einzubeziehen.

Bewertung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfungen zu erhöhen. Die Wirksamkeit der vorgesehenen Änderungen muss sich anhand eines Rückgangs des Anteils der zu beanstandenden Rechnungen und im Zusammenspiel mit den weiteren Strukturmerkmalen der Krankenhausabrechnungen in der künftigen Abrechnungspraxis erweisen. Eine Evaluation der Wirkungen der veränderten Krankenhausabrechnungsprüfung und ggf. vorzunehmende Anpassungen des Abrechnungsverfahrens sind daher folgerichtig geboten.

Zu Artikel 3 Nr. 3 (§ 19 Abs. 4 und 6 KHG (neu), Wirkeintritt und Verbindlichkeit von Entscheidungen des Schlichtungsausschusses)

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für Krankenhausabrechnungen mit Datum ab Entscheidung des Schlichtungsausschusses sowie rückwirkend ausschließlich für Rechnungen, die bereits Gegenstand einer Begutachtung beim MDK sind. Die Entscheidungen sind zu veröffentlichen. Sie sind für Krankenhäuser, Krankenkassen und MDK unmittelbar verbindlich und gelten als Kodierregeln. Entscheidungen können vor dem Sozialgericht beklagt werden, was keine aufschiebende Wirkung entfaltet.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste befürworten die Klarstellung der Wirksamkeit von Entscheidungen des Schlichtungsausschusses. Die Neuregelung sieht vor, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nur für alle ab dem Entscheidungszeitpunkt neu gestellten Krankenhausabrechnungen gelten sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung des MDK sind. Die Neuregelung trägt zu einer effizienten Begutachtung und Abrechnungspraxis bei.

Zu Artikel 3 Nr. 3 (§ 19 Abs. 5 KHG (neu), Klärung strittiger Kodierempfehlungen)

Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über alle zwischen der MDK-Gemeinschaft und der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling dissidenten Kodierempfehlungen.

Bewertung:

Die vorgesehene Regelung trägt dazu bei, dissidente Kodierempfehlungen zwischen den Parteien zu klären. Die Neuregelung erscheint daher sachgerecht.

Zu Artikel 10 Nr. 13 (§ 53a [neu] SGB XI, Beauftragung anderer Gutachter, Richtlinien)

Der bisherige § 53b wird der neue § 53a. Der Regelungsinhalt soll davon unberührt bleiben.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommene Konzentrierung der Prüftätigkeit auf die fachlich ausgerichteten und unabhängigen MD und den Wegfall der anderen Gutachterdienste. Diese durch den Gesetzgeber beabsichtigte Änderung im Kabinetentwurf ermöglicht eine hochwertige und wettbewerbsneutrale Prüftätigkeit.

Vor diesem Hintergrund kann die hier getroffene Regelung nicht überzeugen. Ziel des MDK-Reformgesetzes ist die Stärkung der Unabhängigkeit der künftigen MD. Diesem Ansatz folgend ist eine mögliche Beauftragung anderer Gutachter, die nicht der Unabhängigkeit des MD unterliegen, nicht sachgerecht. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die MD, um Auftragsspitzen abfangen zu können, externe Gutachter beauftragen können, die den gleichen Unabhängigkeitsverpflichtungen unterliegen, wie intern beschäftigte Gutachter. Vor diesem Hintergrund sollte die Möglichkeit des Einsatzes anderer Gutachter kritisch auf den Prüfstand gestellt werden. Die überzeugenden Argumente für das Entfallen der anderen Gutachterdienste im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auch hier durchgreifen.

Änderungsvorschlag:

Die Möglichkeit der Beauftragung anderer Gutachter ist in § 18 SGB XI und damit § 53b SGB XI zu streichen.

Zu Artikel 10 Nr. 15 (§ 53d [neu] SGB XI, Aufgaben des MD Bund)

Im Fünften Abschnitt „Medizinische Dienste; Medizinischer Dienst Bund“ werden die Aufgaben der MD und des MD Bund für die Pflegeversicherung dargestellt werden.

Der MD Bund soll den GKV-Spitzenverband der Pflegekassen in allen ihm zugewiesenen pflegerischen Fragestellungen beraten. Darüber hinaus sollen durch den MD Bund die Aufgabenwahrnehmung und die Zusammenarbeit der MD in pflegfachlichen und organisatorischen Angelegenheiten koordiniert und gefördert werden.

Der geplante MD Bund soll zukünftig folgende Richtlinien unter Beteiligung der MD erlassen:

1. zur Dienstleistungsorientierung nach § 18b,
2. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihm nach diesem Buch übertragenen Aufgaben,
3. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter für die ihm nach dem SGB XI übertragenen Aufgaben,
4. zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
5. über die regelmäßige Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
6. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung.

Darüber hinaus soll er folgende Richtlinien im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlassen:

1. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,
2. zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,
3. zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,
4. über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,
5. zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c,
6. über die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den MD und
7. über die von den MD zu übermittelnden Berichte und Statistiken.

Bewertung:

Aufgaben des MD Bund

Die Medizinischen Dienste bewerten die im Kabinettsentwurf vorgesehene Fortführung der bisherigen Aufgabenwahrnehmung durch den künftigen MD Bund positiv. Wie bisher soll der künftige MD Bund den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben beraten und die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MD koordinieren und fördern. Gemeinsam mit den künftigen MD wird der geplante MD Bund zudem beauftragt, für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen. Die Medizinischen Dienste sehen es schon heute als zentrales Anliegen, eine bundesweit einheitliche Begutachtung, Beratung und Qualitätsprüfung sicher zu stellen. Dies ist Kernelement der intensiven fachlichen Zusammenarbeit von MDK und MDS, die in einem Kooperationsvertrag aller MDK und des MDS verbindlich vereinbart ist.

Richtlinien

Richtlinien für die Tätigkeit der MDK in der Pflegeversicherung werden aktuell in einem strukturierten Verfahren von MDS, MDK und Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet. Dabei wird insbesondere bei den Begutachtungs- und Prüfrichtlinien ein Fachentwurf auf der Arbeitsebene von Vertretern der MDK und des MDS erarbeitet. Dieser Fachentwurf wird mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene erörtert, um die Kompatibilität zum Leistungs- und Vertragsrecht sicher zu stellen. Der konsentierete Entwurf der Richtlinie wird nach Durchführung der vom Gesetz vorgeschriebenen Anhörungsverfahren durch den GKV-Spitzenverband vom Vorstand des MDS in Abstimmung mit den Geschäftsführern und Leitenden Ärzten der MDK abgenommen und danach vom Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen als Richtlinie erlassen. Abschließend werden die Richtlinien dem BMG zur aufsichtsrechtlichen Genehmigung vorgelegt.

Nach dem Kabinettsentwurf soll, wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen, die Verantwortung für den Erlass der Richtlinien vom GKV-Spitzenverband auf den geplanten MD Bund übergehen. Dies sehen wir als eine politische Entscheidung an, die vom Gesetzgeber zu treffen ist. Unabhängig vom Ergebnis dieser Entscheidung sollte es bei dem bisher praktizierten strukturierten Erarbeitungsverfahren bleiben, das die hier notwendige Zusammenführung sowohl der fachlichen als auch der leistungs- und vertragsrechtlichen Aspekte garantiert.

Wie bereits zu §283 SGB V ausgeführt, haben die MDK durch eine umfangreiche Personalentwicklung eine vermeintliche personelle Minderbesetzung ausgeglichen. Dieses gilt gleichermaßen für die Aufgabenwahrnehmung im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung. Wenn dennoch an einer Personalbedarfs-Richtlinie festgehalten werden sollte, so sollten durch eine solche Richtlinie die Gestaltungsrechte der Verwaltungsräte auch hier nicht unnötig eingeschränkt werden.

Änderungsvorschlag:

In Absatz 2 wird die Nummer 2 gestrichen.

Ergänzender Änderungsvorschlag zu § 114 Abs. 1 SGB XI

Wie § 53a SGB XI (neu) eröffnet auch der § 114 Absatz 1 die Möglichkeit, anstelle des MDK oder des PKV-Prüfdienstes, andere Sachverständige mit einer Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen zu beauftragen.

Bewertung:

Ziel des MDK-Reformgesetzes ist die Stärkung der Unabhängigkeit der künftigen MD. Diesem Ansatz folgend ist eine mögliche Beauftragung anderer Gutachter, die nicht der Unabhängigkeit des MD unterliegen, nicht sachgerecht. Vor diesem Hintergrund sollte die Möglichkeit des Einsatzes anderer Sachverständigter kritisch auf den Prüfstand gestellt werden

Änderungsvorschlag:

§ 114 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst und im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge ~~oder den von ihnen bestellten Sachverständigen~~ einen Prüfauftrag.

Zu Artikel 10 Nr. 21 Buchst. b. aa (§ 114a Abs. 6 Satz 1 [neu] SGB XI, Qualitätsberichterstattung)

Die bisherige Regelung, dass die MD in Abständen von drei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten haben und diese Berichte durch den MDS zusammengefasst werden, soll auf einen zweijährigen Berichtsrhythmus ab dem Jahr 2020 umgestellt werden. Die Qualität der Pflege ist ein in der öffentlichen Wahrnehmung wie in der Praxis der Leistungserbringung wesentlicher Gesichtspunkt. Zudem werden im Jahr 2019 die neuen Bestimmungen zur Qualitätssicherung und -prüfung in der vollstationären Pflege wirksam.

Bewertung:

Die neuen Prüfgrundlagen für die stationäre Pflege treten zum 1. November 2019 in Kraft. Die vorgesehene Berichtspflicht der MD gegenüber dem MD Bund zum 31. Juni 2020 und die Berichtspflicht des MD Bund gegenüber GKV-Spitzenverband und Bundesministerien zum 31. Dezember 2020 ist vor diesem Hintergrund zeitlich ungünstig terminiert, da dabei nur sehr wenige Prüfergebnisse auf der Grundlage der neuen Prüfgrundlagen für die stationäre Pflege einbezogen werden können (Prüfungen im November und Dezember 2019). Vor diesem Hintergrund schlagen die Medizinischen Dienste vor, die Berichtspflicht der MD auf den 31. Juni 2021 und die Berichtspflicht des MDS bzw. des künftigen MD Bund auf den 31. Dezember 2021 festzusetzen. Damit kann ein voller Prüfzyklus der neuen stationären Qualitätsprüfung in der Berichterstattung abgebildet werden. Darüber hinaus halten wir es für angebracht, in einem zweijährigen Abstand über die Qualitätsergebnisse zu berichten.

Änderungsvorschlag:

Die erstmalige Berichtspflicht wird für die MD auf den 31. Juni 2021 und die erstmalige Berichtspflicht des MD Bund wird auf den 31. Dezember 2021 festgesetzt.

Zu Artikel 14 (Evaluierung)

Bis zum 31. Dezember 2023 hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag auf Grundlage des Berichts nach §17c Abs. 7 KHG über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung zu berichten. Insbesondere hat dieser Bericht die finanziellen und strukturellen Auswirkungen

- der Einzelfallprüfung gem. §275c SGB V,
- der Strukturprüfung gem. §275d SGB V,
- der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gem. §19 KHG sowie
- der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationsersetzender Eingriffe

zu untersuchen und die Auswirkungen auf die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen.

Bewertung:

Die Evaluation der hier beabsichtigten strukturellen Änderungen in der Krankenhausabrechnungsprüfung wird begrüßt. Durch die kontinuierliche Prüfung der Entwicklungen in der Krankenhausabrechnungsprüfung kann einer gegebenenfalls eintretenden Fehlentwicklung entgegengewirkt werden.