

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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

A. Problem und Ziel

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sind die sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienste der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Sie wirken mit über 9 000 Beschäftigten daran mit, dass die Leistungen der Kranken- und Pflegekassen nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen. Zugleich führen sie die Begutachtung und Feststellung möglicher Abrechnungsfehler sowie Qualitätskontrollen durch. Die MDK leisten hierdurch einen wichtigen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung.

In den letzten Jahren wurde wiederholt kritisch hinterfragt, inwieweit die MDK unabhängig von den Kranken- und Pflegekassen sind. Vor diesem Hintergrund ist im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode vorgesehen, die MDK zu stärken, ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten und zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen Sorge zu tragen.

Die im Auftrag der Krankenkassen durch die MDK durchgeführten Krankenhausabrechnungsprüfungen sind Anlass für eine Vielzahl von Streitigkeiten. Ursachen dafür sind häufig unterschiedliche Auffassungen über die erforderliche Behandlungsdauer der Patientinnen und Patienten oder die regelkonforme Kodierung und Abrechnung. Festzustellen ist auch, dass Krankenkassen, teils aus wettbewerblichen Gesichtspunkten, in einem zu großen Umfang Prüfungen veranlassen und die Prüfquoten kontinuierlich ansteigen. Ursächlich für die aktuelle Situation sind unter anderem die Rahmenbedingungen für die Abrechnung und die Prüfung von Krankenhausleistungen, insbesondere weil Klarstellungen über wiederholt strittige Auffassungen über richtiges Abrechnungsverhalten nicht zustande kommen und Maßnahmen zur Verbesserung für eine regelkonforme Abrechnung in den Krankenhäusern nicht in ausreichendem Maße ergriffen worden sind. Die bisherige Krankenhausabrechnungsprüfung verursacht zudem bei allen Beteiligten einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Sie macht einen stetig steigenden Anteil an den Tätigkeiten der MDK aus. Und auch in den Krankenhäusern wird mit dem damit einhergehenden Zeit- und Personalaufwand Personal gebunden, das bei einer ineffizienten Ausgestaltung der Abrechnung von Krankenhausleistungen und deren Prüfung bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten fehlt.

Das vorliegende Gesetz zielt daher insbesondere ab auf die Stärkung der MDK, die zukünftig unter der Bezeichnung Medizinische Dienste (MD) geführt werden, die Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit, die Schaffung von Anreizen für eine regelkonforme Abrechnung von Krankenhausleistungen, eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie die Herstellung von mehr Transparenz über das Prüfgeschehen.

B. Lösung

Zur Stärkung der Unabhängigkeit der MD werden dessen organisatorische Strukturen verändert.

Die Krankenhausabrechnung wird durch grundsätzliche strukturelle Änderungen sowie durch die systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen weiterentwickelt.

Die Unabhängigkeit der MD wird gestärkt und ihre Aufgabenwahrnehmung wird vereinheitlicht:

- Die MD stellen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden unter Beibehaltung der föderalen Struktur einheitlich als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung MD geführt.
- Die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MD wird neu geregelt. Künftig werden auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucherinnen und Verbraucher, der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte sind nicht mehr in den Verwaltungsrat wählbar. Der Umstellungsprozess soll insgesamt nach maximal einem Jahr abgeschlossen sein.
- Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) organisatorisch gelöst und – wie die MD – künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt, deren Mitglieder die MD sind. Die Umstellungsphase soll nach insgesamt maximal anderthalb Jahren abgeschlossen sein.
- Der MD Bund wird künftig die Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der MD unter Mitwirkung der MD beschließen.

Die Effizienz und die Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung werden verbessert:

- Die Anreize für eine regelkonforme Abrechnung werden gestärkt, indem die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses zukünftig den Umfang der zulässigen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bestimmt, die durch die Krankenkassen beim MD veranlasst werden können. Hierzu wird ab dem Jahr 2020 zunächst eine zulässige Prüfquote je Krankenhaus bestimmt, die den Umfang der von den Krankenkassen beauftragten MD-Prüfungen begrenzt. Die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote ist ab dem Jahr 2021 von dem Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen eines Krankenhauses im vorvergangenen Quartal abhängig. Ein hoher Anteil unbeanstandeter Rechnungen führt zu einer niedrigen zulässigen Prüfquote. Umgekehrt führt ein hoher Anteil beanstandeter Abrechnungen

zu einer höheren Prüfquote. Zusätzlich hat ein hoher Prozentanteil an beanstandeten Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung auch negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus.

- Immer wieder auftretende strittige Kodier- und Abrechnungsfragen werden systematisch reduziert.
- Statt der Prüfung vieler Einzelfälle wird die Prüfung von strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung in einer krankenhausesbezogenen Strukturprüfung gebündelt.
- Da die neuen tagesbezogenen Pflegeentgelte der Abzahlung des kostenbasierten Pflegebudgets dienen, würde eine Prüfung der Verweildauer nur zu einer Umverteilung zwischen den Kostenträgern führen. Um der Entstehung von unnötigen Prüffeldern im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung entgegenzuwirken, ist daher die Prüfung der Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nicht zulässig.
- Im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ werden durch die Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und für stationärsersetzende Eingriffe bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser genutzt und ausgebaut und wird zugleich der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegengewirkt.
- Eine Aufrechnung mit Rückforderungen, die Krankenkassen gegen Krankenhäuser haben, gegen Vergütungsansprüche, die Krankenhäuser gegen die Krankenkassen haben, ist grundsätzlich nicht zulässig.
- Durch Einführung einer vom GKV-Spitzenverband zu erstellenden, bundesweiten Statistik wird Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen hergestellt.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich aus den Regelungen des Gesetzes keine Mehrausgaben.

Die Einführung von Prüfquoten ab dem Jahr 2020 wirkt sich auf die Summe der Rückzahlungsbeträge der Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen und auf die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausleistungen wie folgt aus: Durch die Verringerung des Prüfumfanges ist zunächst mit einer Verminderung der Rückzahlungsansprüche der gesetzlichen Krankenkassen zu rechnen. Die gesetzliche Vorgabe von Prüfquoten könnte allerdings dazu führen, dass die Krankenkassen gezieltere Prüfungen veranlassen, durch die sie einen höheren durchschnittlichen Rückzahlungsbetrag je Fall erreichen, so dass geringe Prüfquoten teilweise kompensiert werden könnten. Durch die Einführung von krankenhausesseitig zu zahlenden Aufschlägen auf die Differenzbeträge, die sich aus dem ursprünglichen Abrechnungsbetrag des Krankenhauses und dem nach der Abrechnungsprüfung geminderten Abrechnungsbetrag ergeben, erzielen die Krankenkassen ab dem Jahr 2021 Mehreinnahmen. Auf der Ausgabenseite der Krankenkassen wird es ab dem Jahr 2020 zu Minderausgaben kommen, da mit einer Reduzierung des Prüfumfanges auch eine Verminderung des Volumens der von den

Krankenkassen zu zahlenden Aufwandspauschalen erreicht wird und die Inanspruchnahme der MD für Krankenhausabrechnungsprüfungen reduziert wird. Da die Mehr- und Minderausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen von vielen Faktoren abhängig sind, deren Entwicklung nicht auf einer soliden Basis kalkuliert werden kann, ist insgesamt eine Quantifizierung der Mehr- oder Minderausgaben nicht möglich.

Ab dem Jahr 2022 ist ein weiterer Effekt zu berücksichtigen: Durch die Erweiterung des bisherigen Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe ist eine Verlagerung von stationären Leistungen in den Bereich der ambulant erbrachten Krankenhausleistungen zu erwarten. Je 1 Prozent der stationären Fälle, die ambulant behandelt werden können, ist für die Krankenkassen mit Einsparungen in Höhe von rund 120 Millionen Euro zu rechnen. Werden mehr Fälle ambulant statt stationär behandelt, sinkt dadurch auch die Notwendigkeit einer Überprüfung der primären Fehlbelegung, so dass sich in der Folge die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen vermindern. Dadurch können weitere Einsparungen in niedriger einstelliger Millionenhöhe erzielt werden. Für das von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vergebende Gutachten im Bereich der ambulant durchführbaren Operationen, sonstigen stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen sind Kosten in Höhe von höchstens 400 000 Euro zu veranschlagen, die anteilig von den Vertragspartnern zu tragen sind.

Zukünftig wird sichergestellt, dass ein Krankenhaus nach einer Fehlbelegungsprüfung, in der festgestellt wird, dass eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen hat, für die von ihm erbrachten vollstationären Leistungen zumindest eine Vergütung erhält, die bei einer vorstationären Behandlung abrechenbar gewesen wäre. Dies gilt in den Fällen, in denen keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistungen besteht. Die damit einhergehenden Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung dürften im mittleren einstelligen Millionenbereich liegen. Aufgrund fehlender bundesweiter Informationen zu Prüfanlässen, Erfolgsquoten und Frequenzen in der Abrechnung von vorstationären Behandlungen kann eine exaktere Quantifizierung nicht erfolgen.

E. Erfüllungsaufwand

Durch dieses Gesetz entsteht der Verwaltung quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Verwaltung beläuft sich auf rund 3,5 Millionen Euro, der jährliche Erfüllungsaufwand auf rund 1,8 Millionen Euro.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Die Neuregelungen sind mit keinem Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger verbunden.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Neuregelungen sind mit geringem, nicht quantifizierbarem Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft verbunden.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3,5 Millionen Euro. Davon entfallen rund 290 000 Euro auf die Bundesebene,

rund 170 000 Euro auf den Bundeshaushalt, rund 1,2 Millionen Euro auf die Landesebene und rund 1,9 Millionen Euro auf die Krankenkassen auf der Ortsebene.

Die Reform der Organisationsstrukturen der MD, die Umsetzung der Einzelfallprüfung im Rahmen eines gestuften Prüfsystems, die Erstellung einer Jahresstatistik zur Erhöhung der Transparenz über das Prüfgeschehen und die zukünftige Live-Übertragung von Sitzungen des G-BA führen zu jährlichem Erfüllungsaufwand von rund 1,8 Millionen Euro. Davon entfallen rund 150 000 Euro auf die Bundesebene, rund 100 000 Euro auf den Bundeshaushalt, rund 860 000 Euro auf die Landesebene und rund 720 000 Euro auf die Krankenkassen auf der Ortsebene.

F. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

Die sich aus dem Gesetz ergebenden Mehrausgaben für die private Krankenversicherung belaufen sich schätzungsweise auf einen mittleren sechsstelligen Betrag. Aufgrund fehlender bundesweiter Informationen zu Prüfanlässen, Erfolgsquoten und Frequenzen in der Abrechnung von vorstationären Behandlungen kann eine exaktere Quantifizierung nicht erfolgen.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 23. September 2019

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Wolfgang Schäuble
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG
ist als Anlage 2 beigelegt.

Der Bundesrat hat in seiner 980. Sitzung am 20. September 2019 gemäß Artikel 76
Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 3
ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates
wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

Anlage 1

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

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 9 werden die Wörter „bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters,“ und die Wörter „nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder“ gestrichen.
 - b) In Nummer 10 wird nach dem Wort „verrichten“ ein Komma und werden die Wörter „längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.
2. In § 10 Absatz 2 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule beendet, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend“ eingefügt.
3. In § 87a Absatz 5 Satz 11 werden die Wörter „§ 295 Absatz 1 Satz 5“ durch die Wörter „§ 295 Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.
4. In § 91 Absatz 7 Satz 6 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten“ eingefügt.
5. § 91a Absatz 1 Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres das Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan des Gemeinsamen Bundesausschusses auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten nicht übersteigen.“
6. Dem § 109 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, die nach dem 1. Januar 2020 entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können abweichende Regelungen vorgesehen werden.“

7. § 115b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

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

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.“

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Eingriffe“ die Wörter „und stationersetzenden Behandlungen“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort „Wird“ wird durch die Wörter „Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

8. Nach § 124 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

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

9. In § 132g Absatz 3 Satz 2 und § 137f Absatz 2 Satz 4 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

10. § 137i wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 10 werden nach dem Wort „Fall“ die Wörter „der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten sowie für den Fall“ eingefügt und wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Wörter „den Absätzen 4b und 5 und schreiben die zu diesem Zweck zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffene Vereinbarung über Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen vom 26. März 2019, die auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht ist, entsprechend fort“ ersetzt.

bb) Nach Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:

„Kommt eine Fortschreibung der in Satz 10 genannten Vereinbarung nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.“

cc) Der neue Satz 14 wird aufgehoben.

b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Januar 2019 ein“ durch das Wort „das“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird nach den Wörtern „Herstellung der“ das Wort „repräsentativen“ eingefügt.

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 1, welche Krankenhäuser an der Herstellung der repräsentativen Datengrundlage teilnehmen, und verpflichtet sie zur Übermittlung der für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten.“

dd) In dem neuen Satz 4 wird das Wort „der“ durch die Wörter „von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen“ ersetzt.

c) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Vergütungsabschlag zu vereinbaren“ durch die Wörter „haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Vergütungsabschläge zu vereinbaren“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „vereinbaren“ durch das Wort „haben“ ersetzt, werden nach dem Wort „Krankenhausentgeltgesetzes“ die Wörter „entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10“ eingefügt und werden nach dem Wort „erfüllen“ ein Komma und die Wörter „zu vereinbaren“ angefügt.

11. Dem § 186 Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei Hochschulen, in denen das Studienjahr in Trimester eingeteilt ist, tritt an die Stelle des Semesters das Trimester. Für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, gelten als Semester im Sinne des Satzes 1 die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März.“

12. § 190 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet mit Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie

1. bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind oder
2. bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben.

Bei Anerkennung von Hinderungsgründen, die eine Überschreitung der Altersgrenze nach Satz 1 Nummer 2 rechtfertigen, endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Verlängerungszeitraums zum Semesterende. Abweichend von Satz 1 Nummer 1 endet im Fall der Exmatrikulation die Mitgliedschaft mit Ablauf des Tages, an dem der Student seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs aufgegeben hat oder an dem er dauerhaft an seinen Wohnsitz oder Ort des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuchs zurückkehrt. Satz 1 Nummer 1 gilt nicht, wenn sich der Student nach Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf er exmatrikuliert wurde, innerhalb eines Monats an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule einschreibt. § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

- b) In Absatz 10 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.

13. Nach § 199 wird folgender § 199a eingefügt:

„§ 199a

Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

(1) Die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sowie die Stiftung für Hochschulzulassung haben Studienbewerber und Studenten über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Befreiungsmöglichkeiten und das zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses einzuhaltende Verfahren in geeigneter Form zu informieren. Inhalt und Ausgestaltung dieser Informationen werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt.

(2) Jeder Studieninteressierte hat gegenüber der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule vor der Einschreibung nachzuweisen, dass er in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird, oder dass er nicht gesetzlich versichert ist, weil er versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig ist. Der Studieninteressierte fordert bei der Krankenkasse an, dass die Krankenkasse den Nachweis über seinen Versichertenstatus nach Satz 1 an die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule meldet. Die Meldung enthält neben dem Versichertenstatus nach Satz 1 auch Angaben über Name, Anschrift und Geburtsdatum des Studieninteressierten. Für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung und die Abgabe der Meldung des Versicherungsstatus sind zuständig:

1. für einen bereits bei einer Krankenkasse Versicherten die Krankenkasse, bei der er versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird,
2. für einen nach § 6 versicherungsfreien oder für einen nicht versicherungspflichtigen Studenten die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung bestand,
3. für einen Studenten, der nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 von der Versicherungspflicht befreit worden ist, die Krankenkasse, die die Befreiung vorgenommen hat,
4. im Übrigen eine der Krankenkassen, die bei Versicherungspflicht gewählt werden könnte.

(3) Ist der Student gesetzlich versichert, meldet die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule der zuständigen Krankenkasse unverzüglich

1. nach Eingang der Meldung der Krankenkasse zum Versicherungsstatus oder der Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach Absatz 2 das Datum der Einschreibung des Studenten und den Beginn des Semesters,
2. den Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf der Student exmatrikuliert wurde oder das der Aufnahme eines Promotionsstudiums bei fortgesetzter Einschreibung unmittelbar vorangeht.

(4) Bei einem Krankenkassenwechsel eines Studenten meldet die gewählte Krankenkasse der Hochschule unverzüglich den Beginn der Versicherung bei der gewählten Krankenkasse. Die Hochschule meldet der gewählten Krankenkasse unverzüglich nach Eingang der Meldung das Datum der Einschreibung.

(5) Bei versicherungspflichtigen Studenten nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 hat die Krankenkasse den Hochschulen darüber hinaus unverzüglich zu melden:

1. den Verzug mit der Zahlung der Beiträge und
2. die Begleichung der rückständigen Beiträge.

(6) Die Meldungen der Hochschulen nach den Absätzen 2 bis 4 sind durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen zu erstatten. Nimmt die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule noch nicht an der Datenübertragung teil, tritt an die Stelle der maschinellen Meldungen nach den Absätzen 2 bis 5 eine Meldung in Textform. Zur Teilnahme am elektronischen Meldeverfahren haben die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eine Absendernummer nach § 18n des Vierten Buches beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beantragen. Die gesonderte Absendernummer und alle Angaben, die zur Vergabe der Absendernummer notwendig sind, werden in einer elektronischen Hochschuldatei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen verarbeitet. Die Krankenkassen dürfen die gesonderte Absendernummer verarbeiten, soweit dies für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.

(7) Das Nähere zu den Datensätzen, den Verfahren und die zu übermittelnden Daten für die Anträge und Meldungen sowie Bescheinigungen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Hochschulrektorenkonferenz in Gemeinsamen Grundsätzen. § 95 des Vierten Buches ist anzuwenden. Die Gemeinsamen Grundsätze bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, das vorher den Verband der Privaten Hochschulen e. V. anzuhören hat.“

14. § 200 Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:

„(2) Auszubildende des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben ihrer Ausbildungsstätte eine Versicherungsbescheinigung vorzulegen, in der anzugeben ist, ob sie als Auszubildende gesetzlich versichert oder versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig sind. Die Versicherungsbescheinigung ist in Textform auszustellen. Die für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung zuständige Krankenkasse ergibt sich in entsprechender Anwendung von § 199a Absatz 2 Satz 5.

(3) Die Ausbildungsstätten von versicherungspflichtigen Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben der zuständigen Krankenkasse den Beginn der Ausbildung in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz sowie das Ende der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen. Das Weitere zu Inhalt, Form und Verfahren der Mitteilung legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.“

15. In § 210 Absatz 2 wird die Angabe „282“ durch die Angabe „283 Absatz 2“ ersetzt.

16. In § 236 Absatz 1 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „als Semester gelten die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März“ eingefügt.

17. § 242 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

18. § 245 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

19. § 260 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Haushaltsjahres“ das Wort „monatlich“ gestrichen und werden nach der Angabe „§ 261“ die Wörter „sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ eingefügt.
- b) In Satz 2 werden die Wörter „den Betrag“ durch die Wörter „das Einfache des Betrages“ ersetzt.

20. In der Überschrift des Neunten Kapitels werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

21. § 275 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ gestrichen.
- b) Absatz 1c wird aufgehoben.
- c) In Absatz 2 werden die Nummern 3 bis 5 die Nummern 2 bis 4.
- d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Der Medizinische Dienst hat den Krankenkassen das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 1 Nummer 4 durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen, die auch in den Fällen nachvollziehbar zu begründen ist, in denen gutachterlich kein Behandlungsfehler festgestellt wird, wenn dies zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.“

- e) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.“

- f) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 3 werden die Wörter „§ 281 Absatz 1a Satz 2“ durch die Wörter „§ 280 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.
- bb) In Satz 4 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

- g) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt, wird das Wort „medizinischen“ durch das Wort „fachlichen“ ersetzt und wird das Wort „ärztlichen“ gestrichen.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „ärztliche“ gestrichen und werden nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „und pflegerische Versorgung der Versicherten“ eingefügt.

22. § 275b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „§ 282 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird aufgehoben.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „gelten“ durch das Wort „gilt“ ersetzt und werden die Wörter „sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9“ gestrichen.

c) In Absatz 3 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

23. Nach § 275b werden die folgenden §§ 275c und 275d eingefügt:

„§ 275c

Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

(1) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens drei Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Die Prüfungen nach Satz 1 sind, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, bei dem Medizinischen Dienst einzuleiten, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.

(2) Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 10 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote). Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung. Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2. Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 3 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt:

1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 60 Prozent oder mehr liegt,
2. bis zu 10 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,
3. bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 40 Prozent liegt.

Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 3 eingeleitete Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder Satz 4 zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dafür ist die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichte Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,

die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im vorvergangenen Quartal erhalten hat, heranzuziehen. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote vor Ende eines Quartals zu weiteren Prüfungen nach Absatz 1 befugt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 6 unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen. Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten, können mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen; die Übermittlung und Auswertung der Daten nach Absatz 4 bleibt davon unberührt. Die Prüfung von Rechnungen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegt nicht der quartalsbezogenen Prüfquote.

(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt

1. 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2,
2. 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6,

höchstens jedoch 1 500 Euro. In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben.

(4) Zur Umsetzung der Einzelfallprüfung nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 3 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen. Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Ende des ersten Monats, der auf ein Quartal folgt, die folgenden Daten je Krankenhaus:

1. Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
2. Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach Absatz 1,
3. Anzahl der nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
4. Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung gemäß Absatz 1 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind.

Ab dem Jahr 2020 sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der nach Satz 2 übermittelten Daten bis jeweils zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, für das einzelne Krankenhaus insbesondere auszuweisen und zu veröffentlichen:

1. Anteil der beim Medizinischen Dienst in dem betrachteten Quartal eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung an allen in dem betrachteten Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
2. Anteil der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages in dem betrachteten Quartal führen und insoweit durch den Medizinischen Dienst unbeanstandet geblieben sind, an allen in dem betrachteten Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
3. zulässige Prüfquote nach Absatz 2 und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3, die sich aus dem Ergebnis nach Nummer 2 des betrachteten Quartals ergibt,
4. Werte nach Satz 2 Nummer 1, die nach den einzelnen Krankenkassen zu gliedern sind.

Die Ergebnisse sind auch in zusammengefasster Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie zu den Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(5) Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung. Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen nach Absatz 1 sind bei der Ermittlung der Prüfquote nicht zu berücksichtigen. Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach Absatz 1 lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote nach Absatz 2 unberührt.

(6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig

1. bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben,
2. bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach § 275d geprüft wurden.

(7) Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung sind nicht zulässig. Vereinbarungen auf Grundlage von § 17c Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 3 und 7 sowie Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleiben unberührt.

§ 275d

Prüfung von Strukturmerkmalen

(1) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Grundlage der Begutachtung nach Satz 1 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Begutachtungen nach Satz 1 erfolgen, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 nichts Abweichendes bestimmt wird, durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist.

(2) 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.

(3) Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Absatz 2 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Für die Vereinbarung für das Jahr 2021 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu übermitteln. Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.

(4) Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2021 nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

(5) Die Kosten des Medizinischen Dienstes für eine Begutachtung werden entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht.“

24. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 275 Absatz 1 bis 3“ die Wörter „und 3b, § 275c oder § 275d“ eingefügt.
- bb) In den Sätzen 1 und 3 wird jeweils die Angabe „§§ 275, 275a und 275b“ durch die Angabe „§§ 275 bis 275d“ ersetzt.
- cc) In Satz 5 wird die Angabe „Abs. 2“ durch die Wörter „Absatz 2 sowie § 35 des Ersten Buches“ ersetzt.

b) In Absatz 2b wird die Angabe „(§ 279 Abs. 5)“ durch die Angabe „(§ 278 Absatz 2)“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „Notwendigkeit und Dauer“ durch die Wörter „Notwendigkeit, Dauer und ordnungsgemäße Abrechnung“ ersetzt und wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.

25. Die §§ 278 bis 283 werden durch die folgenden §§ 278 bis 283a ersetzt:

„§ 278

Medizinischer Dienst

(1) In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte der betroffenen Medizinischen Dienste ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Dieser Beschluss bedarf der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden der betroffenen Länder. In Ländern, in denen bereits mehrere Medizinische Dienste oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst bestehen, kann die jeweilige Aufteilung beibehalten werden. § 94 Absatz 1a bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.

(3) Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form zweijährlich und bei gegebenem Anlass. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.

(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund zweijährlich zum 1. April über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach den §§ 275a bis 275d,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8.

§ 279

Verwaltungsrat und Vorstand

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,
4. die Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Beachtung der Richtlinien und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 aufzustellen,
5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen und
6. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.

§ 210 Absatz 1 gilt entsprechend.

(3) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder.

(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung.

(5) Sieben Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon

1. fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene sowie
2. zwei Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.

Die Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 haben kein Stimmrecht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes legt die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 fest. Sie bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 1 Nummer 1 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Als Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 sind mindestens zwei Frauen und zwei Männer, als Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 sind jeweils eine Frau und ein Mann zu benennen. Ist eine Satz 5 entsprechende Benennung nicht möglich, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das mehrheitlich vertreten ist, als benannt, dass dem Verhältnis nach Satz 5 entsprochen wird; die

Anzahl der Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 und 2 reduziert sich entsprechend. Die Vertreter nach Satz 1 dürfen nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen. Die Bekanntgabe der Benennung erfolgt gegenüber der oder dem amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, die oder der diese den Benannten zur Kenntnis gibt.

(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände sind oder innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates waren, können nicht gewählt oder benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.

(7) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Der Vorstand führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der oder des Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen. § 35a Absatz 6a des Vierten Buches gilt entsprechend.

(8) Folgende Vorschriften des Vierten Buches gelten entsprechend: die §§ 37, 38, 40 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3, § 43 Absatz 2, die §§ 58, 59 Absatz 1 bis 3, 5 und 6, die §§ 60, 62 Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz, Absatz 2, 3 Satz 1 und 4 und Absatz 4 bis 6, § 63 Absatz 1 und 2, 3 Satz 2 und 3, Absatz 3a bis 5, § 64 Absatz 1 und 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 und 3 und § 66.

§ 280

Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

(1) Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 bis 3b und den § 275a bis 275d werden von den Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage nach Satz 1.

(2) Die Leistungen des Medizinischen Dienstes oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Absatz 4 von den Krankenkassen übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen. Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die die Prüfung von Ansprüchen gegenüber anderen Stellen betreffen, die nicht zur Leistung der Umlage nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von diesen Stellen zu erstatten.

(3) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69 und 70 Absatz 5 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf, § 72 Absatz 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz des Vierten Buches, § 73 Absatz 1, 2 Satz 1 erster Halbsatz und Absatz 3 des Vierten Buches, die §§ 74 bis 76 Absatz 1 und 2 des Vierten Buches, § 77 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches und § 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a

des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten die §§ 171e sowie 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.

§ 281

Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

(1) Der Medizinische Dienst Bund ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Mitglieder des Medizinischen Dienstes Bund sind die Medizinischen Dienste.

(2) Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund erforderlichen Mittel werden von den Medizinischen Diensten und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes einerseits und der Mitglieder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See andererseits aufzubringen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. § 217d Absatz 2 gilt entsprechend. § 70 Absatz 5 des Vierten Buches gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten die §§ 171e sowie 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst Bund untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht. § 217d Absatz 3, die §§ 217g bis 217j, 219 und 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.

§ 282

Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

(1) Organe des Medizinischen Dienstes Bund sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon

1. 16 Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 4 Satz 1,
2. fünf Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und
3. zwei Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2.

Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht innerhalb der jeweiligen Vertretergruppen nach Satz 2 im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen. Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Die §§ 40 bis 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz 4

Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt.

(3) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen und
4. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.

§ 210 Absatz 1 und § 279 Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a, § 279 Absatz 8 Satz 4 und 5 sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend. Eine höhere Vergütung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, die über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der betreffenden Person oder ihres Vorgängers im Amt hinausgeht, kann nur nach Ablauf von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung oder im Falle eines Amtswechsels vereinbart werden. Es kann zur Erhöhung der Vergütung nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann jeweils zu den in Satz 5 genannten Zeitpunkten eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Satz 4 in Verbindung mit § 279 Absatz 8 Satz 5 sind auf die Vergütung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst Bund abzuführen. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes Bund für die Zukunftssicherung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.

(5) Bei dem Medizinischen Dienst Bund wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Bund bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Bund vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und dem Bundesministerium für Gesundheit in anonymisierter Form zweijährlich oder bei gegebenem Anlass. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.

§ 283

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen und trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung. Er berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben.

(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch

1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn

Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 30. April 2020 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,

4. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihnen übertragenen Aufgaben,
5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben,
6. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,
7. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,
8. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie
9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. der Bundesärztekammer, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,
3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und
5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Er hat die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 bis zum 31. Dezember 2021 zu erlassen. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.

(3) Der Medizinische Dienst Bund nimmt auch die ihm nach § 53d des Elften Buches zugewiesenen Aufgaben wahr. Insoweit richten sich die Verfahren nach den Vorschriften des Elften Buches.

(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht zweijährlich zum 1. September. Das Nähere regelt die Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8.

(5) Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.

§ 283a

Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

(1) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahr. Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet.

(2) Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird ein Beirat für den Sozialmedizinischen Dienst errichtet, der den Vorstand in Aufgabenstellungen bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt. Er ist vor allen Entscheidungen des Vorstandes in Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes zu hören. Stellungnahmen des Beirates sind Gegenstand der Beratungen des Vorstandes und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Der Beirat besteht aus sechs Vertretern und deren persönlichen Stellvertretern. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter werden auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen vom Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ernannt. Die Dauer der Amtszeit des Beirates von bis zu sechs Jahren richtet sich nach der des Vorstandes. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirates, regelt die Geschäftsordnung des Beirates, die im Einvernehmen zwischen dem Vorstand und dem Beirat aufgestellt wird.

(3) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See trägt die Kosten der Tätigkeit des Beirates. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter erhalten Reisekosten nach den Vorschriften des Bundes über Reisekostenvergütungen, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.“

26. In § 291 Absatz 2b Satz 8 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
27. § 295 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„In dem Schlüssel nach Satz 4 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“
 - bb) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Von dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 2 sowie der Operationen- und Prozedureschlüssel nach Satz 4 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.“
 - cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Operationen- und Prozedureschlüssels nach Satz 4 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“
 - b) In Absatz 4 Satz 3 und 7 werden jeweils die Wörter „Absatz 1 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.
28. § 299 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2“ ersetzt.
 - b) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1, §§ 136b und 137b Absatz 1“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1“ ersetzt.

29. § 301 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„In dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“

b) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Von dem in Satz 4 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 1 sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.“

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach Satz 2 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“

30. Die folgenden §§ 327 und 328 werden angefügt:

„§ 327

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

(1) Für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gelten die §§ 275 bis 283 in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 1c und 5, § 276 Absatz 2 und 4 und § 281 Absatz 2 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum fort. Bis zu diesem Zeitpunkt nehmen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach diesen Vorschriften die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung finden mit Ausnahme des § 275 Absatz 3b und 5, der §§ 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4 und des § 280 Absatz 3 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum keine Anwendung. Bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum findet für die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach den §§ 275c und 275d die Regelung des § 281 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung entsprechende Anwendung.

(2) Für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die §§ 275 bis 283 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 5 bis zum 30. Juni 2021 fort; nach diesen Vorschriften nehmen sie ihre Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung sind für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Ausnahme des § 275 Absatz 5, der §§ 275c und 281 Absatz 2 Satz 5 bis zum 30. Juni 2021 nicht anwendbar. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und 4 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 30. April 2020 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 30. September 2020 erlässt. Diese Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3) Endet die Amtszeit eines bestehenden Verwaltungsrates eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4, verlängert sie sich bis zu diesem Zeitpunkt.

§ 328

Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat die Vertreter des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 5 bis zum 30. Juni 2020 gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 5 und 6 zu benennen; die Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der in § 279 Absatz 4 Satz 1 genannten Krankenkassenverbände und Krankenkassen haben bis zum 30. Juni 2020 ihre Vertreter gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 4 und 6 zu wählen. Der Verwaltungsrat hat bis zum 30. September 2020 die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 zu beschließen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat über die Genehmigung der Satzung bis zum 31. Dezember 2020 zu entscheiden und das Datum der Genehmigung öffentlich bekannt zu machen. Sie hat das Datum des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung öffentlich bekanntzumachen. Die oder der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung lädt zur konstituierenden Sitzung ein und regelt das Nähere. In der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen.

(2) Die Medizinischen Dienste, die als eingetragene Vereine organisiert sind, werden im Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 als Körperschaften des öffentlichen Rechts neu konstituiert. Die jeweiligen eingetragenen Vereine erlöschen mit Wirkung zum Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4.

(3) Die Rechte und Pflichten einschließlich des Vermögens der Medizinischen Dienste nach Absatz 2 gehen im Zeitpunkt des nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Datums auf die in den jeweiligen Bezirken als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichteten Medizinischen Dienste über. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts treten in diesem Zeitpunkt in die Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine aus den Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen mit den bei ihnen beschäftigten Personen ein. Die Arbeitsbedingungen der einzelnen Arbeitnehmer und Auszubildenden dürfen bis zum 30. Juni 2022 nicht verschlechtert werden. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts können bis zum 30. Juni 2022 ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers oder Auszubildenden liegenden wichtigen Grund kündigen. Die bestehenden Tarifverträge gelten fort. Der bei dem jeweiligen Medizinischen Dienst bestehende Betriebsrat nimmt ab dem nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt übergangsweise die Aufgaben eines Personalrats nach dem jeweiligen Personalvertretungsrecht wahr. Im Rahmen seines Übergangsmandats hat der Betriebsrat insbesondere die Aufgabe, unverzüglich den Wahlvorstand zur Einleitung der Personalratswahl zu bestellen. Das Übergangsmandat des jeweiligen Betriebsrates endet, sobald ein Personalrat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben worden ist, spätestens jedoch zwölf Monate nach dem in Absatz 1 Satz 4 bestimmten Zeitpunkt. Die in dem nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt bestehenden Betriebsvereinbarungen gelten längstens für die Dauer von zwölf Monaten als Dienstvereinbarungen fort, soweit sie nicht durch eine andere Regelung ersetzt werden. Auf die bis zum nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Datum förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes sinngemäß Anwendung. Gleiches gilt für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Arbeitsgerichten. Die Sätze 2 bis 4 gelten für Ausbildungsverhältnisse entsprechend. Die Sätze 6 bis 8 gelten für die Jugend- und Auszubildendenvertretung entsprechend mit der Maßgabe, dass der das Übergangsmandat innehabende Betriebsrat unverzüglich einen Wahlvorstand und seine vorsitzende Person zur Wahl einer Jugend- und Auszubildendenvertretung zu bestimmen hat.

(4) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Dienstherrenfähigkeit sind, verlieren ihre Dienstherrenfähigkeit, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Dienstherrenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.

(5) Der Medizinische Dienst Bund tritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Stelle des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste haben nach § 282 Absatz 2 die Vertreter des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, die von den jeweils Wahlberechtigten nach § 282 Absatz 2 Satz 2 vorgeschlagen werden, bis zum 30. September 2020 zu wählen. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen leitet die Wahl und regelt das Nähere. In der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. Absatz 1 Satz 2 bis 4 und die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Absatz 1 Satz 2 am 31. März 2021 endet, die Frist nach Absatz 1 Satz 3 am 30. Juni 2021 endet und die Satzung vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen ist.“

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 199a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung und“ gestrichen.
2. In Absatz 3 Nummer 1 werden die Wörter „oder der Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach Absatz 2“ gestrichen.
3. Absatz 6 Satz 2 wird aufgehoben.
4. In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „sowie Bescheinigungen“ gestrichen.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17b Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 5 werden die Wörter „bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichten und“ gestrichen.
 - b) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 4, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen; diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.“
2. § 17c wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „Schlichtungsausschuss“ durch das Wort „Statistik“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275c Absatz 1“ ersetzt und werden die Wörter „§ 275 Absatz 1c Satz 2“ durch die Wörter „§ 275c Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen,
2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,
3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
5. die Prüfungsdauer,
6. den Prüfungsort und
7. die Abwicklung von Rückforderungen

zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1.“

cc) In dem neuen Satz 5 werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „nach Satz 1 oder Satz 4“ eingefügt.

c) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

e) Die Absätze 4 und 4b werden die Absätze 3 und 4.

f) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275c Absatz 1“ ersetzt.

g) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 5“ ersetzt und werden das Komma und die Wörter „Absatz 3 Satz 7 sowie des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach Absatz 3“ gestrichen.

h) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „jeweils“ und „schriftliche“ gestrichen.

bb) Satz 5 wird aufgehoben.

i) Die folgenden Absätze 6 und 7 werden angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge,
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b,
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationärsersetzender Eingriffe zu untersuchen. Für die Erstellung des Berichts haben die Vertragsparteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam haben zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.“

3. § 19 wird wie folgt gefasst:

„§ 19

Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam bilden mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Für den Schlichtungsausschuss ist § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 5 und 7 entsprechend anzuwenden; bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser für die Bildung des Schlichtungsausschusses sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus berücksichtigt werden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen ganz oder teilweise nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Für die Geschäftsführung des Schlichtungsausschusses wird eine Geschäftsstelle errichtet, die insbesondere die Vorbereitung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses und die Information über dessen Entscheidungen vornimmt. Die Geschäftsstelle wird von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführt, das zu diesem Zweck eine Geschäftsordnung erlässt. Die Kosten der Geschäftsstelle sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder des Schlichtungsausschusses sowie das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren.

(2) Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.

(3) Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, von dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.

(4) Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle Krankenhausabrechnungen, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gestellt werden, sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

(5) Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.

(6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats unmittelbar verbindlich; die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln.

(7) Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Klagebefugt sind die Einrichtungen nach Absatz 3, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben, mit Ausnahme des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nummer 2 gehören

1. eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,
2. die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen“ durch die Wörter „Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Frühgeborenen und bei Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwertschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten“ ersetzt.
- b) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „die Jahre ab dem“ durch das Wort „das“ ersetzt.

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 3 werden die Wörter „von den Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
- bb) In Satz 7 werden die Wörter „die Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

b) In Absatz 2a Satz 2 werden die Wörter „die Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

4. In § 6a Absatz 2 Satz 5 werden nach dem Wort „geprüft“ die Wörter „und § 275c Absatz 6 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist zu beachten“ eingefügt.

5. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Ferner dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.“

6. In § 11 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ durch die Wörter „nach § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4, der Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 5

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 6

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Entgelte für Leistungen dürfen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.“

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.“

2. In § 11 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(§ 8 Absatz 1 Satz 3 und 4)“ durch die Wörter „nach § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie unter Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 7

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

§ 56 Absatz 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. April 2019 (BGBl. I S. 530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

2. In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

In § 128 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung – vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. April 2019 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch

§ 76 Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2639) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(3) Ein Widerspruchsrecht besteht nicht in den Fällen des § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, des § 275c Absatz 1 und des § 275d Absatz 1 des Fünften Buches, soweit die Daten durch Personen nach Absatz 1 übermittelt werden.“

Artikel 10

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen“.

b) Die Angaben zu den §§ 53a und 53b werden wie folgt gefasst:

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

§ 53b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte“.

c) Nach der Angabe zu § 53b wird folgende Angabe zum Fünften Abschnitt des Fünften Kapitels eingefügt:

„Fünfter Abschnitt

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung

§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund“.

2. In § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

3. In § 15 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
4. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 17

Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen“.

- b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
 - c) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
 - d) Absatz 1b wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.- 5. § 18 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1, Absatz 1a Satz 1 und Absatz 2a Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
 - b) Absatz 2b wird aufgehoben.
 - c) Absatz 2c wird Absatz 2b.
 - d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Sätzen 1 und 5 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
 - bb) In Satz 11 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt und werden nach dem Wort „konkretisiert“ die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ eingefügt.
 - e) In Absatz 5a Satz 4 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt und werden nach dem Wort „Kriterien“ die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ eingefügt.
 - f) In Absatz 6 Satz 1 und Absatz 6a Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
 - g) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“
- 6. In § 18a Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

7. § 18b Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien.“
 - b) In Satz 2 werden die Wörter „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die“ durch das Wort „Die“ ersetzt.
8. In § 18c Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
9. In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 wird nach dem Wort „(Praktikanten)“ ein Komma und werden die Wörter „längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.
10. In § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule beendet, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend“ eingefügt.
11. In § 31 Absatz 3 Satz 1, § 33 Absatz 1 Satz 5, § 38a Absatz 1 Satz 2, § 44 Absatz 1 Satz 2 und § 46 Absatz 3 Satz 5 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
12. § 53a wird aufgehoben.
13. § 53b wird § 53a und in Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
14. § 53c wird § 53b.
15. Nach § 53b wird folgender Fünfter Abschnitt des Fünften Kapitels eingefügt:

„Fünfter Abschnitt

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung

(1) Die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches haben die ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner ihm nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen.

(2) Der Medizinische Dienst Bund gemäß § 281 des Fünften Buches nimmt die ihm nach § 53d zugewiesenen Aufgaben wahr.

(3) Die Medizinischen Dienste erfüllen die ihnen jeweils obliegenden Aufgaben ab dem gemäß § 328 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches öffentlich bekannt zu machenden Datum des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung der Satzung. Der Medizinische Dienst Bund erfüllt die ihm obliegenden Aufgaben ab dem 30. Juni 2021. Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt gilt für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Elfte Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort und sie erfüllen die ihnen danach zugewiesenen Aufgaben. Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gilt bis zum 30. Juni 2021 das Elfte Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort; er nimmt die ihm nach § 17 Absatz 1, 1b, den §§ 18b, 53a, 53b, 53c, 112a, 114a Absatz 7 und § 114c Absatz 1 zugewiesenen Aufgaben bis zum 30. Juni 2021 wahr. Die danach durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassenen Richtlinien

gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 fort.

§ 53d

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegfachlichen und organisatorischen Fragen. Er berät den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen.

(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

1. zur Dienstleistungsorientierung nach § 18b,
2. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die Aufgaben, die ihnen nach diesem Buch übertragen sind,
3. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter für die Aufgaben, die ihnen nach diesem Buch übertragen sind,
4. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
5. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes 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.

Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3) Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien

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. zur 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 im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c Absatz 1,
6. zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten und
7. zu den von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichten und Statistiken.

Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.“

16. § 75 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
 - In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
17. In § 92a Absatz 4 Satz 1 Nummer 4, § 94 Absatz 2 Satz 2 und § 112 Absatz 3 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
18. § 112a wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 werden die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.
 - In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
 - In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
 - In Absatz 5 werden die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.
 - In Absatz 6 werden die Wörter „Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinischen Dienstes Bund“ ersetzt.
19. In § 113 Absatz 1 Satz 1, § 113a Absatz 1 Satz 4, § 113b Absatz 2 Satz 9 und § 113c Absatz 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
20. In § 114 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
21. § 114a wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 Satz 1 und 4, Absatz 2 Satz 1, 4 und 5 und Absatz 4 Satz 4 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
 - Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen, werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt, wird die Angabe „30. Juni 2011“ durch die Angabe „30. Juni 2020“ ersetzt und wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.
 - In Satz 2 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
 - In Satz 3 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt und werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
 - Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - In Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
 - In Satz 6 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
 - In Satz 11 werden die Wörter „den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ durch die Wörter „die Medizinischen Dienste“ ersetzt.

22. § 114c Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
- b) In Satz 6 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.

23. § 115 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 9 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
 - bb) In Satz 10 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
- c) In Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

24. § 115a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- c) In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

25. In § 117 Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

26. In § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ gestrichen.

27. § 142 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
 - bb) In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- b) Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben.

Artikel 11

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 29. April 2019 (BGBl. I S. 530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- 1. In § 62a Satz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.
- 2. In § 78 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.

Artikel 12

Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung

Die Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung vom 27. März 1996 (BGBl. I S. 568), die zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 13

Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

In § 13a Absatz 3 Satz 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1952; 2012 I S. 197), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden die Wörter „Alters- oder Fachsemestergrenze des § 5 Absatz 1 Nummer 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Altersgrenze des § 5 Absatz 1 Nummer 9 oder Nummer 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 14

Evaluierung

Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2023 auf der Grundlage des Berichts nach § 17c Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Der Bericht hat insbesondere die finanziellen und strukturellen Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationärsersetzender Eingriffe zu untersuchen und auch eventuelle Folgewirkungen für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen.

Artikel 15

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2020 in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 17 und 19 tritt mit Wirkung vom ... [einsetzen: Tag der 2./3. Lesung] in Kraft.
- (3) Artikel 1 Nummer 1 und 12 Buchstabe b, Artikel 10 Nummer 9 und Artikel 13 treten am 1. April 2020 in Kraft.
- (4) Artikel 5 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.
- (5) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sind die sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienste der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Sie wirken mit über 9 000 Beschäftigten daran mit, dass die Leistungen der Kranken- und Pflegekassen nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen. Zugleich führen sie die Begutachtung und Feststellung möglicher Abrechnungsfehler sowie Qualitätskontrollen durch. Die MDK leisten hierdurch einen wichtigen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung.

In den letzten Jahren wurde die Unabhängigkeit der MDK von den Kranken- und Pflegekassen wiederholt thematisiert. Im Kern wurde kritisch hinterfragt, dass

- die MDK als Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen ausgestaltet sind,
- der Verwaltungsrat der MDK als maßgebendes Entscheidungsgremium nur von den Verwaltungsräten der ihn tragenden Krankenkassen gewählt wird und zudem bis zu 25 Prozent hauptamtliche Krankenkassenmitarbeiter gewählt werden dürfen sowie
- die für die Tätigkeit der MDK verbindlichen Richtlinien vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) beschlossen werden.

Darüber hinaus hat der Bundesrechnungshof berichtet, dass die in den Verwaltungsräten der MDK vertretenen Krankenkassen bisweilen in erster Linie an geringen Ausgaben interessiert waren, sodass die Haushalte der MDK nicht bedarfsgerecht ausgestaltet waren.

Vor diesem Hintergrund ist im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode vorgesehen, die MDK zu stärken, ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten und zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen Sorge zu tragen.

Die im Auftrag der Krankenkassen durch die MDK durchgeführte Krankenhausabrechnungsprüfung ist seit Jahren Anlass vieler Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und MDK auf der einen Seite und Krankenhäusern auf der anderen.

Die Krankenkassen generieren durch Abrechnungsprüfungen heute in unterschiedlicher Höhe und mit unterschiedlich hohem Aufwand Rückzahlungen für geleistete stationäre Behandlungen. Der Erfolg bei den Rückforderungen der gesetzlichen Krankenkassen kann Einfluss auf die Höhe ihrer Zusatzbeiträge haben. Daher ist der unterschiedliche Erfolg der Abrechnungsprüfung ein zentrales Element des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander. Dementsprechend hat der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits in seinem Sondergutachten 2012 festgestellt, dass die Prüfung von Krankenhausrechnungen aus Sicht der Krankenkassen das wichtigste Instrument zur Kostenbegrenzung im Rahmen des Wettbewerbs ist. Vor diesem Hintergrund besteht ein hoher Anreiz für die Krankenkassen, Prüfungen durch die MDK vornehmen zu lassen. Die hohe und steigende Zahl der Abrechnungsprüfungen führt auch zu einer erheblichen Belastung der MDK.

Zugleich ist der Anteil auffälliger Rechnungen bei einzelnen Krankenhäusern hoch und die Abrechnungsqualität ist verbesserungsbedürftig. Die bestehenden Rahmenbedingungen der Abrechnungsprüfung setzen keine hinreichenden Anreize für eine regelkonforme Abrechnung. Krankenhäuser, die fehlerhaft abrechnen, haben lediglich den zu hoch abgerechneten Differenzbetrag zurückzubezahlen. Eine wirtschaftliche Leistungserbringung durch die Krankenhäuser und die Beachtung der hierfür maßgeblichen Rahmenbedingungen steht nicht zur Disposition und muss von allen Krankenhäusern erfüllt werden.

Die bisherige Krankenhausabrechnungsprüfung verursacht bei allen Beteiligten einen erheblichen Verwaltungsaufwand, ohne dass nachhaltig positive Wirkungen auf die Abrechnungsqualität beobachtet werden können. Die notwendige Klärung von strittigen Auffassungen über richtiges Abrechnungsverhalten, die in der Anwendungspraxis immer wieder aufs Neue ausgetragen werden, erfolgt nicht. Der hierfür vorgesehene Schlichtungsausschuss auf Bundesebene wird blockiert und hat seit seiner Gründung im Jahr 2014 bisher lediglich einen Beschluss gefasst. Eine Vielzahl offener Streitfragen ist daher seit Jahren ungelöst. Dies führt zu einem unnötigen Anstieg strittiger Fälle. Der für vermeidbare Krankenhausabrechnungsprüfungen verwendete Zeit- und Personalaufwand fehlt bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die steigende Prüfquote der vergangenen Jahre lässt erwarten, dass unter den bestehenden Rahmenbedingungen der Aufwand für Krankenhausabrechnungsprüfungen in Zukunft noch weiter zunehmen wird.

Das vorliegende Gesetz zielt vor diesem Hintergrund insbesondere auf eine Stärkung der Medizinischen Dienste (MD), die Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit, die Vorgabe bundesweit einheitlicher und verbindlicher Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung sowie die Schaffung von Anreizen für eine regelkonforme Abrechnung von Krankenhausleistungen, eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung und die Herstellung von mehr Transparenz über das Prüfgeschehen.

Soweit Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) im Vergleich zu dem nach der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Verordnung (EU) 2016/679) unmittelbar geltenden datenschutzrechtlichen Standard zusätzliche Bedingungen oder Einschränkungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder von genetischen Daten vorsehen, sind diese von der Öffnungsklausel des Artikel 9 Absatz 4 der Verordnung (EU) 2016/679 gedeckt. Soweit Änderungen des SGB V die Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder von genetischen Daten für Zwecke der Versorgung und Behandlung im Gesundheitsbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheitsbereich erlauben, sind diese von der Öffnungsklausel des Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 lit. e), Absatz 3 lit. b) i. V. m. Artikel 9 Absatz 2 lit. h) der Verordnung (EU) 2016/679 gedeckt.

Der Begriff der Gesundheitsdaten ist nach Erwägungsgrund 35 weit zu verstehen. So gehören auch Informationen über die natürliche Person zu den Gesundheitsdaten, die im Zuge der Anmeldung für sowie der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L88 vom 4.4.2011, S. 45) für die natürliche Person erhoben werden, oder auch Nummern, Symbole oder Kennzeichen, die einer natürlichen Person zugeteilt wurden, um diese natürliche Person für gesundheitliche Zwecke eindeutig zu identifizieren.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Schwerpunkte des Entwurfs sind:

1. Einheitliche Rechtsform der MD

Die MDK stellen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden einheitlich als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung MD geführt. Dies ist systemkonform, weil auch die meisten anderen Selbstverwaltungsorganisationen im Sozialversicherungsrecht in dieser Rechtsform ausgestaltet sind und die MD dann auf Augenhöhe mit diesen Organisationen stehen. Zudem kann insbesondere bezüglich der Beschäftigungs- und Vermögensverhältnisse, der Finanzierung und der Rechtsaufsicht auf bekannte Regeln zurückgegriffen werden. Die föderale Struktur der MDK wird beibehalten.

2. Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD

Die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MDK wird grundlegend neu geregelt. Künftig werden nicht nur Vertreter der Selbstverwaltung der Krankenkassen, sondern auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucherinnen und Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Damit wird stärker als bisher das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im Verwaltungsrat der MD abgebildet. Die Benennung der Verwaltungsräte der MD erfolgt innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Hierzu wird gesetzlich vorgegeben, dass die über die MD aufsichtsführenden Länder sieben Vertreter für die Verwaltungsräte der MD benennen. Die Benennung der einzelnen Vertreter durch die Länder erfolgt auf der Grundlage von Vorschlägen der nachfolgenden Organisationen:

- Verbände/Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patientinnen und Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene (benannt werden können fünf Vertreter), und
- Landespflegekammern beziehungsweise maßgebliche Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene sowie die Landesärztekammern (benannt werden können zwei Vertreter).

Das Benennungsverfahren entspricht dem Verfahren, das die Länder für die bei den MDK eingerichteten Beiräte bereits durchgeführt haben. Damit wird auch der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode umgesetzt, dass in den Entscheidungsgremien der MD Vertreter der Pflegebedürftigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtigt vertreten sein sollen.

16 weitere Vertreter werden von den Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK in dem bisher geübten Verfahren gewählt.

Zur weiteren Stärkung der Unabhängigkeit der MD von den Krankenkassen sind hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte künftig nicht mehr in die Verwaltungsräte der MD wählbar und die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat eines MD und im Verwaltungsrat einer Krankenkasse oder eines Krankenkassenverbandes schließen sich aus. Diese Vorgabe trägt der Funktion der MD Rechnung, die unabhängige Begutachtungs- und Beratungsdienste des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind und keine MD der Kranken- und Pflegekassen.

3. Angemessene Finanzierung der MD

Die Verwaltungsräte der MD stellen den vom Vorstand vorgelegten Haushaltsplan fest. Durch die neue Besetzung der Verwaltungsräte werden die MD auch bezüglich der Feststellung ihrer Haushalte unabhängiger. Zur Sicherung einer angemessenen Haushaltsaufstellung werden die Haushalte der MD künftig von den aufsichtsführenden Ländern zu prüfen und zu genehmigen sein. Die umlagebasierte Finanzierung der MD mit für alle Krankenkassen einheitlichen mitgliederbezogenen Beträgen wird beibehalten, um weiterhin einen Einfluss einzelner Krankenkassen über ihr Auftragsverhalten auf die Finanzierung der MD auszuschließen.

4. Neuorganisation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Der MDS wird vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst und – wie die MD – künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt, deren Mitglieder die MD sind. Der Verwaltungsrat des MD Bund wird von den Verwaltungsräten der MD gewählt. Die bisherige Mitgliederversammlung des MDS entfällt.

Der MD Bund nimmt weiterhin die Aufgabe der Koordination und der Förderung der Aufgabenwahrnehmung und der Zusammenarbeit der MD in medizinischen und organisatorischen Fragen sowie die sozialmedizinische Beratung des GKV-Spitzenverbandes, zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), wahr.

Als neue Aufgabe des MD Bund kommt die Beschlussfassung über die Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der MD unter angemessener Mitwirkung der MD hinzu, die nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband erfolgt. Es werden zudem systematische Anhörungserfordernisse für die Beschlussfassung über diese Richtlinien geschaffen. Alle Richtlinien werden künftig vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt, das heißt auch die bislang nicht genehmigungspflichtigen Richtlinien für die Tätigkeit der MD für die gesetzliche Krankenversicherung. Der MD Bund wird – systemkonform – nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband, sondern durch eine Umlage der ihn bildenden MD finanziert.

5. Weitere ergänzende Maßnahmen zur Stärkung der Unabhängigkeit und der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung der MD
 - Es werden gesetzliche Vorgaben zur Erarbeitung von Richtlinien für die Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten, zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD für die Krankenkassen sowie zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der MD-Tätigkeit und des hierfür eingesetzten Personals geschaffen.
 - Zur Stärkung der Rechte der Versicherten wird bei Ablehnung von Leistungsanträgen aufgrund fehlender medizinischer Erforderlichkeit, bei deren Prüfung die Krankenkassen auf eine mögliche, aber nicht verpflichtend vorgegebene Beteiligung des MD verzichtet haben, in dem Fall, dass die Krankenkasse dem Widerspruch der Versicherten nicht entsprechen will, verbindlich die Einschaltung des MD vorgegeben.
 - Bei jedem MD und beim MD Bund wird eine unabhängige Ombudsperson eingeführt, an die sich MD-Beschäftigte bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte oder Versicherte bei Beschwerden über den MD vertraulich wenden können und die dem Verwaltungsrat des jeweiligen MD sowie der zuständigen Aufsicht regelmäßig und bei gegebenem Anlass berichtet.
 - Zur Stärkung der Transparenz der Tätigkeit der MD erfolgt eine regelmäßige Berichterstattung des MD Bund auf der Grundlage von Berichten der MD über die Zahl und die Ergebnisse der versichertenbezogenen Stellungnahmen der MD, die Personalausstattung der MD und über die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtung für die Krankenkassen.
6. Aufgabenwahrnehmung des MD Bund in der sozialen Pflegeversicherung

Während die organisatorischen Grundlagen für den Aufbau und die Arbeit der MD und des MD Bund im SGB V geschaffen werden, werden ihre konkreten Aufgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung unmittelbar im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) bestimmt. Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der MD werden auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung unter angemessener Mitwirkung der MD nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband, sondern durch den MD Bund erlassen. Dabei gilt, dass Richtlinienaufgaben, die beide Bereiche berühren, etwa zur Personalbedarfsermittlung oder zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter einheitlich bearbeitet werden. Auch Richtlinien, die besonders im Interesse der Versicherten stehen, wie etwa zur Pflegebegutachtung und zu den Qualitätsprüfungen in der Pflege, werden in Zukunft ebenfalls durch den MD Bund unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen erarbeitet. Darüber hinaus wird hinsichtlich der zusammenfassenden Qualitätsberichterstattung des MD Bund bestimmt, dass der bisherige dreijährige Rhythmus ab dem Jahr 2020 auf einen zweijährigen Berichtszeitraum umgestellt wird.

7. Stärkung der Anreize für eine regelkonforme Krankenhausabrechnung

Die Anreize für eine regelkonforme Abrechnung des einzelnen Krankenhauses werden gestärkt. Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses bestimmt zukünftig den Umfang der zulässigen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch die MD. Hierzu wird ab dem Jahr 2020 eine zulässige Prüfquote je Krankenhaus bestimmt, die den Umfang der von den Krankenkassen beauftragten MD-Prüfungen begrenzt. Die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote ist ab dem Jahr 2021 von dem Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen eines Krankenhauses abhängig. Bei einer guten Abrechnungsqualität ist nur eine niedrige Prüfquote zulässig, besteht für den MD Anlass, viele Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zu beanstanden wächst die zulässige Prüfquote an. Durch den Quartalsbezug wirken sich Veränderungen in der Abrechnungsqualität zeitnah auf den zulässigen Prüfumfang aus. Zusätzlich hat ein hoher Prozentanteil an beanstandeten Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zukünftig auch negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus.

8. Systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

Aufgabe des bestehenden Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist es, Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung verbindlich zu klären. Bei den Entscheidungen sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu berücksichtigen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene sind nach geltendem Recht zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, die MD und die Krankenhäuser, also für alle Beteiligten, unmittelbar verbindlich.

Die notwendige Klärung von strittigen Auffassungen über richtiges Abrechnungsverhalten, die in der Anwendungspraxis immer wieder aufs Neue ausgetragen werden, wird jedoch von den Vertragsparteien auf Bundesebene blockiert. Seit seiner Gründung im Jahr 2014 hat der Schlichtungsausschuss bisher lediglich einen Beschluss gefasst (Verfahren 1 – 2015 zur Festlegung der Hauptdiagnose bei der Behandlung von Folgen einer Tumorthherapie). Eine Vielzahl offener Streitfragen, zum Beispiel zu Fragestellungen im Zusammenhang mit einer Beatmung, bleibt somit seit Jahren bewusst ungelöst, obgleich der Gesetzgeber Lösungsmöglichkeiten hierfür angelegt hat.

Um immer wieder auftretende strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch zu reduzieren, wird die bestehende Blockade des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene durch die folgenden Maßnahmen aufgelöst:

- Ausweitung des Kreises der Akteure, die den Schlichtungsausschuss anrufen können: Zukünftig sind auch einzelne Krankenkassen und Krankenhäuser, einzelne MD, mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befasste Fachgesellschaften und Verbände, zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses antragsberechtigt.
- Vorgabe von Fristen für eine zeitnahe Entscheidung: Um eine zeitnahe Entscheidung des Schlichtungsausschusses sicherzustellen, hat dieser innerhalb von acht Wochen nach Antragstellung eine Entscheidung zu treffen.
- Ausdrückliche Benennung zu klärender Beratungsthemen: Die von der MDK-Gemeinschaft einerseits und der DGfM andererseits schriftlich festgehaltenen derzeit rd. 90 bestehenden dissidenten Kodierempfehlungen werden als verbindlich zu klärende Beratungsthemen des Schlichtungsausschusses festgelegt und sind fristgebunden bis spätestens zum 31. Dezember 2020 zu entscheiden. Darüber hinaus werden neu entstehende dissidente Fragen zwischen den MD und der DGfM zukünftig Gegenstand von Verfahren beim Schlichtungsausschuss.
- Prospektive Wirkung: Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten nur für die Zukunft und für Krankenhausabrechnungen, die bereits Gegenstand einer MD-Prüfung sind. Demgegenüber dürfen unstrittige, bereits bezahlte Krankenhausabrechnungen nicht mit Hinweis auf eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses neu streitig gestellt werden.

Die Regelungen zielen insgesamt darauf ab, vielfach bestehende Konflikte und eine unnötige Ressourcenbindung in Krankenhäusern, bei Krankenkassen und bei den MD zu vermeiden.

9. Schaffung einer Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen

Bisher werden strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung (zum Beispiel Verfügbarkeit bestimmter Diagnose- oder Behandlungsmöglichkeiten) regelhaft im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft. Dies führt zu erheblichem Aufwand und teils auch zu fehlender Planbarkeit bei den Krankenhäusern wie den Krankenkassen bezüglich der Abrechnungsbefugnis für bestimmte Leistungen. Die Prüfung, ob ein Krankenhaus erforderliche strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung erfüllt, ist zukünftig nicht mehr in jedem Einzelfall vorzunehmen. Vielmehr sind die strukturellen Voraussetzungen in einer in regelmäßigen Abständen (zum Beispiel ein- oder zweijährig) durchzuführenden Strukturprüfung abzuklären. Krankenhäuser, die nach einer Strukturprüfung die strukturellen Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

10. Keine Prüfung der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten

Der Entstehung von unnötigen Prüffeldern im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung wird entgegengewirkt. Die ab dem Jahr 2020 abzurechnenden tagesbezogenen Pflegeentgelte dienen der Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Eine durch einzelne Kostenträger veranlasste Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verweildauer würde lediglich zu einer Umverteilung zwischen den Kostenträgern, nicht aber zu einer insgesamt verminderten Zahlung führen. Ohne einen Ausschluss dieses Prüffelds ist zu erwarten, dass die Krankenkassen hier in hoher Zahl Prüfaufträge an den MD erteilen werden. Die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit der Verweildauer auf der Grundlage einer MD-Prüfung führt zu einer Rückerstattungsverpflichtung des Krankenhauses und ist aus Sicht der einzelnen Krankenkasse auch in Bezug auf das Pflegebudget rational. Da jedoch die entstehenden krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten vollständig zu finanzieren sind, würde eine Kürzung der Pflegeentgelte lediglich zu einer Umverteilung zwischen den Krankenkassen führen und zwar abhängig davon, wie erfolgreich eine Krankenkasse das Prüfgeschäft betreibt. Dies würde

dazu führen, dass alle Krankenkassen in intensive Prüfungen eintreten, um nicht Wettbewerbsnachteile zu erleiden. Da dies nicht Sinn und Zweck der MD-Prüfungen sein kann und darf, wird gesetzlich vorgegeben, dass eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verweildauer im Rahmen des Pflegebudgets unzulässig ist. Die Entstehung unnötigen Prüfaufwands wird damit vermieden.

11. Reduzierung des Prüfumfangs der primären Fehlbelegung

Die Frage nach der stationären Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung) macht einen großen Teil der Prüfungen des MDK aus. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten werden heute vielfach noch nicht konsequent genug genutzt. Seit dem Jahr 2005 wurde der Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe nur marginal überarbeitet. Der in der Zwischenzeit eingetretene medizinische und medizinisch-technische Fortschritt und die damit vielfach einhergehenden gestiegenen Möglichkeiten für ambulante und stationersetzende Behandlungen werden in dem bestehenden Katalog nicht hinreichend berücksichtigt. Das nicht realisierte ambulante Potenzial wird dabei, bezogen auf alle Krankenhausfälle, mit einem Anteil im niedrigen zweistelligen Prozentbereich der stationären Fälle teils als beträchtlich eingeschätzt. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass das ambulante Potenzial zwischen einzelnen medizinischen Fachgebieten und Indikationen deutlich unterschiedlich ausfällt. Mit dem Ziel, bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser zu nutzen und auszubauen sowie durch die Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser zugleich der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegenzuwirken, werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, einen Katalog für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe auf der Grundlage eines gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachtens zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu vereinbaren und künftig in regelmäßigen Abständen an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Katalog ist zudem jenseits von operativen Eingriffen auch um stationersetzende Behandlungen zu ergänzen. Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Katalogs ambulant statt stationär durchführen, unterliegen nicht der Prüfung durch den MD.

12. Ergänzende Maßnahmen zur Stärkung von Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung

- Die Rechnungsstellung eines Krankenhauses hat grundsätzlich abschließend zu sein. Eine spätere Rechnungskorrektur ist nicht mehr möglich, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbaren. Wiederholte Rechnungsänderungen und eine damit einhergehende unnötige Ressourcenbindung bei der Abrechnungsprüfung können so vermieden werden.
- Die Abrechnungsprüfung durch die MD ist fallabschließend, sodass nach Abschluss einer Abrechnungsprüfung keine Rechnungskorrekturen durch das Krankenhaus und auch keine weiteren Prüfungen durch die Krankenkassen und die MD möglich sind.
- Umfassende Aufrechnungen können zu erheblichen Liquiditätsengpässen für Krankenhäuser führen (zum Beispiel wie im Falle der flächendeckend erklärten Aufrechnungen anlässlich von Urteilen des Bundessozialgerichts zur Abrechnung von Schlaganfallbehandlungen und zur Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung). Mit Erklärung der Aufrechnung haben Krankenkassen die Möglichkeit, ihre Forderungen sofort zu befriedigen, da gleichzeitig die Forderung des Krankenhauses auf die Vergütung erlischt. Das Prozessrisiko tragen damit die Krankenhäuser, die ihre Vergütungsansprüche nur im Wege der Klage durchsetzen können. Vor diesem Hintergrund ist eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser grundsätzlich unzulässig.
- Um den Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und MD zu erleichtern, hat die Übermittlung von Unterlagen zukünftig ausschließlich digital zu erfolgen. Damit soll verhindert werden, dass einerseits umfangreiche Unterlagen gesondert vom Krankenhaus zusammenzustellen sind und andererseits die MDK mit einer Flut von nicht relevanten und inadäquat bereitgestellten Informationen zu kämpfen haben. Die Details hierzu sind durch eine verbindliche Vereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband festzulegen.
- Mit dem Ziel, eine Entlastung der Sozialgerichte zu erreichen, ist vor einer Klageerhebung eine verpflichtende einzelfallbezogene Erörterung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse durchzuführen. Unabhängig davon, ob die einzelfallbezogene Erörterung bereits vor Beauftragung der MD durch die Krankenkassen oder erst im Anschluss an deren Prüfung stattfindet, haben die Parteien, wie bereits bisher, die Möglichkeit, strittige Fragen im Sinne eines Vergleichs zu beenden. Damit können die strittigen Fälle zügig im Wege eines Kompromisses abgeschlossen werden.

- Sondereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, die anstelle von Abrechnungsprüfungen pauschale Rabatte vorsehen, bieten keinen Anreiz, richtig zu kodieren und abzurechnen. Vielmehr bergen sie die Gefahr der Förderung der Unwirtschaftlichkeit, was dem gesetzgeberischen Zweck widerspricht. Die Unzulässigkeit von Sondereinbarungen wird daher durch die Normierung eines ausdrücklichen Verbots unterstrichen.
- Durch Einführung einer bundesweiten Statistik wird Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen hergestellt. Gegenstand der Statistik sind insbesondere die Prüfquoten, die Prüfanlässe und die Prüfergebnisse. Die Verantwortung für die neue Statistik wird dem GKV-Spitzenverband übertragen, wobei die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, dem GKV-Spitzenverband die erforderlichen Daten zu übermitteln.

13. Weitere Regelungen

Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf Regelungen zu den folgenden weiteren Punkten:

- Um die Öffentlichkeit der Sitzungen des G-BA zu stärken und damit die Transparenz seiner Entscheidungen weiter zu verbessern, wird dem G-BA aufgegeben, seine öffentlichen Sitzungen live im Internet zu übertragen sowie in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung zu stellen.
- Die Krankenversicherung der Studenten wird weiterentwickelt und modernisiert. Es werden mit einer Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2022 ein verpflichtendes elektronisches Meldeverfahren zwischen Hochschulen und Krankenkassen eingeführt und die damit verbundenen Informations- und Meldepflichten festgelegt. Die veraltete Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV) wird aufgehoben und durch einen neuen § 199a SGB V ersetzt. Auf eine Begrenzung der Fachsemesteranzahl wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung verzichtet und damit die studentische Krankenversicherung durch die Altersgrenze der Vollendung des 30. Lebensjahres begrenzt. Die Altersgrenze wird auch bei versicherungspflichtigen Praktikanten ohne Entgelt nachvollzogen, deren Praktikum in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschrieben ist. Gleichzeitig wird die sogenannte Examensregelung abgeschafft, durch die freiwillig Versicherten im Anschluss an das Ende der studentischen Krankenversicherung eine 6-monatige Übergangszeit zum günstigeren Beitragssatz der studentischen Krankenversicherung gewährt wurde.
- Zur gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven der Krankenkassen werden ergänzende und klarstellende Regelungen getroffen, durch die insbesondere eine einheitliche und klare Rechtsauslegung sichergestellt werden soll. Des Weiteren wird ein fehlerhafter Verweis in den Regelungen für die Betriebsmittelreserven des G-BA durch eine klarstellende Formulierung ersetzt.
- Die nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu bildenden Arbeitsgemeinschaften für die Zulassung der Heilmittelerbringer, erhalten auch die Zuständigkeit für die Erteilung der Abrechnungserlaubnisse für die Leistungen im Bereich der Physiotherapie, deren Abgabe eine spezielle Weiterbildung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten voraussetzt (Zertifikatsleistungen).
- Um die Rechtssicherheit zu erhöhen und Klagen zu vermeiden, werden Aufgaben, die in der Praxis in der Vergangenheit bereits von dem von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene getragenen InEK erledigt worden sind, vom Gesetzeswortlaut allerdings den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zugeordnet waren, nun explizit dem InEK übertragen.
- Im Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen wird klargestellt, dass in der Vereinbarung über die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen des GKV-Spitzenverbandes und der DKG auch die Sanktionierung eines Verstoßes gegen die Mitteilungspflichten der Krankenhäuser bzw. gegen die Datenübermittlungspflicht der für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen ausgewählten Krankenhäuser zu regeln und die Vereinbarung fortzuschreiben ist.
- Um Probleme im Zusammenhang mit der Erstattung der Kosten für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung zu vermeiden, wird festgelegt, dass die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern in Krankenhäusern nicht mehr durch die Fallpauschalen vergütet, sondern unmittelbar zwischen dem Gebärdensprachdolmetscher und den Kostenträgern abgerechnet werden.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Für die Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes (GG).

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG. Danach kann der Bund Regelungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser erlassen. Angesichts von einerseits dynamisch steigenden Prüfquoten bei der Krankenhausabrechnungsprüfung und einer andererseits bei einzelnen Krankenhäusern verbesserungsbedürftigen Abrechnungsqualität ist es erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Vergütung der durch die Krankenhäuser erbrachten stationären Leistungen und für die Überprüfung der Krankenhausabrechnungen zielgenauer auszugestalten, damit die für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erforderlichen Mittel effizienter als bisher eingesetzt werden können.

Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich ist es erforderlich, Änderungen in diesem System zur Wahrung der Rechtseinheit einheitlich vorzunehmen (Artikel 72 Absatz 2 GG). Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, mit dem Ziel, einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Änderungen des Bundesausbildungsförderungsgesetzes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 13 GG.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland geschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Das Gesetz trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies gilt unter anderem für die Maßnahmen zur Neuorganisation des MD Bund und zur Stärkung der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung der MD durch für diese verbindliche Richtlinien insbesondere zur Personalbedarfsbemessung. Die auf eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung abzielenden Maßnahmen, wie zum Beispiel eine systematische Reduktion wiederholt auftretender strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen, führen zudem zu Entlastungen in der Anwendungspraxis.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigung sowie der Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Die Stärkung der Unabhängigkeit sowie der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung der MD leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer bedarfsge rechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und unterstützt die Prinzipien einer nachhaltigen

Entwicklung der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie insoweit, als dass die natürlichen Lebensgrundlagen geschützt und Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit vermieden werden.

Das Regelungsvorhaben wirkt sich außerdem auf den Ressourcenverbrauch aus, der derzeit bei allen an der Krankenhausabrechnungsprüfung beteiligten Akteuren entsteht. Durch die Erhöhung der Effektivität und Effizienz der Krankenhausabrechnungsprüfungen und ihrer Begrenzung mittels Prüfquoten reduziert sich der Ressourcenverbrauch in Form von Zeit- und Personalaufwand bei den Beteiligten. Durch die Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfungen werden darüber hinaus nachhaltige Effekte für eine Verbesserung der Qualität in der Abrechnung von Krankenhausleistungen erzielt. Damit trägt das Regelungsvorhaben zu einer Stärkung nachhaltigen Wirtschaftens bei und unterstützt die Prinzipien einer nachhaltigen Entwicklung.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich aus den Regelungen des Gesetzes keine Mehrausgaben.

Die Einführung von Prüfquoten ab dem Jahr 2020 wirkt sich auf die Summe der Rückzahlungsbeträge der Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen aus. Unter der Annahme, dass die stationären Krankenhausfälle auf dem heutigen Niveau verbleiben und sich ab dem Jahr 2020 die Prüfquote auf zunächst 10 Prozent reduziert, könnte sich das Regressvolumen vermindern. Dieser Effekt kann jedoch teilweise durch eine gezieltere Fallauswahl kompensiert werden. Die Frühjahrs- und Herbstumfragen der Internetplattform medinfoweb zeigen Schwankungen in den durchschnittlichen Rückzahlungsbeträgen, so dass durchaus anzunehmen ist, dass die Krankenkassen auch bei Geltung von Prüfquoten durch gezieltere Prüfungen eine höhere Erfolgsquote als heute erreichen können und die durchschnittlichen Rückzahlungsbeträge steigen. Ab dem Jahr 2021 entfaltet das gestufte Prüfungssystem seine volle Wirkung und potenzielle Mehrausgaben der Krankenkassen werden durch die Aufschläge deutlich verringert, die Krankenhäuser zu zahlen haben, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unter einem Schwellenwert von 60 Prozent liegt.

Demgegenüber soll mit der Einführung von Prüfquoten der Aufwand für alle an der Krankenhausabrechnungsprüfung beteiligten Akteure reduziert werden. Die Verminderung von Prüffällen führt bei den MD zu einer Arbeitsentlastung, da diese weniger Gutachten im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung für den Bereich der Krankenhäuser zu erstellen haben. Daneben sind deutliche Einsparungen bei den Ausgaben für die Zahlung der Aufwandspauschalen zu erwarten. Die durch die Krankenkassen zu zahlenden Aufwandspauschalen werden fällig, wenn die Krankenhausabrechnungsprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt hat.

Die Darstellung der unterschiedlichen Einflussfaktoren zeigt, dass die Quantifizierung der Mehr- und Minderausgaben von vielen Faktoren abhängig ist. Da die Entwicklung der einzelnen Faktoren nicht auf einer soliden Basis kalkuliert werden kann, ist eine Quantifizierung der Mehr- und Minderausgaben nicht möglich. Bei der Betrachtung verschiedener Szenarien könnten im Jahr 2020 potenzielle Mehrausgaben potenzielle Minderausgaben dominieren. In Abhängigkeit von dem Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser, dem Prüfverhalten der Krankenkassen und der damit erzielten Prüfergebnisse könnte sich ein potenzieller Verlust im Jahr 2020 in den Folgejahren jedoch wieder ausgleichen. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich durch die verschiedenen Maßnahmen des vorliegenden Gesetzes die Qualität der Abrechnung in den Krankenhäusern verbessert und der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen erhöht wird. Dadurch kann ein sachgerechter und wirtschaftlicher Einsatz der Beitragsmittel erreicht werden.

Ab dem Jahr 2022 ist ein weiterer Effekt zu berücksichtigen. Durch die Erweiterung des bisherigen Katalogs für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe ist eine Verlagerung von stationären Leistungen in den Bereich der ambulant erbrachten Krankenhausleistungen zu erwarten. Je ein Prozent der stationären Fälle, die in den ambulanten Bereich verschoben werden können, ist für die Krankenkassen mit Einsparungen in Höhe von rund 120 Millionen Euro zu rechnen. Werden mehr Fälle ambulant statt stationär behandelt, sinkt dadurch auch die Notwendigkeit einer Überprüfung der primären Fehlbelegung, so dass sich in der Folge die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen vermindern. Dadurch können weitere Einsparungen in niedriger einstelliger Millionenhöhe erzielt werden. Für das von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vergebende Gutachten im Bereich der ambulant durchführbaren Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (AOP) sind Kosten in Höhe von insgesamt 400 000 Euro zu veranschlagen, die anteilig von den Selbstverwaltungspartnern zu tragen sind.

Zukünftig wird sichergestellt, dass ein Krankenhaus nach einer Fehlbelegungsprüfung, in der festgestellt wird, dass eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen hat, für die von ihm erbrachten vollstationären Leistungen zumindest eine Vergütung erhält, die bei einer vorstationären Behandlung abrechenbar gewesen wäre. Dies gilt in den Fällen, in denen keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistungen besteht. Die damit einhergehenden Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung dürften im mittleren einstelligen Millionenbereich liegen. Aufgrund fehlender bundesweiter Informationen zu Prüfanlässen, Erfolgsquoten und Frequenzen in der Abrechnung von vorstationären Behandlungen kann eine exaktere Quantifizierung nicht erfolgen.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger

Die Neuregelungen sind mit keinem Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger verbunden.

4.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht durch die Reform der Organisationsstrukturen der MD kein Erfüllungsaufwand.

Die Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfungen wirkt sich durch die folgenden Regelungen auf den Erfüllungsaufwand aus:

1. Strukturprüfungen nach § 275d SGB V

Eine krankenhausbegleitende Überprüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen in den vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 SGB V (OPS-Komplexbehandlungskodes) im Vorfeld der Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen geht einher mit einem Verzicht auf Überprüfungen im Einzelfall. Dadurch kann bisheriger Aufwand in Verbindung mit Einzelfallprüfungen auf Seiten der Krankenhäuser reduziert werden. Aufgrund der bislang fehlenden Transparenz zu Prüfanlässen, Prüfquoten und Prüfergebnissen können potenzielle Einsparungen jedoch nicht quantifiziert werden.

2. Einzelfallprüfung im gestuften Prüfsystem nach § 275c Absatz 1 bis 4 SGB V

Mit der zukünftigen Einzelfallprüfung im Rahmen eines gestuften Prüfsystems haben Krankenhäuser in Folge einer schlechten Abrechnungsqualität ggf. Aufschläge zu zahlen. Für den Fall, dass in dem Zusammenhang neue Anforderungen in den Krankenhausinformationssystemen umgesetzt werden müssen, erfolgen diese in den regulären jährlichen Aktualisierungen durch die jeweiligen Softwareanbieter. Ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entsteht durch die Vorgaben nicht.

3. Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und MD

Der mit der Umstellung der Krankenhausinformationssysteme verbundene Erfüllungsaufwand im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Übermittlung von Unterlagen zwischen den Krankenhäusern und den MD kann aufgrund der unzureichenden Schätzungsgrundlagen nicht quantifiziert werden. Langfristig ist mit einer geringen nicht näher quantifizierbaren jährlichen Reduzierung des Erfüllungsaufwandes für die Wirtschaft durch die elektronische Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und den MD zu rechnen.

4.2.1 Bürokratiekosten der Wirtschaft

Die Strukturprüfung nach § 275d SGB V beinhaltet für Krankenhäuser eine Informationspflicht, die zum Tragen kommt, wenn eines oder mehrere der im Rahmen einer Strukturprüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale nicht länger eingehalten werden. Krankenhäuser erhalten einen Monat Zeit, um die Einhaltung der Strukturmerkmale wiederherzustellen. Sofern eines oder mehrere Strukturmerkmale länger als einen Monat nicht mehr erfüllt werden, haben sie die Nichteinhaltung unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. Da im Vorhinein nicht abgeschätzt werden kann, in wie vielen Fällen und in welchem Maße diese Verpflichtung zum Tragen kommt, kann der dadurch entstehende Erfüllungsaufwand nicht solide quantifiziert werden. In Anbetracht der Relevanz, die mit der Erfüllung der entsprechenden Strukturmerkmale einhergeht – nur bei Erfüllung der entsprechenden Strukturmerkmale darf ein OPS-Komplexbehandlungskode abgerechnet werden –, ist davon auszugehen, dass sich nur in seltenen Fällen Änderungen ergeben, aus denen eine Mitteilungspflicht resultiert.

4.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:

1. Reform der Organisationsstrukturen der MD

Der MD Bund hat Richtlinien zu erstellen und zu beschließen, ein Berichtswesen und ein Ombudsverfahren zu etablieren sowie die Rechtsform umzustellen, wofür ihm ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 100 000 Euro entsteht.

Für den Bundeshaushalt entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 170 000 Euro. Dieser setzt sich zusammen aus Erfüllungsaufwand bei den Aufsichtsbehörden und bei dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Für die Genehmigung von Richtlinien und die aktive Begleitung der Übergangsregelungen ergibt sich für die Aufsichtsbehörden ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 140 000 Euro. Dem BfDI entsteht für die Genehmigung der Richtlinien ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 30 000 Euro. Mehrausgaben sind finanziell und stellenmäßig im Rahmen der bestehenden Ansätze in den jeweiligen Einzelplänen zu erwirtschaften.

Der laufende Erfüllungsaufwand für den MD Bund beläuft sich auf rund 55 000 Euro. Dieser entsteht durch die Beschlussfassung von Richtlinien und von Richtlinienänderungen, durch die Erstellung des Berichtswesens beziehungsweise durch die Berichterstattung sowie durch die Durchführung des Ombudsverfahrens.

Dem Bundeshaushalt entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 100 000 Euro. Dieser setzt sich zusammen aus laufendem Erfüllungsaufwand in Höhe von 60 000 Euro für die Aufsichtsbehörden auf Bundesebene, die zukünftig Haushalt, Richtlinien und Richtlinienänderungen zu genehmigen haben. Der BfDI hat bei der Genehmigung von Richtlinien und Richtlinienänderungen mitzuwirken, wofür ihm auch jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 40 000 Euro entsteht. Mehrausgaben sind finanziell und stellenmäßig im Rahmen der bestehenden Ansätze in den jeweiligen Einzelplänen zu erwirtschaften.

Auf der Landesebene beläuft sich der einmalige Erfüllungsaufwand auf rund 1,2 Millionen Euro. Den Aufsichtsbehörden entsteht durch die Änderungen bei der Benennung von Verwaltungsrats- und Beiratsmitgliedern und durch die aktive Begleitung der Übergangsregelungen ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 300 000 Euro. Für die MD ergibt sich auf der Landesebene ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 900 000 Euro für die Umstellung der Rechtsform, die Erstellung von Richtlinien, die Etablierung eines Berichtswesens und die Etablierung eines Ombudsverfahrens.

Der laufende Erfüllungsaufwand auf der Landesebene beläuft sich auf rund 860 000 Euro. Für die alle sechs Jahre erfolgende Benennung der Verwaltungsratsmitglieder entsteht den Aufsichtsbehörden auf Landesebene auf das Jahr berechnet ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro. Der Wegfall der Benennung der Beiratsmitglieder führt zu einer auf das Jahr berechneten Einsparung von rund 7 000 Euro. Die jährliche Genehmigung des Haushalts durch die Aufsichtsbehörden führt zu einem laufenden Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 180 000 Euro. Den MD entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand für die Erstellung des Berichtswesens bzw. die Berichterstattung und das Ombudsverfahren in Höhe von rund 680 000 Euro.

2. Strukturprüfungen nach § 275d SGB V

Eine krankenhausbezogene Überprüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Komplexbehandlungskodes im Vorfeld der Erbringung und Abrechnung von stationären Leistungen geht einher mit einem Verzicht auf derartige Überprüfungen im Einzelfall. Dadurch kann bisheriger Aufwand auf Seiten der MD eingespart werden. Aufgrund der bislang fehlenden Transparenz zu Prüfanlässen, Prüfquoten und Prüfergebnissen können potenzielle Einsparungen jedoch nicht quantifiziert werden.

3. Einzelfallprüfung im gestuften Prüfsystem nach § 275c Absatz 1 bis 4 SGB V

Für die Umsetzung der Einzelfallprüfung nach § 275c Absatz 1 SGB V kommt zukünftig ein gestuftes Prüfsystem nach § 275c Absatz 2 und 3 SGB V zur Anwendung. Grundlage des gestuften Prüfsystems sind vierteljährliche Auswertungen, die durch den GKV-Spitzenverband erstellt werden (§ 275c Absatz 4 SGB V). Für die Sicherstellung einer einheitlichen und fristgerechten Datenübermittlung regelt der GKV-Spitzenverband bis zum 31. März 2020 das Nähere dazu (§ 275c Absatz 4 Satz 5 SGB V). Der einmalige Erfüllungsaufwand beläuft sich auf rund 5 000 Euro.

Auf der Basis der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes haben die Krankenkassen zur Vorbereitung der vierteljährlichen Datenlieferungen nach § 275c Absatz 4 SGB V die Anforderungen in ihren Krankenkasseninformationssystemen umzusetzen. Dafür entsteht den Krankenkassen auf der Ortsebene ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 30 000 Euro.

Im April 2020 haben die Krankenkassen erstmals die vierteljährlichen Daten (für das erste Quartal des Jahres 2020) an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Damit verbunden ist im Jahr 2020 ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 360 000 Euro für drei Datenlieferungen. Ab dem Jahr 2021 beträgt der jährliche Erfüllungsaufwand für vier Datenlieferungen rund 480 000 Euro.

Der GKV-Spitzenverband erstellt auf Basis der drei Datenlieferungen im Jahr 2020 die Datenauswertungen. Für drei Datenauswertungen im Jahr 2020 entsteht dem GKV-Spitzenverband ein Erfüllungsaufwand von rund 15 000 Euro. Ab dem Jahr 2021 beträgt der laufende Erfüllungsaufwand rund 20 000 Euro, da der GKV-Spitzenverband jährlich vier Datenauswertungen zu erstellen hat.

4. Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und MD

Für die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG und GKV-Spitzenverband) entsteht durch das Erarbeiten der Vereinbarung zu den Datenübermittlungen zwischen den Krankenhäusern und den MD im Jahr 2020 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 24 000 Euro.

5. Transparenz nach § 17c Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Der GKV-Spitzenverband hat bis zum 31. März 2020 das Nähere zu einer neu zu etablierenden Jahresstatistik nach § 17c Absatz 6 KHG zu regeln. Dafür entsteht ihm im Jahr 2020 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro.

Jährlicher Aufwand entsteht den Krankenkassen auf der Ortsebene, die ab dem Jahr 2020 die erforderlichen Daten für die Jahresstatistik krankenhausbezogen aufzubereiten und an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln haben. Bei 110 Krankenkassen entsteht dafür ein laufender Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 240 000 Euro.

Die regelmäßige Aufbereitung und Veröffentlichung der Jahresstatistik erzeugt für den GKV-Spitzenverband einen Erfüllungsaufwand, der sich ab dem Jahr 2020 auf rund 13 000 Euro jährlich beläuft.

6. Bericht nach § 17c Absatz 7 KHG

Die Erstellung eines gemeinsamen Berichts durch den GKV-Spitzenverband und die DKG über die Auswirkungen der neuen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen wird im Jahr 2023 zu einem geschätzten einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 80 000 Euro führen.

7. Vergabe des Gutachtens nach § 115b SGB V

Für die Beratung zur Vergabe des Gutachtens nach § 115b SGB V einschließlich dessen Leistungsbeschreibung, die Vergabe sowie nach Fertigstellung die Abnahme entsteht auf Seiten der DKG, des GKV-Spitzenverbandes und der KBV jeweils anteilig ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 000 Euro sowie auf Seiten der KZBV in Höhe von 5 000 Euro. Der verminderte Aufwand auf Seiten der KZBV folgt daraus, dass diese in der Vergangenheit der AOP-Vereinbarung der anderen Vertragspartner nicht beigetreten ist und insofern davon auszugehen ist, dass zahnärztliche Leistungen auch nur eingeschränkt Gegenstand des Gutachtens sein werden.

8. Weiterentwicklung und Modernisierung der studentischen Krankenversicherung

Durch die Einführung des elektronischen Meldeverfahrens entsteht den Krankenkassen nach eigener Schätzung ein einmaliger IT-technischer Umstellungsaufwand in Höhe von insgesamt ca. 1,83 Millionen Euro. Den staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen entsteht durch die einmalige IT-technische Einführung eines einheitlichen elektronischen Meldeverfahrens Umstellungsaufwand, der jedoch nicht quantifizierbar ist. Dagegen wird der Verwaltungsaufwand für Hochschulen und Krankenkassen durch die Streichung des Beendigungsstatbestandes „Vollendung des 14. Fachsemesters“ bei der Pflichtversicherung der Studenten sowie durch die Umstellung der Hochschulsysteme auf ein elektronisches Meldeverfahren langfristig erheblich reduziert. Es entfallen aufwändige Einzelfallprüfungen, manuelle Meldungen und Papierverfahren. Verfahren werden vereinheitlicht, vereinfacht und beschleunigt.

9. Live-Übertragung der öffentlichen Sitzungen des G-BA

Der geschätzte Erfüllungsaufwand für den G-BA, wenn er den öffentlichen Teil der jährlich maximal 24 Sitzungen des Plenums künftig live im Internet überträgt und anschließend in einer Mediathek zur Verfügung stellt, beläuft sich jährlich auf rund 65 000 Euro (rund 5 400 Euro monatlich) und einmalig auf rund 35 000 Euro.

Der jährliche bzw. monatliche Erfüllungsaufwand entsteht insbesondere durch Kosten für die Übertragungskapazitäten, die Plattform für das Livestreaming und die Bereitstellung der vorangegangenen Sitzungen in einer Mediathek, die auf der Internetseite des G-BA eingebunden sind, und den Betrieb der Datenbanken (rund 5 000 Euro monatlich) sowie in geringem Umfang zusätzliche, fachlich geschulte Personalkapazitäten für notwendige Korrekturen bei der Kameraführung während der Liveaufzeichnungen (rund 400 Euro monatlich).

Der einmalige Erfüllungsaufwand beinhaltet insbesondere die Erweiterung der schon vorhandenen Technik beim G-BA. Da der G-BA erst im Jahr 2019 seine Medientechnik erneuert hat, ist die schon vorhandene Anlage auf einem hohen technischen Stand, so dass voraussichtlich nur geringfügige Ergänzungen dieser Anlage notwendig werden.

5. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

Die sich aus dem Gesetz ergebenden Mehrausgaben für die private Krankenversicherung belaufen sich schätzungsweise auf einen mittleren sechsstelligen Betrag. Die Mehrausgaben resultieren daraus, dass bei einer Fehlbelegungsprüfung, die zu dem Ergebnis führt, dass keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen hat, zumindest eine vorstationäre Behandlung abrechenbar ist. Aufgrund fehlender bundesweiter Informationen zu Prüfanlässen, Erfolgsquoten und Frequenzen in der Abrechnung von vorstationären Behandlungen kann eine exaktere Quantifizierung nicht erfolgen.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die in dem Gesetz vorgesehene Berücksichtigung einer paritätischen Vertretung von Frauen und Männern bei der Benennung der Mitglieder der Verwaltungsräte der MD lässt positive Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern erwarten.

Mit den im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf die demografische Entwicklung.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der im Gesetz vorgesehenen Regelungen wäre angesichts der Zielsetzung des Gesetzes, die Unabhängigkeit und die einheitliche Aufgabenwahrnehmung der MD zu stärken sowie die Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung zu verbessern, nicht sachgerecht.

Zur systematischen Aufbereitung der Anwendungserfahrungen und Auswirkungen der mit dem vorliegenden Gesetz ergriffenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung werden der GKV-Spitzenverband und die DKG gemäß § 17c Absatz 7 KHG verpflichtet, dem BMG einen gemeinsamen Bericht vorzulegen. Die Evaluierung findet in einem Zeitraum von vier Jahren statt und endet mit der Vorlage des Berichts zum 30. Juni 2023. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet bis zum 31. Dezember 2023 dem Deutschen Bundestag auf der Grundlage des gemeinsamen Berichts.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Studierende, die nicht familienversichert sind und an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, sind unter den Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 9 in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Die beitragsgünstige Pflichtversicherung der Studenten ist bislang zeitlich begrenzt durch den Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens durch die Vollendung des 30. Lebensjahrs. Über diese Grenzen hinaus kann die Pflichtversicherung nur aus besonderen Gründen, zum Beispiel aufgrund der Art der Ausbildung oder aus persönlichen und familiären Gründen fortgeführt werden.

Durch die Streichung des Abschlusses des 14. Fachsemesters als zeitliche Begrenzung der studentischen Krankenversicherung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Krankenkassen bei der Zählung der Fachsemester zunehmend Schwierigkeiten haben, eine einheitliche Rechtsanwendung zu gewährleisten. Hintergrund dieser Entwicklung ist die europaweite Harmonisierung von Studiengängen und –abschlüssen aufgrund des Bologna-Prozesses, der zu einer deutlichen Veränderung der Struktur von Studiengängen geführt hat. Auch die Anzahl verschiedener Studienfachkombinationen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die Problematik der Zählung der Fachsemester tritt insbesondere dann auf, wenn Studierende das Studienfach wechseln oder ein Aufbaustudium aufnehmen, weil die Entscheidung zu treffen ist, ob die Fachsemester weiter gezählt werden oder ob mit dem Wechsel in ein neues Fachstudium eine neue Semesterzählung beginnt. Eine einheitliche Rechtsanwendung wird zusätzlich dadurch erschwert, dass die Hochschulen das Vorliegen eines Aufbaustudiums oder eines neuen Studiengangs teilweise individuell oder aufgrund unterschiedlicher landesrechtlicher Vorgaben unterschiedlich definieren.

Keine Auswirkung hat die Streichung des Kriteriums des Abschlusses des 14. Fachsemesters dabei auf die Beurteilung der Einschreibung zum Zwecke der Anfertigung einer Promotion. Nach dem Wortsinn des in § 5 Absatz 1 Nummer 9 verwendeten Begriffs „Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind“ erfasst die Regelung weiterhin nur die Einschreibung mit dem Ziel der Erlangung eines Studienabschlusses, nicht jedoch die Einschreibung mit dem Ziel des Nachweises der Befähigung zu vertiefter wissenschaftlicher Arbeit nach dem Abschluss eines Studiums, wie sie der Promotion zu eigen ist.

Durch die Rechtsänderung werden die Krankenkassen von erheblichem Verwaltungsaufwand entlastet, der damit verbunden ist, in jedem Einzelfall ermitteln zu müssen, wie der jeweilige Fachstudiengang zu bewerten ist. Gleichzeitig bleibt durch die bestehende Altersbegrenzung (Vollendung des 30. Lebensjahres) ein klar abgrenzbares und ausreichendes Kriterium bestehen, das Fehlanreize und damit eine unsachgemäße Belastung der Solidargemeinschaft der Beitragszahler verhindert.

Zu Buchstabe b

Durch die Einführung einer Altersgrenze für die Pflichtversicherung von in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebenen berufspraktischen Tätigkeiten ohne Arbeitsentgelt erfolgt eine Harmonisierung mit der Altersgrenze bei der Krankenversicherung der Studenten. Diese Altersbegrenzung soll einheitlich für Vor-, Zwischen- und Nachpraktika gelten. Dies entspricht dem Sinn und Zweck der studentischen Krankenversicherung, eine beitragsgünstige Krankenversicherung nur für eine begrenzte Lebensphase anzubieten. Dieser Grundgedanke wird durch die Änderung auch auf studienbezogene Praktika konsequent übertragen.

Zu Nummer 2 (§ 10)

Durch die Schaffung eines einheitlichen Beendigungstatbestandes für die Familienversicherung von Studierenden zum Semesterende, wird entsprechend der Regelungen zur studentischen Krankenversicherung Verwaltungsaufwand in Bezug auf die Erforderlichkeit einer jeweils taggenauen Bestimmung des Beendigungszeitpunkts der Familienversicherung vermieden. Insbesondere wird dadurch vermieden, dass nach taggenauer Beendigung der Familienversicherung trotz erfolgten Studienabschlusses noch für die Wochen bis zum Semesterende eine studentische Krankenversicherung begründet werden muss.

Zu Nummer 3 (§ 87a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der geänderten Satzzählung in § 295 Absatz 1.

Zu Nummer 4 (§ 91)

Gemäß § 91 Absatz 7 Satz 6 sind die Sitzungen des Beschlussgremiums des G-BA in der Regel öffentlich. Mittels des derzeit vom G-BA eingerichteten Anmeldeverfahrens über die Internetseite des G-BA kann nur eine sehr begrenzte Personenzahl an einer Sitzung teilnehmen. Um die geforderte Öffentlichkeit der Sitzungen herzustellen, wird dem G-BA aufgegeben, unter Nutzung der zeitgemäßen, technischen Möglichkeiten die Sitzungen im Internet live, unkommentiert und in voller Länge zu übertragen. Zudem hat der G-BA auch für einen späteren Abruf alle Beiträge in einer Mediathek im Internetangebot des G-BA zur Verfügung zu stellen. Dies entspricht im Übrigen der Praxis des Deutschen Bundestages.

Zu Nummer 5 (§ 91a)

Bei der Regelung handelt es sich um die Ersetzung eines fehlerhaften Verweises durch eine klarstellende Formulierung. Durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz wurde der § 91a eingefügt, welcher in Absatz 1 Satz 8 für die Betriebsmittel des G-BA als zulässige Höhe die Regelungen für Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1, also das Eineinhalbfache einer Monatsausgabe, für entsprechend anwendbar erklärte. § 260 Absatz 2 Satz 1 wurde allerdings zwischenzeitlich mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz, welches am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, geändert und die zulässige Höhe der Betriebsmittel der Krankenkassen damit reduziert. Dies erfordert eine – bisher noch nicht erfolgte – Korrektur des Verweises in § 91a Absatz 1 Satz 8. Denn für den G-BA gelten weiterhin die gleichen Erwägungen wie schon im Rahmen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes, wonach auch weiterhin im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Eineinhalbfache der Ausgaben für die Höhe der Betriebsmittel des G-BA erforderlich und angemessen ist, um angesichts der geltenden Zahlungsmodalitäten des für den G-BA erhobenen Systemzuschlags eine hinreichende Liquidität zu sichern. Dies wird mit der gesetzlichen Änderung nun ausdrücklich klargestellt.

Zu Nummer 6 (§ 109)

In der Vergangenheit haben Krankenkassen Rückforderungsansprüche gegen Krankenhäuser wegen überzahlter Vergütungen in der Regel nicht durch Klage vor dem Sozialgericht geltend gemacht, sondern mit Rückforderungsansprüchen gegen unbestrittene Forderungen des Krankenhauses auf Vergütung erbrachter Leistungen aufgerechnet. Dies hat zu erheblichen Liquiditätsengpässen auf Seiten der Krankenhäuser geführt, da mit Erklärung der Aufrechnung die Krankenkassen die Möglichkeit haben, ihre Forderungen sofort zu befriedigen, während gleichzeitig die Vergütungsforderung des Krankenhauses erlischt. Durch die Aufrechnung wird außerdem das Prozessrisiko, Vergütungsansprüche im Wege der Klage durchsetzen zu müssen, auf die Krankenhäuser verlagert, da das Krankenhaus die Krankenkasse auf Zahlung der ungeschmäleren Vergütung verklagen muss, wenn es das Bestehen eines Rückforderungsanspruchs bestreitet. Um diese negativen Folgen von Aufrechnungen zu begrenzen, wird die Möglichkeit der Krankenkassen, mit Rückforderungsansprüchen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser aufzurechnen, ausgeschlossen. Erfasst sind alle nach § 108 zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser, mit denen ein Versorgungsvertrag abgeschlossen worden ist oder bei denen das Vorliegen eines Versorgungsvertrags fingiert wird. In der Vergangenheit waren die Sozialgerichte mit Klagen der Krankenhäuser zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit von Aufrechnungen der Krankenkassen konfrontiert. Diese Klagen entfallen künftig. Sofern Krankenkassen in der Zukunft verstärkt den Klageweg beschreiten werden, um ihre Forderungen durchzusetzen, dürfte die Zahl streitiger Abrechnungsfälle durch die Umkehr des Prozessrisikos für sich allein nicht spürbar vergrößert werden. Der Ausschluss der Aufrechnungsmöglichkeit gilt nur für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser, die nach dem Inkrafttreten der Regelung entstanden sind. Andernfalls wäre nicht auszuschließen, dass Krankenkassen bis zum Inkrafttreten verstärkt von der noch bestehenden Aufrechnungsmöglichkeit Gebrauch machen würden, verbunden mit entsprechenden Folgen für die Liquidität der Krankenhäuser. Sofern eine Aufrechnung in einzelnen Fallgestaltungen ausnahmsweise sachgerecht ist, wie etwa bei unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Vergütungsforderungen der Krankenhäuser, können in der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG Ausnahmen vom Verbot der Aufrechnung vorgesehen werden.

Zu Nummer 7 (§ 115b)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Bei den Sätzen 1 und 3 handelt es sich um Folgeänderungen zur Einfügung des neuen Absatzes 1a. Zugleich wird in Satz 2 klargestellt, dass die geltende Vereinbarung zu ambulanten Operationen im Krankenhaus bis zum Wirksamwerden der neuen Vereinbarung Bestand hat.

Durch den neuen Satz 4 wird vorgegeben, dass die Vergütung für die Leistungen in dem Katalog nach Satz 1 Nummer 1 zukünftig nach dem Schweregrad zu differenzieren ist. Dies erfolgt mit dem Ziel, komplexere Fälle, die überwiegend in den Krankenhäusern erbracht werden, adäquat zu vergüten und höhere Anreize für eine ambulante Erbringung von Leistungen im Krankenhaus zu setzen. Darüber hinaus soll analog der Vorgabe zur Vergütung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 3 auch die einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte der Leistungen des Katalogs nach Satz 1 Nummer 1 mit einem bestehenden Vergütungsmaßstab verknüpft werden. Damit soll vermieden werden, dass mit der Vergütung der Katalogleistungen als sektorengleiche Leistungen ein dritter Sektor unkoordiniert neben dem stationären und dem ambulanten Sektor entsteht und neue Schnittstellenprobleme geschaffen werden. Dadurch bleibt eine gewisse Kongruenz zu den übrigen ambulanten Leistungen gewährleistet. Gleichwohl können die Vertragsparteien sachgerechte Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbaren. So kann beispielsweise der im Durchschnitt entstehende Aufwand maßgeblich sein für die Festlegung der Vergütungen. Vor dem Hintergrund des neuen mit dem TSVG geschaffenen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums ist zudem davon auszugehen, dass auch die Vergütungsinteressen der Krankenhäuser angemessen berücksichtigt werden. Der in Satz 1 Nummer 2 statuierte Gleichbehandlungsgrundsatz ist weiterhin zu beachten, so dass bei gleichen Leistungen einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte sicherzustellen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Um sicherzustellen, dass die Vertragspartner die im Rahmen des nach Absatz 1a zu vergebenden Gutachtens gewonnenen Erkenntnisse auch in hinreichendem Umfang zur Grundlage der nach Absatz 1 Satz 1 abzuschließenden Vereinbarung machen, unterliegt der Vereinbarungsteil nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 der Genehmigungsbedürftigkeit durch das BMG. Um ambulantes Potenzial besser identifizieren zu können, werden die Vertragsparteien verpflichtet, den Katalog der ambulant durchführbaren Operationen, sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe und stationärsersetzenden Behandlungen nach § 115b Absatz 1 Satz 1 (AOP-Katalog) künftig regelmäßig zu überarbeiten und im Wege der Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.

Zu Buchstabe b

Deutschland gehört zu den Ländern, in denen im internationalen Vergleich Operationen überdurchschnittlich häufig stationär durchgeführt werden. Einer der Gründe hierfür dürfte sein, dass der AOP-Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in den Jahren seit 2005 nur marginal überarbeitet worden ist (vgl. Friedrich/Tillmanns, Krankenhaus-Report 2016, Seite 131). Das deutet darauf hin, dass das Potenzial für ambulante Operationen derzeit in Deutschland nur unzureichend ausgeschöpft wird. Zur Vorbereitung einer substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs werden die Vertragsparteien verpflichtet, kurzfristig ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag zu geben, in dem untersucht wird, welche Operationen, stationärsersetzenden Eingriffe und stationärsersetzenden Behandlungen nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnisse ambulant erbracht werden können. Dabei sind Erkenntnisse aus bereits vorliegenden Studien zu ambulant-sensitiven Diagnosen und vermeidbaren Krankenhausfällen zu berücksichtigen. Um zu gewährleisten, dass das Gutachten eine wissenschaftlich fundierte und nachvollziehbare Grundlage für die Entwicklung von Kriterien für ambulante Eingriffe und Behandlungen bildet, soll das Gutachten bestehende Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften einbeziehen. Da in der Vergangenheit ein Umsetzungsdefizit im Hinblick auf den AOP-Katalog bestand, soll das Gutachten die untersuchten Operationen, Eingriffe und Behandlungen konkret benennen. Darüber hinaus sollen in Verbindung mit der differenzierten Ausgestaltung des AOP-Kataloges auch verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad analysiert werden. Hintergrund ist die bereits heute zum Teil differenzierte Ausgestaltung der Leistungen in sieben Kategorien sowie mit Zuschlagspositionen. Die im Gutachten benannten Operationen, Eingriffe und Behandlungen haben die Vertragsparteien anschließend als erweiterten AOP-Katalog zu vereinbaren. In diesem ist über den derzeitigen AOP-Katalog hinaus auch zu vereinbaren, welche

stationersetzenden Behandlungen künftig ambulant erbracht werden können. Hierdurch soll einerseits der Grundsatz „ambulant vor stationär“ besser als bisher umgesetzt werden und eine möglichst umfassende Ambulantisierung erreicht werden. Andererseits soll durch die verbesserte Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser zugleich der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegengewirkt werden. Das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a soll den Inhalt des Gutachtensauftrages (insbesondere dessen Leistungsbeschreibung) festlegen für den Fall, dass eine Beauftragung durch die Vertragspartner nicht fristgemäß zustande kommt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 1a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung soll für Krankenhäuser die ambulante Erbringung der im AOP-Katalog vereinbarten Leistungen gefördert werden. In diesem Fall entfällt künftig eine Prüfung dieser Leistungen durch den MD. Dies kann zu einem spürbaren Rückgang der Zahl der MD-Prüfungen führen, sobald der auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a erweiterte AOP-Katalog vereinbart worden ist.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die im TSVG vorgesehene Regelung sah eine Konfliktlösung nur für den Fall vor, dass eine bereits bestehende Vereinbarung beendet und in der Folge nicht durch eine neue Vereinbarung ersetzt wird. Aufgrund der Neuregelung des Absatzes 1, wonach die Vertragsparteien bis zum 30. Juni 2021 eine auf Grundlage des nach Absatz 1a zu vergebenden Gutachtens basierende Vereinbarung neu zu schließen und diese regelmäßig im Wege der Vereinbarung anzupassen haben, erfolgt insofern eine Ergänzung des Absatzes 3 im Hinblick auf die Regelungen des Absatzes 1. Eine Konfliktlösung bleibt darüber hinaus erhalten für den Fall, dass eine einmal geschlossene Vereinbarung beendet wird, an deren Stelle bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung durch die Vertragspartner tritt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da die von den Vertragsparteien nach Absatz 1 zu treffende Vereinbarung des AOP-Katalogs durch das BMG zu genehmigen ist, wird geregelt, dass auch die an die Stelle der Vereinbarung tretende Festsetzung durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a der Genehmigungsbedürftigkeit durch das BMG unterfällt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die gesetzgeberische Intention einer Aktualisierung des AOP-Katalogs auch in hinreichendem Maße im Falle einer festgesetzten Vereinbarung zum Tragen kommt.

Zu Nummer 8 (§ 124)

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

Zu Nummer 9 (§ 132g Absatz 3 und § 137f Absatz 2)

Diese Folgeänderungen ersetzen den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Nummer 10 (§ 137i)

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG im Rahmen ihrer Vereinbarung über die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen auch die Höhe und nähere Ausgestaltung der für die Verletzung der Mitteilungspflichten nach Absatz 4b Satz 1 sowie der für die Verletzung der Datenübermittlungspflicht im Rahmen der Weiterentwicklung nach Absatz 4b Satz 2 vorgesehenen Sanktionen zu bestimmen haben.

Zudem wird eine Fortschreibung der von den Selbstverwaltungspartnern geschlossenen Sanktionsvereinbarung vorgesehen und bei einer fehlenden Einigung hierzu die Anrufung der Schiedsstelle ermöglicht. Die Streichung des letzten Satzes erfolgt vor diesem Hintergrund zur Rechtsbereinigung.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird aus Gründen der Rechtsklarheit die bestehende Befugnis des InEK konkretisiert, auf Grundlage des Konzepts zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und Pflegepersonaluntergrenzen als Datengrundlage erforderlich sind, Krankenhäuser auszuwählen und diese zur Datenübermittlung zu verpflichten. Rechtsbehelfen gegen diese Maßnahmen kommt nach Absatz 4c keine aufschiebende Wirkung zu. Im Übrigen werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Buchstabe b Doppelbuchstabe cc.

Zu Nummer 11 (§ 186)

Durch die klarstellende gesetzliche Ergänzung des Absatzes 7 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass manche staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen das Studienjahr in Trimester einteilen und manche Hochschulen ganz auf eine Einteilung des Hochschuljahres verzichten. Im Falle der Trimester-Einteilung ist diese maßgeblich (Satz 2) und bei fehlender Einteilung wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung die übliche Semestereinteilung vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März zugrunde gelegt (Satz 3).

Zu Nummer 12 (§ 190)

Nach dem Wortlaut des Absatzes 9 endet die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Studenten bislang einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sich der Studierende zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet hat. Mit der Verlängerung um einen Monat soll der Verwaltungsaufwand der Hochschulverwaltungen bei der Verarbeitung verspäteter Semesterrückmeldungen von Studierenden möglichst gering gehalten werden. Ob dies ausgehend von diesem Sinn und Zweck auch dann gilt, wenn eine verspätete Rückmeldung nicht mehr zu erwarten ist, war bislang umstritten. Während die Rechtsprechung der Sozialgerichte aufgrund des Wortlauts der Regelung keine Ausnahmen zuließ, vertraten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie Vertreter der Literatur die Auffassung, dass in all jenen Konstellationen, in denen eine weitere Einschreibung oder Fortdauer der Pflichtversicherung nicht zu erwarten sei, von einem Ende der Pflichtversicherung mit Ablauf des Semesters auszugehen sei, für das sich der Studierende zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet habe. Dem Sinn und Zweck der Monatsfrist folgend stellt nun Absatz 9 Satz 1 ausdrücklich klar, in welchen Konstellationen die Pflichtmitgliedschaft der Studenten bereits mit Ablauf des Semesters endet. Nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 endet die Pflichtmitgliedschaft mit Ablauf des Semesters, wenn das Mitglied bis zu diesem Zeitpunkt exmatrikuliert wurde, sei es beispielsweise aufgrund einer Erklärung des Studierenden, des erfolgreichen Studienabschlusses oder sei es aufgrund nicht ordnungsgemäßer Rückmeldung, Nichtzahlung von Studiengebühren, strafrechtlich relevanten Verhaltens oder der endgültigen Nichterbringung einer für die Fortsetzung des Studiums erforderlichen Studien- oder Prüfungsleistung. Das Gleiche gilt bei Vollendung des 30. Lebensjahrs bis zum Ablauf des Semesters oder wenn die von der Krankenkasse nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 bewilligte Verlängerung der Pflichtmitgliedschaft über das 30. Lebensjahr bis zum Ablauf des Semesters endet.

Die Regelung des Satzes 2 erfasst insbesondere Studierende aus dem Ausland, die nur für eine kurze Zeit in Deutschland studieren (z. B. im Rahmen eines Gaststudiums) oder nach Beendigung des Studiums vor Ablauf des Semesters den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs verlassen, um zum Beispiel in ihr Heimatland zurückzukehren. Durch die taggenaue Beendigung der Mitgliedschaft in diesen Fällen wird vermieden, dass diese Mitgliedschaften bis zum Ende des Semesters nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 in Verbindung mit Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 weiterlaufen und bis zum Ablauf des Semesters Beitragsansprüche entstehen, die in aller Regel nicht erfüllt werden und nur erschwert durchsetzbar sind.

Nach Absatz 9 Satz 3 endet die Pflichtmitgliedschaft in allen übrigen Fällen erst einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sich der Studierende zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet hat. Absatz 9 Satz 4 stellt klar, dass die Regelung des § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 bei Trimestern und fehlender Semestereinteilung entsprechend anzuwenden ist.

Zu Nummer 13 (§ 199a – neu –)

Gemäß § 200 Absatz 2 Satz 1 bisheriger Fassung sind die Hochschulen verpflichtet, die bei ihnen eingeschriebenen gesetzlich krankenversicherten Studierenden den zuständigen Krankenkassen zu melden. Gleichzeitig enthält § 200 Absatz 2 Satz 2 bisheriger Fassung eine Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit Inhalt, Form und Frist dieser Meldungen zu regeln. Dies wurde durch die Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV-MV vom 27. März 1996, zuletzt geändert am 11. November 2016) umgesetzt. Die SKV-MV sieht bislang keine verpflichtenden Vorgaben für ein einheitliches elektronisches Meldeverfahren zwischen Hochschulen und Krankenkassen vor. Dies führte zu einer uneinheitlichen Meldepraxis und Verwaltungsaufwand bei Hochschulen und Krankenkassen. Gleichzeitig konnte dadurch die notwendige Datensicherheit nicht in jedem Fall gewährleistet werden, zum Beispiel bei Meldung mit veralteten Datenträgern und Excel-Tabellen.

Damit das Meldeverfahren zur Krankenversicherung der Studenten einheitlichen modernen technischen Standards gerecht wird, wird ein neuer § 199a geschaffen, der ab 1. Januar 2022 ein verpflichtendes elektronisches Meldeverfahren zwischen Hochschulen und Krankenkassen vorsieht und alle notwendigen Regelungen zum Meldeverfahren und zu den Informationspflichten zur Krankenversicherung der Studenten beinhaltet und die bisherigen Regelungen in § 200 Absatz 2 sowie die SKV-MV ersetzt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Pflicht der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sowie der Stiftung für Hochschulzulassung, Studienbewerberinnen und –bewerber sowie Studierende in geeigneter Form über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Befreiungsmöglichkeiten und das hierbei einzuhaltende Verfahren aufzuklären. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Studierenden und Studienbewerber frühzeitig die notwendigen Informationen erhalten, um die erforderlichen Mitwirkungshandlungen zu erbringen, damit die studentische Krankenversicherung durchgeführt werden kann. Inhalt und Ausgestaltung der Informationen werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Pflicht jedes Studieninteressierten der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule, an der er sich nach erfolgreichem Bewerbungsverfahren einschreiben möchte, zu seiner Einschreibung bei seiner zuständigen Krankenkasse eine Meldung an die Hochschule anzufordern, durch die er seine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nachweist oder die Krankenkasse ihm bescheinigt, dass keine Versicherungspflicht vorliegt, weil er versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig ist. Absatz 2 Satz 4 regelt je nach Versicherungsstatus die für die Abgabe der Meldung oder die Ausstellung der Bescheinigung zuständige Krankenkasse.

Zu Absatz 3 bis 5

Absatz 3 und Absatz 4 Satz 2 regeln die Meldepflichten der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen gegenüber den Krankenkassen.

Die Hochschulen haben den Krankenkassen das Datum der Einschreibung des Studierenden sowie den Beginn des Studiums zu melden, wenn dieser gesetzlich krankenversichert ist. Ebenfalls an die Krankenkassen zu melden ist das Ende des Semesters, in dem der Student exmatrikuliert wurde, d. h. in dem seine Mitgliedschaft an der Universität endete (Absatz 3 Nummer 2).

Die vom freiwillig oder pflichtversicherten Studierenden gewählte Krankenkasse oder im Falle der Familienversicherung von seinem Angehörigen gewählte Krankenkasse meldet beim Krankenkassenwechsel der Hochschule den Beginn der Versicherung bei der gewählten Krankenkasse (Absatz 4 Satz 1). Darüber hinaus haben die Krankenkassen bei den versicherungspflichtigen Studenten nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 den Hochschulen zu melden, dass ein Verzug mit den zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträgen besteht, und dass rückständige Krankenversicherungsbeiträge gezahlt wurden (Absatz 5). Dadurch wird der Regelung des § 254 Rechnung getragen.

Die Meldungen von Hochschulen und Krankenkassen haben unverzüglich zu erfolgen, das heißt unmittelbar nach Eintritt des meldepflichtigen Ereignisses und ohne schuldhaftes Zögern.

Zu Absatz 6 und 7

Um ein einheitliches, modernen technischen Standards entsprechendes Verfahren zu schaffen, sieht Absatz 6 zunächst ein für die Hochschulen freiwilliges und ab dem 1. Januar 2022 ein für Hochschulen und Krankenkassen verpflichtendes elektronisches Meldeverfahren vor. Für die Krankenkassen gilt bis zur Einführung des Pflichtverfahrens nur dann eine elektronische Meldepflicht gegenüber der Hochschule, wenn diese bereits am elektronischen Meldeverfahren teilnimmt. Bis dahin erstellen Hochschule und Krankenkasse die Meldungen (inklusive einer Versicherungsbescheinigung für den Studierenden zur Vorlage bei der Hochschule) in Textform.

Um das elektronische Meldeverfahren durchführen zu können, ist zudem vorgegeben, dass die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen zur Durchführung des Meldeverfahrens eine gesonderte Absendernummer beim GKV-Spitzenverband elektronisch zu beantragen haben. Gleichzeitig werden Regelungen geschaffen, die dem GKV-Spitzenverband die notwendige Datenverarbeitung zur Durchführung des Meldeverfahrens ermöglichen.

Zur untergesetzlichen Konkretisierung von Aufbau und Inhalten der Versicherungsbescheinigung, der Meldevordrucke sowie der elektronischen Meldungen, des Übertragungswegs sowie Näheres zur Verfahrenstechnik werden der GKV-Spitzenverband und die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) nach Absatz 7 ermächtigt, Gemeinsame Grundsätze zu vereinbaren, die vom BMG zu genehmigen sind. Die Vorgaben zur Anbindung von Hochschulen und Krankenkassen an den Portalverbund nach § 1 Absatz 2 des Onlinezugangsgesetzes und an die in diesem Zusammenhang bestehenden technischen und semantischen Standards, Verfahren und Methodik werden in den Gemeinsamen Grundsätzen bei entsprechender Relevanz nach Möglichkeit berücksichtigt. Die Hochschulrektorenkonferenz vertritt 268 staatliche oder staatlich anerkannte Hochschulen und vertritt damit 94 Prozent der Studierenden in Deutschland. Sie ist damit das geeignete Gremium, um zusammen mit dem GKV-Spitzenverband die Grundsätze für die technische Umsetzung festzulegen. Der Verband privater Hochschulen vertritt weitere ca. 50 private staatlich anerkannte Hochschulen in Deutschland. Ihm wird daher im Genehmigungsverfahren vom BMG ein Anhörungsrecht gewährt.

Zu Nummer 14 (§ 200)

Die Absätze 2 und 3 regeln die Vorlagepflichten und Meldungen für versicherungspflichtige Auszubildende des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10. Wie bei den Studierenden haben auch diese Auszubildenden ihrer Ausbildungsstätte nach Absatz 2 ihren Versicherungsstatus nachzuweisen, damit die Ausbildungsstätte ihrer Meldepflicht gegenüber der Krankenkasse nachkommen kann. Der Nachweis erfolgt bei dieser Personengruppe durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung, die seitens der Krankenkassen auch elektronisch bereitgestellt werden kann.

Die Ausbildungsstätten von Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 haben nach Absatz 3 Beginn und Ende der Berufsausbildung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse zu melden. Die Ausgestaltung des Meldevordrucks wird durch den GKV-Spitzenverband festgelegt.

Zu Nummer 15 (§ 210)

Es handelt sich um eine reine Folgeänderung, da die nunmehr durch den MD Bund erlassenen Richtlinien nicht mehr in § 282 Absatz 2 Satz 3, sondern in § 283 Absatz 2 geregelt sind.

Zu Nummer 16 (§ 236)

Änderungen des Bedarfsbetrags, der der Beitragsbemessung der versicherungspflichtigen Studierenden, Auszubildenden und Praktikanten nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 und 10 zugrunde liegt, erfolgen nach Absatz 1 Satz 2 zum auf die Änderung folgenden Semester. Welche konkreten Semesterzeiten hier zugrunde zu legen sind, war bislang nicht ausdrücklich geregelt. In dem an Absatz 1 Satz 2 angefügten Halbsatz wird entsprechend der bisherigen Rechtsanwendungspraxis klargestellt, dass als Semester im Sinne der Vorschrift die in der Regel üblichen Semesterzeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März gelten. Veränderungen des Bedarfsbetrags erfolgen somit einheitlich zum 1. April oder zum 1. Oktober. Auf diese Weise wird vermieden, dass Semesterfestlegungen verwaltungsaufwändig im Einzelfall ermittelt werden müssen. Gleichzeitig werden dadurch bei Beitragsanpassungen Ungleichbehandlungen aufgrund individuell unterschiedlicher Semestereinteilungen vermieden.

Zu Nummer 17 (§ 242)

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz wurde in Absatz 1 Satz 4 geregelt, dass die Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze nicht anheben dürfen, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse deren nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 die zulässige Obergrenze überschreiten. Die Änderungen in Absatz 1 Satz 4 beinhalten eine Folgeänderung zur Anpassung des § 260 Absatz 2 Satz 1, wonach neben Betriebsmittelreserve und Rücklage auch Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen bei der Bestimmung der gesetzlichen Obergrenze der Finanzreserven zu berücksichtigen sind. Durch die Streichung des Verweises auf § 260 Absatz 2 Satz 1 und die damit einhergehenden Änderungen wird klargestellt, dass neben den Finanzreserven auch die durchschnittliche Monatsausgabe den zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnissen zu entnehmen ist. Damit wird sichergestellt, dass sich die maßgeblichen Rechengrößen auf dieselbe Datengrundlage beziehen. Die Ausnahmeregelungen für Krankenkassen, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung über weniger als 50 000 Mitglieder verfügen, gelten weiterhin entsprechend.

Zu Nummer 18 (§ 245)

Durch die Regelung in § 245 Absatz 2 wurde es Studierenden, die aus der studentischen Krankenversicherung ausscheiden, bislang ermöglicht, sich als freiwillig Versicherte bis zum Ablegen ihrer Abschlussprüfung noch bis zu sechs Monate zum Beitragssatz der studentischen Krankenversicherung zu versichern. Sinn und Zweck dieser sogenannten „Examensregelung“ ist es, den Kandidaten der Abschlussprüfung eine unbeeinträchtigte Vorbereitung und Durchführung ihrer Abschlussprüfung zu ermöglichen, ohne dass sie in dieser Zeit den vollen Beitrag zur freiwilligen Krankenversicherung erwirtschaften müssen. Diese Regelung führte in der Rechtsanwendungspraxis dazu, dass unabhängig vom tatsächlichen Bestehen einer Abschlussprüfung pauschal eine Verlängerung der Krankenversicherung der Studenten um sechs Monate erfolgte. Fälle der Exmatrikulation vor bevorstehender Abschlussprüfung haben aufgrund der geltenden Hochschulgesetze keine praktische Relevanz mehr, da diese erst erfolgt, wenn die Abschlussprüfung absolviert ist. Es käme zukünftig nur noch eine Verlängerung um sechs Monate über das 30. Lebensjahr hinaus in Betracht, was faktisch zu einer Aufweichung der bestehenden Altersgrenze führen würde, jedoch nicht dem ursprünglichen Sinn und Zweck der Examensregelung entspricht. Aus diesem Grund wird die Examensregelung gestrichen.

Zu Nummer 19 (§ 260)**Zu Buchstabe a**

Bei der Streichung des Wortes „monatlich“ in Absatz 2 Satz 1 handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung. Dadurch wird eine Doppelung beseitigt und verdeutlicht, dass Grundlage der Bestimmung der Obergrenze – wie schon nach bisheriger Auslegung – eine einfache durchschnittliche Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse für das Haushaltsjahr ist.

Die Einfügung in § 260 Absatz 2 Satz 1 ergänzt die Regelung zur Bestimmung der Obergrenze für Finanzreserven. Nach bisheriger Rechtslage bestimmt sich gemäß Absatz 2 Satz 1 die gesetzliche Obergrenze für zulässige Finanzreserven der Krankenkassen nach der Höhe der nicht für laufende Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261. Liquide Geldmittel, die zum zukünftigen Aufbau von Verwaltungsvermögen bereitgehalten werden, gelten gemäß § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 als Verwaltungsvermögen der Krankenkasse, soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Aufgrund der Zuordnung zum Verwaltungsvermögen sind diese liquiden Mittel bislang nicht bei der Bestimmung der Obergrenze zu berücksichtigen.

Durch die ausdrückliche Einbeziehung in die Obergrenze für zulässige Finanzreserven wird vermieden, dass durch das Ansparen von liquiden Mitteln als Teil des Verwaltungsvermögens, die mit einer Überschreitung der gesetzlichen Obergrenze einhergehenden gesetzlichen Folgen umgangen werden können. So sollen Finanzreserven oberhalb der Obergrenze durch Stabilisierung oder Absenkung von Zusatzbeiträgen vollständig und effizient abgebaut werden.

Die gesetzliche Obergrenze von einer Monatsausgabe ist so bemessen, dass sie auch bei Einbeziehung der Mittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen neben Betriebsmittelreserve und Rücklage den Krankenkassen hinreichenden Spielraum für notwendige Investitionen bei gleichzeitiger Absicherung der Leistungsausgaben belässt. Eine Beeinträchtigung der Krankenkassen bei ihrer Bildung von Verwaltungsvermögen

entsteht durch die Änderung somit nicht. Derzeit nutzen nur rund 10 Prozent der Krankenkassen die Möglichkeit, liquide Mittel für Investitionen in das Verwaltungsvermögen anzusparen. Der weit überwiegende Teil der Krankenkassen finanziert die Bildung von Verwaltungsvermögen dagegen unmittelbar aus ihren Betriebsmitteln. Liquide Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen werden nur in begrenztem Maße benötigt und werden derzeit auch ausschließlich von Krankenkassen verbucht, die über sehr hohe Betriebsmittel und Rücklagen verfügen und ihre Anschaffungen und Erneuerungen von Verwaltungsvermögen auch aus ihren Betriebsmitteln finanzieren könnten.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung in Absatz 2 Satz 2 wird redaktionell klargestellt, dass die von der Aufsichtsbehörde zugelassene Obergrenze kein Eurobetrag ist, sondern eine Größe, die in Monatsausgaben ausgedrückt wird.

Zu Nummer 20 (Überschrift Neuntes Kapitel)

Im Rahmen der Reform des MDK wird auch dessen Bezeichnung in „Medizinischer Dienst“ geändert. Als Folgeänderung ist die Überschrift des Neunten Kapitels dieses Gesetzbuchs anzupassen.

Zu Nummer 21 (§ 275)

Zu Buchstabe a

Im Rahmen der Reform des MDK wird auch dessen Bezeichnung in „Medizinischer Dienst“ geändert. Der Zusatz „der Krankenversicherung“ wurde in der öffentlichen Wahrnehmung oft mit einer Zuordnung zu den Krankenkassen gleichgesetzt. Die durch die Reform bewirkte stärkere Unabhängigkeit des MD soll sich auch in seiner Bezeichnung widerspiegeln. Die einzelnen MD können einen regionalen Bezug zu ihrem Bezirk als Zusatz in ihren Namen aufnehmen, zum Beispiel „Medizinischer Dienst Nordrhein“.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorgaben zur Prüfung der Rechnungen von Krankenhäusern durch den MD in § 275c.

Zu Buchstabe c

Diese Änderung ist eine Rechtsbereinigung, durch die die weggefallene Nummer 2 ersetzt und wieder eine durchgängige Nummernfolge hergestellt wird.

Zu Buchstabe d

Die Ergänzung von Absatz 3 stellt klar, dass auch die Behandlungsfehlgutachten der MD, die keinen Behandlungsfehler feststellen, nachvollziehbar begründet werden müssen, wenn dies zur Unterrichtung der Patienten im Einzelfall erforderlich ist. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der Patient über die Erfolgsaussichten eines zivilrechtlichen Vorgehens informiert werden muss.

Zu Buchstabe e

Mit der Regelung in Absatz 3b – neu – werden die Versichertenrechte gestärkt. In den Fällen des § 275 Absatz 3 haben die Krankenkassen bisher nur die Möglichkeit, nicht aber die Pflicht, eine Prüfung durch den MD zu veranlassen. Es geht hierbei um die Erforderlichkeit von Hilfsmitteln, die Form einer Dialysebehandlung, die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen und die Ermittlung von Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern bei der Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung. Bisher war es in diesen Fällen den Krankenkassen freigestellt, ob sie eine Prüfung durch den MD veranlassten oder nicht, sodass eine ablehnende Leistungsentscheidung mit der Begründung mangelnder medizinischer Erforderlichkeit ohne unabhängige fachliche Beurteilung möglich war. Durch die Neuregelung ist der MD in diesen Fällen zwingend einzuschalten, wenn eine Krankenkasse auf seine vorherige Beteiligung verzichtet hat und dem gegen die ablehnende Leistungsentscheidung erhobenen Widerspruch nicht abhelfen will. Es wird somit sichergestellt, dass vor der möglichen Erhebung einer Klage vor dem Sozialgericht bereits eine gutachterliche Stellungnahme einer unabhängigen Prüfinstanz vorliegt. Der MD wird in die Lage versetzt, ablehnende Leistungsentscheidungen, die sich auf medizinische Gründe stützen und gegen die sich der Versicherte zur Wehr setzt, auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen und der Krankenkasse die Möglichkeit zu geben, die Entscheidung noch zu korrigieren. Hierdurch können die Sozialgerichte entlastet werden.

Die verpflichtende Einschaltung des MD betrifft nur die Fälle, in denen die Krankenkasse die Leistung aus medizinischen und nicht aus anderen leistungsrechtlichen oder rein wirtschaftlichen Gründen ablehnt. Hier würde eine verpflichtende Einschaltung des MD nicht weiterführen, da er ein auf sozialmedizinische Bewertungen ausgerichteter Begutachtungs- und Beratungsdienst der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Zu Buchstabe f**Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung, in der der Verweis an die neue Verortung der Regelung angepasst wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Diese Folgeänderung ersetzt den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Buchstabe g**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Begutachtung der MD erfolgt insbesondere im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung nicht mehr ausschließlich durch Ärztinnen oder Ärzte, sondern auch durch qualifizierte Pflegefachkräfte. Darüber hinaus werden Begutachtungen, wie zum Beispiel im Rahmen der Abrechnungsprüfung stationärer Behandlungen auch in interdisziplinären Teams unter Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen (Kodierfachkräfte und Pflegefachkräfte) erbracht. Die bisher nur auf ärztliche Gutachter bezogene gesetzliche Vorgabe der fachlichen Unabhängigkeit und des Verbots des Eingriffs in die Behandlung des Versicherten wird mit den Änderungen in Satz 1 und 2 klarstellend auf die pflegerische Versorgung und alle in die Begutachtung der MD einbezogenen Berufsgruppen erstreckt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Das Verbot, in die ärztliche Behandlung der Versicherten einzugreifen, wird entsprechend auf die pflegerische Versorgung erweitert.

Zu Nummer 22 (§ 275b)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die die Zuständigkeitsverschiebung bezüglich der Richtlinien vom GKV-Spitzenverband zum MD Bund sowie deren neue Verortung in § 283 Absatz 2 Satz 1 nachzeichnet.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Aufhebung von Satz 5 dient der Rechtsbereinigung, da es sich hierbei um eine Regelung zum erstmaligen Erlass der Richtlinie im Jahre 2017 handelt, die sich erledigt hat.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufnahme des § 275b in § 276 Absatz 2 Satz 1 und 3, die einen Verweis obsolet macht.

Zu Buchstabe c

Diese Folgeänderung ersetzt den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Nummer 23 (§ 275c – neu – und § 275d – neu –)**Zu § 275c – neu –****Zu Absatz 1**

Die Regelungen zur Prüfung von Abrechnungen, die bisher Gegenstand des § 275 Absatz 1c waren, werden in § 275c überführt und angepasst.

Dabei wird die Frist zur Einleitung einer Prüfung bei Krankenhausbehandlung von sechs Wochen auf drei Monate verlängert. Diese Änderung resultiert aus der Einführung eines gestuften, quartalsbezogenen Prüfsystems für

Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung. Die Krankenkassen erhalten mit der Fristverlängerung die Möglichkeit, die Fälle eines Quartalszeitraums im Gesamten zu betrachten, um auf der Grundlage eine effektive Auswahl der durch den MD zu prüfenden Fälle treffen zu können. Die Fristverlängerung gilt ebenso für die Prüfung von Rechnungen für Krankenhausbehandlungen, die nicht vollstationär erbracht werden.

Mit Satz 4 wird der bisherige Wortlaut um eine Regelung ergänzt, nach der die Prüfungen bei dem MD einzuleiten sind, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. Die Regelung ist erforderlich, damit der örtlich jeweils zuständige MD auf einer validen Datengrundlage Prüfungen ablehnen kann, mit denen die zulässige quartalsbezogene Prüfquote bei einem Krankenhaus überschritten würde. Der MD Bund kann in seinen Richtlinien Abweichendes bestimmen.

Zu Absatz 2

Die Einzelfallprüfung wird weiterhin krankenhaushausindividuell durch jede einzelne Krankenkasse auf Basis von Auffälligkeiten durchgeführt. Zur Begrenzung des Aufwandes, der allen an den Krankenhausabrechnungsprüfungen Beteiligten entsteht, und zur Reduzierung des Kassenwettbewerbes im Bereich der Abrechnungsprüfungen werden ab dem Jahr 2020 quartalsbezogene Prüfquoten je Krankenhaus eingeführt. Bei der Prüfquote handelt es sich um den Anteil der innerhalb eines Quartals beim MD eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung an allen Schlussrechnungen eines Krankenhauses für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die innerhalb desselben Quartals bei der Krankenkasse eingegangen sind. Dabei werden bei der Anwendung der Prüfquote und damit der Bestimmung der prüfbaren Schlussrechnungen keine Nachkommastellen berücksichtigt, das heißt, es wird stets eine Abrundung auf ganze Zahlen vorgenommen. Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist nach Satz 2 das Datum der Schlussrechnung der vollstationären Krankenhausbehandlung.

Das neue System quartalsbezogener Prüfquoten gilt nur bei Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, bei denen der MD im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 mit einer Prüfung beauftragt wird.

Folgende Sachverhalte unterliegen demnach nicht den quartalsbezogenen Prüfquoten:

- Prüfungen, die die Krankenkassen unabhängig von einer Beauftragung des MD durchführen,
- Prüfungen, bei denen die Krankenkassen den MD beispielsweise mit einer sozialmedizinischen Fallberatung beauftragen, ohne dass der MD dafür Daten bei einem Krankenhaus erheben müsste,
- Prüfungen von Abrechnungen für teilstationäre und ambulante Krankenhausbehandlung sowie Prüfungen von Zwischenrechnungen.

Satz 1 gibt der einzelnen Krankenkasse für die Quartale des Jahres 2020 eine zulässige krankenhaushausbezogene Quote an Prüfungen durch den MD in Höhe von bis zu 10 Prozent der im jeweiligen Quartal bei der Krankenkasse eingegangenen Schlussrechnungen eines Krankenhauses für vollstationäre Krankenhausbehandlung vor. Die quartalsbezogenen Ergebnisse zu den je Krankenhaus an die einzelne Krankenkasse gestellten Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung werden erstmals im zweiten Quartal 2020 auf Basis von Daten des ersten Quartals 2020 veröffentlicht und stehen damit dann dem MD für eine krankenkassenspezifische Begrenzung von Prüfaufträgen bei einer krankenkassenbezogenen Überschreitung der zulässigen Prüfquote zur Verfügung. Für das erste Quartal 2020 ist damit die einzelne Krankenkasse eigenverantwortlich in der Pflicht, die zulässige Prüfquote je Krankenhaus nicht zu überschreiten.

Nach Satz 3 und 4 ist die quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus ab dem Jahr 2021 auf Basis des nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichenden Anteils vollstationärer Abrechnungen des Krankenhauses zu bestimmen, die nach Prüfung durch den MD unbeanstandet blieben. Für die quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus im ersten Quartal des Jahres 2021 sind nach der Systematik des Absatzes 4 Satz 3 die Daten des dritten Quartals des Jahres 2020 maßgeblich. Der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen ergibt sich aus dem Verhältnis der geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach dem Prüfergebnis des MD nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind, an allen abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung in dem betrachteten, die Datenbasis bildenden Quartal. Satz 4 gibt außerdem vor, wie sich die Prüfquote in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen in dem jeweiligen Krankenhaus verändert. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen des einzelnen Krankenhauses über alle Krankenkassen hinweg, mit denen das Krankenhaus in dem betrachteten Quartal Fälle abgerechnet hat, bei 60 Prozent oder mehr,

beträgt die zulässige Prüfquote bis zu 5 Prozent. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent verbleibt die zulässige Prüfquote für das Krankenhaus bei bis zu 10 Prozent. Ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb eines Schwellenwertes von 40 Prozent führt zu einer zulässigen Prüfquote von bis zu 15 Prozent. Durch dieses Stufensystem erhalten die Krankenhäuser einen Anreiz für eine regelkonforme Rechnungsstellung. Das einzelne Krankenhaus hat im Sinne eines lernenden Systems durch Bemühungen zur Umsetzung einer regelkonformen Kodierung und Abrechnung Einfluss auf den Anteil unbeanstandeter Abrechnungen und somit auf die im übernächsten Quartal anzuwendende Prüfquote und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3. Die Änderung der Prüfquote erfolgt jeweils im übernächsten Quartal (Anwendungsquartal), weil ein Quartal für die Datenauswertung durch den GKV-Spitzenverband gemäß Absatz 4 benötigt wird. Aus Praktikabilitätsgründen sind die Krankenhaussfälle, die im jeweiligen Quartal die Grundlage für das Prüfquotensystem bilden, in der Regel nicht identisch mit den Fällen, für die in einem Quartal vom Krankenhaus eine Rechnung gestellt wurde, für die von der Krankenkasse beim MD eine Prüfung eingeleitet wurde und für die der MD die Prüfung abgeschlossen hat. Durch die quartalsbezogene Prüfquote wird gewährleistet, dass sich Verbesserungen eines Krankenhauses bei der Abrechnungsqualität zeitnah in einer geringeren Prüfquote niederschlagen. Entsprechendes gilt bei einer Verschlechterung der Abrechnungsqualität für die Erhöhung der Prüfquote.

In Satz 5 wird festgelegt, dass der MD eine von der Krankenkasse eingeleitete Prüfung abzulehnen hat, wenn die in dem jeweiligen Quartal zulässige Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird. Dabei ist als Bezugsgrundlage für die zulässige Prüfquote der Krankenkasse die Zahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung des jeweiligen Krankenhauses im vorvergangenen Quartal heranzuziehen. Die MD erhalten diese Information aus der Veröffentlichung der vierteljährlichen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 4.

Unter bestimmten Voraussetzungen soll jedoch auch nach Ausschöpfung der zulässigen Prüfquote in dem einzelnen Krankenhaus eine Abrechnungsprüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung ermöglicht werden. In Satz 6 werden dazu abschließend die Voraussetzungen genannt. Eine Prüfung im Ausnahmefall ist vorzunehmen, sofern der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen des betreffenden Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent liegt oder ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung vorliegt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG haben nach Satz 7 das Vorliegen eines Ausnahmetatbestands unter Angabe der Gründe vorher bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen.

Um eine Benachteiligung von Krankenkassen zu verhindern, die von einzelnen Krankenhäusern weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung pro Quartal erhalten, wird mit der Regelung in Satz 8 sichergestellt, dass jeder Krankenkasse im Kontext der Prüfquote mindestens eine Prüfung je Krankenhaus und je Quartal zusteht, höchstens jedoch die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Prüfungen. Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen und die Datenauswertung durch den GKV-Spitzenverband bleiben von dieser Ausnahmeregelung unberührt. Das bedeutet, dass die Krankenkassen mit weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung von einem Krankenhaus alle nach Absatz 4 erforderlichen Daten an den GKV-Spitzenverband übermitteln und der GKV-Spitzenverband diese Daten in seinen vierteljährlichen Datenauswertungen ausnahmslos berücksichtigt. Die im Jahr 2020 geltende quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 10 Prozent je Krankenhaus würde ohne die Ausnahmeregelung ansonsten dazu führen, dass eine Krankenkasse, die von einem Krankenhaus weniger als 10 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhält, für keine dieser Schlussrechnungen eine Prüfung durch den MD veranlassen dürfte. Ab dem Jahr 2021 besteht diese Konstellation weiterhin und darüber hinaus würde eine Krankenkasse von einem Krankenhaus, in dem eine zulässige quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 5 Prozent gilt, mindestens 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Behandlung erhalten müssen, um die Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Behandlung durch den MD einleiten zu können. Vor diesem Hintergrund wird gleich zu Beginn der Einführung von Prüfquoten mit der Ausnahmeregelung in Satz 8 gewährleistet, dass jede Krankenkasse, die weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Behandlung erhält, höchstens, aber auch mindestens eine dieser Schlussrechnungen durch den MD prüfen lassen kann.

In Satz 9 wird klargestellt, dass Prüfungen durch die Krankenkassen, die zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Vorfeld einer Beauftragung des MD (entsprechend der Regelung in § 17c Absatz 2 Satz 2 Num-

mer 3 KHG) erörtert werden, nicht der quartalsbezogenen Prüfquote unterliegen. Erst wenn der MD mit der Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung beauftragt wird und er hierfür beim Krankenhaus Daten erhebt, findet das gestufte Prüfsystem Anwendung.

Zu Absatz 3

Mit dem neuen Absatz 3 wird für Krankenhäuser ein Aufschlag auf die Differenz zwischen dem ursprünglich vom Krankenhaus zu hoch berechneten Rechnungsbetrag und dem nach der Abrechnungsprüfung durch den MD geminderten Rechnungsbetrag eingeführt. Hierdurch wird neben der gestaffelten Prüfquote ein weiterer Anreiz für Krankenhäuser geschaffen, einer regelkonformen Rechnungsstellung eine hohe Aufmerksamkeit zu widmen. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent wird nach Satz 2 Buchstabe a ein Aufschlag von 25 Prozent auf den jeweiligen Differenzbetrag fällig. Wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt oder ein Ausnahmetatbestand nach Absatz 2 Satz 6 für eine erforderliche Prüfung nach Überschreitung der Prüfquote vorliegt, beträgt der Aufschlag nach Satz 2 Buchstabe b 50 Prozent auf den jeweiligen Differenzbetrag. Zur Wahrung einer Verhältnismäßigkeit zwischen dem zurückzuzahlenden Differenzbetrag und dem Aufschlag wird der Aufschlag auf einen Wert in Höhe von 1 500 Euro begrenzt.

Mit Satz 3 wird klargestellt, dass Prüfungen durch die Krankenkassen, die in dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHG erörtert werden und deren Abschluss zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, nicht dem Abschlag unterliegen. Da das vorgenannte Verfahren weder der Prüfquote noch dem Abschlag unterliegt, bietet es sowohl für die Krankenkassen als auch für die Krankenhäuser Vorteile. Zum einen können Abrechnungen über die zulässige quartalsbezogene Prüfquote hinaus zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erörtert werden, zum anderen lösen Abschlüsse solcher Erörterungen, die eine Minderung des Abrechnungsbetrages zur Folge haben, keinen Aufschlag aus.

Zu Absatz 4

Damit die Einzelfallprüfung in dem neuen gestuften Prüfsystem nach Absatz 1 bis 3 umgesetzt werden kann, wird der GKV-Spitzenverband mit Satz 1 beauftragt, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen.

Diese Auswertungen werden nach Satz 2 auf Basis von bestimmten Daten erstellt, die die gesetzlichen Krankenkassen jeweils bis zum Ende des ersten Monats, der auf ein Quartal folgt, an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln haben. Dafür hat jede Krankenkasse für jedes Krankenhaus, von dem sie in dem zu betrachtenden Quartal Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten hat, gemäß Nummer 1 die Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung mit Rechnungsdatum aus dem zu betrachtenden Quartal zu übermitteln. Zudem ist nach Nummer 2 die Anzahl der gemäß Absatz 1 durch die Krankenkassen im zu betrachtenden Quartal beim MD eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zu übermitteln. Die Daten nach den Nummern 1 und 2 sind erforderlich, um die beim MD realisierten durchschnittlichen Prüfquoten je Krankenhaus zu ermitteln. Darüber hinaus hat jede Krankenkasse nach Nummer 3 die Anzahl der nach Absatz 1 im zu betrachtenden Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zu übermitteln und entsprechend Nummer 4 die Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den MD im zu betrachtenden Quartal nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind. Ein Fall gilt als abgeschlossen, sobald der MD der Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung mitteilt. Der GKV-Spitzenverband benötigt diese Daten, um die Anteile unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus zu ermitteln.

Satz 3 legt fest, bis wann und wie der GKV-Spitzenverband die nach Satz 2 erhaltenen Daten aufzubereiten hat. Jeweils bis zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, das die Datengrundlage bildet, hat der GKV-Spitzenverband krankenhausbefugte in den Nummern 1 bis 4 genannten Kennzahlen und Werte zu ermitteln beziehungsweise auszuweisen und zu veröffentlichen. Die erstmalige Veröffentlichung der Daten hat der GKV-Spitzenverband nach Satz 3 zum 31. Mai 2020 vorzunehmen. Nach Nummer 1 hat der GKV-Spitzenverband den Anteil der beim MD eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung an allen eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, deren Rechnungsdatum in dem betrachteten Quartal liegt, zu ermitteln. Krankenhausbezogen

auszuweisen ist die von den Krankenkassen insgesamt realisierte Prüfquote. Zum Vergleich ist mit Nummer 3 ebenfalls die krankenhausbezogen zulässige Prüfquote für das betrachtete Quartal zu veröffentlichen.

Anhand der in dem zu betrachtenden Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach Absatz 1 hat der GKV-Spitzenverband nach Nummer 2 den Anteil der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zu ermitteln, die nach erfolgter MD-Prüfung nicht zu dem Ergebnis einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen und insoweit unbeanstandet geblieben sind (Anteil unbeanstandeter Abrechnungen). Der Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen ist – ebenso wie in den Nummern 1 und 2 – krankenhausbezogen zu ermitteln und spiegelt das quartalsbezogene Ergebnis des Anteils unbeanstandeter Abrechnungen nach Prüfung durch den MD wider. Der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bildet die Grundlage für die in dem einzelnen Krankenhaus zulässige Prüfquote nach Absatz 2, die ebenfalls nach Nummer 3 zu veröffentlichen ist, und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3 im nächsten Anwendungsquartal. Für Zwecke der vierteljährlichen Auswertungen durch den GKV-Spitzenverband und der jährlichen Statistik nach § 17c Absatz 6 KHG wird auf die Ergebnisse der Prüfungen durch den MD zurückgegriffen. Damit gilt für das gestufte Prüfsystem das durch den MD nach Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung festgestellte Ergebnis. Unabhängig davon sind die Krankenkassen frei darin, leistungrechtlich abweichende Entscheidungen im Einzelfall zu treffen.

Nach Nummer 4 hat der GKV-Spitzenverband je Quartal auch die Anzahl der im zu betrachtenden Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (Werte nach Satz 2 Nummer 1) auszuweisen, und zwar gegliedert nach Krankenhäusern und Krankenkassen. Damit erhalten die MD die entsprechende Information zur Umsetzung des Absatzes 2 Satz 5.

Neben dem Ausweis der Quoten und der Höhe der Aufschläge auf Einzelhausebene sind die vorliegenden Daten nach Satz 4 auch in aggregierter Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen. Der GKV-Spitzenverband kann darüber hinaus weitere Aggregationsebenen und Gliederungen festlegen (z. B. eine krankenkassenspezifische Gliederung).

Dem GKV-Spitzenverband wird mit Satz 5 die Aufgabe übertragen, bis zum 31. März 2020 das Nähere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung und zu den Konsequenzen bei nicht fristgerechter oder fehlender Datenübermittlung zu regeln. Bei der Festlegung hat der GKV-Spitzenverband entsprechend der Regelung in Satz 6 die Stellungnahmen der DKG und der MD einzubeziehen.

Zu Absatz 5

Nach Absatz 5 haben Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 keine aufschiebende Wirkung. Damit wird dem Interesse einer flächendeckenden Anwendung des gestuften Prüfsystems Rechnung getragen, das nicht durch die Erhebung von Klagen im Einzelfall ausgehebelt werden soll. Zur Entlastung der Behörden und Sozialgerichte im Falle des Widerspruchs oder der Klage gegen die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grundlage der von den Krankenkassen übermittelten Daten festgesetzte krankenhausindividuelle Prüfquote nach Absatz 4 sowie die damit korrespondierenden Aufschläge nach Absatz 3 wird ein Einwendungsausschluss normiert. Danach sind bei Klagen gegen die Ermittlung der Prüfquote solche sachlich-inhaltlichen Einwendungen gegen einzelne Abrechnungen präkludiert. Die Präklusion stellt sicher, dass Behörden sowie Sozialgerichte einzelne Abrechnungen bei der Beurteilung der Ermittlung der Prüfquote nicht mehr inhaltlich zu überprüfen haben, sondern lediglich die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes zur Ermittlung der Prüfquote selbst überprüft werden kann. Der Rechtsschutz der Beteiligten wird hierdurch nicht eingeschränkt, da die Prüfergebnisse des MD ungeschmälert gerichtlich überprüft werden können.

Durch Satz 3 soll sichergestellt werden, dass Klagen gegen die rechnerische Ermittlung der Prüfquote oder gegen einzelne Prüfergebnisse nach Absatz 1 keinen Einfluss auf den weiteren Ablauf des Prüfverfahrens haben. Die vom GKV-Spitzenverband nach Absatz 4 zu veröffentlichenden Prüfquoten und Anteile auf Grundlage der ihm nach Absatz 4 Satz 2 übermittelten Daten bleiben daher für die weitere Durchführung des Prüfverfahrens maßgeblich. Das jeweilige Quartal ist insoweit als ein abgeschlossener Sachverhalt zu bewerten. Würde in diesen Fällen die Prüfquote nachträglich rückwirkend korrigiert werden müssen, würde dies zu einem nicht vertretbaren bürokratischen Aufwand führen. Der fortgeltende Bestand der ursprünglichen Prüfquote schließt nicht aus, dass

ein Krankenhaus die zu viel gezahlten Aufschläge erstattet erhalten kann, wenn die Prüfquote vom GKV-Spitzenverband von Anfang an zu hoch festgelegt worden ist. Ebenso steht der Bestand der ursprünglichen Prüfquote einer Erstattung der gezahlten Aufschläge in den klageweise geltend gemachten Fällen nicht entgegen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die Fälle, in denen eine Einzelfallprüfung nicht zulässig ist. Dies ist einerseits nach Nummer 1 bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten und andererseits nach Nummer 2 bei der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d der Fall.

Tagesbezogene Pflegeentgelte werden zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG genutzt. Das Pflegebudget basiert auf den Pflegepersonalkosten des einzelnen Krankenhauses und ist hierfür zweckentsprechend zu verwenden. Eine von einer einzelnen Krankenkasse veranlasste Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verweildauer mit der Folge gekürzter Pflegeentgelte führt lediglich zu einer Umverteilung zwischen den einzelnen Krankenkassen, nicht aber zu einer insgesamt verminderten Zahlung von Pflegeentgelten, da nach § 6a KHEntgG gewährleistet ist, dass die Pflegepersonalkosten des Krankenhauses finanziert werden. Um zu vermeiden, dass Krankenkassen aus Wettbewerbsgesichtspunkten intensive Prüfungen von Pflegeentgelten veranlassen und dadurch die Ressourcen des MD zusätzlich beansprucht werden, ohne dass die Prüfung für die Kostenträger insgesamt zu geringeren Ausgaben für Pflegeentgelte führt, wird mit Nummer 1 die Prüfung von Pflegeentgelten als nicht zulässig eingestuft. Soweit anderweitige Prüfanlässe, z. B. Fehlbelegungsprüfung bei DRG-Entgelten, auch Rückwirkungen auf die abgerechneten tagesbezogenen Pflegeentgelte haben, sind nach Nummer 1 die Prüfergebnisse nur in dem Umfang umzusetzen, als sie keine Rückwirkung auf die Art und Höhe der abgerechneten tagesbezogenen Pflegeentgelte haben.

Bisher werden die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes regelmäßig im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft. Zukünftig wird die Einhaltung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes im Rahmen von Strukturprüfungen gemäß § 275d geprüft. Sobald die Strukturmerkmale nach § 275d geprüft wurden, ist nach Nummer 2 eine Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen im Rahmen von Einzelfallprüfungen nicht mehr zulässig. Damit werden unnötiger Aufwand und auch eine fehlende Planbarkeit für die Krankenhäuser bezüglich der Abrechnungsbefugnis verhindert.

Zu Absatz 7

Satz 1 beinhaltet eine Klarstellung, dass Krankenkassen nicht zur Abbedingung von Prüfungen der Wirtschaftlichkeit erbotener Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung Vereinbarungen mit Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnungen dieser Krankenhäuser treffen dürfen. Die Klarstellung ist erforderlich, weil es hierzu in der Vergangenheit unterschiedliche Rechtsauffassungen bzw. Rechtsauslegungen gegeben hat. Die Regelung entspricht dem seit jeher gesetzlich Gewollten. Unabhängig davon bleibt die Möglichkeit eines Vergleichs im Einzelfall zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen auf der Grundlage der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG sowie der einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17c Absatz 2b KHG unberührt. Dies stellt Satz 2 klar.

Zu § 275d – neu –

Die Vorschrift regelt, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den MD begutachten zu lassen haben, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Bisher werden die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes regelmäßig im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft. Dies führt zu unnötigem Aufwand und auch zu fehlender Planbarkeit für die Krankenhäuser bezüglich der Abrechnungsbefugnis. Um diese Probleme zu vermeiden, wird zukünftig krankenhausesbezogen im Voraus und außerhalb der Einzelfallprüfungen geprüft (vgl. § 275c Absatz 6 Nummer 2), ob das betreffende Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung von OPS-Komplexbehandlungskodes erfüllt. Damit wird für die Krankenhäuser wie für die Krankenkassen im Vorhinein Rechtsklarheit geschaffen, ob die Anforderungen für die Vereinbarung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen erfüllt werden.

Zu Absatz 1

Satz 1 und 2 regeln, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den MD auf der Grundlage der

Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 begutachten zu lassen haben, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern abrechnen.

Zudem wird mit Satz 3 für die Krankenhäuser die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogener Daten geschaffen. Für die Durchführung von Strukturprüfungen ist die Übermittlung von einrichtungs- und personenbezogenen Daten notwendig. Die Übermittlung personenbezogener Daten kann insbesondere für die Prüfung der nach den Strukturvorgaben notwendigen besonderen Qualifikationsvoraussetzungen von Beschäftigten des Krankenhauses (z. B. Facharztanerkennungen). Die notwendigen Daten erheben und verarbeiten die Krankenhäuser bereits für ihren Betrieb, sodass es hier keiner speziellen Erhebungsbefugnis für die Krankenhäuser bedarf. Die Verarbeitungsbefugnis für die MD ergibt sich bis zum Ablauf der Übergangsregelung aus § 327 Absatz 1 Satz 3 i. V. m. § 276 Absatz 2 Satz 1 und 3 und nach Ablauf der Übergangsregelung direkt aus § 276 Absatz 2 Satz 1 und 3, in dessen Regelungsumfang auch § 275d aufgenommen wurde. Regelungen zur Löschung der Daten ergeben sich für die MD aus § 276 Absatz 2 Satz 4 und für die Krankenhäuser aus Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe c und d und Artikel 17 der Verordnung (EU) 2016/679.

Durch Satz 4 wird geregelt, welcher MD das Krankenhaus mit der Durchführung der Strukturprüfung zu beauftragen hat. Die Strukturprüfung ist durch den MD durchzuführen, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 nichts Abweichendes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Die Regelung sieht vor, dass Krankenhäuser vom MD das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung erhalten. Im Hinblick auf die Regelungen des Online-Zugangsgesetzes soll dies auch in elektronischer Form erfolgen können. Die Bescheinigung hat auch Angaben darüber zu enthalten, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Insofern erhalten die Krankenhäuser einen Vertrauensvorschuss derart, dass davon ausgegangen wird, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für den in der Bescheinigung ausgewiesenen zukünftigen Zeitraum ohne weitere Prüfung erfüllen. Sofern ein Krankenhaus die Strukturmerkmale nicht erfüllt und daher keine Bescheinigung erhält, kann das Krankenhaus aus dem vom MD übermittelten Gutachten die Gründe hierfür entnehmen. Das Krankenhaus hat dann die Möglichkeit, Maßnahmen zur Einhaltung der Strukturmerkmale umzusetzen und anschließend die Einhaltung der Strukturmerkmale erneut vom MD begutachten zu lassen.

Zu Absatz 3

Unter Berücksichtigung des Prospektivitätsgrundsatzes (vgl. § 17 Absatz 1 Satz 2 KHG) haben die Krankenhäuser den Kostenträgern die Bescheinigung darüber, dass sie die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes einhalten, im Voraus zu dem Jahr zu übermitteln, für das eine Budgetvereinbarung getroffen wird bzw. die Leistungen abgerechnet werden. Die Übermittlung hat auf elektronischem Wege zu erfolgen.

Für die Vereinbarung für das Jahr 2021 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu übermitteln.

Halten Krankenhäuser eines oder mehrere der im Rahmen einer Strukturprüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale nicht länger ein, haben sie dies nach einem Monat unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. Die Regelung gewährleistet, dass Krankenhäuser die Leistungen weiterhin abrechnen können, wenn eines oder mehrere Strukturmerkmale nur kurzfristig, zum Beispiel durch einen Defekt eines Großgerätes oder durch Krankheit, nicht erfüllt sind. Ein sofortiger Wegfall der Abrechnungsmöglichkeit wäre als unverhältnismäßig anzusehen. Die Folgen, wenn ein Krankenhaus mitteilt, dass es bestimmte Strukturmerkmale nicht mehr erfüllt, sind in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 festzulegen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, Leistungen nicht vereinbaren und auch nicht abrechnen dürfen (siehe dazu auch die Änderung von § 8 Absatz 4 und § 11 Absatz 1 KHEntgG sowie von § 8 Absatz 3 und § 11 Absatz 1 Bundespflegesatzverordnung). Dies gilt jedoch erst ab dem 1. Januar 2021, also wenn die Bescheinigungen zur Einhaltung der Strukturmerkmale vorliegen. Damit sollen Schwierigkeiten in der Umstellungsphase vermieden werden, die aus der Erforderlichkeit von Schulungen für die

Gutachterinnen und Gutachter sowie einem hohen Bedarf an der Durchführung dieser Strukturprüfungen in der Anfangszeit nach Genehmigung der entsprechenden Richtlinie resultieren können.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält die Regelung für die Tragung der Kosten des MD für die Begutachtungen und die Erteilung der damit verbundenen Bescheinigungen. Diese Kosten werden entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht.

Zu Nummer 24 (§ 276)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

Diese Änderung ist eine durch die Schaffung des § 275 Absatz 3b sowie der §§ 275c und 275d notwendige Folgeänderung, die die Zulässigkeit der Datenverarbeitung auch für die Durchführung der Prüfungen nach diesen Normen sicherstellt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung stellt sicher, dass die MD auch in ihrer neuen Rechtsform als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts als Stellen nach § 35 des Ersten Buches (SGB I) dem Sozialdatenschutz unterliegen. Bisher war dies der Fall, da die MDK als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen von § 35 Absatz 1 Satz 4 SGB I umfasst waren. Um ein Absenken des Schutzniveaus für die durch die MD verarbeiteten Daten zu verhindern, ist es sachgerecht, die MD weiterhin an die strengen Regeln des Sozialdatenschutzes zu binden.

Zu Buchstabe b

Diese Änderung ist eine Folgeänderung, die den Verweis auf § 278 Absatz 2 anpasst.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

In Anpassung an die Veränderungen in der Praxis der Krankenhausabrechnungsprüfung wird als Grund für ein im Einzelfall erforderliches Betretens- und Einsichtnahmerecht der Gutachterinnen und Gutachter des MD auch eine gutachterliche Stellungnahme über die ordnungsgemäße Abrechnung hinzugefügt. Das Wort „Ärzte“ wird durch „Gutachterinnen und Gutachter“ des MD ersetzt, da in der Krankenhausabrechnungsprüfung neben ärztlichem Personal zum Beispiel auch Kodierassistentinnen und -assistenten eingesetzt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Das Wort „Ärzte“ wird durch „Gutachterinnen und Gutachter“ des MD ersetzt, da in der Krankenhausabrechnungsprüfung neben ärztlichem Personal zum Beispiel auch Kodierassistentinnen und -assistenten eingesetzt werden.

Zu Nummer 25 (§§ 278 bis 283a)

Zu § 278

Zu Absatz 1

Die MD werden künftig einheitlich in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts unter Wegfall der Eigenschaft als Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen geführt.

Die MD der alten Bundesländer sind bereits Körperschaften des öffentlichen Rechts nach Maßgabe des Artikels 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes. Satz 1 hat hinsichtlich der Errichtung für diese MD somit nur deklaratorische Wirkung. Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes stellt eine seinerzeit zum Fortbestand der Dienstherrenfähigkeit für die Besoldung und Versorgung des von den Vertrauensärztlichen Diensten übernommenen verbeamteten Personals eingeführte und zeitlich auf diese Aufgabe begrenzte Vorschrift dar. Mit der Neuregelung werden diese MD nun zeitlich unbegrenzt Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihre Dienstherrenfähigkeit besteht gemäß § 328 Absatz 4 noch so lange fort, wie diese für die Aufgaben nach Artikel 73 Absatz 4 und 5 des Gesundheits-Reformgesetzes notwendig ist; danach endet die Dienstherreneigenschaft der MD, da eine künftige Beschäftigung von Beamten im MD nicht vorgesehen ist.

Für die MD der neuen Bundesländer, die bisher als eingetragene Vereine organisiert sind, wird der Rechtsformwechsel nach der Übergangsvorschrift des § 328 Absatz 2 und 3 vollzogen.

Satz 1 formuliert den Grundsatz, dass in jedem Land ein MD bestehen soll. Von diesem Grundsatz kann jedoch nach Satz 2 bis 4 abgewichen werden. Nach Satz 4 kann in Ländern, in denen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes mehrere MDK bestehen, diese Aufteilung unverändert beibehalten bleiben. Dies betrifft das Land Nordrhein-Westfalen. Zur Klarstellung wird mit Satz 4 ebenfalls vorgesehen, dass auch in Ländern, die bereits einen gemeinsamen MD errichtet haben, diese Gliederung beibehalten werden kann. Dies betrifft zurzeit Hamburg und Schleswig-Holstein sowie Berlin und Brandenburg. Die Möglichkeit weiterer Zusammenschlüsse mehrerer MD wurde in Satz 2 und 3 aufrechterhalten.

Satz 5 regelt über einen Verweis auf § 94 Absatz 1a bis 4 des Zehnten Buches (SGB X), dass die MD auch weiterhin Teil einer Arbeitsgemeinschaft sein können. Bisher fielen sie als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen nach gängiger Auslegung in den Anwendungsbereich des § 94 SGB X und sind Teil von Arbeitsgemeinschaften, wie etwa der MDK-IT. Ein Fortbestand der Möglichkeit, an Arbeitsgemeinschaften teilzunehmen, ist somit sachgerecht.

Zu Absatz 2

Satz 1 entspricht § 279 Absatz 5 der bisherigen Fassung des Gesetzes. Es wurden allerdings aufgrund der veränderten Anforderungen an die Prüf- und Beratungstätigkeit der MD zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen anderer Heilberufe auch Angehörige anderer geeigneter Berufe des Gesundheitswesens in die Gruppe der zur Wahrnehmung der Fachaufgaben berechtigten Personen aufgenommen. Dies können etwa Kodierassistenten im Rahmen der Abrechnungsprüfung stationärer Behandlungen, Gesundheitsökonominnen bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Orthopädietechniker bei der Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen sein.

Der letzte Halbsatz der bisherigen Regelung zur vorrangigen Beauftragung von Gutachterinnen und Gutachtern wurde gestrichen, da die Art und der Umfang der neben dem Einsatz eigener Beschäftigter zur Erledigung von Auftragsspitzen oder zur Bearbeitung seltener und spezieller Gutachtensaufträge möglichen Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter künftig durch eine Richtlinie des MD Bund gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 ausgestaltet wird.

Nach Satz 2 hat der MD zur Gewährleistung der erforderlichen fachlichen Qualität bei Begutachtungen, bei denen unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt sind, dafür Sorge zu tragen, dass unabhängig von der Beteiligung anderer Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegfachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt. Satz 3 regelt, dass die entsprechende Regelung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung in § 18 Absatz 7 des Elften Buches unberührt bleibt.

Zu Absatz 3

Der neu eingefügte Absatz 3 statuiert in Satz 1 die Verpflichtung der MD zur Bestellung einer Ombudsperson, an die sich Beschäftigte der MD bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte, aber auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des MD vertraulich wenden können. Mit der Aufgabe einer Ombudsperson können z. B. Rechtsanwälte betraut werden, die einer beruflichen Geheimhaltungspflicht unterliegen. Es ist bei Bedarf auch zulässig, dass mehrere MD dieselbe Person als Ombudsperson benennen.

Die Einrichtung einer Ombudsstelle ist ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit der MD, da sie die niederschwellige und vertrauliche Möglichkeit für Gutachterinnen und Gutachter schafft, Beeinflussungsversuche von außen zu melden. Gleichzeitig stellt sie im Hinblick auf die Versicherten ein für die Tätigkeit der MD wichtiges Element des Beschwerdemanagements dar.

Die in Satz 2 vorgegebene regelmäßige Berichtspflicht der Ombudsperson an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass häufig auftretende oder systemimmanente Probleme erkannt werden und angemessen darauf reagiert werden kann. Bei gegebenem Anlass kann die Ombudsperson auch außerhalb des vorgesehenen Zweijahresrhythmus berichten, wenn zum Beispiel nach Art und Umfang besonders eklatante Beeinflussungsversuche gemeldet werden. Zum Schutz der Vertraulichkeit haben die Berichte in anonymisierter Form zu erfolgen.

Zu Absatz 4

Die mit Satz 1 neu eingeführten Berichtspflichten der MD an den MD Bund dienen der Stärkung der Transparenz hinsichtlich der Tätigkeit des MD und korrespondieren mit der neuen Kompetenz des MD Bund zum Erlass von Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung für die Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, zur systematischen Qualitätssicherung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD für die gesetzliche Krankenversicherung. Das Nähere zum Verfahren der Berichterstattung wird in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD für die gesetzliche Krankenversicherung sowie des hierfür eingesetzten Personals und nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 über die regelmäßige Berichterstattung der MD über ihre Tätigkeit und Personalausstattung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt.

Zu § 279**Zu Absatz 1**

Dieser Absatz benennt die Organe des MD und entspricht dem bisherigen Absatz 1. Es wurde lediglich der Begriff des Geschäftsführers gegen den des Vorstands ausgetauscht. Dies dient einer Angleichung an die üblicherweise im Sozialgesetzbuch verwendete Begrifflichkeit, wie z. B. beim GKV-Spitzenverband. Eine inhaltliche Änderung geht hiermit nicht einher, da bereits in § 282 Absatz 2d Satz 1 der bisherigen Fassung für die Geschäftsführung des MDS bestimmt wurde, dass sie Vorstand im Sinne des Sozialgesetzbuches ist.

Zu Absatz 2

Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 280 Absatz 1. In Satz 1 Nummer 4 wurde der Bezug zu den Richtlinien und Empfehlungen, die nunmehr nach § 283 Absatz 2 vom MD Bund erlassen werden, an die neue Erlasskompetenz angepasst. Zudem wird aus der Pflicht des Verwaltungsrates des MD, bei dem Erlass der Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes die Richtlinien und Empfehlungen des MD Bund zu berücksichtigen, die Pflicht, diese zu beachten. Es handelt sich um eine konsequente inhaltliche Folgeänderung zur Verbindlichkeit der Richtlinien des MD Bund für die MD. Die vom Verwaltungsrat des MD nach Nummer 4 zu beschließenden Richtlinien betreffen die Verwaltungsorganisation der Tätigkeit der MD und haben dabei die vom MD Bund zu beschließenden und für die MD nach § 283 Absatz 2 Satz 4 insbesondere für die Begutachtung der MD verbindlichen Richtlinien bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Verwaltungsorganisation des jeweiligen MD zu berücksichtigen. Der Verweis auf § 35a Absatz 6a des Vierten Buches (SGB IV) wurde gestrichen und in Absatz 5 Satz 6 verortet, da der Verweis sich auf die Geschäftsführung bezieht, die in Absatz 5 geregelt wird.

Zu Absatz 3

Nach Satz 1 besteht der Verwaltungsrat künftig grundsätzlich aus 23 Vertretern. Die Sätze 2 und 3 normieren die Mehrheitsregelungen und entsprechen dem bisherigen § 280 Absatz 2, wobei es stets auf die Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder ankommt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Wahl der Vertreter der Krankenkassen und ihrer Verbände. 16 Vertreter werden nach Satz 1 von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Krankenkassen oder Kassenverbände gewählt, die bisher der Arbeitsgemeinschaft MDK angehört haben. Diese Vertreter leiten ihre Legitimation von der demokratisch gewählten Selbstverwaltung der Krankenversicherung ab. Die Wahl vollzieht sich wie die bisherige Wahl des gesamten Verwaltungsrates. Das Wahlverfahren muss – entsprechend der bisher geübten Praxis – sicherstellen, dass Vertreter der Arbeitnehmer und Arbeitgeber paritätisch vertreten sind. In den Sätzen 2 und 3 wird geregelt, dass die Krankenkassen sich auf eine Verteilung der Anzahl der Vertreter auf die einzelnen Kassenarten zu einigen haben und andernfalls die für die Sozialversicherung zuständige Landesbehörde entscheidet. Die Sätze 4 bis 9 regeln die gleichgewichtige Wahl von Frauen und Männern nach dem Vorbild der Regelungen für den GKV-Spitzenverband. Die Wahlen erfolgen nach Satz 5 auf der Grundlage getrennter Bewerberlisten für Frauen und Männer, die von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates auf der Grundlage von Vorschlägen der Wahlberechtigten erstellt wurden. Jeder Wahlberechtigte verfügt über je eine Stimme für jede Liste. Die acht Bewerberinnen und Bewerber mit den meisten Stimmen sind nach Satz 6 gewählt. Ist auch im dritten Wahlgang die

Wahl von jeweils acht Frauen und Männern nicht erfolgt, weil Bewerberinnen und Bewerber nicht ausreichend oder nicht gleichgewichtig gewählt wurden, werden nach Satz 8 nur so viele Sitze besetzt, dass eine hälftige Verteilung zwischen Frauen und Männern erreicht wird. Die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 verringert sich für die betreffende Wahlperiode demensprechend.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Benennung der Vertreter der Betroffenen- und Berufevertretungen. Zur Stärkung der Unabhängigkeit der MD soll der Verwaltungsrat als ihr Hauptentscheidungsorgan künftig nicht mehr ausschließlich von den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen bestimmt werden. Stattdessen soll der Verwaltungsrat das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gleichmäßiger abbilden und den Hauptakteuren Mitspracherechte ermöglichen. Damit sollen die Interessen aller wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können.

Die Mitglieder des Verwaltungsrates wurden bisher von den Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen der Krankenkassen gewählt, die Mitglieder des jeweiligen MD waren. Hauptamtlich bei einer Krankenkasse oder einem Verband bzw. einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen Beschäftigte durften ein Viertel der Sitze des Verwaltungsrates einnehmen.

Die neue Regelung sieht vor, dass nur noch die Vertreter der Krankenkassen von deren Verwaltungsräten bzw. Vertreterversammlungen gewählt, die restlichen Vertreter des Verwaltungsrates der MD aber künftig von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder auf Vorschlag von verschiedenen Gremien und Verbänden benannt werden. Die Benennung entspricht dem Verfahren, das die Länder für die bei den MD eingerichteten Beiräte bereits erfolgreich umgesetzt haben.

Satz 1 gibt vor, welche Gremien und Verbände den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder Vorschläge für die Benennung von Vertretern für den Verwaltungsrat vorlegen und wie viele Vertreter von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder für den Verwaltungsrat jeweils benannt werden.

Nach Nummer 1 werden Vorschläge für fünf Vertreter von Verbänden und Organisationen der Patienten, der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen sowie von im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene vorgelegt. Verbraucherschutzorganisationen, die Beratung in diesem Bereich anbieten, sind etwa die Verbraucherzentralen.

Die Verbände der von der Tätigkeit der MD besonders betroffenen Berufsgruppen der Pflegefachberufe und der Ärzte auf Landesebene legen nach Nummer 2 je zur Hälfte Vorschläge für zwei weitere Vertreter vor. Dies betrifft bei den Ärzten die Landesärztekammer als Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte des Landes sowie eine ggf. eingerichtete Pflegekammer als Vertretung der Pflegefachkräfte des Landes. Besteht in einem Land keine Pflegekammer, so bestimmt das Land – wie auch bei den derzeit bestehenden Beiräten – die maßgeblichen Berufsverbände der Pflegeberufe auf Landesebene. Die Vertreter der Berufsgruppen haben nach Satz 2 kein Stimmrecht.

In den Sätzen 3 und 4 wird – wie bereits für das Verfahren der Benennung von Vertretern für die Beiräte nach dem bisherigen § 279 Absatz 4a durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden des Landes – vorgegeben, dass diese die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 sowie die Voraussetzungen für die Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 1 Nummer 1 und der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene (einschließlich der Erfordernisse an die fachliche Qualifikation, Unabhängigkeit, Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung) bestimmen. Nach Satz 5 hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes als Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 mindestens zwei Frauen und zwei Männer und als Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 jeweils eine Frau und einen Mann zu benennen. Ist dies nicht möglich, da nicht genügend Kandidaten des jeweiligen Geschlechts verfügbar sind, reduziert sich die Anzahl der für die jeweilige Vertretergruppe zu benennenden Vertreter nach Satz 6 soweit, bis dem Verhältnis von Satz 5 wieder entsprochen wird. Wird für die Vertretergruppe nach Satz 1 Nummer 1 für ein Geschlecht nur ein Vertreter benannt, reduziert sich die Gesamtzahl auf zwei Vertreter. Wird für die Vertretergruppen nach Satz 1 Nummer 1 oder 2 für ein Geschlecht kein Vertreter benannt, reduziert sich die Gesamtvertreteranzahl jeweils auf Null. Satz 7 schließt die Benennung von Personen aus, die zu mehr als insgesamt 10 Prozent durch Dritte finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung erbringen. Hierdurch werden Interessenskonflikte vermieden. Nach Satz 8 wird die Benennung der Mitglieder des Verwaltungsrates von der Landesbehörde nur

gegenüber der oder dem amtierenden Vorsitzenden des bisherigen Verwaltungsrates bekannt gegeben. Die Bekanntgabe des Verwaltungsaktes an die Mitglieder erfolgt, indem der oder die Vorsitzende diese z.B. durch Übersendung einer Kopie in Kenntnis setzt (vgl. BSG, Urteil vom 17.09.2008 – B 6 KA 28/07).

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält gemeinsame Vorschriften für die Benennung und die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der MD. Zur Stärkung der Unabhängigkeit der MD ist es notwendig, die Benennung hauptamtlich bei den Krankenkassen oder ihren Verbänden Beschäftigter in den Verwaltungsrat der MD durch Satz 1 auszuschließen. Soweit der Verwaltungsrat des MD die Expertise hauptamtlich bei den Krankenkassen oder ihren Verbänden Beschäftigter benötigt, kann er diese Personen jederzeit anhören. Einer eigenständigen Vertretung dieses Personenkreises im Verwaltungsrat des MD bedarf es hierfür nicht. Beschäftigte der MD sind nach Satz 1 ebenfalls, wie nach bisher geltendem Recht, von einer Mitgliedschaft im Verwaltungsrat ausgeschlossen.

Der Stärkung der Unabhängigkeit der MD dient auch der in Satz 2 vorgegebene Ausschluss der gleichzeitigen oder zeitlich nah aufeinanderfolgenden Mitgliedschaft im Verwaltungsrat eines MD und im Verwaltungsrat einer Krankenkasse oder eines Krankenkassenverbandes.

Satz 3 enthält weitere dem geltenden Recht entsprechende Ausschlussgründe in der Person eines Kandidaten.

Satz 4 bestimmt, dass zur Sicherung der Handlungsfähigkeit des neu benannten Verwaltungsrates Rechtsbehelfe gegen die Wahl oder Benennung von dessen Mitgliedern keine aufschiebende Wirkung haben. Für die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Verwaltungsrates im Falle einer gerichtlichen Aufhebung der Wahl oder Benennung werden durch Satz 5 § 57 Absatz 5 bis 7 SGB IV und § 131 Absatz 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) für anwendbar erklärt. Danach kann das Gericht geeignete Anordnungen treffen, um auf den Ausfall von Mitgliedern des Verwaltungsrates zu reagieren.

Zu Absatz 7

Absatz 7 entspricht dem bisherigen Absatz 4 unter Übernahme des Begriffs des Vorstandes.

Zu Absatz 8

Absatz 8 wurde aus der bisher geltenden Fassung unter anderem mit der Änderung übernommen, dass der Verweis auf § 34 SGB IV gestrichen wurde. Dieser Verweis ist nicht erforderlich, weil bereits in Absatz 2 Satz 2 auf § 210 Absatz 1 SGB V verwiesen wird. § 210 Absatz 1 enthält in Satz 4 einen Verweis auf § 34 Absatz 2 SGB IV, so dass der gestrichene Verweis insoweit redundant ist. Die in § 34 Absatz 1 SGB IV geregelten Anforderungen an den Erlass einer Satzung, dass eine Satzung überhaupt zu erlassen ist und der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf, sind vollumfänglich in § 210 Absatz 1 Satz 1 und 2 enthalten. Die entsprechende Anwendbarkeit der Normen des SGB IV, die auf eine Wahl der Mitglieder Bezug nehmen, ist für die benannten Mitglieder des Verwaltungsrates des MD mit Bezug auf die Benennung auszulegen. So betrifft § 59 Absatz 2 SGB IV etwa für die benannten Mitglieder nicht die Wählbarkeitsvoraussetzungen, sondern die Voraussetzungen der Benennung nach § 279 Absatz 5 und 6. Der Verweis auf § 43 Absatz 2 SGB IV bedeutet, dass auch für die benannten Mitglieder eine Ersatzliste bei der Benennungsbehörde zu führen ist. Der Verweis auf § 63 Absatz 3a SGB IV, der in der bisherigen Fassung nicht enthalten war, erfolgt zudem, um den Schutz von Arbeitnehmerdaten auch für den MD nachzuziehen. Für den denkbaren Fall, dass personenbezogene Daten eines Arbeitnehmers in einer Beratung des Verwaltungsrates offengelegt werden, dessen Vorgesetzter Mitglied des Verwaltungsrates ist, ist dieser nunmehr von der Beratung auszuschließen. Die Erstreckung des Verweises auf § 66 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB IV erfolgt, um auch für die MD die Zusammensetzungsregelungen für ihre Erledigungsausschüsse denen der Krankenkasse anzugleichen.

Zu § 280

Zu Absatz 1

Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen § 281 Absatz 1 der bisherigen Fassung. Die in den §§ 275c und 275d geregelte Abrechnungsprüfung im stationären Bereich wurde jedoch in die Aufzählung der umlagefinanzierten Aufgaben der MD in Satz 1 aufgenommen.

Die Aufteilung der Finanzierungslast unter den MD wird weiterhin nach dem Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufgeteilt, wobei die

Zahl der Mitglieder nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Erlass des BMG vom 30. Juli 1997 228-44910-1/ 44921-1 maßgeblich ist.

Zu Absatz 2

Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen § 281 Absatz 1a der bisherigen Fassung und bestimmt in Satz 1 bis 3 die Aufgaben der MD für die gesetzliche Krankenversicherung, die der Nutzerfinanzierung unterliegen. Die Nutzerfinanzierung der Prüfungen von Ansprüchen gegenüber anderen Stellen, die bisher in § 281 Absatz 1 Satz 4 geregelt war, wurde aufgrund des Sachzusammenhangs in Satz 4 verortet. Als andere Stellen kommen hier vor allem andere Sozialversicherungsträger in Betracht, zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht im Wesentlichen § 281 Absatz 2 der bisherigen Fassung. Es wird jedoch auf § 70 Absatz 5 SGB IV nun mit der Maßgabe verwiesen, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Der Prüfungsmaßstab der Aufsichtsbehörde bei der Genehmigungsentscheidung wird durch den Verweis auf § 70 Absatz 5 Satz 4 beschrieben. Die Genehmigungspflicht dient der Sicherstellung einer angemessenen Haushaltsführung im Rahmen der Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD. Zudem wird auch auf § 220 Absatz 1 Satz 2 verwiesen, der die Darlehensaufnahme verbietet. Die Aufnahme dieses Verweises stellt eine nachhaltige Mittelverwaltung und einen Gleichlauf mit den Regelungen zum MD Bund sicher. Zudem wurden die Verweise auf § 73 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, Satz 2 bis 5, § 76 Absatz 3 bis 5 und § 77 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB IV gestrichen, da diese mit der neuen Organisationsform nicht kompatibel sind.

Zu Absatz 4

Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen dem § 281 Absatz 3 der bisherigen Fassung. Der Verweis auf § 87 Absatz 1 Satz 2 SGB IV, der die Aufsicht als Rechtsaufsicht klassifiziert, wurde zur besseren Verständlichkeit durch die Festlegung der Rechtsaufsicht im Regelungstext ersetzt.

Zu § 281

Zu Absatz 1

Der MD Bund wird nach Satz 1 als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet und tritt als solche nach § 328 Absatz 5 Satz 1 an die Stelle des MDS. Dieser war als eingetragener Verein mit dem GKV-Spitzenverband als einzig stimmberechtigtem Mitglied organisiert. Durch die Aufstellung des MD Bund als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts wird dieser organisatorisch vollständig vom GKV-Spitzenverband gelöst. Er wird nunmehr von den MD als Mitgliedern nach Satz 2 mit den im Folgenden geregelten Rechten und Pflichten getragen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Finanzierung des MD Bund. Der MDS wurde ausschließlich vom GKV-Spitzenverband finanziert. Da der GKV-Spitzenverband nicht mehr Mitglied des MD Bund ist, wird die Finanzierung durch eine Umlage der MD geregelt. Diese Umlage entspricht der körperschaftlichen Struktur, indem sie den Mitgliedern die Finanzierungsverantwortung auferlegt.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS) ist an der Finanzierung des MD Bund durch Umlage beteiligt, wie sie auch an der Finanzierung des GKV-Spitzenverbandes beteiligt war und ist. Der MD Bund übernimmt künftig sowohl die Aufgaben des MDS als auch die bislang vom GKV-Spitzenverband wahrgenommenen Aufgabe, die Richtlinien für die Medizinischen Dienste zu erlassen, die auch den nach § 283a SGB V als Medizinischer Dienst fungierenden Sozialmedizinischen Dienst (SMD) der DRV KBS binden. Die Erfüllung dieser Aufgaben kommt auch dem SMD der DRV KBS zugute und wurde entsprechend bisher auch von der DRV KBS anteilig durch die Umlage für den GKV-Spitzenverband, der wiederum den MDS vollständig finanzierte, bezahlt. Die Beteiligung an der Finanzierung dieser Aufgaben wird angepasst an die neue Organisation und Zuständigkeitsverteilung fortgeführt.

Die Umstellung der Finanzierung betrifft auch die Kompetenz-Centren, die künftig ebenfalls nicht mehr vom GKV-Spitzenverband, sondern durch die Umlage für den MD Bund finanziert werden. Dies ändert inhaltlich nichts an der Aufgabenwahrnehmung der Kompetenz-Centren, die weiterhin als Teil des Beratungsauftrages des MD Bund für den GKV-Spitzenverband fungieren.

In den Sätzen 2 und 3 wird festgelegt, in welchem Verhältnis die einzelnen MD und die DRV KBS die Umlage aufzubringen haben. Die Regelung entspricht dem § 280 Absatz 1 Satz 2 und 3, der die Umlagefinanzierung der MD durch die Krankenkassen regelt. Die MD tragen die Finanzlast entsprechend der Anzahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, die in ihrem Einzugsbereich ansässig sind. Diese Zahlen werden zu den Mitgliedern der DRV KBS in Relation gesetzt, so dass die DRV KBS entsprechend ihrer Mitgliederzahl zur Finanzierung des MD Bund – genau wie die MD – beiträgt.

Die Sätze 4, 6 und 7 wurden aus § 282 Absatz 3 Satz 1 erster Halbsatz, Satz 3 und 4 der bisherigen Fassung übernommen.

In Satz 5 wird auf § 70 Absatz 5 SGB IV mit der Maßgabe verwiesen, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Dies entspricht dem Verweis in § 280 Absatz 3 Satz 1 bezüglich der Haushaltspläne der MD und dient einem angemessenen Gleichlauf in der Finanzorganisation der Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Zu Absatz 3

Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen dem § 282 Absatz 4 der bisherigen Fassung. Es wurde jedoch in Satz 3 der Verweis auf § 279 Absatz 4 Satz 3 und 5 gestrichen. Dieser bezieht sich auf die Vergütung der Geschäftsführung und wurde wegen des Sachzusammenhangs in § 282 Absatz 4 Satz 4 aufgenommen und an die neue Verortung in § 279 Absatz 7 Satz 4 und 5 angepasst. Der Umfang der Aufsicht wurde klarstellend auf die Rechtsaufsicht beschränkt.

Zu § 282

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden der Verwaltungsrat und der Vorstand als Organe des MD Bund bestimmt. Diese Regelung entspricht § 279 Absatz 1 und dient einer größeren Übersichtlichkeit der organisationsrechtlichen Regelungen. Die nach geltendem Recht bestehende Mitgliederversammlung des MDS entfällt mit der vorgesehenen Umwandlung in den MD Bund.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird die Besetzung des Verwaltungsrates geregelt.

Dieser hat nach Satz 1 23 Mitglieder. Nach Satz 2 werden diese von den Verwaltungsräten der MD gewählt und zwar in demselben Verhältnis der Vertretergruppen, das auch für die MD in § 279 Absatz 4 und 5 vorgegeben ist. So wählen die Vertreter in den Verwaltungsräten der MD, die von den auf Vorschlag der verschiedenen Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 Satz 3 gewählt wurden, wieder 16 Vertreter, während die Vertreter, die auf Vorschlag der Interessenverbände nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 benannt wurden, jeweils wieder fünf Vertreter in den Verwaltungsrat des MD Bund wählen. Die Vertreter, die auf Vorschlag der Berufsvertretungen nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 in den Verwaltungsräten der MD sitzen, wählen entsprechend zwei Vertreter. Diese Aufteilung spiegelt entsprechend der Regelung für die MD die maßgeblichen Interessen im System der gesetzlichen Krankenversicherung wider. Da der MD Bund nunmehr als Organisation der MD auf Bundesebene agieren und diese repräsentieren soll, ist eine parallele Besetzung der Verwaltungsräte mit den verschiedenen Interessensvertretern sachgerecht.

In Satz 3 und 4 wird das Stimmgewicht innerhalb der wahlberechtigten Vertretergruppen der einzelnen MD bestimmt. Dieses soll sich wie bei der Berechnung der Umlage nach § 281 Absatz 2 Satz 2 nach der Zahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des jeweiligen MD richten. Ein solcher Gleichlauf von Finanzierungslast und Stimmgewicht ist gerechtfertigt, kann jedoch nicht linear umgesetzt werden, da sonst kleinere MD, mit zum Beispiel rund 465 000 Mitgliedern, gegenüber großen mit z. B. rund 8 607 000 Mitgliedern marginalisiert würden. Dies ist im Sinne eines föderalen und demokratischen Ansatzes nicht wünschenswert. Daher bestimmt Satz 4 eine Staffelung der Stimmen in Anlehnung an den Schlüssel des Artikel 51 Absatz 2 GG, der für die Stimmgewichte der Länder im Bundesrat gilt. Danach gilt 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.

Satz 5 bestimmt, dass das Nähere in der Satzung des MD Bund zu regeln ist, insbesondere die Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seines Stellvertreters. Diese Regelung war bereits in § 282 Absatz 2b Satz 3 der bisherigen Fassung enthalten.

Satz 6 entspricht im Wesentlichen § 282 Absatz 2b Satz 4 der bisherigen Fassung, der auf § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e verwies. Zur Klarstellung wird zudem auf die §§ 40, 41 und 42 Absatz 1 bis 3 SGB IV gesondert verwiesen. Es gelten auch die Regelungen des § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 zur gleichmäßigen Besetzung des Verwaltungsrates mit Frauen und Männern entsprechend. Dies gilt für alle Vertretergruppen, die jeweils eine hälftige Aufteilung der Sitze – beziehungsweise eine Aufteilung 2:5 bei den Vertretern nach Satz 2 Nummer 2 – durch das beschriebene Verfahren sicherzustellen haben. Wird dies nicht erreicht, ist die jeweilige Wahl nichtig und kann zweimalig wiederholt werden, ansonsten verringert sich die Anzahl der Vertreter dieser Gruppe bis zu der Anzahl, für die eine gleichmäßige Besetzung mit Frauen und Männern – bzw. im o.g. Fall eine Verteilung 2:5 – möglich ist. Durch den Verweis auf § 279 Absatz 6 werden hauptamtlich Beschäftigte der Krankenkassen oder ihrer Verbände sowie eines MD von der Wählbarkeit in den Verwaltungsrat des MD Bund ausgeschlossen. Ebenso wird die Unvereinbarkeit der Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat einer Krankenkasse oder ihrer Verbände mit einer Mitgliedschaft im Verwaltungsrat des MD Bund festgelegt. Der Verweis auf § 279 Absatz 6 Satz 3 ergänzt weitere Ausschlussgründe in der Person der Kandidaten. Der Verweis auf Absatz 6 Sätze 4 und 5 sorgt auch beim MD Bund für eine Sicherstellung der Handlungsfähigkeit des Verwaltungsrates im Umfeld der Wahl durch prozessuale Regelungen. Nach Satz 7 haben die Vertreter der Berufe – entsprechend der Regelungen bei den MD – kein Stimmrecht.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Aufgaben des Verwaltungsrates. Der Absatz entspricht in seiner Struktur dem § 279 Absatz 2, der die Aufgaben des Verwaltungsrates des MD normiert, und soll auch hier einen Gleichlauf der Regelungsstruktur herstellen.

Die Aufgaben des Beschlusses einer Satzung, der Wahl des Vorstands, der Feststellung des Haushaltsplans und der Wahl und Entlastung des Vorstandes oblagen bereits dem Verwaltungsrat des MDS. Die Aufgabe der Prüfung der jährlichen Betriebs- und Rechnungsprüfung wurde durch die Verwaltungsräte der MD bereits nach der bisherigen Fassung wahrgenommen und soll nun auch vom Verwaltungsrat des MD Bund übernommen werden.

Satz 2 regelt durch Verweis auf § 210 Absatz 1 den obligatorischen Inhalt und das Inkrafttreten sowie die Bekanntmachung der Satzung. Durch den Verweis auf § 279 Absatz 3 Satz 2 und 3 werden die Regelungen für die Beschlussfassung im Gleichlauf zu den Verwaltungsräten der MD festgelegt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt den Vorstand des MD Bund und entspricht inhaltlich § 282 Absatz 2d der bisherigen Fassung. Es wurde lediglich der Begriff der Geschäftsführung in Angleichung an die übliche Benennung des Sozialgesetzbuches durch Vorstand ersetzt. Inhaltlich ergibt sich hierdurch keine Veränderung, da bereits § 282 Absatz 2d Satz 1 der bisherigen Fassung bestimmte, dass die Geschäftsführung Vorstand im Sinne des Sozialgesetzbuches sein sollte. Zudem wurde die Regelung der Wahl durch den Verwaltungsrat in Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 verlagert. In Satz 4 wurde der Verweis auf § 279 Absatz 7 Satz 4 und 5, der bisher in § 282 Absatz 4 bei der Regelung der Aufsicht verortet war, wegen des Sachzusammenhangs eingefügt.

Zu Absatz 5

Mit Absatz 5 wird eine unabhängige Ombudsperson auch für den MD Bund verpflichtend eingeführt. Die Regelung entspricht derjenigen des § 278 Absatz 3. Auch bei dem MD Bund ist die Einrichtung einer Ombudsstelle sinnvoll, um auch auf dieser Ebene auf Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte, aufmerksam zu werden und angemessen hierauf reagieren zu können. Für die Berichtspflicht gilt das zu § 278 Absatz 3 Geschilderte: Die Berichte tragen wesentlich dazu bei, mögliche systemimmanente und gehäuft auftretende Probleme zu identifizieren und diese zu adressieren.

Zu § 283**Zu Absatz 1**

Absatz 1 entspricht dem bisherigen § 282 Absatz 2 Satz 1 und 2. Es wird die Reihenfolge geändert, um den neuen Schwerpunkt des MD Bund als Körperschaft in Trägerschaft der MD zu verdeutlichen. In Umsetzung des Koalitionsvertrages der 19. Legislaturperiode wird der MD Bund beauftragt, gemeinsam mit den MD für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen. Diese Aufgabe nimmt der MD Bund gemeinsam mit den MD wahr. Hierfür kann auf bestehende bewährte Strukturen wie zum Beispiel den Kooperationsvertrag zurückgegriffen werden. Die Aufgabe des Erlasses von Richtlinien wird aufgrund des Umfangs und der Bedeutung dieser Aufgabe in einem eigenen Absatz 2 geregelt. Für die soziale Pflegeversicherung werden entsprechende Regelungen in § 53d des Elften Buches getroffen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt die neue Kompetenz des MD Bund zum Erlass von Richtlinien, welche nach bisheriger Fassung dem GKV-Spitzenverband vorbehalten war. Der Übergang dieser Erlasskompetenz auf den MD Bund bedeutet einen weiteren wichtigen Schritt bezüglich einer unabhängigen Selbstverwaltung der Gemeinschaft der MD.

Satz 1 enthält eine abschließende Aufzählung der einzelnen Richtlinien, für deren Erlass der MD Bund zuständig ist. Dies sind zum einen die bereits nach § 282 Absatz 2 Satz 3 in der bisherigen Fassung vom GKV-Spitzenverband erlassenen Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD (Nummer 1), zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung (Nummer 2) und über Grundsätze der Fort- und Weiterbildung (Nummer 9). Mit den Richtlinien von Nummer 3 bis 8 kommen zum anderen neue Regelungsbereiche hinzu.

Diese Richtlinien betreffen alle die Aufgaben der MD für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch, während entsprechende Richtlinien für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung vom MD Bund nach den Vorschriften des Elften Buches erlassen werden.

Die Richtlinie über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD (Nummer 1) wird aufgrund der direkten Betroffenheit der Krankenkassen im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlassen.

Die Richtlinie über die Durchführung der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d (Nummer 3) soll die näheren Einzelheiten dazu festlegen, wie regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in OPS-Komplexbehandlungskodes durch die MD zu erfolgen haben. In dieser Richtlinie sind insbesondere Aussagen darüber zu treffen, welche Anforderungen konkret geprüft werden (Checklisten) und in welchen regelmäßigen zeitlichen Abständen die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes nach fachlicher Einschätzung jeweils zu prüfen sind. Hierbei sind unterschiedliche zeitliche Abstände möglich. Im Rahmen der Festlegung der näheren Einzelheiten muss die Richtlinie auch Angaben darüber enthalten, wie die vom MD auszustellenden Bescheinigungen auszugestalten sind. Zudem sind in der Richtlinie die Folgen festzulegen, wenn ein Krankenhaus nach einer vorzunehmenden Mitteilung nach § 275d Absatz 3 Satz 3 nachgewiesene Strukturmerkmale nicht mehr erfüllt. Das Nähere insbesondere für die Leistungserbringung und die Abrechnung sowie für ein Verfahren für eine erneute Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale regelt die Richtlinie. Die Richtlinie nach Nummer 3 ist erstmals zum 30. April 2020 zu erlassen. Sie ist mit Blick auf die Weiterentwicklung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes, Erfahrungen aus der Begutachtung von Strukturmerkmalen sowie Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene bei bestehendem Bedarf anzupassen.

Nummer 4 betrifft eine Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten. Die Richtlinie muss aufgabenbezogene Richtwerte enthalten, etwa für die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebegutachtung. Diese Richtwerte lassen jedoch aufgrund der unterschiedlichen Struktur der MD einen gewissen Spielraum für diese zu, sodass begründete Abweichungen möglich sind. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe durch den MD Bund als Selbstverwaltungskörperschaft der MD auf Bundesebene bedeutet einen wichtigen Beitrag zur organisatorischen Selbständigkeit der MD, die nun die Aufgabe erhalten, ihren Personalbedarf nach einheitlichen Kriterien zu ermitteln und das Ergebnis umzusetzen. Bei der Erarbeitung der Richtlinie kann auf bewährte Instrumente zur Personalbedarfsermittlung wie zum Beispiel das Handbuch des Bundesministeriums des Innern, für

Bau und Heimat und des Bundesverwaltungsamtes für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung zurückgegriffen werden. Die Genehmigungspflicht der Richtlinie nach Satz 5 stellt eine ausreichende Prüfung der Angemessenheit der Grundsätze der Personalbedarfsermittlung sicher.

Mit der Richtlinie zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch den MD (Nummer 5) wird auch der Raum zur Festlegung einheitlicher Kriterien zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter sowie zur Bemessung des Umfangs der Tätigkeit bei den MD Beschäftigter im Verhältnis zu externen Gutachterinnen und Gutachtern ausgefüllt, der durch die Streichung des § 279 Absatz 5 zweiter Halbsatz der bisherigen Fassung geschaffen wurde. Diese Vorschrift dient der Klarstellung, weil eine entsprechende Richtlinie zur Sicherung einer einheitlichen Begutachtung nach dem bisherigen § 282 Absatz 2 Satz 3 vom GKV-Spitzenverband beschlossen worden ist.

Die Richtlinie zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD (Nummer 6) ist eine wichtige Maßnahme zur Schaffung von Transparenz über die Tätigkeit der MD und ihre Qualität. Dies trägt auch dazu bei, die Akzeptanz der Arbeit der MD insbesondere bei den Versicherten zu erhöhen. Aufgrund der bisher geleisteten Vorarbeiten ist davon auszugehen, dass eine entsprechende Richtlinie zur systematischen Qualitätssicherung der Begutachtung in der gesetzlichen Krankenversicherung zeitnah vom MD Bund beschlossen werden kann.

Die Richtlinie zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals (Nummer 7) schafft die Datengrundlagen, um die Transparenz über die Tätigkeit der MD und der hierfür eingesetzten Personalressourcen herzustellen.

Die Richtlinie über die regelmäßige Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung (Nummer 8) regelt das Nähere unter anderem zu Art und Umfang der regelmäßigen Berichterstattung der MD nach § 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 und des MD Bund nach Absatz 4 über ihre Tätigkeit und das hierfür eingesetzte Personal auf Basis der statistischen Erhebungen entsprechend der Richtlinie nach Nummer 7.

Der MD Bund hat die Richtlinien unter fachlicher Beteiligung der MD zu erlassen. Er ist bei der Erarbeitung der Richtlinien auf die fachliche Unterstützung durch die MD angewiesen, etwa durch sozialmedizinische Expertengruppen und Kompetenz-Centren. Bereits im Rahmen des bisherigen Erlasses von Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband haben die MDK und der MDS die fachlichen Entwürfe zu den einzelnen Richtlinien erstellt und MDK-seitig abgestimmt. Hierbei haben sich bewährte Strukturen und Verfahren herausgebildet, die auch künftig bei der Beteiligung an der Erarbeitung und dem Erlass der neuen Richtlinien weiterhin zur Anwendung kommen können. Dies kann gemäß Satz 7 in der Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 geregelt werden.

Satz 2 bestimmt die Pflicht des MD Bund bei dem Erlass der Richtlinien verschiedene Stellen anzuhören, soweit sie von der konkreten Richtlinie betroffen sind, und er hat die abgegebenen Stellungnahmen nach Satz 3 in seine Entscheidung einzubeziehen. Bei der Bestimmung der Anhörungsberechtigten dienen die Vorschriften des § 92 zu den Richtlinien des G-BA sowie verschiedene Vorschriften des SGB XI (§ 53c Satz 2, § 114c Absatz 1 Satz 5, § 115a Absatz 4 Satz 3) als Orientierung. Es sollen die wesentlichen von den Richtlinien betroffenen Beteiligten zu einer Stellungnahme berechtigt sein.

Hier ist zunächst der GKV-Spitzenverband (Nummer 1) zu nennen, da die Krankenkassen als größte Auftraggeber der MD von den Richtlinien regelmäßig betroffen sind. Die Bundesärztekammer, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (Nummer 2) sind von vielen Richtlinien betroffen. Auch die Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene (Nummer 3) können als diejenigen, deren Leistungen von den MD begutachtet werden, von zum Beispiel prüfungsbezogenen Richtlinien ebenfalls betroffen sein. Zudem sind jeweils die im Einzelfall von der Richtlinie betroffenen weiteren maßgeblichen Verbände und Fachkreise auf Bundesebene (Nummer 4) anzuhören. Dies entspricht den in § 92 für die einzelnen Richtlinien festgelegten Anhörungspflichten. Der MD Bund stellt Kriterien für die Bestimmung der maßgeblichen Verbände und Fachkreise auf. Über die Betroffenheit von einer Richtlinie entscheidet der MD Bund jeweils nach pflichtgemäßem Ermessen. Ferner ist auch der oder die BfDI (Nummer 5) anzuhören, wenn die Richtlinie die Verarbeitung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regelt oder voraussetzt. Dies entspricht der Regelung des § 91 Absatz 5a zu Beschlüssen des G-BA und setzt die Betroffenheit datenschutzrechtlicher Belange für ein Anhörungsrecht voraus.

Die Stellungnahmen sind nach Satz 3 in die Entscheidung einzubeziehen, der MD Bund muss sich also inhaltlich mit diesen auseinandersetzen und dies dokumentieren. Die Stellungnahmen und die Dokumentation der inhaltlichen Auseinandersetzung sind der Genehmigungsbehörde mit der zu genehmigenden Richtlinie vorzulegen.

Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 sind bis zum 31. Dezember 2021, also innerhalb von sechs Monaten nach dem Zeitpunkt zu erlassen, in dem der MD Bund sich neu konstituiert hat. Dies ist darin begründet, dass diese Richtlinien neu vorgegeben werden und ein zeitnaher Erlass für die Umsetzung der Ziele einer verstärkten Qualitätssicherung und einer erhöhten Transparenz der Tätigkeit der MD erforderlich ist.

Nach Satz 5 sind die Richtlinien des MD Bund für die MD verbindlich und bedürfen der Genehmigung des BMG.

Gemäß Satz 6 kann der MD Bund im Übrigen den MD gegenüber Empfehlungen abgeben. Dies entspricht der Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes aus dem bisherigen § 282 Absatz 2 Satz 4.

Satz 7 regelt, dass der MD Bund das Nähere zum Verfahren – wie zum Beispiel die Beteiligung der MD – in der Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 festlegt. In dieser Satzung kann das bisherige, erfolgreich von den MDK und dem MDS praktizierte Verfahren zur Erarbeitung und abschließenden MDK-seitigen Beratung der fachlichen Entwürfe der zu erstellenden Richtlinien für die jetzt vom MD Bund vorzunehmende Beschlussfassung über diese Richtlinien abgebildet werden.

Satz 8 bestimmt klarstellend, dass die bereits vom GKV-Spitzenverband nach bisherigem Recht erlassenen Richtlinien sowie abgegebene Empfehlungen fortgelten, bis sie durch den MD Bund aufgehoben oder geändert werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass der MD Bund auch die ihm nach § 53d SGB XI zugewiesenen Aufgaben wahrnimmt. Insoweit richten sich die Verfahren nach den Vorschriften des Elften Buches.

Zu Absatz 4

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 liefern, fasst der MD Bund in einem Bericht zusammen und legt diesen wiederum dem BMG zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht ihn zum 1. September. Die Veröffentlichung dient der Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Tätigkeit der MD für die gesetzliche Krankenversicherung und der für diese Tätigkeit eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die der Veröffentlichung zeitlich vorgeschaltete Vorlage an das BMG ist für dessen Aufsichtsfunktion gegenüber dem MD Bund erforderlich. Das Nähere zum Verfahren und zum Umfang hat der MD Bund in der Richtlinie über die regelmäßige Berichterstattung der MD nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 zu regeln. Für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung sind die Berichtspflichten im Elften Buch geregelt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 entspricht dem bisherigen § 282 Absatz 2 Satz 5 und normiert eine allgemein geltende Pflicht der MD, den MD Bund, dessen Mitglieder die MD sind, bei seinen Aufgaben zu unterstützen. Dies ist vor dem Hintergrund einer stärkeren Autonomie der Gemeinschaft der MD und einer daraus folgenden verstärkten Zusammenarbeit sachgerecht.

Zu § 283a

Zu Absatz 1

§ 283a entspricht § 283 der bisherigen Fassung und regelt die Sonderstellung des SMD der DRV KBS, der die Aufgaben des MD für diese ausübt. Der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist, wie bei jedem anderen Rentenversicherungsträger, originärer Bestandteil der DRV KBS. Er nimmt insofern Aufgaben für Teile des Verbundes der DRV KBS, für die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung wahr. Die Unabhängigkeit in der Begutachtung und Beratung wird durch eine eigene Geschäftsordnung gewährleistet.

Zu Absatz 2

Zur Beratung des Vorstandes in den Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes wird ein Beirat gebildet, dessen Amtszeit sich an der des Vorstandes der DRV KBS ausrichtet. Der Vorstand der DRV KBS ist am 1. Oktober 2017 gewählt worden, sodass die Amtszeit am 30. September 2023 endet.

Stellungnahmen des Beirates sind nach Satz 3 Gegenstand der Beratung des Vorstandes und von diesem in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Dies bedeutet, dass sich der Vorstand mit den Stellungnahmen inhaltlich zu befassen hat.

Die Regelung in Satz 5 bezüglich der Festlegung der Vertreter des Beirates und deren persönlicher Stellvertreter orientiert sich an § 279 Absatz 4a SGB V der bisherigen Fassung. Nach der Verordnung zur Beteiligung der Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Patientenbeteiligungsverordnung – PatBeteiligungsV) des Bundesgesundheitsministeriums gelten als maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen:

1. der Deutsche Behindertenrat,
2. die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen,
3. die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und
4. der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Die nach der Verordnung zur Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen im Bereich der Begutachtung und Qualitätssicherung der Sozialen Pflegeversicherung (Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung – PflBeteiligungsV) des Bundesjustizministeriums maßgeblichen Organisationen sind:

1. der Sozialverband Vdk Deutschland e. V.,
2. der Sozialverband Deutschland e. V. – Bundesverband,
3. die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.,
4. die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.,
5. die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. und
6. der Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Finanzierung des Beirates.

Zu Nummer 26 (§ 291)

Durch diesen Änderungsbefehl wird eine Folgeänderung vorgenommen, indem der Name des MDS durch den des MD Bund ersetzt wird.

Zu Nummer 27 (§ 295)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelung überträgt die mit diesem Gesetz in § 301 Absatz 2 für die Anwendung des OPS für die Abrechnung von Krankenhausleistungen vorgenommene Klarstellung, dass der OPS insbesondere auch strukturelle Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung festlegen und in den OPS-Kodes als solche kenntlich machen kann, inhaltsgleich für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung überträgt die mit diesem Gesetz in § 301 Absatz 2 für die Anwendung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) sowie des OPS für Krankenhausleistungen vorgenommene Klarstellung, dass die ICD sowie der OPS ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG ohne weiteres Zutun der Vertragsparteien auf Bundesebene verbindlich sind, inhaltsgleich für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung sieht für die ICD und den OPS vor, dass das DIMDI für die Festlegung der ICD sowie des OPS, ebenso wie in § 301 Absatz 2, eine Verfahrensordnung zu beschließen hat, die vom BMG zu genehmigen und zu veröffentlichen ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der geänderten Satzzählung in Absatz 1.

Zu Nummer 28 (§ 299)**Zu Buchstabe a**

Im Rahmen der Weiterentwicklung der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie hat sich bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA nach § 137 Ergänzungsbedarf ergeben. Die Ergänzung in Absatz 1 stellt klar, dass eine Verarbeitung von personen- und einrichtungsbezogenen Daten durch die Leistungserbringer zusätzlich zu den bereits genannten Qualitätssicherungsverfahren nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b und § 137d auch im Rahmen der folgenden Qualitätssicherungsverfahren zulässig ist: Zweitmeinungsverfahren nach § 27b und planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 und 2. Die Befugnis für die Verarbeitung von personen- und einrichtungsbezogenen Daten durch die Leistungserbringer im Rahmen der MDK-Qualitätskontrollen nach § 137 Absatz 3 ist bereits in § 276 Absatz 4a Satz 3 zweiter Halbsatz enthalten.

Zu Buchstabe b

Anknüpfend an die Ergänzung in Absatz 1 soll auch Absatz 1a angepasst werden. Die Ergänzung der Rechtsgrundlagen macht deutlich, dass eine Verarbeitung von Sozialdaten durch die Krankenkassen zu Qualitätssicherungszwecken grundsätzlich auch im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren Zweitmeinungsverfahren nach § 27b, planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 und 2 sowie MDK-Qualitätskontrollen nach § 137 Absatz 3 zulässig ist. Damit werden die bereits jetzt erfassten Qualitätssicherungsverfahren nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 137b Absatz 1 und § 137d um obige Qualitätssicherungsverfahren ergänzt. Der Ergänzungsbedarf hat sich ebenfalls im Rahmen der Weiterentwicklung der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, insbesondere im Hinblick auf die Verarbeitung von Abrechnungsdaten, ergeben.

Zu Nummer 29 (§ 301)**Zu Buchstabe a**

In der Vergangenheit ist teilweise bezweifelt worden, ob das DIMDI auf der Grundlage des § 301 Absatz 2 im OPS abstrakt-generelle Voraussetzungen festlegen kann, die unabhängig vom Einzelfall erfüllt sein müssen, damit eine bestimmte Leistung abgerechnet werden kann. Hierzu gehören insbesondere strukturelle Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung. Diese strukturellen Anforderungen können in den einzelnen OPS-Kodes als solche kenntlich gemacht werden. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten wird daher klargestellt, dass der OPS auch derartige Voraussetzungen für die Abrechnung erbrachter Leistungen enthalten kann.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass die ICD und der OPS von Krankenhäusern für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden sind. Mit dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG werden die ICD und der OPS damit als Bestandteil der Krankenhausfinanzierung, des Entgeltrechts, unmittelbar verbindlich. Eines Normenvertrags

der Vertragsparteien auf Bundesebene für die ICD und den OPS in Gestalt der jährlich abzuschließenden Fallpauschalenvereinbarung, der von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorausgesetzt wird, damit der OPS Bestandteil des Entgeltrechts wird, bedarf es damit nicht mehr. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn das DIMDI auf der Grundlage der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geschaffenen rückwirkenden Klarstellungs- sowie Änderungsmöglichkeit unterjährig Anpassungen des OPS vornimmt. Diese Änderungen sind unabhängig von einer Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene für die Abrechnung erbrachter Leistungen verbindlich.

Zu Buchstabe c

Auf Grund der unmittelbaren Geltung der ICD und des OPS für die Abrechnung erbrachter Leistungen ist es von besonderer Bedeutung, dass dieser in einem transparenten Verfahren festgelegt werden. Zu diesem Zweck hat das DIMDI sich für die Festlegung der Schlüssel eine Verfahrensordnung zu geben und auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Zur Stärkung der Legitimation des DIMDI bedarf die Verfahrensordnung der Genehmigung durch das BMG.

Zu Nummer 30 (§ 327 – neu – und § 328 – neu –)

§ 327 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 283a der bisherigen Fassung weiter wahr; für sie ist grundsätzlich nur das vor der Reform geltende Recht anwendbar. Der Grund hierfür ist, dass viele der durch dieses Gesetz eingeführten Änderungen mit organisatorischen Umstellungen zusammenhängen und erst für die neuen MD, nicht jedoch für die MDK gelten sollen.

Einige Änderungen haben jedoch keinen unmittelbaren Bezug zu der neuen Organisationsstruktur oder aber ihre sofortige Anwendbarkeit noch vor der organisatorischen Umstellung ist für die Erreichung der Ziele dieses Gesetzes erforderlich. Diese Regelungen sollen schon für die MDK ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes anwendbar sein. Es handelt sich hierbei um die verpflichtende Beteiligung des MD vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheides in bestimmten Fällen, die Ausweitung der Unabhängigkeitsvorgabe auf nichtärztliche Gutachterinnen und Gutachter, die Prüfungen des MD bei Krankenhausbehandlung und Strukturprüfungen von Krankenhäusern, das Betretensrecht der Gutachterinnen und Gutachter zum Zweck der vorgenannten Prüfungen und die Genehmigungspflicht des Haushaltes der MD.

Derselbe Grundsatz gilt nach Absatz 2 für den MDS; auch für ihn sind grundsätzlich nur die §§ 275 bis 283a in bisheriger Fassung anwendbar. Die fachliche Unabhängigkeit nichtärztlicher Gutachterinnen und Gutachter, die Genehmigungspflicht des Haushaltes und die Erlasskompetenz für die Richtlinie über die regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d und die Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung sind jedoch bereits mit Inkrafttreten dieses Gesetzes für den MDS anwendbar.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Anwendbarkeit der §§ 275 bis 283a in bisheriger und neuer Fassung für die MDK.

Satz 1 bestimmt, dass die §§ 275 bis 283 in der bisherigen Fassung grundsätzlich für die MDK bis zu dem Zeitpunkt, in dem die Übergangsphase abgeschlossen ist, fortgelten. Dieser Zeitpunkt wird in § 328 Absatz 1 Satz 4 definiert als der Ablauf des Monats, in dem die Satzung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes genehmigt wurde. Ausnahmen hierzu sind § 275 Absatz 1c und 5, § 276 Absatz 2 und 4 und § 281 Absatz 2. Diese Vorschriften entsprechen inhaltlich jeweils Vorschriften, die nach Satz 3 bereits vor der organisatorischen Umstellung anwendbar sein sollen, z. B. regelte § 275 Absatz 1c bisher die Krankenhausabrechnungs- und Strukturprüfung, die nunmehr in §§ 275c und 275d verortet ist. Die Regelung ist notwendig, um einen Konflikt dieser Vorschriften zu vermeiden. Nach Satz 2 nehmen die MDK nach den gemäß Satz 1 anwendbaren Vorschriften bis zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 ihre Aufgaben wahr. Diese Regelung dient dazu, für die Übergangszeit, in der die neue Satzung der jeweiligen MD noch nicht in Kraft getreten ist und diese nicht voll handlungsfähig sind, die Wahrnehmung der Aufgaben des MD in einem rechtssicheren Rahmen sicherzustellen. Nach Satz 3 sind die §§ 275 bis 283a der neuen Fassung grundsätzlich erst ab dem in § 328 Absatz 1 Satz 4 bestimmten Zeitpunkt anwendbar. Ausnahmen sind hier § 275 Absatz 3b und 5, § 276 Absatz 2 und 4 und § 280 Absatz 3, die bereits ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens Anwendung finden. Dies betrifft

- die obligatorische Begutachtung durch den MDK vor Erlass eines Widerspruchsbescheides in bestimmten Fällen (§ 275 Absatz 3b),
- die fachliche Unabhängigkeit auch nicht-ärztlicher Gutachterinnen und Gutachter (§ 275 Absatz 5),
- die Erweiterung der Datenverarbeitungsbefugnisse der MDK auf die bisher in § 275 Absatz 1c geregelten Aufgaben der §§ 275c und 275d (§ 276 Absatz 2),
- die Klarstellung, dass ein Betretensrecht bezüglich Krankenhäusern zum Zweck der Krankenhausabrechnungsprüfung besteht (§ 276 Absatz 4) sowie
- die Genehmigungspflichtigkeit der Haushaltspläne der MDK durch die Aufsichtsbehörde (§ 280 Absatz 3); dies stellt den wesentlichen Unterschied zu der bisher in § 281 Absatz 2 verorteten Haushaltsregelung dar.

Diese frühere Anwendbarkeit ist erforderlich, damit die Neuregelungen – etwa für die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus – und die damit angestrebten Entlastungen der MD zeitnah ihre Wirkung entfalten können. Die bezeichneten Neuregelungen stehen nicht in unmittelbarem Bezug zur organisatorischen Weiterentwicklung der MD. Eine Anwendung vor Abschluss der Neukonstituierung der MD ist daher unschädlich.

Satz 4 bestimmt, dass § 281 Absatz 1 der bisherigen Fassung für die neu verorteten Aufgaben der Krankenhausabrechnungs- und Strukturprüfung nach §§ 275c und 275d entsprechende Anwendung findet. Damit wird geregelt, dass die Krankenhausabrechnungsprüfung und die Strukturprüfung auch in der Übergangszeit umlagefinanziert sind. Dies ist zur Sicherstellung der Finanzierung der genannten Aufgaben in der Übergangszeit bis zur Anwendbarkeit des neuen Rechts notwendig, da die in diesem Zeitraum geltenden bisherigen Vorschriften abschließend auf die bisherigen Normen verweisen und die Neuregelungen nicht berücksichtigen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Anwendbarkeit der §§ 275 bis 283a in bisheriger und neuer Fassung für den MDS und den GKV-Spitzenverband.

Satz 1 regelt die Anwendbarkeit der §§ 275 bis 283 der bisherigen Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 5 bis zum Zeitpunkt nach § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 sowohl für den MDS als auch für den GKV-Spitzenverband. Nach diesen Vorschriften nehmen sie ihre Aufgaben bis zu dem bezeichneten Zeitpunkt wahr. Die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes hiernach beziehen sich lediglich auf den Erlass von Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3 der bisherigen Fassung.

Satz 2 regelt, dass die §§ 275 bis 283a der neuen Fassung mit Ausnahme von § 275 Absatz 5, der §§ 275c und 281 Absatz 2 Satz 5 bis zum Zeitpunkt der Umstellung nicht anwendbar sein sollen. Auf § 275 Absatz 5 wird in § 282 Absatz 3 Satz 3 verwiesen, die übrigen für die MDK bereits vorab anwendbaren Vorschriften tangieren die Aufgabenwahrnehmung des MDS nicht. In § 275c sind unter anderem die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung geregelt, die in reformierter Form sofort anwendbar sein sollen. In § 281 Absatz 2 Satz 5 wird die Genehmigungspflicht des Haushaltsplanes geregelt, die bereits für den MDS gelten soll.

Satz 3 regelt, dass auch die Erlasskompetenz für die Richtlinien über die Prüfungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d (§ 283 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) und zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die dem MD übertragenen Aufgaben (§ 283 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4) bereits mit Inkrafttreten dieses Gesetzes anwendbar ist.

Nach Satz 3 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 30. April 2020 zu erlassen. Dies dient einer zeitlichen Beschleunigung der Regelung der Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch die MD, die für eine zügige Entlastung der MD notwendig ist. Die Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 soll ebenfalls zeitnah erlassen werden, um zügig eine Grundlage für eine aufgabenbezogene Personalplanung zu legen. Da der MD Bund zu diesem Zeitpunkt noch nicht konstituiert ist, werden die Richtlinien vom MDS erlassen.

Nach Satz 4 unterliegen diese Richtlinien jedoch bereits der Genehmigungspflicht durch das BMG.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht für die bestehenden Verwaltungsräte der MDK, deren Amtszeit regelmäßig vor dem Umstellungszeitpunkt endet, eine Verlängerung der Amtszeit bis zu diesem Zeitpunkt vor. Dies vermeidet den unrentablen Aufwand von Neuwahlen für einen Zeitraum von ungefähr einem halben Jahr.

Zu § 328

§ 328 regelt die Umwandlung der einzelnen MDK in MD und des MDS in den MD Bund.

Die MD werden in einem Zeitraum von rund einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes neu konstituiert, die Neukonstituierung des MD Bund erfolgt innerhalb von ca. anderthalb Jahren. Der Zeitpunkt der Vollendung der Neukonstituierung ist in § 328 Absatz 1 Satz 4 definiert als Ablauf des Monats nach Genehmigung der neuen Satzung und wird von der zuständigen Behörde öffentlich bekannt gemacht. § 328 Absatz 5 Satz 5 verweist für den MD Bund auf diese Regelung.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die Phase der Neukonstituierung der MD.

In Satz 1 wird die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes verpflichtet bis zum 30. Juni 2020 die Vertreter des jeweiligen Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 5 Satz 1 nach den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 5 und 6 zu benennen. Die jeweiligen Vorschläge der vorschlagsberechtigten Gruppen sind der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes entsprechend vorher mitzuteilen.

Satz 1 verpflichtet die Verwaltungsräte bzw. Vertreterversammlungen der Krankenkassen beziehungsweise deren Verbände nach § 279 Absatz 4 Satz 1, ihre Vertreter bis zu diesem Zeitpunkt gemäß den Regeln des § 279 Absatz 3, 4 und 6 zu wählen.

Satz 2 bestimmt, dass der so besetzte Verwaltungsrat bis zum 30. September 2020 eine Satzung zu beschließen hat. Da die Verwaltungsräte hier auf bereits bestehende Satzungen zurückgreifen können, ist diese Frist angemessen.

Satz 3 verpflichtet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, über die Genehmigung der beschlossenen Satzung bis zum 31. Dezember 2020 zu entscheiden und den Zeitpunkt der Genehmigung öffentlich bekannt zu machen.

Satz 4 verpflichtet sie, den Zeitpunkt der Genehmigung sowie den Zeitpunkt des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung öffentlich bekannt zu machen. Dies ist der Zeitpunkt, mit dem die Umwandlung der MD soweit abgeschlossen ist, dass sie ihre Aufgaben wahrnehmen können. Der Zeitpunkt des Ablaufs des Monats wurde als der zentrale Zeitpunkt gewählt, an dem die MD nach dem neuen Regelungsregime ihre Aufgaben aufnehmen und alle weiteren in diesem Paragraphen geregelten organisationsrechtlichen Wirkungen eintreten. Dies sorgt für einen gewissen Vorlauf, sodass die Bekanntmachung vor dem Eintritt der Rechtsfolgen erfolgen kann und die betroffenen Stellen die Möglichkeit der vorherigen Kenntnisnahme haben. Dies führt zu einer größeren Rechtssicherheit. Der Zeitpunkt kann für jeden MD unterschiedlich ausfallen, was aufgrund der örtlich abgegrenzten Zuständigkeitsbereiche der MD nicht zu Problemen führt. Die Wahl des Ablaufs des Monats nach Genehmigung führt aber auch hier zu einer besseren Übersicht, welche MD zu welchem Zeitpunkt die Umwandlung vollendet haben. Die öffentliche Bekanntmachung schafft die für diese Rechtsfolgen notwendige Publizität. Sie hat den Inhalt, dass der betreffende MD ab dem jeweiligen Datum – bei MD nach Absatz 2 als Körperschaft des öffentlichen Rechts – die Aufgaben des MD nach dem neuen Recht wahrnimmt.

Satz 5 regelt, dass die oder der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des jeweiligen MDK die benannten Mitglieder zur konstituierenden Sitzung des MD einlädt und das Nähere regelt. Da der Verwaltungsrat des MD noch keinen eigenen Vorsitz gewählt hat, der diese Aufgabe übernehmen könnte, wird einmalig auf die vorhandene Kompetenz der oder des amtierenden Vorsitzenden des entsprechenden MDK zurückgegriffen. Nach Satz 6 hat jedoch in der konstituierenden Sitzung die Wahl der oder des neuen Vorsitzenden und der oder des stellvertretenden Vorsitzenden zu erfolgen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Rechtsformwechsel der MDK, die als eingetragene Vereine organisiert sind. Dieser tritt gemäß Satz 1 in dem Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 ein, da die MD in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Genehmigung der Satzung handlungsfähig werden und ein Übergang der Aufgaben auf diese neue juristische Person ab diesem Zeitpunkt sachgerecht ist. Nach Satz 2 erlöschen die eingetragenen Vereine mit Wirkung zum Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4.

Zu Absatz 3

Satz 1 regelt den Übergang der Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine auf die neuen Körperschaften des öffentlichen Rechts in dem jeweiligen Bezirk. Dies umfasst auch das Vermögen der MDK. Satz 2 regelt den Übergang der Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse und Satz 3 verbietet die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen aufgrund des Rechtsformwechsels bis zum 30. Juni 2022. Eine solche zeitliche Verschlechterungssperre entspricht technisch der Regelung des § 613a Absatz 1 BGB und bietet einen umfassenden und justiziablen Schutz für die Zeit, in der Umstrukturierungen infolge des Übergangs typischerweise zu erwarten sind. Die Wirkung der Sätze 1 und 2 tritt jeweils im Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 ein, da die Körperschaften des öffentlichen Rechts mit diesem Zeitpunkt handlungsfähig sind. Satz 4 verbietet bis zum 30. Juni 2022 die Kündigung aus anderen als in der Person oder dem Verhalten des Arbeitnehmers begründeten wichtigen Gründen. Es sind also nur außerordentliche personen- oder verhaltensbedingte Kündigungen möglich, ordentliche – auch personen- oder verhaltensbedingte – oder außerordentliche betriebsbedingte Kündigungen sind in diesem Zeitraum ausgeschlossen. Nach Satz 5 gelten die bestehenden Tarifverträge fort. Die Sätze 6 bis 8 regeln, dass der Betriebsrat ab dem Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 4 ein Übergangsmandat erhält und als Personalrat nach dem Personalvertretungsrecht fungiert. Er bestellt unverzüglich den Wahlvorstand zur Einleitung der Personalratswahl. Das Übergangsmandat endet, sobald das Wahlergebnis für den neuen Personalrat bekannt gegeben wurde, spätestens jedoch nach 12 Monaten. Hierdurch wird ein rascher organisatorischer Übergang gewährleistet und sichergestellt, dass zu jedem Zeitpunkt eine Vertretung der Arbeitnehmer besteht. Die Betriebsräte erhalten so die Gelegenheit, die Bildung eines Personalrates in die Wege zu leiten. Gemäß Satz 13 gelten die Regelungen zum Betriebsrat auch für die Jugend- und Auszubildendenvertretung, deren Neuwahl der Betriebsrat einzuleiten hat. Nach Satz 9 gelten auch bestehenden Betriebsvereinbarungen längstens für einen Zeitraum von 12 Monaten übergangsweise als Dienstvereinbarungen fort, bis sie durch neue Vereinbarungen ersetzt werden, um die reibungslose Fortführung der dort geregelten Abläufe sicherzustellen. Gemäß den Sätzen 10 und 11 findet auf zum Übergangszeitpunkt bereits förmlich eingeleitete Beteiligungsverfahren sowie Verfahren vor Einigungsstellen und Arbeitsgerichten das Betriebsverfassungsgesetz sinngemäß Anwendung, um laufende Verfahren nicht zu beeinträchtigen. Dies führt insgesamt zu einem hohen Schutzniveau für die bei den bisherigen MDK Beschäftigten, die aufgrund des Rechtsformwechsels keine Nachteile erleiden sollen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt den Fortbestand der Diensttherrenfähigkeit für die MD, die bereits als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Diensttherrenfähigkeit nach § 278 Absatz 1 Satz 2 in der bisherigen Fassung in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes organisiert sind. Der Grund für die Errichtung dieser MDK als Körperschaften des öffentlichen Rechts und die Übertragung der Diensttherrenfähigkeit auf diese war seinerzeit die Notwendigkeit, das von den Vertrauensärztlichen Diensten übernommene verbeamtete Personal weiter entsprechend besolden und versorgen zu können. Nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 3 des Gesundheits-Reformgesetzes sollen sowohl die Diensttherrenfähigkeit als auch der Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts in dem Zeitpunkt wegfallen, in dem eine Besoldung und Versorgung nicht mehr notwendig sind. Da nach dem neuen § 278 Absatz 1 die MD zeitlich unbegrenzt Körperschaften des öffentlichen Rechts sein sollen, regelt Absatz 4 Satz 1, dass nur noch die Diensttherrenfähigkeit entfallen soll, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht mehr besteht. Nach Satz 2 macht die Aufsichtsbehörde den Zeitpunkt des Wegfalls der Diensttherrenfähigkeit öffentlich bekannt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 bestimmt den Rechtsformwechsel des MDS und das entsprechende Verfahren. Satz 1 regelt, dass der MD Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Stelle des MDS tritt, der als eingetragener Verein organisiert ist. Satz 2 verpflichtet die Verwaltungsräte der MD, bis zum 30. September 2020 die Vertreter des

Verwaltungsrates des MD Bund zu wählen. Die Wahl erfolgt gemäß § 282 Absatz 2 Satz 2 getrennt nach Vertretergruppen und auf Vorschlag der jeweils wahlberechtigten Gruppen. Nach Satz 3 obliegen die Leitung der Wahl und die Regelung des Näheren dem amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates des MDS. Da die Strukturen des MD Bund noch nicht bestehen und der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des MDS die nötige Sachkunde und den organisatorischen Unterbau zur Organisation und Leitung der Wahl besitzt, soll dieser zur ersten Wahl einladen, diese leiten und organisieren. Bereits in der ersten konstituierenden Sitzung des neuen Verwaltungsrates sind aber nach Satz 4 eine neue Vorsitzende oder ein neuer Vorsitzender und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen, um einen zügigen Übergang zu gewährleisten.

Satz 5 erklärt Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 und 3 für anwendbar und bezieht sich damit auf die Übergangsregelungen für die MDK, die auch als eingetragene Vereine organisiert sind. Die Frist des Absatz 3 Satz 2 für den Beschluss einer Satzung soll allerdings bis zum 31. März 2021 laufen und damit statt drei Monaten sechs Monate betragen. Begründet ist dies in den umfangreichen Neuregelungen für den MD Bund, unter anderem der neuen Zuständigkeit für den Erlass der Richtlinien nach § 283 Absatz 2. Diese erfordern auch nicht unwesentliche Neuregelungen in der Satzung des MD Bund, für die nicht auf die Satzung des MDS zurückgegriffen werden kann. Nach Absatz 1 Satz 3 und 4 hat das BMG über die Genehmigung der Satzung bis zum 30. Juni 2021 zu entscheiden und den Zeitpunkt des Ablaufs des Monats nach erteilter Genehmigung öffentlich bekannt zu machen. Nach Absatz 2 findet in diesem Zeitpunkt der Rechtsformwechsel statt; bis dahin besteht der MDS als eingetragener Verein fort und erfüllt seine Aufgaben nach § 327 Absatz 2 Satz 1. Nach Absatz 3 gehen in diesem Zeitpunkt auch die Rechte und Pflichten, das Vermögen und die Arbeitsverhältnisse auf den MD Bund über. Die Arbeitsverhältnisse dürfen bis zum 30. Juni 2022 nur aus personen- oder verhaltensbedingten wichtigen Gründen gekündigt werden; die Tarifverträge bestehen fort. Der Betriebsrat erhält ein Übergangsmandat. Die Betriebsvereinbarungen bestehen höchstens 12 Monate fort, bis sie durch Dienstvereinbarungen ersetzt wurden.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit dem Beginn des verpflichtenden elektronischen Meldeverfahrens für Hochschulen und Krankenkassen ab 1. Januar 2022 können die nur für die Übergangszeit relevanten Regelungen zu den Meldungen in Textform entfallen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 17b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung erhält das InEK die Befugnis, auf Grund des Konzepts für eine repräsentative Kalkulation die Krankenhäuser für die Teilnahme an der Kalkulation verbindlich zu bestimmen. Diese vom InEK bestimmten Krankenhäuser sind verpflichtet, ihm die für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten zu übermitteln. Dies gilt nicht nur für die Übermittlung der Daten, die nach dem Inkrafttreten generiert werden; Gegenstand dieser Verpflichtung können auch Daten aus der Zeit vor dem Inkrafttreten dieser Änderung sein, sofern das InEK diese Daten für die Kalkulation benötigt. Die Befugnis, Krankenhäuser zur Datenübermittlung zu verpflichten, war bisher den Vertragsparteien vorbehalten. Da sich die Verpflichtung zur Datenübermittlung nunmehr unmittelbar aus dem Gesetz ergibt, ist die bisherige Befugnisnorm für die Vertragsparteien nach Satz 5 entbehrlich. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation durch das InEK haben keine aufschiebende Wirkung.

Zu Nummer 2 (§ 17c)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Verortung der Regelungen zum Schlichtungsausschuss auf Bundesebene in § 19 – neu – und der gleichzeitigen Aufnahme von Regelungen zu einer Statistik, die vom GKV-Spitzenverband zu erstellen ist (vgl. Absatz 6 – neu –).

Zu Buchstabe b**Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorgaben zur Prüfung der Rechnungen von Krankenhäusern durch den MD in § 275c SGB V.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Neufassung des Satzes 2 erster Halbsatz erfolgt die Ergänzung eines Vereinbarungsauftrages an die DKG und den GKV-Spitzenverband zur ausschließlich elektronischen Übermittlung sowie zur Form und zum Inhalt aller zwischen den Krankenhäusern und den MD auszutauschenden Unterlagen. Hierzu gehören unter anderem Prüfanzeigen, Anforderungsnachrichten, Behandlungsunterlagen und Quittungsvorgänge.

Zum einen wird im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung vorgegeben, dass ab dem 1. Januar 2021 die zu übermittelnden Unterlagen ausschließlich auf elektronischem Wege zwischen den Krankenhäusern und dem MD ausgetauscht werden. Darüber hinaus sind zur Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens auch Vorgaben zu Inhalten und Formaten der zu übermittelnden Unterlagen zu vereinbaren. Diese Vorgaben sind so auszugestalten, dass eine sachgerechte Prüfung durch die MD ermöglicht wird und zugleich vermieden wird, dass durch die Übermittlung von unnötig umfangreichen und unsortierten Unterlagen der Prüfaufwand erhöht wird. Die zu übermittelnden Unterlagen sollen zur Erleichterung der Prüfung so ausgestaltet sein, dass sie bei einem angemessenen Umfang vollständig sind und den zu prüfenden Behandlungsfall nachvollziehbar abbilden.

Darüber hinaus wird die Änderung genutzt, um die Regelung durch eine Nummerierung redaktionell übersichtlicher zu gestalten.

Da die MD wesentlich von der nach Satz 2 Nummer 2 zu treffenden Vereinbarung betroffen sind und deren Umsetzung vollziehen, wird im neuen Satz 3 die Beteiligung des MD Bund bei dieser Vereinbarung vorgesehen.

Die Regelung des neuen Satzes 4 sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG spätestens bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der bereits geschlossenen Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2 zu vereinbaren haben. Die gemeinsamen Umsetzungshinweise haben die bisherigen getrennten Umsetzungshinweise von GKV-Spitzenverband und DKG zu ersetzen, um bestehende Auslegungsspielräume zu tilgen. Nachdem die gemeinsamen Umsetzungshinweise vereinbart wurden, gelten sie als Bestandteil der Prüfverfahrensvereinbarung. Da die gemeinsamen Umsetzungshinweise zur Prüfverfahrensvereinbarung im Rahmen der etablierten Prozesse und regelmäßig stattfindenden Arbeitskreise besprochen und vereinbart werden, entsteht für die Vertragsparteien auf Bundesebene dadurch kein Mehraufwand.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Regelung ist sichergestellt, dass eine Entscheidung über die Umsetzungshinweise nach dem neuen Satz 4 von der Schiedsstelle getroffen wird, wenn sich der GKV-Spitzenverband und die DKG nicht entsprechend einigen können.

Zu Buchstabe c

Bisher haben Krankenhäuser nach Rechnungsstellung, während einer Prüfung durch den MD sowie teilweise noch nach Einleitung eines Gerichtsverfahrens ihre Rechnung, zum Teil mehrfach, korrigiert. Dies erschwert eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht. Zur Erleichterung und Beschleunigung dieser Verfahren werden Korrekturen von Krankenhausrechnungen durch Absatz 2a grundsätzlich ausgeschlossen. Sofern die Prüfung durch den MD ergibt, dass die Rechnung des Krankenhauses zu niedrig oder überhöht war, kann das Krankenhaus die Rechnung jedoch korrigieren. Dies dient der Umsetzung des Prüfergebnisses des MD, das andernfalls unberücksichtigt bleiben müsste. Gleiches gilt, wenn ein rechtskräftiges Urteil eine Korrektur der Abrechnung erforderlich macht. Darüber hinaus werden nach Abschluss einer Prüfung weitere anschließende Prüfungen durch die Krankenkassen oder den MD ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 können die Vertragsparteien abweichende Regelungen im Hinblick auf die Zulässigkeit von Rechnungskorrekturen sowie die Durchführung weiterer Prüfungen der Krankenhausabrechnung treffen.

Mit dem Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, wird durch Absatz 2b Satz 1 die Erhebung einer Klage auf gerichtliche Überprüfung der erfolgten Abrechnung jedoch künftig an die vorherige Durchführung einer einzelfallbezo-

genen Erörterung geknüpft und wird somit zur Zulässigkeitsvoraussetzung der Klage. Im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung sollen alle Einwendungen gegen die Krankenhausabrechnung und gegen das Prüfergebnis des MD erörtert und nach Möglichkeit einvernehmlich erledigt werden. Im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung haben die Krankenkassen und Krankenhäuser, wie auch bereits bislang, die Möglichkeit, ihre Auffassungsunterschiede über die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung durch Abschluss eines Vergleichsvertrags zu bereinigen. Da die einzelfallbezogene Erörterung bereits vor Beauftragung des MD durch die Krankenkasse erfolgen kann, kann durch eine im Rahmen der Erörterung erzielte Einigung eine Beauftragung des MD entbehrlich werden. Im Anschluss an die MD-Prüfung kann durch eine Einigung über die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung ein gerichtliches Streitverfahren vermieden werden. Satz 3 ermächtigt die Krankenhäuser klarstellend zur Verarbeitung personenbezogener und einrichtungsbezogener Daten im für die Durchführung der einzelfallbezogenen Erörterung erforderlichen Umfang. Die entsprechende Befugnis ergibt sich für die Krankenkassen bereits aus § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 8 SGB V. In der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG geschlossenen Prüfverfahrensvereinbarung gemäß § 17c Absatz 2 KHG in der Fassung vom 03.02.2016 ist zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bislang in § 5 ein freiwilliges Vorverfahren sowie in § 9 ein freiwilliges Nachverfahren vorgesehen. An der Freiwilligkeit dieser Verfahren im Sinne des § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 – neu – wird neben der Regelung zur einzelfallbezogenen Erörterung festgehalten.

Löschungsregelungen ergeben sich aus Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe c und d und Artikel 17 Verordnung (EU) 2016/679 sowie für die Krankenhäuser ggf. aus Landeskrankenhausesetzen, wobei für die Behandlungsdokumentation auch zivilrechtliche und berufsrechtliche Vorgaben zu beachten sind, und für die Krankenkassen zusätzlich aus § 304 SGB V. Bei den zu erörternden personenbezogenen Daten handelt es sich um administrative Daten oder Behandlungsdaten, die das Krankenhaus z. B. für die Abrechnung mit den Krankenkassen oder für die Behandlungsdokumentation verarbeitet. Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist hier erforderlich, da die Erörterung eines konkreten strittigen Abrechnungsfalles zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nur möglich ist, wenn auch personenbezogene Daten des zu erörternden Einzelfalls durch die Krankenhäuser verarbeitet, also im Rahmen der Fallerörterung aufbereitet, vorgelegt oder an die Krankenkassen übermittelt werden dürfen.

Zu Buchstabe d

Die Regelungen zum Schlichtungsausschuss auf Bundesebene werden in § 19 – neu – verortet. Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Da die bisher in Absatz 3 enthaltenen Regelungen zum Schlichtungsausschuss auf Bundesebene in § 19 – neu – verortet werden, wird auch die bisherige Absatzzählung angepasst.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorgaben zur Prüfung der Rechnungen von Krankenhäusern durch den MD in § 275c SGB V.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der geänderten Satzzählung in Absatz 2. Darüber hinaus werden die bisher in Absatz 4b enthaltenen Regelungen, dass bei einer ausstehenden Entscheidung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene die Bundesschiedsstelle entscheidet, gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene der Sozialrechtsweg gegeben ist, ein Vorverfahren nicht stattfindet und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat, in § 19 Absatz 7 – neu – verortet.

Zu Buchstabe h

Zu Doppelbuchstabe aa

Auf die Anordnung der Schriftform zur Erteilung der Einwilligung kann verzichtet werden. Der Versicherte muss in diesem Fall nicht vor einer unbedachten Erklärung besonders gewarnt werden, da die Datenübermittlung nach § 301 Absatz 2a SGB V (Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades von dem privaten Krankenversicherungsunternehmen an das Krankenhaus), in die er mit Abgabe der Erklärung einwilligt, auch der Durchführung der Direktabrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen dient.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Streichung der Regelung zum Widerruf der Einwilligung erfolgt, da sich das Widerrufsrecht unmittelbar aus Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2016/679 ergibt. Durch die Streichung ergeben sich keine Einschränkungen der Rechte der betroffenen Person. Diese kann ihre Einwilligung weiterhin jederzeit widerrufen.

Zu Buchstabe i**Zu Absatz 6 – neu –**

Zur Schaffung von Transparenz über das Prüfgeschehen in der Krankenhausabrechnungsprüfung wird der GKV-Spitzenverband über die quartalsbezogenen Auswertungen nach § 275c Absatz 4 SGB V hinaus verpflichtet, eine jährliche Statistik zu führen. Dazu hat er jährlich bis zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2020, eine Statistik für das jeweilige Vorjahr unter anderem zu den folgenden Sachverhalten zu erstellen und zu veröffentlichen:

- Nach Nummer 1 hat der GKV-Spitzenverband die vierteljährlich aufbereiteten Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V für das zurückliegende Gesamtjahr auszuweisen.
- Der GKV-Spitzenverband hat nach Nummer 2 in seiner Statistik die Anzahl und die Ergebnisse der durchgeführten Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MD entsprechend des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 3 auszuweisen. Den Ergebnissen soll zu entnehmen sein, ob die abgeschlossenen Verfahren zugunsten der Kostenträger oder der Krankenhäuser ausgefallen sind. Wenn das Ergebnis zugunsten der Kostenträger ausfällt, hat das Krankenhaus eine Rückzahlung an das Krankenhaus zu leisten. Der GKV-Spitzenverband hat in der jährlichen Statistik auch die Höhe der im Durchschnitt geleisteten Rückzahlungsbeträge in Euro auszuweisen. Unter dem Rückzahlungsbetrag ist die Differenz zwischen dem ursprünglichen Abrechnungsbetrag und dem Abrechnungsbetrag nach Abschluss des Verfahrens zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zu verstehen.
- Auf Basis der eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung entsprechend des Verfahrens nach § 275c Absatz 1 SGB V sind nach Nummer 3 die Prüfanlässe nach Art und Anzahl auszuwerten. Sie sollen auch in Form von Anteilen an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung ausgewiesen werden.
- Nummer 4 legt fest, dass die Ergebnisse der Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V auszuweisen sind. Daraus müssen die Quoten der jeweils zugunsten der Kostenträger und der Krankenhäuser entschiedenen Prüfungen hervorgehen. Bei einer Prüfung, die zugunsten der Kostenträger ausfällt, hat das Krankenhaus die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag an die Krankenkasse zu zahlen. Über alle zurückgezahlten Differenzbeträge hat der GKV-Spitzenverband einen Durchschnitt zu bilden und auszuweisen. Daneben ist die durchschnittlich von den Krankenhäusern zu zahlende Höhe der Aufschläge nach § 275c Absatz 3 SGB V vom GKV-Spitzenverband zu ermitteln und zu veröffentlichen.
- Laut Nummer 5 ist in der Statistik die jeweilige Anzahl der durchgeführten Nachverfahren nach der Vereinbarung gemäß Absatz 2 (§ 9 der Prüfverfahrensvereinbarung gemäß § 17c Absatz 2 KHG in der Fassung vom 03.02.2016) und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b KHG aufzunehmen. Neben der Anzahl sind die jeweiligen erzielten Ergebnisse in aggregierter Form auszuweisen. Die absolute Anzahl an durchgeführten Nachverfahren und an einzelfallbezogenen Erörterungen soll jeweils als Anteil an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung ausgewiesen werden.
- Gemäß § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V kann unter bestimmten Voraussetzungen auch nach Erreichen der zulässigen Prüfquote eine Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet werden. Nummer 6 legt fest, dass in der jährlichen Statistik die Anzahl und die Gründe der dafür nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 gemeinsam gegenüber den für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörden eingereichten Anzeigen ausgewiesen werden sollen.
- Nach Nummer 7 sind auch Daten zu den Prüfungen nach § 275d SGB V (Strukturprüfungen) auszuweisen. Die Daten sind regelhaft nach der Anzahl der jeweiligen Prüfungen und den Ergebnissen zu gliedern.

Satz 2 legt fest, dass die in Satz 1 genannten Sachverhalte bundesweit und nach einzelnen MD zu gliedern sind.

Die Krankenkassen sind nach Satz 3 verpflichtet, für Zwecke der Statistik nach Satz 1 die entsprechenden Daten ohne Versichertenbezug bis zum 30. April des Folgejahres an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

In Satz 4 wird klargestellt, dass die Statistiken für die Jahre 2019 und 2020 nicht alle in Satz 1 genannten Sachverhalte umfassen können, da verschiedene Daten erst zu späteren Zeitpunkten erfasst werden und vorliegen. Daher wird bei der ersten Datenlieferung zum 30. April 2020 für die Statistik für das Jahr 2019 auf eine Übermittlung und Aufbereitung der in Satz 1 Nummer 1 benannten Daten der vierteljährlichen Auswertungen nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V, auf die Ausweisung der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V sowie auf die Auswertung der Prüfungen nach § 275d SGB V verzichtet. Der zweite Halbsatz stellt klar, dass auch in der Statistik für das Gesamtjahr 2020 noch nicht alle Daten vorliegen und auf die Informationen nach Satz 1 Nummer 7, die in Zusammenhang mit der zukünftigen Durchführung der Strukturprüfungen vorliegen, verzichtet wird. Auch eine Übermittlung und Ausweisung der in Satz 1 Nummer 4 erwähnten, durchschnittlichen Höhe der Aufschläge erübrigt sich für die Jahre 2019 und 2020. Zum 30. April 2021 liegen allerdings bereits die Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V für das zweite Halbjahr 2020 vor, so dass diese Informationen in der Jahresstatistik aufzubereiten sind. Zum 30. April 2022 sind die Daten nach Satz 1 für das Jahr 2021 ohne Einschränkungen zu übermitteln und in der Statistik zu veröffentlichen.

Nach Satz 5 legt der GKV-Spitzenverband die näheren Einzelheiten zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie zu den Konsequenzen bei nicht fristgerechter oder fehlender Lieferung fest. Diese Festlegungen hat er bis zum 31. März 2020 zu treffen. Bei der Festlegung der näheren Einzelheiten sind auch die konkreten Aggregationsstufen für die Veröffentlichung der Daten vom GKV-Spitzenverband festzulegen. Jenseits der ausdrücklichen gesetzlichen Vorgaben hat er für die Veröffentlichung unter Berücksichtigung einer sinnvollen und leistbaren Differenzierung dem bestehenden nachhaltigen Bedarf für mehr Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen Rechnung zu tragen und relevante krankenhausbezogene Unterschiede in der Qualität der Abrechnung wie auch Unterschiede im Prüfungsverhalten offen zu legen.

Satz 6 gibt vor, dass der GKV-Spitzenverband für die von ihm nach Satz 5 zu treffenden näheren Einzelheiten für die Datenaufbereitung und -veröffentlichung die Stellungnahmen der DKG und der Medizinischen Dienste einzubeziehen hat.

Zu Absatz 7 – neu –

Nach dem neuen Absatz 7 Satz 1 legen der GKV-Spitzenverband und die DKG dem BMG bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung in dem neuen gestuften Prüfsystem nach § 275c Absatz 1 bis 4 SGB V, der Strukturprüfung nach § 275d SGB V, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses Bund nach § 19 sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationärsersetzender Eingriffe zu untersuchen. Nach Satz 3 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. Die ersten Anwendungserfahrungen mit den verschiedenen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen und deren Auswirkungen sollen möglichst zeitnah evaluiert werden, um potenziellen Anpassungsbedarf frühzeitig offenzulegen. Mit der Erstellung des Berichtes und mit der Analyse von Teilaspekten für den Bericht haben GKV-Spitzenverband und DKG gemeinsam fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.

Zu Nummer 3 (§ 19 – neu –)

Der Gesetzgeber hat die DKG und den GKV-Spitzenverband verpflichtet, im Jahr 2013 einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene einzurichten, der Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung verbindlich klärt. In seiner bisherigen Amtszeit hat der Schlichtungsausschuss jedoch lediglich einen Beschluss gefasst. Obwohl Einigkeit unter den Beteiligten besteht, dass es dringend einer Klärung einer Vielzahl von bekannten und bereits fachlich diskutierten Fragen durch den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene bedarf, haben die anrufungsberechtigten Verbände keine Anträge gestellt. Daher werden nunmehr verschiedene Regelungen vorgegeben mit dem Ziel, zu einer Vielzahl von Streitfragen bei Kodier- und Abrechnungsthemen von grundsätzlicher Bedeutung endlich Entscheidungen herbeizuführen und somit die Abrechnungs- und Prüfpraxis perspektivisch zu entlasten.

Die Regelungen für den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene waren bislang Gegenstand des § 17c Absatz 3. Sie werden nunmehr in § 19 – neu – überführt und weiterentwickelt.

Zu Absatz 1

Bereits heute ist der Verband der Privaten Krankenversicherung im Schlichtungsausschuss auf Bundesebene durch ein von ihm bestelltes Mitglied vertreten. Grundlage hierfür ist eine zwischen den bisherigen Ausschussmitgliedern erfolgte Verständigung. Dieser Sachverhalt wird insofern nachvollzogen als der Verband der Privaten Krankenversicherung nunmehr auch auf gesetzlicher Grundlage als den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene bildendes Mitglied benannt wird, das auf die Zahl der Mitglieder der Kostenträger angerechnet wird. Im Übrigen entsprechen Satz 1 und 2 den Regelungen des bisherigen § 17c Absatz 3 Satz 1.

Satz 3 übernimmt im Wesentlichen die bisherigen Regelungen des bisherigen § 17c Absatz 3 Satz 6 zur Bildung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene inhaltsgleich und korrigiert einen fehlerhaften Verweis. Dadurch wird, entsprechend einer früheren Fassung der Vorschrift, vorgegeben, dass bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus zu berücksichtigen sind. Die bisher in § 17c Absatz 3 Satz 8 enthaltene Regelung, dass bei Nichteinigung auf die unparteiischen Mitglieder diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen werden, bleibt durch den Verweis auf § 18a Absatz 6 Satz 5 bestehen.

Satz 4 entspricht inhaltsgleich der Regelung des bisherigen § 17c Absatz 3 Satz 7.

Satz 5 schafft durch die künftige Einrichtung der Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses die Voraussetzungen für eine Professionalisierung und Verstetigung der erforderlichen Entscheidungsfindungsprozesse. Eine hauptamtliche und hinreichend besetzte Geschäftsstelle ist insbesondere notwendig, um ausstehende Klärungen durch den Schlichtungsausschuss kontinuierlich und sachgerecht vorzubereiten und eine Entscheidungsfindung innerhalb der vorgesehenen Zeiträume zu ermöglichen. Die Geschäftsstelle ist für den laufenden Betrieb des Schlichtungsausschusses verantwortlich und muss hierfür mit einer dauerhaft arbeitsfähigen Infrastruktur und Personalausstattung in die Lage versetzt werden. Nach Satz 6 wird die Geschäftsstelle vom InEK geführt. Zu diesem Zweck erlässt das InEK eine Geschäftsordnung für die Geschäftsstelle. Durch die Geschäftsordnung wird insbesondere das Nähere zur Antragstellung und zur Abarbeitung der Anträge festgelegt. Die Kosten der Geschäftsstelle sind nach Satz 7 über den DRG-Systemzuschlag zu decken. Der DRG-Systemzuschlag ist so rechtzeitig zu erhöhen, dass die von der Geschäftsstelle zu leistenden Aufgaben umfassend ab Beginn des Jahres 2020 gewährleistet werden können. Kosten des Schlichtungsausschusses sind sowohl die Kosten für das Personal einschließlich der Aufwendungen für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder als auch die allgemeinen Verfahrenskosten und für den Aufwand von Sachverständigen. Der DRG-Systemzuschlag ist hierfür entsprechend zu erhöhen.

Nach Satz 8 vereinbaren der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die DKG – wie bisher auch schon – das Nähere über die Bildung und die Arbeitsweise des Schlichtungsausschusses. Ausgenommen von dieser Vereinbarungsbefugnis sind die Regelungen über die Geschäftsführung und die Verteilung der Kosten, die nunmehr gesetzlich vorgegeben werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht inhaltsgleich dem bisherigen § 17c Absatz 3 Satz 2.

Zu Absatz 3

Mit Absatz 3 Satz 1 wird der Kreis derjenigen erweitert, die den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene anrufen dürfen. Neben dem GKV-Spitzenverband, der DKG sowie den Krankenhaus- und Krankenkassenverbänden auf Landesebene können zukünftig auch der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie einzelne Krankenhäuser und Krankenkassen den Schlichtungsausschuss anrufen. Anrufungsberechtigt werden zudem auch die einzelnen MD sowie die mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, z. B. die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling. Daneben erhalten auch das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses ein Anrufungsrecht. Die Einräumung weiterer Anrufungsrechte durch die Vertragsparteien, wie bislang vorgesehen, ist durch die Regelung somit verzichtbar.

Zu Absatz 4

Um eine zeitnahe Entscheidung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene sicherzustellen, wird für die Entscheidung mit Absatz 4 eine Frist von acht Wochen ab Anrufung des Schlichtungsausschusses vorgesehen. Bei der Entscheidung des Schlichtungsausschusses sind wie bisher die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des DIMDI zu berücksichtigen.

Durch Satz 3 wird gewährleistet, dass Entscheidungen nur für die Zukunft gelten. Es wird daher geregelt, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nur für alle Krankenhausabrechnungen gelten, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats gestellt werden, sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung des MD sind. Demgegenüber dürfen unstrittige, bereits bezahlte Krankenhausabrechnungen nicht nachträglich auf der Grundlage einer Entscheidung des Schlichtungsausschusses vom Krankenhaus neu gestellt oder vom Kostenträger gekürzt werden. Hierdurch wird der für alle Beteiligten ansonsten entstehende Verwaltungsaufwand vermieden, wenn bereits gestellte und einvernehmlich gezahlte Krankenhausabrechnungen nachträglich geändert werden. Zudem soll vermieden werden, dass der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene aus Sorge vor Verwerfungen für die Vergangenheit nicht angerufen wird und insoweit die Klärung strittiger Sachverhalte unterbleibt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 beauftragt den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene mit der Klärung strittiger Kodierempfehlungen. Bereits in der Vergangenheit haben die Sozialmedizinische Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der MDK-Gemeinschaft (die sogenannte SEG 4) und der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling, neben zahlreichen Übereinstimmungen, eine Reihe von strittigen Kodierempfehlungen festgestellt und auf den Internetseiten der MDK-Gemeinschaft und des FoKA veröffentlicht. Die bis zum 31. Dezember 2019 festgestellten strittigen Kodierempfehlungen sind vom Schlichtungsausschuss auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2020 zu entscheiden. Durch die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene kann die Zahl der Anlässe für Streitigkeiten und Prüfungen im Hinblick auf die richtige Kodierung schrittweise reduziert werden. Damit der Schlichtungsausschuss die ihm übertragenen Aufgaben sachgerecht und fristgerecht erledigen kann, müssen die Selbstverwaltungspartner die Arbeitsfähigkeit seiner Geschäftsstelle durch eine angemessene Ausstattung gewährleisten.

Zu Absatz 6

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene sind wie bisher zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den MD und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Verbindlichkeit gilt ab dem ersten Tag des übernächsten Monats, der auf die Entscheidung des Schlichtungsausschusses folgt. Hierdurch wird Krankenhäusern, Krankenkassen und MD ausreichend Zeit eingeräumt, sich auf die neuen Kodiervorgaben einzustellen. Darüber hinaus regelt die Ergänzung des zweiten Halbsatzes, dass Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene kraft Gesetzes als Kodierregeln gelten. Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene im Hinblick auf die Kodierung müssen daher nicht erst von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene in den Deutschen Kodierrichtlinien vereinbart werden, sondern gelten ab dem ersten Tag des übernächsten Monats der auf die Entscheidung des Schlichtungsausschusses folgt, für die Krankenhäuser und für die Krankenkassen als Kodierregeln für alle zukünftigen Krankenhausabrechnungen. Dabei liegt es in der Verantwortung der Vertragsparteien auf Bundesebene, die Entscheidungen durch Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien umzusetzen und eine geänderte Gesamtfassung der Deutschen Kodierrichtlinien zu gewährleisten.

Zu Absatz 7

Absatz 7 beinhaltet die bisher in § 17c Absatz 4b enthaltenen Regelungen, dass gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene der Sozialrechtsweg gegeben ist, ein Vorverfahren nicht stattfindet und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Darüber hinaus wird klargestellt, dass eine Klagebefugnis nur den unmittelbar von einer Entscheidung des Schlichtungsausschusses betroffenen Einrichtungen zukommt, das heißt, den Einrichtungen, die den Ausschuss zur Klärung einer strittigen Kodierfrage angerufen haben. Nur für diese Einrichtungen stellt die Entscheidung einen Verwaltungsakt dar, der mit einer Anfechtungsklage angegriffen werden kann. Das BMG ist von der durch die Anrufung des Schlichtungsausschusses vermittelten Klagebe-

fugnis ausgenommen, da für das BMG eine durch eine Entscheidung erlittene Verletzung eines Rechts beziehungsweise Betroffenheit eines eigenen Interesses an einer gerichtlichen Überprüfung einer Entscheidung nicht ersichtlich ist. Für die übrigen anrufungsberechtigten Einrichtungen ergibt sich lediglich eine mittelbare Betroffenheit insofern, als die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach Absatz 6 verbindlich sind. Diese Verbindlichkeit hat jedoch normativen Charakter, sodass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses insoweit einer Überprüfung im Wege einer Anfechtungsklage entzogen sind. Diese mittelbar betroffenen Einrichtungen können Entscheidungen des Schlichtungsausschusses im Rahmen einer konkreten Abrechnungsstreitigkeit inzident gerichtlich überprüfen lassen. Besteht eine solche Möglichkeit nicht, und ist auch ansonsten kein effektiver Rechtsschutz gegen eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gegeben, ist unter bestimmten Voraussetzungen eine gerichtliche Normenkontrolle im Rahmen einer Feststellungsklage nach § 55 Absatz 1 Nummer 1 SGG möglich.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung sind nach § 17 Absatz 2 SGB I von den zuständigen Leistungsträgern zu finanzieren, das heißt insbesondere von den Krankenkassen und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Derzeit erfolgt die Finanzierung dadurch, dass die Kosten des Einsatzes von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern in die Kostenkalkulation der Krankenhausentgelte einfließen. Hierdurch gehen zwar die durch den Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern entstehenden Kosten in die Kalkulation des pauschalierten Entgeltsystems ein. Die im Durchschnitt in den Fallpauschalen enthaltenen Beträge decken jedoch nicht die Kosten, die einem Krankenhaus im Einzelfall für den Einsatz einer Gebärdensprachdolmetscherin oder eines Gebärdensprachdolmetschers entstehen. Dies hat in der Vergangenheit vielfach zu Problemen hinsichtlich der Finanzierung der Kosten von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern und zu entsprechender Verunsicherung sowohl bei diesen als auch bei den Menschen mit Hörbehinderung geführt. Damit sich dies nicht nachteilig auf die Krankenhausbehandlung dieser Patientinnen und Patienten auswirkt, werden die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern aus den allgemeinen Krankenhausleistungen, zu denen grundsätzlich auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter gehören, ausgegliedert. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt daher künftig nicht mehr im Rahmen der Fallpauschalen. Vielmehr sind diese Kosten unmittelbar zwischen den Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern und den Leistungsträgern abzurechnen, ebenso wie dies derzeit schon im Rahmen der ambulanten Versorgung und bei den Menschen mit Hörbehinderung verwendeten akustisch-technischen Hilfen der Fall ist.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Die Regelung legt eine eng begrenzte Erweiterung der Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag fest. Aus Gründen der Gleichstellung werden künftig auch Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen. Die Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation bei Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung werden nach geltendem Recht überwiegend auf der Grundlage krankenhausesindividueller Entgelte vergütet, die ohnehin vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen sind. Dies betrifft neurologisch-neurochirurgische frührehabilitative Maßnahmen von mehr als 27 Tagen. Neurologisch-neurochirurgische frührehabilitative Maßnahmen bis 27 Tagen unterliegen demgegenüber bislang dem Fixkostendegressionsabschlag. Mit der Ausnahmeregelung wird somit auf die Problematik reagiert, dass derzeit die Frührehabilitation von Patientinnen oder Patienten mit Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung in Abhängigkeit von der Dauer einer neurologisch-neurochirurgischen frührehabilitativen Maßnahme teils dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegt. Die Gleichstellungsnotwendigkeit ergibt sich zudem aufgrund der bereits gesetzlich festgelegten Ausnahme von Leistungen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Polytraumata, die auch in diesem Zusammenhang erbrachte Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation umfassen. Die durch die Gleichstellung der Behandlung entstehenden Mehrausgaben dürften im niedrigen einstelligen Millionenbereich liegen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Mit dem PpSG wurde geregelt, dass Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ab dem Jahr 2020 durch krankenhausindividuelle Pflegebudgets und nicht mehr durch Fallpauschalen finanziert werden. Die auf der Basis der voraussichtlichen tatsächlichen Pflegepersonalkosten zu vereinbarenden Pflegebudgets umfassen den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms bis einschließlich zum Jahr 2019 vorgenommenen Neueinstellungen zusätzlicher Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sowie die Aufstockung entsprechender Teilzeitstellen führen insoweit zu einer Erhöhung des zu vereinbarenden Pflegebudgets. Eine separate Finanzierung von Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen durch das Pflegestellen-Förderprogramm ist daher nicht mehr erforderlich. Somit können Mittel aus dem Pflegestellen-Förderprogramm für das Jahr 2019 letztmalig in Anspruch genommen werden. Bereits mit dem PpSG wurde in § 6a Absatz 6 Satz 1 geregelt, dass die Summe der im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms krankenhausindividuell vereinbarten Mittel in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 aufgeht.

Zu Nummer 3 (§ 6)**Zu Buchstabe a**

Durch die Regelung wird das InEK als direkter Ansprechpartner für die Krankenkassen im Verfahren zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) definiert. Dies entspricht seit jeher der gängigen Verfahrenspraxis. Bislang sieht das geltende Recht jedoch vor, dass vor der Vereinbarung eines gesonderten NUB-Entgeltes eine Information von den Vertragsparteien nach § 9 darüber einzuholen ist, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Insoweit ist hier eine Klarstellung angezeigt. Die anschließende Information der Krankenkassen über ein vereinbartes Entgelt hat ebenfalls direkt an das InEK zu erfolgen.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird das InEK als direkter Empfänger der Informationen der Krankenkassen über gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 2a definiert. Dies entspricht seit jeher der gängigen Verfahrenspraxis.

Zu Nummer 4 (§ 6a)

Die Änderung gewährleistet, dass die für die Begutachtung durch den MD geltende Vorgabe des § 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V, wonach eine Prüfung der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten unzulässig ist und Prüfergebnisse nur soweit umgesetzt werden, als sie keine Rückwirkung auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben, für alle Kostenträger verbindlich ist. Damit gelten für alle Kostenträger die gleichen Rahmenbedingungen. Auch jenseits der gesetzlichen Krankenversicherung und dem MD können andere Kostenträger, zum Beispiel private Krankenversicherungsunternehmen, Prüfdienste nicht mit der Prüfung von tagesbezogenen Pflegeentgelten, zum Beispiel zur Prüfung einer primären und sekundären Fehlbelegung, beauftragen.

Zu Nummer 5 (§ 8)**Zu Buchstabe a**

Sofern eine Fehlbelegungsprüfung dazu führt, dass anstelle einer durchgeführten vollstationären Behandlung eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre, gewährleistet die Regelung, dass das behandelnde Krankenhaus für die von ihm erbrachten Leistungen zumindest eine Vergütung erhält, die bei einer vorstationären Behandlung, also bei einer Abklärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung, abrechenbar gewesen wäre. Mit der Regelung wird der bislang teils eintretende Sachverhalt vermieden, dass ein Krankenhaus trotz erbrachter Leistungen gar keine Vergütung erhält. Bestehende anderweitige Abrechnungsmöglichkeiten für die erbrachten Krankenhausleistungen, zum Beispiel im Rahmen einer ambulanten Operation nach § 115b SGB V, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V oder einer ambulanten Ermächtigung, bleiben unberührt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung setzt für alle somatischen Krankenhäuser die bereits durch § 275d Absatz 4 SGB V vorgesehene Konsequenz auch krankenhaushausfinanzierungsrechtlich um, dass Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, diese Leistungen auch nicht abrechnen dürfen. Die Nichtabrechenbarkeit von bestimmten Leistungen ergibt sich aus den Ergebnissen einer zuvor durchgeführten Strukturprüfung.

Zu Nummer 6 (§ 11)

Die Regelung setzt für alle somatischen Krankenhäuser die bereits durch § 275d Absatz 4 SGB V vorgesehene Konsequenz auch krankenhaushausfinanzierungsrechtlich um, dass Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen dürfen. Die fehlende Zulässigkeit einer Vereinbarung von bestimmten Leistungen ergibt sich aus den Ergebnissen einer zuvor durchgeführten Strukturprüfung.

Zu Artikel 5 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Durch die Regelung wird das bisherige Pflegestellen-Förderprogramm ab dem Jahr 2021 aufgehoben. Durch die Aufhebung erst zum Jahr 2021 wird gewährleistet, dass die Regelungen zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel, zu den Nachweispflichten der Krankenhäuser, zur Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands und zu den Datenübermittlungspflichten der Krankenkassen im Jahr 2020 noch anzuwenden sind.

Zu Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**Zu Nummer 1 (§ 8)****Zu Buchstabe a**

Die Regelung setzt für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die bereits durch § 275d Absatz 4 SGB V vorgesehene Konsequenz auch krankenhaushausfinanzierungsrechtlich um, dass Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, diese Leistungen auch nicht abrechnen dürfen. Die Nichtabrechenbarkeit von bestimmten Leistungen ergibt sich aus den Ergebnissen einer zuvor durchgeführten Strukturprüfung.

Zu Buchstabe b

Sofern eine Fehlbelegungsprüfung dazu führt, dass anstelle einer durchgeführten vollstationären Behandlung eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre, gewährleistet die Regelung, dass das behandelnde Krankenhaus für die von ihm erbrachten Leistungen zumindest eine Vergütung erhält, die bei einer vorstationären Behandlung, also bei einer Abklärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung, abrechenbar gewesen wäre. Mit der Regelung wird der bislang teils eintretende Sachverhalt vermieden, dass ein Krankenhaus trotz erbrachter Leistungen gar keine Vergütung erhält. Bestehende anderweitige Abrechnungsmöglichkeiten für die erbrachten Krankenhausleistungen, zum Beispiel im Rahmen psychiatrischer Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder einer ambulanten Ermächtigung, bleiben unberührt.

Zu Nummer 2 (§ 11)

Die Regelung setzt für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die bereits durch § 275d Absatz 4 SGB V vorgesehene Konsequenz auch krankenhaushausfinanzierungsrechtlich um, dass Krankenhäuser, die nach Prüfung die für die Erbringung bestimmter Leistungen maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllen, diese Leistungen auch nicht in ihrer Budgetvereinbarung berücksichtigen dürfen. Die fehlende Zulässigkeit einer Vereinbarung von bestimmten Leistungen ergibt sich aus den Ergebnissen einer zuvor durchgeführten Strukturprüfung.

Zu Artikel 7 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1**

Diese Folgeänderung ersetzt den Namen MDK durch den Namen MD.

Zu Nummer 2

Diese Folgeänderung ersetzt den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Artikel 8 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)

Diese Folgeänderung ersetzt den Namen MDK durch den Namen MD und verweist zur eindeutigen Bestimmung der Körperschaft auf den § 278 SGB V.

Zu Artikel 9 (Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Neufassung von § 275 Absatz 3b, der §§ 275c, 275d und 279 SGB V und nimmt die Übermittlungsbefugnisse und -pflichten nach § 275 Absatz 3b, § 275c Absatz 1 und § 275d Absatz 1 SGB V in die Ausnahmevorschrift des § 76 Absatz 3 auf.

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Im Fünften Kapitel wird ein neuer fünfter Abschnitt „Medizinische Dienste“ gebildet, in dem die organisatorischen Grundlagen und die Aufgaben der MD und des MD Bund unabhängig von den im vierten Abschnitt „Wahrnehmung der Verbandsaufgaben“ aufgeführten Aufgaben der Pflegekassen für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zusammengefasst werden.

Aufgrund der damit einhergehenden Neuordnung der Paragraphen im vierten Abschnitt des fünften Kapitels und der inhaltlichen Änderungen des § 17 werden dessen Überschrift sowie die Inhaltübersicht insgesamt entsprechend angepasst.

Zu Nummer 2 (§§ 7, 7a)

Diese Folgeänderungen ersetzen jeweils den Namen des MDK durch den Namen des MD.

Zu Nummer 3 (§ 15 Absatz 4)

Aufgrund des Übergangs der Zuständigkeit zum Erlass von Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 auf den MD Bund hat dieser auch die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für besondere Bedarfskonstellationen gemäß § 15 Absatz 4 Satz 1 in den Richtlinien zu konkretisieren.

Zu Nummer 4 (§ 17)**Zu Buchstabe a und b**

Entsprechend seiner mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit und unter Berücksichtigung seiner in diesem Zusammenhang vorhandenen pflegfachlichen Expertise wird der MD Bund künftig die Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung für die Aufgabenwahrnehmung der MD erlassen. Die Überschrift wurde entsprechend angepasst. Die Beschlussfassung erfolgt nicht mehr durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband), jedoch erfolgt die Erarbeitung und Überarbeitung im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband. Im Übrigen bleiben die bisherigen Beteiligungen und Verfahrensabläufe nach § 17 Absatz 1 Sätze 2 bis 6 bestehen. Die Richtlinien sind vom BMG gemäß § 17 Absatz 2 zu genehmigen.

Zu Buchstabe c

Diese Folgeänderung ersetzt den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Buchstabe d**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Zuständigkeit zum Erlass von Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils der Pflegeversicherung von Personen mit besonders hohem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) geht ebenfalls aufgrund der unter Buchstabe a genannten Gründe auf den MD Bund über. Die Richtlinien werden im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband erlassen. Die sonstigen bisherigen Beteiligungen und Verfahrensprozesse bleiben bestehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die gesetzlich vorgesehene Evaluation wurde seitens des GKV-Spitzenverbandes beauftragt und ist zwischenzeitlich abgeschlossen. Der Abschlussbericht ist am 27. Dezember 2018 auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht worden. Die Regelungen in Satz 4 und 5 sind in der Folge gegenstandslos und daher zu streichen.

Zu Nummer 5 (§ 18)**Zu Buchstabe a**

Diese Folgeänderungen ersetzen jeweils den Namen des MDK durch den Namen des MD.

Zu Buchstabe b

§ 18 Absatz 2b regelte, dass die generelle Frist zur Entscheidung über den Antrag auf Pflegeleistungen gemäß § 18 Absatz 3 Satz 2 im Zeitraum 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 unbeachtlich ist. Da der von der Regelung betroffene Zeitraum in der Vergangenheit liegt, ist der Absatz gegenstandslos und daher zu streichen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe d**Zu Doppelbuchstabe aa**

Diese Folgeänderungen ersetzen jeweils den Namen des MDK durch den Namen des MD.

Zu Doppelbuchstabe bb

Infolge des Übergangs der Zuständigkeit zum Erlass von Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 auf den MD Bund hat dieser ebenfalls die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens in den Richtlinien zu konkretisieren. Da es sich bei der Pflicht, den Versicherten das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und verständlich zu erläutern, um eine Obliegenheit der Pflegekassen handelt und diese Aufgabe insoweit über eine rein pflegefachliche Betrachtungsweise hinausgeht, erfolgt die Konkretisierung der dafür erforderlichen Anforderungen im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

Zu Buchstabe e

Der MD Bund ist aufgrund des Übergangs der Richtlinienkompetenz gemäß § 17 Absatz 1 (Begutachtungs-Richtlinien) zu ermächtigen, auch die in Absatz 5a Satz 3 genannten Kriterien pflegefachlich in diesen Richtlinien zu konkretisieren. Dies hat im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu erfolgen.

Zu Buchstabe f

Diese Folgeänderungen ersetzen jeweils den Namen des MDK durch den Namen des MD.

Zu Buchstabe g

Die Regelung stellt klar, dass die dem MD übertragene Aufgabe der Begutachtung durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen oder Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen wird. Dies entspricht auch der fachlich gebotenen Praxis.

Zu Nummer 6 (§ 18a)

Diese Folgeänderungen ersetzen jeweils den Namen des MDK durch den Namen des MD.

Zu Nummer 7 (§ 18b)

Entsprechend seiner mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit wird der MD Bund unter fachlicher Beteiligung der MD künftig die Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung für die Wahrnehmung der Aufgaben der MD im Begutachtungsverfahren erlassen. Die Beschlussfassung erfolgt nicht mehr durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband). Die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der

pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen. Die Richtlinien sind vom BMG gemäß § 18b Absatz 3 zu genehmigen.

Zu Nummer 8 (§ 18c)

Diese Folgeänderung ersetzt den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Nummer 9 (§ 20)

Es handelt sich um eine Folgeänderung für die soziale Pflegeversicherung aufgrund der Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 10 SGB V.

Zu Nummer 10 (§ 25)

Es handelt sich um eine Folgeänderung für die soziale Pflegeversicherung aufgrund der Änderung des § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V.

Zu Nummer 11 (§§ 31, 33, 38a, 44 und 46)

Diese Folgeänderungen ersetzen jeweils den Namen des MDK durch den Namen des MD.

Zu Nummer 12 (§ 53a)

Der bisherige § 53a (Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste) entfällt; seine Regelungsinhalte gehen weitgehend in dem neuen § 53d (Aufgaben des MD Bund) auf.

Zu Nummer 13 (§ 53a – neu –)

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

Bei der Änderung in Absatz 2 Nummer 2 handelt es sich um eine Folgeänderung, die den Namen des MDK durch den Namen des MD ersetzt.

Zu Nummer 14 (§ 53b – neu –)

Da der bisherige § 53b der neue § 53a ist, wird der bisherige § 53c der neue § 53b. Der Regelungsinhalt bleibt davon unberührt.

Zu Nummer 15 (Fünfter Abschnitt)

Im Fünften Kapitel wird entsprechend der mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit der MD und des MD Bund ein neuer fünfter Abschnitt „Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund“ gebildet, in dem die organisatorischen Grundlagen und die Aufgaben der MD und des MD Bund unabhängig von den im vierten Abschnitt „Wahrnehmung der Verbandsaufgaben“ aufgeführten Aufgaben der Pflegekassen zusammengefasst werden.

Zu § 53c

Die Regelung § 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. Während die organisatorischen Grundlagen für den Aufbau und die Arbeit der MD und des MD Bund im Fünften Buch geschaffen werden, werden ihre konkreten Aufgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung in diesem Buch bestimmt.

In Absatz 1 wird dies für MD gemäß § 278 SGB V bestimmt.

In Absatz 2 wird dies für den MD Bund gemäß § 281 SGB V bestimmt.

Die Übergangsregelungen in Absatz 3 lehnen sich an die Übergangsregelungen in § 327 in Verbindung mit § 328 Absatz 1 Satz 4 SGB V an. Dies bedeutet für die mit diesem Gesetz für die soziale Pflegeversicherung getroffenen Regelungen, dass diese für den einzelnen MD jeweils erst ab dem Datum des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung der jeweiligen Satzung anwendbar sind. Dieses Datum ist nach § 328 Absatz 1 Satz 4 SGB V öffentlich bekannt zu geben. Der Zeitpunkt des Ablaufs des Monats wurde dort als der zentrale Zeitpunkt bestimmt, an dem die MD ihre Aufgaben nach dem neuen Regelungsregime aufnehmen. Der Zeitpunkt kann bei den jeweiligen MD je nach Verfahrensablauf der Neukonstituierung unterschiedlich sein.

Das Datum für die Neukonstituierung des MD Bund ist nach den verfahrensrechtlichen Regelungen in § 328 SGB V der 30. Juni 2021. In Anlehnung an die in § 327 SGB V getroffenen Regelungen wird auch für den Bereich der Pflegeversicherung bestimmt, dass bis zu diesem Zeitpunkt die MDK und der MDS die ihnen nach diesem Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung zugewiesenen Aufgaben erfüllen. Auch für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist bis zum 30. Juni 2021 das Elfte Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung maßgeblich. Durch diese Übergangsregelung wird sichergestellt, dass keine Zuständigkeitslücke etwa bei der Erarbeitung oder Weiterentwicklung von Richtlinien entsteht, falls dies in dem Zeitraum zwischen Inkrafttreten dieses Gesetzes und der Neukonstituierung des MD Bund erforderlich ist. Darüber hinaus wird festgelegt, dass die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Rahmen seiner bisherigen Aufgabenzuteilung erlassenen Richtlinien bis zu einer Änderung oder Aufhebung durch den MD Bund gemäß der diesem durch § 53d Absatz 2 und 3 übertragenen Aufgabe fortgelten.

Zu § 53d

Zu Absatz 1

Die Regelung entspricht der Vorschrift in § 283 Absatz 1 SGB V, wobei hier ausdrücklich die pflegefachlichen Fragen in den Blick genommen werden.

Zu Absatz 2

In diesem Absatz werden die dem MD Bund aufgegebenen Richtlinienkompetenzen zusammengeführt. Die Auflistung knüpft einerseits an die im bisherigen § 53a genannten und dort dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragenen Richtlinienkompetenzen an, andererseits wird an die in § 283 SGB V aufgelisteten Richtlinien angeschlossen.

Die MD sind fachlich zu beteiligen. Im Übrigen bleiben die bisherigen Beteiligungen und Verfahrensabläufe bei der Richtlinienarbeit bestehen.

Zu Absatz 3

In diesem Absatz werden die Richtlinien genannt, die der MD Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu erlassen hat. Diese Benehmensregelung spiegelt zum einen die bisherige durch fachliche Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und MDS geprägte Verfahrensweise bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung von Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes wider. Sie ist aber auch sachlich geboten, da die Regelungsinhalte beziehungsweise die Umsetzung der Richtlinien unmittelbar auch die Pflegekassen betrifft. Weitere, bereits bestehende Vorgaben zu den Richtlinien wie etwa Vorgaben zu den Richtlinienzielen und -inhalten und zu weiteren Beteiligungsregelungen bleiben davon unberührt; sie finden sich an den Stellen in diesem Buch, an denen diese Richtlinien bereits jetzt verankert sind.

Zu Nummern 16 und 17 (§§ 75, 92a, 94 und 112)

Diese Folgeänderungen ersetzen den Namen des MDK durch den Namen des MD und den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Nummer 18 (§ 112a)

Entsprechend seiner mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit und unter Berücksichtigung seiner in diesem Zusammenhang vorhandenen pflegefachlichen Expertise beschließt künftig der MD Bund die Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Die Erarbeitung und Überarbeitung der Richtlinien erfolgt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (Buchstabe b). Im Übrigen bleiben die bisherigen Beteiligungen und Verfahrensabläufe einschließlich des Genehmigungsvorbehalts nach Absatz 4 bestehen.

Zudem wird in den Änderungen unter Buchstabe a und d redaktionell korrigiert, dass in den Absätzen 1 und 5 auf § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 Bezug zu nehmen ist.

Zu Nummern 19 und 20 (§§ 113 bis 113c, 114)

Diese Folgeänderungen ersetzen den Namen des MDK durch den Namen des MD und den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Nummer 21 (§ 114a)**Zu Buchstabe a**

Diese Folgeänderungen ersetzen jeweils den Namen des MDK durch den Namen des MD.

Zu Buchstabe b

In Absatz 6 wird 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, auf einen zweijährigen Berichtsrhythmus ab dem Jahr 2020 umgestellt. 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. Dieser Berichtsrhythmus hat zur Folge, dass für das Jahr 2019 letztmalig im bisherigen Modus und im neuen kürzeren Modus erstmalig für das Jahr 2021 berichtet wird. Es ist auch angebracht, in engeren Abständen über die Qualitätsergebnisse zu berichten, da dies den Zeiträumen entspricht, die für andere, im Fünften Buch vorgesehene Berichte bestimmt sind.

Zu Buchstabe c

Entsprechend seiner mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit und unter Berücksichtigung seiner in diesem Zusammenhang vorhandenen pflegfachlichen Expertise beschließt künftig der MD Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach Absatz 7 über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114. Im Übrigen bleiben die bisherigen Beteiligungen und Verfahrensabläufe einschließlich des Genehmigungsvorbehalts nach Satz 9 und 10 bestehen.

Zu Nummern 22 bis 25 (§ 114c, § 115, § 115a, § 117)

Diese Folgeänderungen ersetzen den Namen des MDK durch den Namen des MD und den Namen des MDS durch den Namen des MD Bund.

Zu Nummer 26 (§ 118)

Einhergehend mit dem mit diesem Gesetz verfolgten Ziel, die Unabhängigkeit der MD zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen, obliegt dem MD Bund – gegebenenfalls im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband – nach diesem Buch künftig die Zuständigkeit für verschiedene Richtlinien. Aufgrund des Zuständigkeitswechsels für die meisten in § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Richtlinien sind dort nach dem Wort „Richtlinien“ die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ zu streichen.

Zu Nummer 27 (§ 142)

Bei der Änderung in Absatz 1 handelt es sich um eine Folgeänderung, die den Namen des MDK durch den Namen des MD ersetzt.

Die Aufhebung von Absatz 2 folgt der Streichung von § 18 Absatz 2b. Absatz 2 regelte, dass die generelle Frist zur Entscheidung über den Antrag auf Pflegeleistungen gemäß § 18 Absatz 3 Satz 2 im Zeitraum 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich ist. Da der von der Regelung betroffene Zeitraum in der Vergangenheit liegt, ist der Absatz gegenstandslos und daher zu streichen. Die Aufhebung des Absatzes 3 folgt aus der Streichung von Absatz 2.

Zu Artikel 11 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Diese Folgeänderungen ersetzen den Namen MDK durch den Namen MD und verweisen zur eindeutigen Bestimmung der Körperschaft auf § 278 SGB V.

Zu Artikel 12 (Änderung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung)

Durch die Aufhebung der Ermächtigungsgrundlage für die Regelung der Einzelheiten des Meldeverfahrens für die studentische Krankenversicherung wird die Rechtsverordnung obsolet und daher aufgehoben. Sie wird durch

die untergesetzliche Regelung in Gemeinsamen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes und der Hochschulrektorenkonferenz ersetzt.

Zu Artikel 13 (Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes)

Es handelt sich zum einen um eine redaktionelle Folgeänderung zur Streichung der zeitlichen Begrenzung der Versicherungspflicht in der studentischen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 SGB V bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters (vergleiche Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a). Zum anderen wird die Einführung einer Altersgrenze auch für die Pflichtversicherung von in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebenen berufspraktischen Tätigkeiten ohne Arbeitsentgelt in § 5 Absatz 1 Nummer 10 SGB V (vergleiche Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe b) konsequenterweise auch im Bundesausbildungsförderungsgesetz nachvollzogen. Durch die Folgeänderung wird sichergestellt, dass privat versicherte Praktikantinnen und Praktikanten ebenso wie freiwillig gesetzlich versicherte Praktikantinnen und Praktikanten von dem höheren Zuschlag zur Krankenversicherung profitieren können wenn sie das 30. Lebensjahr überschritten haben. Entsprechendes gilt auch für den Zuschlag zur Pflegeversicherung (vergleiche zur Änderung der Regelungen zur Pflegeversicherung Artikel 10 Nummer 9).

Zu Artikel 14 (Evaluierung)

Nach § 17c Absatz 7 KHG haben der GKV-Spitzenverband und die DKG fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Erstellung eines gemeinsamen Berichts zu den Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung zu beauftragen. Den gemeinsamen Bericht haben die Vertragsparteien dem BMG bis zum 30. Juni 2023 vorzulegen. Auf der Grundlage des gemeinsamen Berichts hat das BMG dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2023 über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung zu berichten.

Zu Artikel 15 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2020 in Kraft.

Zu Absatz 2

Die Änderungen des § 242 Absatz 1 Satz 4 und des § 260 Absatz 2 SGB V treten am Tag der 2./3. Lesung des Gesetzentwurfs in Kraft. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Regelungen im Rahmen der ab Herbst 2019 stattfindenden Haushaltsplanungen einschließlich geplanter Zusatzbeitragssatzveränderungen der Krankenkassen für das Jahr 2020 sowie bei den Aufsichtsbehördenprüfungen der Haushaltspläne berücksichtigt werden können.

Zu Absatz 3

Die Streichung des Abschlusses des 14. Fachsemesters als zeitliche Begrenzung der studentischen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 SGB V, die Begrenzung der Versicherungspflicht als Praktikant und die Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes treten zum 1. April 2020 in Kraft. Dadurch wird sichergestellt, dass das Beendigungskriterium Vollendung des 14. Fachsemesters zum üblichen Semesterwechsel entfällt, um den damit verbundenen Umstellungsaufwand bei den Krankenkassen gering zu halten.

Zu Absatz 4

Die Regelung zum Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 KHEntgG wird ab dem Jahr 2021 aufgehoben. Durch die Aufhebung erst zum Jahr 2021 wird gewährleistet, dass die Regelungen zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel, zu den Nachweispflichten der Krankenhäuser, zur Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes und zu den Datenübermittlungspflichten der Krankenkassen im Jahr 2020 noch anzuwenden sind. Mittel aus dem Pflegestellen-Förderprogramm können letztmalig für das Jahr 2019 in Anspruch genommen werden.

Zu Absatz 5

Die Teilnahme am elektronischen Meldeverfahren ist für Hochschulen erst ab 1. Januar 2022 verpflichtend. Nimmt eine Hochschule in der Übergangszeit noch nicht am maschinellen Meldeverfahren teil, sind alle Meldungen in Textform zu erstellen. Mit dem 1. Januar 2022 endet die Übergangszeit, so dass zu diesem Zeitpunkt alle relevanten Regelungen zu den Meldungen in Textform entfallen.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Absatz 1 NKRG**Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen –
MDK- Reformgesetz (NKR-Nr. 4826, BMG)**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	Keine Auswirkungen.
Wirtschaft	Keine Auswirkungen.
Verwaltung	
Bund	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	255.000 Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	459.000 Euro
Länder	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	860.000 Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	1,2 Mio. Euro
Krankenkassen	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	720.000 Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	1,86 Mio. Euro
Evaluierung	Mit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) werden der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verpflichtet, dem BMG eine Evaluierung vorzulegen. Die Evaluierung findet im Zeitraum von vier Jahren statt und endet mit der Vorlage des Berichts zum 30. Juni 2023.
Ziele:	Mit dem Gesetzentwurf sollen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) gestärkt, ihre Unabhängigkeit gewährleistet und bundesweit verbindliche Regelungen für ihre Aufgabewahrnehmung geschaffen werden. Die MDK werden deshalb künftig als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet.

Kriterien/Indikatoren:	Die Auswirkungen der Einzelfallprüfung in dem neuen gestuften Prüfsystem sind zu untersuchen. Insbesondere sollen die Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes sowie durchschnittliche Rückzahlungsbeträge einbezogen werden. Ferner sollen die Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die durchschnittlich zurückgezählten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge einbezogen werden.
Datengrundlage:	Der GKV-Spitzenverband ist verpflichtet, eine Statistik für die Evaluierung zu führen. Die Vorschrift bezeichnet die erforderlichen Daten. Diese sind bundesweit und getrennt nach Medizinischen Diensten zu gliedern.
Das Ressort hat den Erfüllungsaufwand nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Folgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.	

II. Im Einzelnen

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sind die sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienste der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Sie sind gegenwärtig als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen ausgestaltet. Ihre Aufgabe ist es, die Leistungen der Kranken- und Pflegekassen nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen zu lassen. Ferner führen sie die Begutachtung und Feststellung möglicher Abrechnungsfehler sowie Qualitätskontrollen durch. Die MDK prüfen im Auftrag der Krankenkassen eine große Anzahl von Krankenhausabrechnungen. Diese Prüfungen sind seit Jahren Anlass vieler Streitigkeiten zwischen Krankenkassen, MDK sowie Krankenhäusern und verursachen einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Die steigende Prüfquote der letzten Jahre lässt erwarten, dass die Anzahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen weiter zunehmen wird. Mit dem Gesetzentwurf sollen die MDK gestärkt, ihre Unabhängigkeit gewährleistet und bundesweit verbindliche Regelungen für ihre Aufgabenwahrnehmung geschaffen werden. Die MDK werden deshalb künftig als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet und unter der Bezeichnung Medizinische Dienste (MD) geführt. Die Besetzung der Verwaltungsräte wird neu geregelt. Um eine angemessene Finanzierung zu ermöglichen, werden ihre Haushalte künftig von der Aufsicht der Länder geprüft und genehmigt. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) organisatorisch gelöst und wie die MD künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt, deren Mitglieder die MD sind. Bei jedem MD und beim MD Bund wird eine unabhängige Ombudsperson eingeführt, an die sich MD-Beschäftigte bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte oder Versicherte bei Beschwerden über den MD vertraulich wenden können und die dem Verwaltungsrat des jeweiligen MD sowie der zuständigen Aufsicht berichtet.

Die Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind in der Regel öffentlich. Allerdings kann derzeit nur eine sehr begrenzte Personenzahl an den Sitzungen teilnehmen. Um die Öffentlichkeit seiner Sitzungen herzustellen, wird der G-BA mit dem Gesetzentwurf

verpflichtet, seine Sitzungen im Internet live zu übertragen und anschließend im Internet zur Verfügung zu stellen.

II.1 Erfüllungsaufwand

Für Bürgerinnen und Bürger sowie für die Wirtschaft entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Verwaltung

Organisationsreform der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

Jährlicher Erfüllungsaufwand auf Bundesebene:

Die Aufsichtsbehörden auf Bundesebene werden zukünftig Haushalt, Richtlinien und Richtlinienänderungen des MD Bund genehmigen. Dafür entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 60.000 Euro. Dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand von 40.000 Euro, weil er bei der Genehmigung von Richtlinien und Richtlinienänderungen mitzuwirken hat. Dem MD Bund entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand von 55.000 Euro für die Beschlussfassung von Richtlinien und von Richtlinienänderungen, für die Erstellung des Berichtswesens beziehungsweise durch die Berichterstattung sowie für die Durchführung eines Ombudsverfahrens. Auf Bundesebene entsteht damit für die Organisationsreform der MD insgesamt jährlicher Erfüllungsaufwand von 155.000 Euro.

Einmaliger Erfüllungsaufwand auf Bundesebene:

Einmaliger Erfüllungsaufwand entsteht bei den Aufsichtsbehörden von 140.000 Euro für die Genehmigung von Richtlinien und die aktive Begleitung der Übergangsregelungen beim MD Bund. Dem BfDI entsteht für die Genehmigung der Richtlinien ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 30.000 Euro. Dem MD Bund entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 100.000 Euro, weil er Richtlinien zu erstellen und zu beschließen hat. Er hat außerdem ein Berichtswesen und ein Ombudsverfahren zu etablieren und die Rechtsform umzustellen. Auf Bundesebene entsteht damit insgesamt ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 270.000 Euro.

Jährlicher Erfüllungsaufwand auf Landesebene:

Den Aufsichtsbehörden auf Landesebene entsteht für die alle sechs Jahre erfolgende Benennung der Verwaltungsratsmitglieder der MD auf das Jahr berechnet ein Erfüllungsaufwand von 10.000 Euro. Der Wegfall der Benennung der Beiratsmitglieder führt zu einer Einsparung von 7.000 Euro. Die jährliche Genehmigung des Haushalts führt zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand bei den Aufsichtsbehörden von rund 180.000 Euro. Den MD entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand für die Erstellung des Berichtswesens bzw. die Berichterstattung und das Ombudsverfahren von 680.000 Euro. Der jährliche Erfüllungsaufwand auf der Landesebene liegt daher insgesamt nachvollziehbar bei 860.000 Euro.

Einmaliger Erfüllungsaufwand auf Landesebene:

Den Aufsichtsbehörden auf Landesebene entsteht durch die Benennung der Verwaltungsratsmitglieder, den Wegfall der Benennung der Beiratsmitglieder und die aktive Begleitung der Übergangsregelungen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 300.000 Euro. Für die MD ergibt sich auf der Landesebene ein Erfüllungsaufwand von 900.000 Euro für die Umstellung der Rechtsform, die Erstellung von Richtlinien, die Etablierung eines Berichtswesens und die

Etablierung eines Ombudsverfahrens. Auf der Landesebene beläuft sich damit der einmalige Erfüllungsaufwand auf rund 1,2 Mio. Euro.

Einzelfallprüfung im gestuften Prüfsystem

Mit dem Gesetzentwurf sollen ferner Anreize für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen geschaffen und die Prüfungen effizienter und transparenter werden. Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses soll zukünftig über den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Danach wird ein hoher Anteil korrekter Rechnungen zu einer niedrigen zulässigen Prüfquote führen und umgekehrt ein hoher Anteil nicht korrekter Abrechnungen zu einer höheren Prüfquote.

Grundlage des gestuften Prüfsystems sind vierteljährliche Auswertungen, die der GKV-Spitzenverband erstellen soll. Die Krankenkassen übermitteln dem GKV-Spitzenverband für diese Aufgabe je Quartal bestimmte Daten zu den Prüfungen je Krankenhaus. Für die einheitliche und fristgerechte Datenübermittlung stellt der GKV-Spitzenverband die Kriterien auf. Dafür entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 5.000 Euro. Den Krankenkassen entsteht für die Vorbereitung der Datenübermittlung ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 30.000 Euro. Im April 2020 haben die Krankenkassen erstmals die vierteljährlichen Daten für das erste Quartal des Jahres 2020 an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Damit verbunden ist im Jahr 2020 ein Erfüllungsaufwand von 360.000 Euro für drei Datenlieferungen. Ab dem Jahr 2021 beträgt der jährliche Erfüllungsaufwand der Krankenkassen für vier Datenlieferungen 480.000 Euro. Mit den drei Datenlieferungen im Jahr 2020 erstellt der GKV-Spitzenverband die erste Datenauswertung. Dafür entsteht ihm ein Erfüllungsaufwand von 15.000 Euro. Ab dem Jahr 2021 liegt der laufende Erfüllungsaufwand bei 20.000 Euro, da der GKV-Spitzenverband jährlich vier Datenauswertungen zu erstellen hat.

Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband entsteht für die Vereinbarung zu den Datenübermittlungen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Jahr 2020 ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 24.000 Euro.

Transparenz durch neue Jahresstatistiken

Der GKV-Spitzenverband hat die Regelungen für eine neue Jahresstatistik nach § 17c Absatz 6 KHG festzulegen. Dafür entsteht ihm im Jahr 2020 ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 10.000 Euro. Das BMG schätzt, dass bei 110 Krankenkassen auf der Ortsebene ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 240.000 Euro für die krankenhausbegleitende Aufbereitung und Übermittlung der Daten entsteht. Dem GKV-Spitzenverband entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand von 13.000 Euro, weil er die Jahresstatistik regelmäßig aufzubereiten und zu veröffentlichen hat.

Bericht über Krankenhausabrechnungsprüfungen

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben nach § 17c Absatz 7 KHG über die Auswirkungen der neuen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen einen gemeinsamen Bericht zu erstellen. Dadurch wird im Jahr 2023 ein geschätzter einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 80.000 Euro entstehen.

Vergabe des Gutachtens nach § 115b SGB V

Der GKV-Spitzenverband, die DKG und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben nach § 115b Absatz 1a SGB V ein gemeinsames Gutachten zu beauftragen, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationärem Eingriffen und stationärem Behandlungen untersucht wird. Für die Beratung zur Vergabe des Gutachtens einschließlich dessen Leistungsbeschreibung, die Vergabe sowie

nach Fertigstellung die Abnahme entsteht den Beteiligten jeweils anteilig ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 10.000 Euro.

Weiterentwicklung und Modernisierung der studentischen Krankenversicherung

In der Krankenversicherung der Studenten wird ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Hochschulen und Krankenkassen eingeführt und die damit verbundenen Informations- und Meldepflichten festgelegt. Auf eine Begrenzung der Fachsemesteranzahl wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung verzichtet und damit die studentische Krankenversicherung durch die Altersgrenze der Vollendung des 30. Lebensjahres begrenzt. Mit der Einführung des elektronischen Meldeverfahrens entsteht den Krankenkassen nach eigener Schätzung ein einmaliger IT-technischer Umstellungsaufwand von insgesamt 1,83 Mio. Euro. Der Verwaltungsaufwand für Hochschulen und Krankenkassen wird insbesondere durch die Umstellung auf ein elektronisches Meldeverfahren langfristig erheblich reduziert, weil die Verfahren vereinheitlicht, vereinfacht und beschleunigt werden.

Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der G-BA hat zukünftig den öffentlichen Teil der jährlich maximal 24 Sitzungen live im Internet zu übertragen und anschließend in einer Mediathek zur Verfügung zu stellen. Kosten entstehen insbesondere für die Übertragungskapazitäten, für die Bereitstellung der Aufzeichnung in einer Mediathek, die auf der Internetseite des G-BA eingebunden ist, für die erforderliche Datenbank und für das Personal zur Kameraführung während der Liveaufzeichnungen. Das BMG schätzt, dass dadurch ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 65.000 Euro entsteht. Einmaligen Erfüllungsaufwand von 35.000 Euro verursachen beim G-BA die Erweiterung der Technik, die Anpassung der Internetseite und die Einrichtung der Mediathek.

Das Ressort hat eine ausführliche Datei mit nachvollziehbaren Berechnungen des Erfüllungsaufwands vorgelegt. Die Ausführungen des Ressorts zum Erfüllungsaufwand sind daher nach Auffassung des NKR umfassend und plausibel. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, die Zweifel an den Schätzungen begründen.

II.2 Evaluierung

Mit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) werden der GKV-Spitzenverband und die DKG in § 17c Absatz 7 verpflichtet, dem BMG eine Evaluierung vorzulegen. Die Evaluierung findet im Zeitraum von vier Jahren statt und endet mit der Vorlage des Berichts zum 30. Juni 2023. Die Evaluierung dient zur systematischen Aufbereitung der Anwendungserfahrungen und Auswirkungen der Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Diese sollen möglichst zeitnah evaluiert werden, um potenziellen Anpassungsbedarf frühzeitig offenzulegen. Die Auswirkungen der Einzelfallprüfung in dem neuen gestuften Prüfsystem sind zu untersuchen. Insbesondere sollen die Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes sowie durchschnittliche Rückzahlungsbeträge einbezogen werden. Ferner sollen die Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die durchschnittlich zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge einbezogen werden. Der GKV-Spitzenverband ist nach § 17c Absatz 6 KHG verpflichtet, eine Statistik für die Evaluierung zu führen. Die Vorschrift bezeichnet die erforderlichen Daten. Diese sind bundesweit und getrennt nach Medizinischen Diensten zu gliedern.

III. Ergebnis

Das Resort hat den Erfüllungsaufwand nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Folgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

Prof. Dr. Kuhlmann

Stellv. Vorsitzende und Berichterstatterin

Anlage 3

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 980. Sitzung am 20. September 2019 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 ist § 275c Absatz 2 Satz 7 zu streichen.

Begründung:

In § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V ist vorgesehen, dass die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen haben.

Ohne fachlich-inhaltliche Prüfung ist die Anzeigepflicht nicht zielführend. Es besteht die Gefahr des Missbrauchs dieser Ausnahmeregelung, wenn das Vorliegen der Voraussetzungen seitens der Kassenverbände angezeigt wird, die Landesbehörde diese zwingende Prüfvoraussetzung jedoch selbst nicht überprüfen kann.

Es bleibt zudem offen, welche Handlungsmöglichkeiten für die Landesbehörden aus der Anzeigepflicht resultieren und welche Folgen dies für die anzeigenden Vertragsparteien hat. Hier stellt sich die Frage, ob nach der Anzeige eine Entscheidung der Landesbehörde vor Einleitung der Prüfung abgewartet werden muss und wenn ja, innerhalb welcher Frist.

Mangels inhaltlicher Überprüfbarkeit der angezeigten Voraussetzungen durch die Landesbehörden sowie der nicht geregelten Folgen beziehungsweise Handlungsmöglichkeiten, die aus der Anzeigepflicht resultieren sollen, ist die Anzeigepflicht ersatzlos zu streichen. Ob die Voraussetzungen für diese Ausnahmeprüfung vorliegen, kann ebenso wie bei den sonstigen Prüfquoten im regulären Rechtsschutz überprüft werden.

2. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 2 SGB V)

- a) Der Bundesrat hält die gesetzliche Möglichkeit für Krankenkassen, Krankenhausabrechnungen zu prüfen, für sinnvoll und wichtig. Die in § 275c Absatz 2 SGB V vorgesehene Deckelung der Prüfquoten hätte nach Auffassung des Bundesrates aber erhebliche negative finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen als Kostenträger.
- b) Der Bundesrat fordert daher, die vorgesehene Prüfquote für Krankenhausabrechnungen angemessen zu erhöhen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht eine Änderung der aktuellen Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Hierin wird eine maximal zulässige quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus bestimmt (abgestuft 5, 10 und 15 Prozent), welche auch vom Anteil korrekter Abrechnungen aus zurückliegenden Abrechnungszeiträumen abhängig ist. Diese jetzt vorgesehene Deckelung der Prüfquoten hätte erhebliche finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen als Kostenträger. Sie könnte bei Krankenkassen mit aktuell hohen Prüfquoten und hoher Beanstandungsquote gegebenenfalls sogar beitragsatzrelevant werden.

Da etwa ein Drittel aller GKV-Ausgaben in die akutstationäre Versorgung der GKV-Versicherten in Krankenhäusern fließt, ist die gesetzliche Möglichkeit für Krankenkassen, die Krankenhausabrechnungen zu prü-

fen, sinnvoll und wichtig. Gemäß GKV-Spitzenverband Bund zeigen auch aktuelle Auswertungen der Krankenkassen für das Jahr 2017, dass jede zweite geprüfte Rechnung (mehr als 56 Prozent, also bundesdurchschnittlich 9,4 Prozent aller Rechnungen) fehlerhaft war. Dabei lagen die Prüfquoten der Kostenträger (Falloptionen und MDK-Prüfungen) bundesweit bei durchschnittlich 18,8 Prozent im Jahr 2017 mit steigender Tendenz für das Jahr 2018 (20 Prozent) (Quelle: Herbstumfrage 2018, medinfoweb.de).

Vor diesem Hintergrund erscheint die Festlegung einer Prüfquote zwar grundsätzlich sinnvoll, die im Gesetzentwurf bisher vorgesehene Höhe aber als zu niedrig. Daher sollte die Prüfquote gegenüber der jetzigen Festlegung angemessen erhöht werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 3 Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 ist dem § 275c Absatz 3 folgender Satz anzufügen:

„Der Teil der Rechnungskürzungen, der sich auf die Prüfungen der oberen Grenzverweildauer bezieht, wird nicht in die Quotierung eingerechnet und es wird auch kein Aufschlag für diesen Prüfgrund fällig.“

Begründung:

Eine Strafzahlung würde die Krankenhäuser bei einer Verweildauerkürzung doppelt treffen. Denn eine zu lange Liegedauer kann auch von externen Faktoren beeinflusst sein, so kann zum Beispiel die Übernahme in den ambulanten Sektor oder gerade den Pflegesektor – in dem häufig kurzfristig keine Plätze zur Verfügung stehen – problematisch sein.

4. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren folgende Aspekte zu prüfen:

- a) Der Rechtscharakter der Festlegung und Veröffentlichung der zulässigen Prüfquoten und der Höhe des Aufschlags durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V ist nicht eindeutig. § 275c Absatz 5 SGB V legt nahe, dass es sich um einen Verwaltungsakt handelt.
- b) Für den Fall, dass die Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V als Verwaltungsakt ergehen, wird darum gebeten, ein sachlich und örtlich zuständiges Gericht für diese Streitigkeiten zu bestimmen.

Begründung:

Bisher sieht das SGB V keine Rechtsgrundlage für Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Wege von Verwaltungsakten gegenüber Krankenhäusern vor. § 275c Absatz 5 SGB V legt jedoch nahe, dass sich die Regelung nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V auf den Erlass von Verwaltungsakten bezieht.

Angesichts der rechtlichen und finanziellen Tragweite der Entscheidung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erscheint es naheliegend, dass Krankenhäuser sich gegen diese Entscheidungen auf gerichtlichem Wege wehren werden.

Von der Sozialgerichtsbarkeit wird befürchtet, dass hier eine Vielzahl von Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz zu erwarten ist. Für diese Rechtsstreitigkeiten wird um Bestimmung des zulässigen Rechtswegs gebeten.

5. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 5 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 sind in § 275c Absatz 5 Satz 1 die Wörter „die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen“ zu streichen.

Begründung:

Nach der vorgesehenen Regelung sollen Widerspruch und Klage unter anderem gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach § 275c Absatz 3 SGB V keine aufschiebende Wirkung haben. Ein Ausschluss der aufschiebenden Wirkung hat zur Folge, dass der Aufschlag, den die Krankenhäuser im Fall von – unter Zugrundelegung der Einschätzung des MD – überhöhten Abrechnungen zu zahlen haben, unmittelbar zur Zahlung fällig wird. Dieser Effekt geht einseitig zu Lasten der Krankenhäuser und beeinträchtigt sie unverhältnismäßig in ihrer Liquidität.

Noch eine weitere Erwägung spricht gegen die Regelung: Der Aufschlag ist von dem Sachzusammenhang her bei dem Abrechnungsverhältnis angesiedelt. Nach bisheriger gefestigter Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. zuletzt Bundessozialgericht Urteil vom 9. April 2019 – B 1 KR 2/18 R –, ECLI:DE:BSG:2019:090419UB1 KR218R0 Rdnr. 7) stehen Krankenhausträger und Krankenkasse bei einem Abrechnungsstreit im Gleichordnungsverhältnis, und findet hier ein Vorverfahren nicht statt.

Wenn jetzt, wie das die Regelung nahe legt, unter anderem bezüglich des Aufschlags die Durchführung von Widerspruchsverfahren vorgesehen wird, liegt darin nicht nur ein – in seinem Anwendungsbereich beschränktes – Abrücken von einer bewährten Rechtspraxis; vielmehr steht auch zu besorgen, dass das Erfordernis der Durchführung eines Vorverfahrens auf andere Fallgestaltungen von Abrechnungsstreitigkeiten erstreckt werden könnte. Ein Vorverfahren mit den Rechtsbehelfsfristen aber würde die Beteiligten – hinsichtlich des Aufschlags und auch sonst – einem unnötigen Zeitdruck aussetzen.

6. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist § 279 Absatz 5 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Es ist nicht nachvollziehbar, warum lediglich die Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene ein Stimmrecht im neuen Verwaltungsrat des MD erhalten sollen.

Für die Landespflegekammer beziehungsweise Landesärztekammer ist derzeit kein Stimmrecht vorgesehen. Da auch im bisherigen Beirat der MDK alle Beteiligten gleichberechtigt sind, erschließt es sich nicht, dass bei der Neustrukturierung des MD-Verwaltungsrates einer Partei kein Stimmrecht zugesprochen wird.

Auch das fachliche Know-how der Landespflegekammer und der Landesärztekammer sollte bei Entscheidungen mit einem Stimmrecht berücksichtigt werden.

7. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 Satz 3 und Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 279 Absatz 5 Satz 3 und 4 durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten festzulegen für

1. das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 sowie
2. die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 1 Nummer 1 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung.“

Begründung:

Eine Verwaltungsvorschrift der Länder beziehungsweise der Landesbehörden zur Bestimmung des Verfahrens und zur Festlegung der Voraussetzungen für die Anerkennung der Organisationen und Verbände, zur Bestimmung der Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, zur Unabhängigkeit, zur Organisationsform und zur Offenlegung der Finanzierung wird als „zu dünne“ Rechtsgrundlage bewertet.

Besser, weil rechtssicherer und einheitlicher, wäre eine bundeseinheitliche Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Eine Verordnung des BMG wäre besser geeignet, die entsprechenden Voraussetzungen bundesweit einheitlich festzulegen, was zudem eine einheitliche Anerkennung der Organisationen und eine bessere Akzeptanz bedeuten würde.

Es wird daher vorgeschlagen, eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für eine Rechtsverordnung des BMG gesetzlich zu normieren.

8. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist § 279 Absatz 6 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Die bestehende Regelung zur Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in den Sozialwahlen legitimierten ehrenamtlichen Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung hat sich bewährt und bedarf keiner Änderung.

Die in § 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V vorgesehene Unvereinbarkeitsregelung zwischen einem Ehrenamt im Verwaltungsrat des MD und der Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates setzt bewährte Verfahrensweisen im Rahmen der Selbstverwaltung außer Kraft.

Die demokratische Legitimation der Vertreter aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen sinkt mit der vorgesehenen Regelung, da diese nicht mehr unmittelbar durch Sozialwahlen in ihr Amt gelangen.

Gerade besonders kompetente und im Bereich der Krankenkassen erfahrene Personen werden von der Arbeit im Verwaltungsrat ausgeschlossen. Die Regelung trägt nicht zur Professionalität des Verwaltungsrates bei.

Wegen der Eingriffe in die soziale Selbstverwaltung ist die Unvereinbarkeitsregelung in § 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V als unverhältnismäßig abzulehnen.

9. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 280 Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 280 Absatz 3 Satz 1 die Wörter „mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf“ zu streichen.

Begründung:

Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten für die Körperschaften des öffentlichen Rechts grundsätzlich die §§ 67 bis 69 SGB IV und für die Vorlage des Haushaltsplanes insbesondere § 70 Absatz 5 SGB IV.

Eine wie jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene explizite Genehmigung des Haushaltsplans für den MD widerspricht der bisherigen Rechtssystematik in Bezug auf die Haushaltspläne der der Länderaufsicht unterstehenden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Bisher ist für sie nur eine Vorlage des Haushaltsplans auf Verlangen der Aufsichtsbehörde gemäß § 70 Absatz 5 Satz 1 SGB IV normiert.

Es ist kein konkreter Anlass oder ein sachlicher Grund erkennbar, warum für den MD dies nur mit der Maßgabe gelten soll, dass der Haushaltsplan explizit der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Eine Vorlagepflicht, analog der Träger der Krankenversicherung, wird als ausreichend erachtet.

Es ist davon auszugehen, dass mit den Veränderungen in der Besetzung des Verwaltungsrates des MD kein Entzug von haushalterischem Sachverstand verbunden ist, der eine solche Genehmigungspflicht rechtfertigen würde. Eine solche „Verschärfung“ ist daher nicht erforderlich und wird durch die vorgeschlagene Streichung des entsprechenden Wortlautes in § 280 Absatz 3 Satz 1 SGB V aufgehoben.

10. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 nach dem Wort „Bundesärztekammer,“ die Wörter „der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer,“ einzufügen.

Begründung:

Durch das neue Beteiligungsverfahren wird die Unabhängigkeit der MD gestärkt. Bei der Erarbeitung von Richtlinien sollte aber auch das Know-how der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer als Interessenvertretung berücksichtigt werden.

11. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a (§ 301 Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

,a) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„In dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden. Die OPS-Codes sind auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen.“ ‘

Begründung:

Zu Satz 3:

Entspricht der Vorlage.

Zu Satz 3a:

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit regelt bei der Codierung von OPS-Codes zunehmend Qualitätsanforderungen für medizinische Leistungen und legt so abrechnungsrelevante Strukturvoraussetzungen für die Krankenhäuser fest. Dies hat Auswirkungen auf die Versorgungsinhalte der Krankenhäuser und tangiert somit die Versorgungsaufträge, die Bestandteil der Krankenhausplanung der Länder sind. Angesichts der klaren gesetzlichen Aufgabenverteilung zwischen den Institutionen erscheint dies rechtsstaatlich sehr bedenklich. OPS-Codes sind auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen und dürfen nicht für andere Ziele zweckentfremdet werden.

12. Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 328 Absatz 1 Satz 1,
Satz 2 und
Satz 3,
Absatz 5 Satz 2 und
Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 30 ist § 328 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist die Angabe „30. Juni 2020“ jeweils durch die Angabe „31. Dezember 2020“ zu ersetzen.

bb) In Satz 2 ist die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ zu ersetzen.

cc) In Satz 3 ist die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ zu ersetzen.

b) Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 2 ist die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ zu ersetzen.

bb) In Satz 5 ist die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. September 2021“ und die Angabe „30. Juni 2021“ ist durch die Angabe „31. Dezember 2021“ zu ersetzen.

Begründung:

Die für die Benennung der Verwaltungsratsmitglieder zuständige oberste Landesbehörde muss ab Januar 2020 zunächst vorab eine Verwaltungsvorschrift erlassen.

Sodann sind die in Betracht kommenden Organisationen und Verbände dahingehend zu prüfen, ob diese die Voraussetzungen für die Anerkennung, die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Vorgaben zur Organisationsform und zur Offenlegung der Finanzierung erfüllen. Als weiteren Schritt sind die Organisationen/Verbände als vorschlagsberechtigt anzuerkennen, deren Vorschläge einzuordern, auszuwerten und die Vertreter nach den festgelegten Kriterien von den obersten Landesbehörden auszuwählen.

Die im Gesetzentwurf dafür vorgesehene Frist von nur sechs Monaten nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes ist deutlich zu kurz bemessen und in der Praxis nicht realisierbar.

Schon aus den Verfahren zum bisherigen Beirat der MDK ist den obersten Landesbehörden bekannt, dass diese Verfahren – zusätzlich jetzt noch mit der vorab erforderlichen Erstellung einer Rechtsgrundlage – auf keinen Fall innerhalb von sechs Monaten zu realisieren sind.

Es ist deshalb eine Verlängerung der Frist zur Benennung der Verwaltungsratsmitglieder auf ein Jahr, damit auf den 31. Dezember 2020, erforderlich. Mit der Änderung verschieben sich auch alle weiteren, darauf aufbauenden Fristen und Termine.

13. Zu Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a – neu – (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG)

Artikel 3 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; zur finanzierungsneutralen Umsetzung sind die Korrekturen ausschließlich innerhalb der verbleibenden Fallpauschalenvergütung vorzunehmen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

< ... weiter wie Vorlage ... > ‘

Begründung:

Durch die gesetzliche Klarstellung, dass Korrekturen ausschließlich innerhalb der verbleibenden Fallpauschalenvergütung vorzunehmen sind, wird gewährleistet, dass Sachkostenanteile nicht in die Pflegepersonalkostenanteile übertragen werden und nicht dem Fallpauschalensystem entzogen werden.

14. Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe c (§ 17c Absatz 2a Satz 1 KHG)

In Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe c ist § 17c Absatz 2a Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Nach Einleitung einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder eines Gerichtsverfahrens sind Korrekturen der an die Krankenkassen übermittelten Abrechnung nur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils möglich.“

Begründung:

In § 17c Absatz 2a Satz 1 KHG ist bisher vorgesehen, dass nachträgliche Rechnungsänderungen nur zur Umsetzung des Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder nach Vorliegen einer etwaigen Rechtsprechung erfolgen können. Grundsätzlich wird diese Regelung begrüßt.

Um eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht sicherzustellen, wird eine Beschränkung der nachträglichen Rechnungskorrektur auf den Zeitpunkt der Einleitung der Prüfung oder des Gerichtsverfahrens als sinnvoll und ausreichend erachtet.

15. Zu Artikel 4 Nummer 4 Buchstabe b – neu – und
Buchstabe c – neu – (§ 6a Absatz 2 Satz 6,
Satz 7 und
Satz 8 KHEntgG)

Artikel 4 Nummer 4 ist wie folgt zu fassen:

,4. § 6a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden < ... weiter wie Vorlage ... >
- b) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst:

„Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, sind diese Kosten bis zu einer Höhe von 5 Prozent bei der Vereinbarung des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Kosten der pflegeentlastenden Maßnahmen sowie die zweckentsprechende Mittelverwendung sind durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen.“

- c) Satz 8 wird gestrichen.‘

Begründung:

§ 6a Absatz 2 Satz 6 bis 8 KHEntgG regelt die Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen innerhalb des Pflegebudgets. Durch die gesetzliche Klarstellung, dass der Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers erfolgen soll, wird eine einheitliche Regelung für alle Krankenhäuser geschaffen.

§ 6a Absatz 2 Satz 8 KHEntgG unterstellt, dass pflegeentlastende Personalmaßnahmen ausschließlich aus monetären Gründen ergriffen werden. Der tatsächliche Personalmangel in der Pflege findet somit keine Berücksichtigung. Um diesen Notstand so weit wie möglich auszugleichen, haben die Krankenhäuser Aufgaben soweit wie möglich an Pflegehilfskräfte und andere unterstützende Berufsgruppen delegiert. In die DRGs wurden diese Kosten mit einkalkuliert. Damit die pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget ausreichend Berücksichtigung finden, sieht die Klarstellung vor, dass diese bei der Vereinbarung des Pflegebudgets bis zu einer Höhe von 5 Prozent erhöhend berücksichtigt werden.

Erfolgt hier keine Erhöhung, ist zu erwarten, dass die Krankenhäuser Stellen von Pflegehilfskräften zu Lasten der Versorgungsqualität abbauen werden.

16. Zu Artikel 4 Nummer 7 – neu – (§ 10 Absatz 13 – neu – KHEntgG)

Dem Artikel 4 ist folgende Nummer 7 anzufügen:

,7. Dem § 10 wird folgender Absatz 13 angefügt:

„(13) Zur Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen im Bereich der Pflege in den Jahren 2018 und 2019, die bisher bei der Vereinbarung der Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 nicht erfasst werden konnten, sowie zur Erleichterung des Übergangs der Krankenhäuser in das

neue System der Krankenhausfinanzierung, ist für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes 2020 als einmaliger Ausgleich eine Erhöhung von 0,9 Prozent auf den vereinbarten und gegebenenfalls berichtigten Landesbasisfallwert 2019 ohne Ausgleich einzurechnen.“

Begründung:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde als ein Beitrag zur Lösung der Probleme in der Pflege in Krankenhäusern eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten in § 10 Absatz 5 KHEntgG eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Damit sollte eine Weiterbeschäftigung des Pflegepersonals und der Erhalt und Ausbau des Pflegepersonalkörpers der Krankenhäuser auch bei dynamischen Tarifsteigerungen sichergestellt werden. Grundlage für die vollständige Tarifrefinanzierung soll der maßgebliche Tarifvertrag sein. Für das Pflegepersonal ist dies der bereits im Jahr 2018 in Kraft getretene Tarifvertrag für den Bund und die Kommunen (TVöD). Krankenhäusern im Geltungsbereich des Tarifvertrages der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL-Vertrag) werden, obwohl der TdL-Vertrag ausdrücklich Verbesserungen für die Pflegekräfte vorsieht, dadurch nicht sämtliche Tarifsteigerungen ausgeglichen, da der für sie geltende TdL-Vertrag höhere Steigerungsraten als der TVöD enthält.

Darüber hinaus soll der vollständige Ausgleich der Pflegepersonalkosten rückwirkend für das Jahr 2018 gelten, sofern die Steigerungsraten der Pflegepersonalkosten den Veränderungswert überschreiten. Berücksichtigt werden dabei im Bereich des Pflegepersonals die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungstarifverträge sowie Einmalzahlungen. Laut PpSG werden diese tariflichen Mehrkosten mit den Steigerungen der Vergütungstarifverträge und Einmalzahlungen aller weiteren Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, zusammengerechnet. Der daraus resultierende tarifliche Gesamtzuwachs übersteigt – trotz Tarifierhöhungen im Pflegebereich – nicht den Veränderungswert, sodass eine volle Refinanzierung ausbleibt. Zudem fallen für die Krankenhäuser ab dem Jahr 2020 per Saldo bisherige Mittel aus dem Pflegezuschlag in Höhe von 250 Millionen Euro weg, die Förderungsliste zum Erhalt von Krankenhäusern in Randregionen bereits gegengerechnet. Mit der einmaligen Erhöhung der Landesbasisfallwerte 2020 um 0,9 Prozent der jeweiligen Landesbasisfallwerte 2019 sollen zum einen die Ausfälle, zum anderen bisher den Krankenhäusern für allgemeine Krankenhauszwecke (Pflegezuschlag) zur Verfügung stehenden Mittel pauschal kompensiert werden und im Ergebnis eine finanzielle Hilfe beim Übergang in das neue Finanzierungssystem zur Verfügung gestellt werden. Das Entlastungsvolumen für die Krankenhäuser gegenüber den bisherigen wird auf etwa 600 Millionen Euro geschätzt. Angesichts des einmaligen Charakters des Zuschlages, der Liquidität beim Gesundheitsfonds, den bisher immer noch nicht ausgeglichen einseitigen Belastungen der Krankenhäuser in der Vergangenheit – Stichwort Rechnungsabschluss – und den Herausforderungen an die Krankenhäuser im Rahmen der Finanzierungsumstellung und weiterer Herausforderungen, wie beispielsweise Ausdehnung der Pflegepersonaluntergrenzen oder aktuell aufgetretenen Anpassungen im Rahmen der IT-Vernetzung und -Sicherheit, erscheint die vorgesehene Entlastung auch als angemessen.

17. Zu Artikel 4 Nummer 7 – neu – (§ 15 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG)

Dem Artikel 4 ist folgende Nummer 7 anzufügen:

- „7. In § 15 Absatz 2a Satz 1 wird die Angabe „130“ durch die Angabe „160“ und die Angabe „65“ wird durch die Angabe „80“ ersetzt.“

Begründung:

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz führt in § 15 Absatz 2a KHEntgG eine Regelung für ein vorübergehendes, pauschales vollstationäres Pflegeentgelt in Höhe von 130 Euro pro Tag und ein pauschales teilstationäres Pflegeentgelt in Höhe von 65 Euro pro Tag ein. Dieses Entgelt ist als vorläufiger Abschlag unabhängig vom konkreten Pflegebedarf zu vergüten, wenn im Jahr 2020 die Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung abgesenkt worden sind, die Vertragsparteien des konkreten Krankenhauses vor Ort jedoch noch kein Pflegebudget vereinbart haben.

Krankenhäuser, Krankenhausträger und die DKG befürchten, dass der im Gesetz vorgesehene Pauschalbetrag von 130 Euro für die vollstationäre Pflege sowie korrespondierend 65 Euro für die teilstationäre Pflege – insbesondere in pflegeintensiven Bereichen – die Kosten nicht deckt. Aufgrund der sich abzeichnenden Verzögerungen der Budgetverhandlungen 2020 infolge der Komplexität der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und ihrer Abgrenzung ist davon auszugehen, dass diese Regelung zunächst flächendeckend Anwendung finden wird. Für Krankenhäuser mit hohen Pflegeanteilen, wie beispielsweise Kinderkliniken beziehungsweise pädiatrische Abteilungen oder geriatrische Krankenhäuser beziehungsweise geriatrische Abteilungen, steht zu befürchten, dass die Regelung zu ernsthaften Liquiditätsproblemen führen kann. Nach Einschätzung von Vertretern von Krankenhäusern und Krankenhausträgern kann das Liquiditätsproblem der Kliniken durch eine Anhebung des Abschlags pro Belegungstag auf 160 Euro vollstationär und 80 Euro teilstationär gelöst oder doch deutlich abgemildert werden. Es handelt sich dabei lediglich um eine leicht erhöhte Liquiditätshilfe für die Krankenhäuser für einen auf ein Jahr begrenzten Übergangszeitraum, um den Übergang zum neuen Pflegebudget besser bewältigen zu können. Höhere Kosten entstehen nicht, da die tatsächlichen Finanzierungsansprüche aus dem Pflegebudget unberührt bleiben.

18. Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 53d Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

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

Begründung:

Gerade die in § 53d Absatz 3 SGB XI genannten Richtlinien befassen sich mit Fragen der täglichen Prüfpraxis der Medizinischen Dienste (MD) (sowohl im Bereich der Einzelbegutachtung als auch die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen und Diensten betreffend). Zu deren Regelung und einheitlichen Erledigung sollte das praktische Erfahrungswissen der MD in jedem Fall einbezogen werden. Denn hier ist dieses Fachwissen ebenso wichtig wie bei den Richtlinien nach § 53d Absatz 2 SGB XI, die überwiegend interne organisatorische Fragen betreffen und bei denen eine fachliche Beteiligung der MD vorgesehen ist. Auch in der parallelen Vorschrift für die Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 Nummer 25 – § 283 Absatz 2 Satz 1 SGB V), wurde für alle Richtlinien des MD Bund die fachliche Beteiligung der MD vorgesehen. Eine unterschiedliche Behandlung erscheint auch insofern nicht gerechtfertigt.

19. Zu Artikel 10 Nummer 23 Buchstabe d – neu – (§ 115 Absatz 7 – neu – SGB XI)

In Artikel 10 ist der Nummer 23 folgender Buchstabe d anzufügen:

,d) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Abweichend von Absatz 1a Satz 1 und Satz 9 sowie Absatz 1c Satz 1 erfolgen ab dem 1. Januar 2020 eine Veröffentlichung, ein Aushang und eine Zurverfügungstellung der Prüfergebnisse nur noch auf der Grundlage der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für den stationären Bereich im Sinne von Absatz 1a Satz 10. Qualitätsdarstellungen nach den bisherigen Pflege-Transparenzvereinbarungen sind nicht mehr zu veröffentlichen, auszuhängen oder Dritten zur Verfügung zu stellen.“

Begründung:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde die Erhebung und Übermittlung indikatorenbezogener Daten durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 verbindlich eingeführt. Neben der Datenerhebung zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität und einer damit verbundenen Umstrukturierung des Prüfgeschehens wird die bisherige Qualitätsberichterstattung, die wesentlich durch „Pflegenoten“ geprägt war, ersetzt.

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben eine Vereinbarung zu Verfahren und Form der Qualitätsdarstellung gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI geschlossen, mit dem die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität im Sinne des § 115 Absatz 1a SGB XI dargestellt werden (Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) vom 19. März 2019).

Ziel der Qualitätsdarstellung ist es, pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen relevante Informationen zur Verfügung zu stellen, die bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung als eine Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können.

Den Qualitätsdarstellungen im vollstationären Bereich werden zugrunde gelegt die Qualitätsinformationen aus Qualitätsindikatoren für die Bewertung der Versorgungsqualität (Ergebnisqualität) und die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI, ergänzt durch weitere Angaben, die die Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stellen. Für jede vollstationäre Pflegeeinrichtung werden entsprechende Qualitätsdaten veröffentlicht.

Die Etablierung eines Routineverfahrens erfordert – neben der erstmaligen Prüfung einer Einrichtung (gemäß § 114 Absatz 2 Satz 2 SGB XI zwischen dem 1. November 2019 und 31. Dezember 2020) – mindestens eine zweite Datenerhebung (die erste Erfassung ist noch als „Testlauf“ zu verstehen, erst die zweite Erfassung wird verwertbare Ergebnisse liefern, mit der darauffolgenden Erfassung wird die Abbildung eines Verlaufs erkennbar). Mit den Ergebnissen der ersten Qualitätsprüfung und Ergebniserfassung nach dem neuen Verfahren werden aber bereits Informationen vorliegen, die mit den bisherigen Informationen nicht mehr „vergleichbar“ sind (im Sinne des § 115 Absatz 1a SGB XI). Vor diesem Hintergrund ist eine Veröffentlichung, die sowohl das alte Qualitätssicherungsverständnis abbildet als auch teilweise das neue Verfahren, keine „geeignete Form“ im Sinne des Gesetzes.

Es ist aber wichtig, den Neuanfang bei der Qualitätsbeurteilung in der Pflege positiv zu gestalten. Da sich die Pflegenoten nicht bewährt haben, ist es von entscheidender Bedeutung, sich von dem bisherigen Verfahren zu lösen. Die Einführungsphase des neuen Systems der Qualitätsbeurteilung bietet insoweit eine geeignete zeitliche Zäsur zur Vorbereitung eines neuen Verständnisses von Pflegequalität in der Öffentlichkeit. Pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ist das neue Verfahren verständlich zu erläutern und näher zu bringen, das wesentlich differenziertere Aussagen zu einzelnen Qualitätsbereichen ermöglicht. Das vermeintlich einfach zu erfassende, aber fehlleitende Notensystem muss hierfür so früh wie möglich abgeschafft werden, um den Nutzen des Neuen nicht zu gefährden. Pflegenoten tragen zu Missverständnissen und Unverständnis bei. Vor diesem Hintergrund ist auch eine Übergangszeit zu vermeiden, in der die Pflegenoten und die neue Qualitätsdarstellung nebeneinander bestehen. Nur so kann eine verständliche, übersichtliche und vergleichbare Veröffentlichung sichergestellt werden. Das Aussetzen der Qualitätsdarstellung nach dem alten Verfahren hat darüber hinaus den Vorteil, dass sich Einrichtungen und MDK vollständig auf das neue Verfahren konzentrieren können und aus der Dualität der Darstellung resultierender Arbeitsaufwand vermieden wird, zum Beispiel bei streitigen Beurteilungen nach dem überholten und ohnehin nicht aussagekräftigen System.

Um dies gesetzlich klar zu stellen, bedarf es einer entsprechenden Regelung. Neben der Veröffentlichung ist dabei auch die Verpflichtung der Einrichtungen zum Aushang der Prüfergebnisse in den Pflegeeinrichtungen sowie die Weitergabe an Dritte bis zur Vorlage der Ergebnisse aus den neuen Prüfverfahren entsprechend auszusetzen.

