

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

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

– Drucksache 19/13397 –

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, die Anzeigepflicht der Krankenkassen bei der zuständigen Landesbehörde vor einer Überschreitung der Prüfquote abzuschaffen. Durch die Anzeigepflicht wird in jedem Land quartalsbezogen transparent, ob und in welchem Umfang Krankenkassen bei einzelnen Krankenhäusern eine Prüfung jenseits der Prüfquoten als erforderlich ansehen.

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

Die Bundesregierung prüft im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Prüfquotensystem Änderungen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, die Prüfungen der oberen Grenzverweildauer nicht in die Quotierung einzurechnen und für diesen Prüfgrund keinen Aufschlag zu erheben. Der Vorschlag birgt die Gefahr, bestehende Fehlentwicklungen und Versorgungsmängel im System zu verfestigen.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, den Rechtscharakter der Festlegung und Veröffentlichung der Prüfquoten und der Höhe des Aufschlags durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen klarzustellen sowie den Rechtsweg für etwaige Klagen zu bestimmen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Zahlung des Aufschlags vom Krankenhaus an die Krankenkasse soll schnell abgewickelt und vollzogen werden können. Dies ist für das einzelne Krankenhaus aufgrund der Begrenzung der Höhe des Aufschlags auf höchstens je 1.500 Euro auch zumutbar. Bei dem Aufschlag handelt es sich nicht um eine Vergütung erbrachter Leistungen, sondern um eine vom eigentlichen Abrechnungsverfahren zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zu trennende Sanktionierung. Die Krankenkasse tritt dem Krankenhaus hier als Hoheitsträger gegenüber, so dass kein Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse im Sinne der BSG-Rechtsprechung vorliegt. Die Krankenkasse ist dementsprechend befugt, den Aufschlag mit Bescheid festzusetzen. Einem Rechtsbehelf gegen diesen Bescheid soll dann aus den oben genannten Gründen keine aufschiebende Wirkung zukommen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, den Vertretern der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste (MD) ein Stimmrecht zu geben. Mit dem Ausschluss des Stimmrechts soll bereits der Anschein von Interessenkonflikten vermieden werden, der entstehen könnte, wenn Vertreter von Berufsgruppen im Verwaltungsrat des MD ein Stimmrecht haben, die auch vom MD geprüft werden können.

7. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 Satz 3 und Satz 4 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, das Verfahren bezüglich Vorschlägen für die Benennung von Vertretern für die Verwaltungsräte der MD sowie die Voraussetzungen für die Anerkennung der vorschlagsberechtigten Organisationen auf Landesebene durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu regeln. Die im Gesetzentwurf enthaltenen Vorgaben entsprechen im Kern dem geltenden Recht, nach dem die Länder bereits die Vertreter für die Beiräte der MD benannt haben. Es bedarf daher keiner Rechtsverordnung des BMG für die Benennung der o.g. Vertreter für die Verwaltungsräte der MD auf Landesebene. Eine entsprechende Rechtsverordnung würde es auch erschweren, regionale Besonderheiten der föderal organisierten MD angemessen zu berücksichtigen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, den Ausschluss von Mitgliedern der Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der Krankenkassen und ihrer Verbände von der Wählbarkeit in die Verwaltungsräte der MD zu streichen. Eine Streichung dieser Vorgabe würde nicht dazu beitragen, eine möglichst weitgehende Unabhängigkeit der MD zu gewährleisten.

9. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 280 Absatz 3 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, das im Gesetzentwurf vorgesehene Erfordernis der Genehmigung des Haushaltes des MD durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu streichen. Die Genehmigungspflicht dient der Sicherstellung einer angemessenen Haushaltsführung im Rahmen der Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD. Sie ist auch im Hinblick auf die Feststellungen des Bundesrechnungshofes in seinem Bericht vom 1. Juni 2017 angezeigt, dass die in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) vertretenen Krankenkassen bisweilen in erster Linie an geringen Ausgaben interessiert waren, sodass die Haushalte der MDK nicht bedarfsgerecht ausgestaltet waren.

10. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer in die Liste der im Rahmen des Erlasses von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund anzuhörenden Stellen aufzunehmen.

11. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a (§ 301 Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt eine zusätzliche Formulierung ab, dass die OPS-Codes mit Voraussetzungen für die Abrechnung von Operationen und sonstigen Prozeduren auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen sind. Dass die Formulierung von OPS-Codes präzise und knapp sein sollte, ist eine Selbstverständlichkeit und insoweit nicht regelungsbedürftig. Zudem beinhaltet der Vorschlag unbestimmte Rechtsbegriffe, deren Auslegung dem Ziel, Rechtsunsicherheiten in Bezug auf die Tätigkeit des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information abzubauen, entgegenstünde. Ein Konflikt mit der Krankenhausplanung der Länder wird nicht gesehen. Mit der Krankenhausplanung steuern die Länder die räumliche Verteilung der Krankenhäuser und legen fest, welches Versorgungsangebot diese abdecken. Mit den Strukturvorgaben im OPS wird dagegen festgelegt, welche strukturellen Voraussetzungen ein Krankenhaus erfüllen muss, um – auf Grund der mit der Vorhaltung der Strukturen verbundenen Kosten – ein bestimmtes Entgelt abrechnen zu dürfen.

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)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, die Fristen für die Benennung der Verwaltungsräte der MD durch die Länder um sechs Monate zu verlängern.

13. Zu Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a – neu – (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, die Sachkostenkorrektur zukünftig ausschließlich innerhalb der verbleibenden Fallpauschalenvergütung durchzuführen.

14. Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe c (§ 17c Absatz 2a Satz 1 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Ausschluss von Rechnungskorrekturen bereits ab dem Zeitpunkt der Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse dient der Erleichterung und Beschleunigung der Prüfverfahren und nicht zuletzt dazu, die Krankenhäuser zu veranlassen, korrekte und vollständige Rechnungen zu stellen. Andernfalls würde dem Ziel, das Prüfverfahren effizienter und zügiger zu gestalten, nicht in gleichem Maße entsprochen. Die Vertragsparteien können abweichende Regelungen im Hinblick auf die Zulässigkeit von Rechnungskorrekturen sowie die Durchführung weiterer Prüfungen der Krankenhausabrechnung treffen.

15. Zu Artikel 4 Nummer 4 Buchstabe b – neu – und Buchstabe c – neu – (§ 6a Absatz 2 Satz 6, Satz 7 und Satz 8 KHEntgG)

Die Bundesregierung prüft, inwieweit pflegeentlastende Maßnahmen bis zu fünf Prozent statt bisher bis zu drei Prozent erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Nach geltendem Recht sind allerdings nicht sämtliche Kosten der pflegeentlastenden Maßnahmen, sondern nur die durch entsprechende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten erhöhend im Pflegebudget berücksichtigungsfähig.

16. Zu Artikel 4 Nummer 7 – neu – (§ 10 Absatz 13 – neu – KHEntgG)

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurden für die Refinanzierung von Tarifkostensteigerungen deutliche Verbesserungen vorgenommen. Die Bundesregierung lehnt die geforderte Erhöhung der Landesbasisfallwerte im MDK-Reformgesetz ab.

17. Zu Artikel 4 Nummer 7 – neu – (§ 15 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG)

Die Bundesregierung prüft Änderungen im Zusammenhang mit dem vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelt.

18. Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 53d Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu. Damit wird die fachliche Beteiligung der Medizinischen Dienste bei der Erstellung der in Absatz 3 genannten Richtlinien durch den MD Bund – wie bereits in der parallelen Vorschrift für die Gesetzliche Krankenversicherung – vorgesehen.

19. Zu Artikel 10 Nummer 23 Buchstabe d – neu – (§ 115 Absatz 7 – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Es existiert in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI eine von der Pflege-Selbstverwaltung im Konsens beschlossene und vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandete Übergangsregelung für den Wechsel von der alten zur neuen stationären Qualitätsdarstellung. Anders als der Vorschlag des Bundesrates stellt diese Regelung sicher, dass zu jedem Zeitpunkt Informationen über die Qualität von Pflegeheimen für die Verbraucher und Verbraucherinnen verfügbar sind.

