

## **Stellungnahme**

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

**zum**

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der  
Gesundheitsversorgung**

**(Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)**

**12. November 2020**

---

## I. Allgemeine Stellungnahme

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

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) nehmen in vorliegender Stellungnahme zu folgenden ausgewählten Regelungen des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) Stellung:

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

Die Medizinischen Dienste sehen in der vorgesehenen Regelung zur grundsätzlichen schriftlichen oder elektronischen Erfassung fallabschließender gutachtlicher Stellungnahmen einen Beitrag zu größerer Transparenz der Tätigkeit der Medizinischen Dienste. Diese Zielsetzung ist nachvollziehbar. Klar ist allerdings auch, dass die Neuregelung zu einem höheren Einsatz personeller Ressourcen zur Erledigung dieser Aufgaben führen wird. Die Neuregelung zur Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen, nach der Leistungserbringer nur noch nach vorheriger Einwilligung des Versicherten über eine entsprechende Begutachtung informiert werden, kann die Wirkung der in § 66 SGB V geregelten Unterstützungsansprüche der Versicherten in diesen Fällen verbessern und ist insoweit folgerichtig.

## II. Stellungnahme zu ausgewählten Artikeln des Gesetzentwurfs

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

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

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

#### Bewertung

Die vorgesehene Vorgabe zur grundsätzlichen Dokumentierung fallabschließender gutachtlicher Stellungnahmen und der sozialmedizinischen Fallberatungen ist nachvollziehbar, da sie zu einer höheren Transparenz des Beratungsverfahrens beiträgt. Eine derartige Dokumentation abschließender Begutachtungsergebnisse kann sowohl den beauftragenden Krankenkassen, als auch den betroffenen Versicherten zu Gute kommen.

Allerdings wird das schriftliche oder elektronische Formerfordernis mit einem erhöhten Ressourcenaufwand einher gehen, denn die sozialmedizinische Fallberatung ist ein zentrales Instrument, mit dem die Medizinischen Dienste den Krankenkassen eine sehr zeitnahe sozialmedizinisch fundierte Beratung als eine Grundlage ihrer zu treffenden Leistungsentscheidungen zukommen zu lassen können.

Der in der Begründung zum Referentenentwurf hergestellte Zusammenhang zwischen der Wahl und Ausgestaltung der Begutachtung- und Beratungsprodukte und der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste kann nicht bestätigt werden. Die Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter der MD ist Grundlage der Arbeit der Medizinischen Dienste – unabhängig von der Art der Begutachtung. Die Unabhängigkeit der Beschäftigten der MD bleibt bei allen Begutachtungs- und Beratungsvorgängen gewahrt – so auch in der (mündlichen) sozialmedizinischen Fallberatung.

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

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

#### **Bewertung**

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

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

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

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

**Bewertung**

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

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

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

**Bewertung**

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

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

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

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

**Bewertung**

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

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

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

#### **Bewertung**

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

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