

Stellungnahme

**des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)**

zum

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

4. Juni 2019

I. Allgemeine Stellungnahme:

Politische Bewertung

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) lehnt die im Entwurf für ein MDK-Reformgesetz vorgesehenen tiefgreifenden Änderungen der Organisation für die geplanten Medizinischen Dienste (MD) und den geplanten Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ab. Die vorgesehene Ausgestaltung der Stimmenanteile im Verwaltungsrat (sechs Versicherten- und Arbeitgebervertreter, sechs Patientenvertreter, vier Berufsvertreter) würde zu einer eklatanten Schwächung der sozialen Selbstverwaltung und zur Schwächung der Legitimation der Organe der MD und des MD Bund führen. Darüber hinaus würde der geplante MD Bund vollständig vom GKV-Spitzenverband und damit vom Kranken- und Pflegeversicherungssystem auf Bundesebene abgelöst.

Der MDS erwartet vom Gesetzgeber eine grundlegende Überarbeitung der organisationsrechtlichen Regelungen des Referentenentwurfs. Wir fordern, der sozialen Selbstverwaltung in den künftigen Verwaltungsräten bei den MD und beim MD Bund weiterhin exklusiv die Stimmrechte einzuräumen. Der vorgesehene Ausschluss von Selbstverwaltungsvertretern der Kranken- und Pflegekassen und des GKV-Spitzenverbandes aus den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste sollte ersatzlos entfallen. Wir fordern, die Abkoppelung des MD Bund vom GKV-Spitzenverband zurückzunehmen. Im Verwaltungsrat des geplanten MD Bund müssen ausschließlich Selbstverwaltungsvertreter aus dem GKV-Spitzenverband vertreten sein.

Änderung der Organisationsstrukturen der Medizinischen Dienste

Die beabsichtigten neuen Organisationsstrukturen der Medizinischen Dienste werden strikt abgelehnt. Die vorgesehene Begrenzung der in den Verwaltungsräten der geplanten MD bzw. MD Bund vertretenen Arbeitgeber- und Versichertenvertreter auf sechs von 16 Mitgliedern hebt die Gestaltungsposition der Selbstverwaltung aus. Die bislang in der Sozialversicherung fest verankerte Verantwortung der Versicherten und Arbeitgeber, durch welche sich die Entscheidungen der Sozialversicherungsträger stets auch an einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung ausrichten, wird dadurch außer Kraft gesetzt.

Mit dem Referentenentwurf wird, wie auch bei anderen Gesetzesvorhaben, der Versuch unternommen, die Handlungsautonomie der Selbstverwaltung und diese dadurch in Gänze zu schwächen. Dies steht im klaren Gegensatz zu der im Koalitionsvertrag angekündigten Stärkung der Selbstverwaltung. Im MDK-Reformgesetz findet nicht nur eine Schwächung, sondern de facto die Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung auf der Ebene der Medizinischen Dienste statt.

Stattdessen sollen Patienten- und Betroffenenvertreter gemeinsam mit Vertretern der Berufe die Mehrheit in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste erhalten. Dabei ist klar, dass Patienten- und Berufsvertreter naturgemäß vor allem die Interessen der von ihnen vertretenen Gruppen wahrzunehmen haben und demgemäß eine Betroffenen- und Berufsperspektive einnehmen. Die kollektive Verantwortung der Gemeinschaft der Versicherten und ihrer Arbeitgeber droht dadurch in den Hintergrund zu geraten.

Bei den Versicherten handelt es sich um die maßgebliche Betroffenenengruppe, denn die Aufgaben der Medizinischen Dienste betreffen überwiegend Leistungsvoraussetzungen und damit letztlich den Leistungsanspruch der Versicherten gegen den Sozialversicherungsträger. Insofern führt die geplante Änderung der Besetzung der Verwaltungsräte zu einem Defizit demokratischer Legitimation, da die

neuen Akteursgruppen im Gegensatz zu den Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber nicht durch Sozialwahlen legitimiert sind.

An diesem verfassungsrechtlich bedenklichen Legitimationsdefizit ändert auch das vorgesehene Benennungsverfahren durch die Landesaufsichten nichts. Ein solches Benennungsverfahren war im Falle der unlängst erst eingeführten MDK-Beiräte notwendig, da die Patienten- und Berufsvertreter in der Pflege nicht über eine allgemein anerkannte Legitimationsbasis verfügen.

Die vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes bei den MD und dem MD Bund und dem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse bzw. einem Krankenkassenverband wird eine adäquate Aufgabenwahrnehmung im Verwaltungsrat unmöglich machen. Die in den gesetzlichen Krankenkassen engagierten ehrenamtlichen Mitglieder bringen profundes Wissen zu den Angelegenheiten der sozialen Kranken- und Pflegeversicherung und des Gesundheitswesens in das System ein. Dieses Systemwissen würde für die praxisnahe und professionelle Flankierung der Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste durch ihre Kontrollgremien verloren gehen.

Wir fordern, der sozialen Selbstverwaltung in den geplanten Verwaltungsräten der MD und des MD Bund weiterhin das alleinige Stimmrecht einzuräumen. Der Ausschluss von Selbstverwaltungsvertretern der Kranken- und Pflegekassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes aus den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste sollte zurückgenommen werden.

Aufgaben des MDS / MD Bund

Der MDS ist der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes. Der MD Bund soll nach dem Referentenentwurf vom GKV-Spitzenverband abgetrennt werden. Stattdessen sollen die MD den MD Bund tragen. Diese Rolle der MD geht jedoch weit über eine auf eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung zielende stärkere Einbeziehung beim MD Bund hinaus und wird abgelehnt.

Der MD Bund hat weiterhin den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegefachlichen Fragen der ihm zugewiesenen Aufgaben zu beraten. Diese Aufgabe steht zu Recht gleichwertig neben der Aufgabenstellung der Koordinierung der Arbeit der Medizinischen Dienste. Die im Referentenentwurf angestrebte Abtrennung vom GKV-Spitzenverband wird den Aufgabenstellungen des MDS nicht gerecht.

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

Wir fordern, die Abkoppelung des geplanten MD Bund vom GKV-Spitzenverband zurückzunehmen. Wir fordern, dass im Verwaltungsrat des MD Bund ausschließlich Selbstverwaltungsvertreter aus dem GKV-Spitzenverband vertreten sind.

Angleichung der Rechtsform unter Beibehaltung föderaler Strukturen

Es ist richtig, die föderalen Strukturen der Medizinischen Dienste beizubehalten. Die vorgesehene Angleichung der bislang unterschiedlichen Rechtsformen der Medizinischen Dienste in Körperschaften des öffentlichen Rechts ist geeignet, die Eigenständigkeit der Organisation zu unterstreichen und die Medizinischen Dienste auch nach außen hin aufzuwerten. Die Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts bildet die öffentlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes in Begutachtung, Prüfung und Beratung systemkonform ab. Ferner werden die mit den bisher unterschiedlichen

Rechtsformen verbundenen gesetzlichen Regelungsunterschiede beseitigt. Diese an sich positiven Änderungen werden jedoch durch die vorgesehenen nicht-funktionalen Organisationsstrukturen nicht ihre Wirkungen entfalten können.

Stärkerer Staatseinfluss beim Medizinischen Dienst

Anstelle der Gestaltung durch die soziale Selbstverwaltung werden an vielen Stellen des Referentenentwurfs die Eingriffsrechte der Aufsicht von Bund und Land ausgebaut. Wesentliche Änderungen sind hier die vorgesehene Genehmigungspflicht der Haushalte des geplanten MD bzw. MD Bund sowie die Benennung von Selbstverwaltungsvertretern in die Verwaltungsräte. Beides stellt Eingriffe in die Handlungs- und Gestaltungsautonomie der Selbstverwaltung dar, die abgelehnt werden. Bezogen auf die Haushalte der Medizinischen Dienste reichen die schon heute bestehenden rechtsaufsichtlichen Regelungen aus.

Beteiligung von Patienten-, Betroffenen- und Berufsvertretern

Die Beteiligung von Vertretern der Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und von Pflegeberufen in Beiräten der Medizinischen Dienste hat sich bewährt. Eine Erweiterung der Beiräte um Vertreter aus dem Bereich der Krankenversicherung wäre insoweit konsequent. Mit der Einbindung von Patienten- und Betroffenenvertretern könnte die Transparenz über die Arbeit der MDK und damit ihre Akzeptanz weiter erhöht werden.

Um dies zu erreichen, bedarf es allerdings keines Stimmrechts dieser Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste. Dies würde unter anderem zu einer Verdrängung der Versicherten führen. Neben dem daraus folgenden Legitimationsdefizit würden die im Referentenentwurf vorgesehenen Besetzungsverhältnisse zu einer falschen Gewichtung der zu beteiligenden Akteursgruppen in den Medizinischen Diensten führen.

Es ist sicherzustellen, dass keine Vertreter der Leistungserbringer oder solche, die Anbieterinteressen vertreten, in die Medizinischen Dienste entsandt werden können. Dies würde die Unabhängigkeit der MD gefährden.

Fachliche Unabhängigkeit, bundesweite Aufgabenwahrnehmung, Erlass von Richtlinien

Die Medizinischen Dienste gewährleisten eine unabhängige Begutachtung und Beratung, die weder von den Interessen der Kranken- und Pflegekassen noch der Leistungserbringer oder der Politik geleitet wird. Diese Unabhängigkeit ist gemäß § 275 Absatz 5 SGB V geltendes Recht und besitzt höchsten Stellenwert. Sie ist die maßgebliche Voraussetzung für die Arbeit der Medizinischen Dienste. Neben den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern sind insbesondere Pflegefachkräfte und Angehörige weiterer Gesundheits- und Heilberufe sowie Kodierfachkräfte in die Arbeit der MD eingebunden. Insoweit ist die klarstellende Übertragung der bisher nur auf ärztliche Gutachterinnen und Gutachter bezogenen fachlichen Unabhängigkeit auf alle in die Begutachtung der MD einbezogenen Berufsgruppen richtig und ist künftig für alle Gutachterinnen und Gutachter gesetzlich verbrieft.

Die Erstellung von Berichten über die Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und die Qualitätssicherung werden bereits kontinuierlich ausgebaut. Insofern sind die im Referentenentwurf enthaltenen Vorgaben zur Steigerung der Transparenz über die Leistungen der Medizinischen Dienste und die gesetzliche Verankerung einer systematischen Qualitätssicherung zielführende Maßnahmen, um das Vertrauen in die Arbeit der geplanten MD weiter zu stärken. Diese Stärkung der bundesweiten Aufgabenwahrnehmung ist in enger Zusammenarbeit der geplanten MD und dem vorgesehenen MD Bund auszugestalten.

Die vorgesehene Personalbedarfs-Richtlinie zielt auf eine bundeseinheitlich adäquate Personalausstattung der Dienste. Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren vorgenommenen Personalverstärkungen bei den Medizinischen Diensten sehen wir nicht die Notwendigkeit für eine solche Richtlinie. Falls dennoch daran festgehalten werden sollte, so sollten durch eine solche Richtlinie die Gestaltungsrechte der Verwaltungsräte nicht unnötig eingeschränkt werden.

Der Referentenentwurf sieht vor, den Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste vom GKV-Spitzenverband auf den geplanten MD Bund zu verlagern. Dies sehen wir als eine politische Entscheidung an, die vom Gesetzgeber zu treffen ist. Unabhängig vom Ergebnis dieser Entscheidung kommt es darauf an, dass die hier notwendige Zusammenführung sowohl fachlicher als auch leistungs- und vertragsrechtlicher Aspekte sichergestellt ist. Dies wird aktuell garantiert, indem diese Richtlinien, insbesondere die Begutachtungsrichtlinien, in einem strukturierten Verfahren von MDS, MDK und GKV-Spitzenverband erarbeitet werden. Dabei wird ein Fachentwurf auf der Arbeitsebene von Vertretern der MDK und des MDS erarbeitet. Dieser Fachentwurf wird mit Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene erörtert, um die Kompatibilität zum Leistungs- und Vertragsrecht sicher zu stellen. Der konsentiertere Entwurf der Richtlinie wird dann vom Vorstand des MDS in Abstimmung mit den Geschäftsführern und Leitenden Ärzten der MDK abgenommen und danach vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes als Richtlinie erlassen.

Finanzierung der Medizinischen Dienste

Der MDS hält die Beibehaltung der Umlagefinanzierung durch die Kranken- und Pflegekassen, die sich an der Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkassen orientiert, für sachgerecht. Mit Blick auf die fachliche Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste ist es richtig, weder eine Einzelleistungsvergütung noch eine Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds vorzusehen. Falsch ist es jedoch, dass den Selbstverwaltungsvertretern der Kranken- und Pflegekassen, also den Vertretern aus den Organisationen, die die Umlage zu zahlen haben, kein maßgeblicher Einfluss auf die Verabschiedung der Haushalte eingeräumt werden soll (siehe obige Ausführungen zur Besetzung der Verwaltungsräte).

Reform der Krankenhausabrechnungsprüfung

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen zu erhöhen. Auch wenn die im Referentenentwurf vorgesehenen Anreize für die Krankenhäuser zur richtigen Abrechnung, wie der selektive Prüfansatz und die Sanktionselemente, positiv zu bewerten sind, so sollte es keine Einschränkung der Prüfrechte geben. Denn nach aktuellen Feststellungen der Medizinischen Dienste sind über 50 Prozent der von ihnen geprüften Krankenhausabrechnungen nicht korrekt und müssen deshalb ausgeglichen werden. Kritisch zu sehen sind insbesondere die gewählten Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquoten. So ist es nicht vermittelbar, dass ein Krankenhaus, dessen geprüfte Abrechnungen bis zu 40 Prozent beanstandet werden, damit die geringste Prüfquote erreicht. Die Wirksamkeit des Ansatzes muss sich insgesamt anhand des Rückgangs des Anteils der zu beanstandenden Rechnungen zeigen, die aktuell bei über 50 Prozent liegen. Dies nachzuzeichnen, ist Aufgabe der vorgesehenen Evaluation.

Weitere Änderungen bei der Krankenhausabrechnungsprüfung sehen die Einführung regelmäßiger Prüfungen über die Einhaltung von Strukturmerkmalen anstelle der bisher erfolgenden Einzelfallprüfungen vor. Solche Strukturprüfungen sind grundsätzlich sachgerecht. Abgelehnt wird jedoch, dass die Strukturprüfungen neben dem Medizinischen Dienst auch durch andere Gutachterdienste durchgeführt werden können. Die Öffnungsklausel zur Beauftragung weiterer Gutachterdienste führt zu einem Wahlrecht der Krankenhäuser zwischen den geplanten MD und

weiteren Gutachterdiensten und konterkariert dadurch die Zielsetzung des Referentenentwurfs zur Stärkung der Medizinischen Dienste in der GKV.

II. Stellungnahme zu ausgewählten Artikeln des Gesetzentwurfs:

Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchst. a und b (§ 115b Abs. 1 und Abs. 1a SGB V, Vereinbarung Ambulantes Operieren; Gutachten über den Stand der medizinischen Erkenntnisse zum ambulanten Operieren)

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

Bewertung:

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

Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchst. a. aa (§ 115b Abs. 1 und 2 SGB V, Katalog Ambulantes Operieren; nach Schweregrad differenzierte Vergütung; Ausschluss von MD-Prüfungen)

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

Bewertung:

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

Zu Artikel 1 Nr. 7 Buchst. d (§ 275 Abs. 3b SGB V, Stellungnahme der Medizinischen Dienste bei Widerspruch)

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

Bewertung:

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

Zu Artikel 1 Nr. 7 Buchst. f (§ 275 Abs. 5 SGB V, Fachliche Unabhängigkeit)

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

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen die vorgesehenen Neuregelungen in § 275 Absatz 5 SGB V zur Ausweitung der fachlichen Unabhängigkeit ebenso wie die in § 276 Absatz 4 SGB V geregelten Betretungsrechte und in § 278 Absatz 2 SGB V geregelten Vorgaben zur Wahrnehmung der Fachaufgaben der Gutachterinnen und Gutachter. Diese entsprechen den fachlich komplexen und vielseitigen Aufgaben der Medizinischen Dienste, zu deren Wahrnehmung neben den Ärztinnen und Ärzten der Einsatz einer breit aufgestellten Auswahl an Professionen aus dem Gesundheitsbereich zum Einsatz kommt.

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

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

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 275c Abs. 2 SGB V (neu), Quotierung der Prüfaufträge)

Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse 10 Prozent der eingegangenen Rechnungen eines Krankenhauses zur Begutachtung vorlegen, dabei gilt ein Quartalsbezug. Ab 2021 wird diese Prüfquote quartalsweise nach dem Anteil der korrekten Rechnungen an den begutachteten Rechnungen festgelegt. Bezugspunkt dafür soll das vorvergangene Quartal sein. Die Berechnung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband nach Meldung durch die Krankenkassen. Dem Medizinischen Dienst soll die Pflicht obliegen, Prüfaufträge nach Erreichen der Prüfquote abzulehnen. Liegt die Zahl der korrekten Abrechnungen bei unter 40 Prozent, besteht eine Prüfquote von 15 Prozent. Diese reduziert sich auf 10 Prozent, wenn die Zahl der korrekten Abrechnungen zwischen 40 und 60 Prozent liegt. Ab einer Quote korrekter Abrechnung von mehr als 60 Prozent reduziert sich die Zahl der möglichen Prüfungen auf 5 Prozent.

Über diese gestaffelte Prüfquote hinaus können Prüfungen vorgenommen werden, wenn weniger als 20 Prozent der Abrechnungen korrekt waren oder ein begründeter Verdacht systematisch überhöhter Abrechnungen besteht.

Bewertung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfquoten zu erhöhen. Diese Zielsetzung halten die Medizinischen Dienste grundsätzlich für richtig. Hierbei einen selektiven Prüfansatz zu verfolgen ist sachgerecht. Dabei erscheinen die Sanktionselemente verbunden mit weiteren vorgesehenen Maßnahmen zur Reduzierung fehlerhafter Abrechnungen geeignet, den Anteil korrekter Abrechnungen zu erhöhen. Die Praxistauglichkeit dieses Ansatzes wird sich jedoch im laufenden Verfahren herausstellen müssen.

Kritisch zu hinterfragen sind die gewählten Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquoten. Diese orientieren sich offenbar an dem heute festzustellenden sehr hohen Anteil fehlerhafter Abrechnungen von derzeit über 50 Prozent. Ob bei Krankenhäusern, bei denen lediglich mehr als 60 Prozent der geprüften Abrechnungen korrekt sind, bereits eine Deckelung der Prüfungen auf eine 5 prozentige Prüfquote angemessen ist, ist sehr fraglich.

Eine Sonderregelung sollte gefunden werden für Krankenkassen, die sehr kleine Belegungszahlen in Kliniken aufweisen. Dieses wird bei kleinen Krankenkassen in der Regel der Fall sein und ist bei spezialisierten Kliniken für viele Krankenkassen Realität. Als Beispiele lassen sich hochkomplexe onkologische Behandlungen, Behandlungen von Schwerstverbrannten oder spezielle pädiatrische Behandlungen aufführen. Diese Behandlungsfälle laufen bei den Krankenkassen selten auf, sind jedoch hochpreisig und führen bei der Abrechnungsprüfung durchaus zu hohen Rückforderungen. Eine durchgängige Quotierung in der vorgesehenen Form führt dazu, dass einige Kassen diese sehr selten bei ihnen auftretenden, hochpreisigen Fälle aufgrund der geringen Fallzahl nicht mehr prüfen lassen können bzw. dass einzelne (hochspezialisierte) Kliniken oder Abteilungen gar nicht geprüft werden. Aus diesem Grund ist eine Nachjustierung der vorgesehenen Regelung dahingehend sinnvoll, dass bei geringen Fallzahlen die Quotierung ausgesetzt wird.

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

Änderungsvorschlag:

Streichung der Prüfpflicht der MDK zur Einhaltung der Prüfquote.

**Zu Artikel 1 Nr. 9 und Artikel 2 Nr. 1 Buchst. h (§ 275c Abs. 4 SGB V (neu) und § 17c Abs. 6 KHG (neu),
Transparenz über die Gesamtvorgänge und Ergebnisse)**

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

Gemäß § 17c Absatz 6 KHG ist beabsichtigt, dass der GKV-Spitzenverband jährlich, erstmals zum 30. Juni 2020, einen detaillierten Bericht über alle Aspekte der Krankenhaus-Rechnungsprüfung unter Verwendung der Daten nach § 275c Absatz 4 SGB V erstellt. Die Gliederung soll nach Medizinischem Dienst erfolgen.

Bewertung:

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

Ein sachlicher Grund, warum die Ergebnisse dieser Auswertung dann in aggregierter Form nach Medizinischen Diensten gegliedert zu veröffentlichen sind, erschließt sich jedoch nicht. Anzahl und Ergebnis der Rechnungsprüfungen hängen vor allem von der Qualität der Rechnungsstellung durch die Krankenhäuser und der Fallauswahl sowie Beauftragung durch die Krankenkassen ab.

Insofern ist die vom Gesetzgeber vorgegebene Gliederung nach Medizinischem Dienst nicht zielführend, so dass auf sie verzichtet werden kann.

Änderungsvorschlag:

In § 275c Absatz 4 ist der Satz 4 wie folgt zu fassen:

„Die Ergebnisse sind auch in aggregierter Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen.“

Zu Artikel 1 Nr. 9 und Artikel 2 Nr. 1 Buchst. h (§ 275c Abs. 3 SGB V (neu) und § 17c Abs. 7 KHG (neu), Sanktionierung der Krankenhäuser bei Rechnungskorrekturen; Evaluation der Gesetzgebung)

Die Krankenhäuser müssen gemäß § 275c Absatz 3 SGB V bei einem Anteil von unter 60 Prozent korrekter Rechnungen neben dem gekürzten Rechnungsbetrag einen Aufschlag an die Krankenkasse zurückzahlen. Dieser Aufschlag beträgt bei korrekten Rechnungen zwischen 40 und 60 Prozent 25 Prozent des Korrekturbetrags. Bei korrekten Rechnungen unter 40 Prozent beträgt der Aufschlag 50 Prozent.

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

Bewertung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen zur Krankenhausabrechnung ist es, den Anteil korrekter Krankenhausabrechnungen bei gleichzeitiger Reduktion der Prüfquoten zu erhöhen. Die vorgesehenen Aufschläge auf die Differenzbeträge setzen Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser und sind daher grundsätzlich geeignet die Abrechnungsgüte zu verbessern und den Umfang der Prüfungen zu reduzieren. Diese Zielsetzung und das hier gewählte Instrument eines sanktionsbewährten selektiven Prüfansatzes werden grundsätzlich befürwortet.

Kritisch zu sehen sind allerdings die gewählten Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquoten. Diese orientieren sich offenbar an dem heute festzustellenden sehr hohen Anteil fehlerhafter Abrechnungen von über 50 Prozent.

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

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 275c Abs. 6 SGB V (neu), Ausschlüsse von Prüfgründen)

Eine einzelfallbezogene Prüfung ist nicht zulässig bei

1. 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. der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d.

Bewertung:

Eine große Anzahl an Strukturmerkmalen bei OPS-Komplexcodes betrifft die Ausstattung von Kliniken mit qualifiziertem Personal. Aus der Begutachtungspraxis ist bekannt, dass diese Strukturmerkmale sehr variabel sein können und sich unterjährig mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit verändern. Ein weiterer Mechanismus, der diese Volatilität eines Zertifikates berücksichtigt, erscheint nötig. Zweckmäßig wäre eine Anzeigepflicht der Krankenhäuser bei relevanten Änderungen der Personalsituation oder ein anlassbezogenes Prüfrecht der Krankenkassen.

Änderungsvorschlag:

Nach §275d Absatz 2 SGB V wird Absatz 3 wie folgt eingefügt:

„Entfallen die Voraussetzungen des Absatz 1 nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst, so ist das Krankenhaus zur Anzeige dieser Veränderung verpflichtet. Der Medizinische Dienst trifft Feststellungen über die weitere Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale durch erneute Prüfung.“

Die Nummerierung der folgenden Absätze ändert sich entsprechend.

Zu Artikel 1 Nr. 9 und Nr. 11 (§ 275d SGB V (neu) und § 283 Abs. 2 Satz 3 SGB V, Strukturprüfung OPS-Komplexkodes)

Krankenhäuser müssen vor einer Budgetvereinbarung eine Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen eines OPS-Komplexkodes vorlegen. Ohne Vorliegen einer solchen Bescheinigung dürfen entsprechende Komplexkodes ab 1. Januar 2021 nicht mehr abgerechnet werden. Die Regularien für diese Bescheinigung (Inhalt und Geltungsdauer) sollen in einer Richtlinie festgelegt werden, die bis zum 30. April 2020 zu erlassen ist. Die Prüfung durch den Medizinischen Dienst soll für die Krankenhäuser kostenlos sein (umlagefinanziert). Die ersten Bescheinigungen sollen zukünftig zum 31. Dezember 2020 an die Krankenkasse übermittelt werden.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass den Versicherten der Kranken- und Pflegeversicherung Leistungen nach objektiven medizinischen Kriterien zukommen. Hierzu werden verschiedene medizinische und pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter beschäftigt. Durch diese besondere, auf Kompetenz ausgerichtete Stellung der Medizinischen Dienste ist dessen Aufgabenwahrnehmung umfassend gesichert. Durch die gesetzlich verankerte Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter wird eine wettbewerbsneutrale Begutachtung sichergestellt.

Aus dieser fachlichen Stellung heraus befürworten die Medizinischen Dienste die vorgesehene Durchführung regelmäßiger, krankenhausbbezogener Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen.

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 275d SGB V (neu) Andere Gutachterdienste bei der Strukturprüfung zu OPS-Komplexcodes)

Neben den Medizinischen Diensten sollen die Krankenhäuser auch andere Gutachterdienste zur Strukturprüfung heranziehen dürfen. In diesem Fall wären die Kosten der Prüfung durch die Krankenhäuser zu tragen. Eine umlagefinanzierte Beauftragung ist ausgeschlossen.

Bewertung:

Die beabsichtigte Öffnungsklausel zur Beauftragung weiterer Gutachterdienste führt zu einem Wahlrecht der Krankenhäuser zwischen den Medizinischen Diensten und weiteren Gutachterdiensten und konterkariert dadurch die Zielsetzung des Referentenentwurfs, die Medizinischen Dienste und die Unabhängigkeit ihrer Begutachtung und Beratung zu stärken.

Die mit der Beauftragung eines anderen Gutachterdienstes einhergehende Finanzierung der Begutachtung durch das beauftragende Krankenhaus stellt für den beauftragten Gutachterdienst eine klassische Nutzerfinanzierung dar, die dem bei den Medizinischen Diensten etablierten Modell einer unabhängig von der Beauftragung ausgestalteten Umlagefinanzierung in Hinblick auf die Objektivität der Begutachtungsergebnisse deutlich unterlegen ist.

Die Wahlfreiheit der Krankenhäuser bezüglich anderer Gutachterdienste ist problematisch. Die Möglichkeit, Bescheinigungen anderer Gutachterdienste gleichwertig zu MD-Bescheinigung zu verwenden setzt Fehlanreize dahingehend, dass sich Kliniken, die die Strukturmerkmale problemlos erfüllen, eine Bescheinigung von den Medizinischen Diensten ausstellen lassen, wohingegen Kliniken, bei denen die Ausstellung einer Bescheinigung zweifelhaft ist, auf andere Gutachterdienste ausweichen können. Damit wird ein nicht sachgerechter Ausweichmechanismus geschaffen. Zudem werden Anforderungen hinsichtlich der Unabhängigkeit und Qualifikation an andere Gutachterdienste nicht gestellt oder überprüft. Dieses Wahlrecht führt – ganz im Gegensatz zum Ziel des Gesetzgebers, eine unabhängige Begutachtung sicher zu stellen – zur Entstehung von Gutachterdiensten, die unmittelbar finanziell von Krankenhäusern abhängig sind. Die vorgesehene Öffnungsklausel wird deshalb von den Medizinischen Diensten entschieden abgelehnt.

Änderungsvorschlag:

Folgende Streichungen in § 275d Absatz 1, 2 und 5 SGB V:

(1) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst ~~oder durch einen anderen Gutachterdienst~~ 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 ~~oder an den anderen Gutachterdienst~~ zu übermitteln.

(2) Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst ~~oder von dem anderen Gutachterdienst~~ eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.

(5) Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung den Medizinischen Dienst, werden die anfallenden Kosten entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht. ~~Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst, hat es die Kosten hierfür zu tragen.~~

Analoge Änderung in § 283 Absatz 2 Nr. 3 SGB V:

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

3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung ~~und die Anforderungen bei der Durchführung der Begutachtung durch andere Gutachterdienste nach § 275d Absatz 1~~; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 30. April 2020 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen.

Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchst. c (§ 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V, Betretungsrecht der Gutachter)

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

Bewertung:

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

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 278 Abs. 1 SGB V, Umwandlung der Rechtsform der Medizinischen Dienste)

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

Bewertung:

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

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

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

Darüber hinaus werden durch die Angleichung der bisher unterschiedlichen Rechtsformen der Medizinischen Dienste die mit den bisher unterschiedlichen Rechtsformen verbundenen gesetzlichen Regelungsunterschiede beseitigt und dadurch die Umsetzung von Gemeinschaftsprojekten der Medizinischen Dienste, wie der momentan erfolgenden Einführung einer gemeinsamen Branchensoftware, erleichtert. Insoweit werden auch steuerliche Befreiungstatbestände, die bisher nur den, als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisierten Medizinischen Diensten zugutekamen, auf alle Medizinischen Dienste anwendbar. Dieses stellt eine vereinheitlichende Arbeitserleichterung da.

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 278 Abs. 2 SGB V, Wahrnehmung der Fachaufgaben der Medizinischen Dienste)

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

Bewertung:

Wie in § 275 Absatz 5 SGB V erläutert, begrüßen die Medizinischen Dienste die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur gesetzlichen Festschreibung der bereits gegebenen fachlich unabhängigen Aufgabenwahrnehmung der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste.

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

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

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 278 Abs. 4 und § 283 Abs. 4 SGB V, Berichtswesen MD Bund)

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

Bewertung:

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

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 279 Abs. 3, Verwaltungsrat und Vorstand)

Organe der Medizinischen Dienste (MD) sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand.

Der Verwaltungsrat soll zukünftig aus 16 Vertretern bestehen, die von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt werden. Die Verwaltungsräte der Krankenkassen sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See schlagen sechs Vertreterinnen und Vertreter vor, sechs weitere Vertreterinnen und Vertreter werden von Patienten- und Betroffenenorganisationen auf Landesebene und vier Vertreterinnen und Vertreter durch die Verbände der Berufsgruppen der Pflegefachberufe und der Ärztinnen und Ärzte auf Landesebene vorgeschlagen.

Die Benennung hauptamtlich bei den Krankenkassen oder ihren Verbänden Beschäftigter ist ebenso wie eine gleichzeitige oder zeitnahe Mitgliedschaft im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes und bei einer Krankenkasse oder ihrer Verbände ausgeschlossen.

Bewertung:

Besetzung der Verwaltungsräte

Die beabsichtigten neuen Organisationsstrukturen der Medizinischen Dienste werden abgelehnt.

Die vorgesehene Begrenzung der in den Verwaltungsräten der MD vertretenen Arbeitgeber- und Versichertenvertreter auf 6 von 16 Mitgliedern bringt die soziale Selbstverwaltung, entgegen der im Koalitionsvertrag angekündigten Stärkung der sozialen Selbstverwaltung, in eine klare Minderheitenposition und setzt die sozialpartnerschaftliche Gestaltung außer Kraft.

Die bislang in der Sozialversicherung fest verankerte Verantwortung der Versicherten und Arbeitgeber, durch welche sich die Entscheidungen der Sozialversicherungsträger stets auch an einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung ausrichten, wird durch die geplante Organisationsänderung aufgehoben.

Bei den Versicherten handelt es sich um die maßgebliche Betroffenenengruppe, denn die Aufgaben der Medizinischen Dienste betreffen überwiegend Leistungsvoraussetzungen und damit letztlich den Leistungsanspruch der Versicherten gegen den Sozialversicherungsträger. Insofern führt die geplante Neubesetzung der Verwaltungsräte zu einem Defizit demokratischer Legitimation. Im Gegensatz zu den gewählten Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der MD wären die neu hinzukommenden Akteure nicht durch Sozialwahlen legitimiert. Eine durchgängige Legitimationskette der Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber ist demgegenüber durch die Entsendung der Mitglieder der MD-Verwaltungsräte aus den Landesverbänden der Krankenkassen gesichert.

An diesem verfassungsrechtlich bedenklichen Legitimationsdefizit ändert das vorgesehene Benennungsverfahren durch die Landesaufsichten wenig. Ein solches Benennungsverfahren war im Falle der unlängst erst eingeführten MDK-Beiräte notwendig, da die Patienten- und Berufsvertreter in der Pflege nicht über eine allgemein anerkannte Legitimationsbasis verfügen. Verfehlt ist es jedoch, dieses Benennungsverfahren auf die Vertreter aus der Kranken- und Pflegeversicherung zu übertragen, denn diese haben aus den Sozialwahlen bereits eine starke Legitimationsbasis. Schließlich kommt es gerade auf die Legitimationsvermittlung im Verhältnis zu den Versicherten an, denn insbesondere für diese Gruppe können die Aufgaben der MD grundrechtsrelevant sein.

Aus diesem Grund spricht der MDS sich dafür aus, in den künftigen Verwaltungsräten der MD das Stimmrecht exklusiv den Vertretern der sozialen Selbstverwaltung einzuräumen.

Die Vorgabe, auf eine hälftige Besetzung der Verwaltungsräte mit Frauen und Männern hinzuwirken, erachten die Medizinischen Dienste als zielführende Maßnahme zur Steigerung des Frauenanteils in Gremien und Institutionen.

Unvereinbarkeitsregelung

Die im Referentenentwurf vorgesehene Unvereinbarkeit eines Selbstverwaltungsamtes bei den MD und dem Selbstverwaltungsamt bei einer Krankenkasse bzw. einem Krankenkassenverband wird eine adäquate Aufgabenwahrnehmung im Verwaltungsrat erschweren. Die in den gesetzlichen Krankenkassen engagierten ehrenamtlichen Mitglieder bringen die Perspektive der Versicherten und ihrer Arbeitgeber ein, um Entscheidungen über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste an einer bedarfsgerechten Versorgung auszurichten. Zugleich verfügen sie über ein professionalisiertes Wissen systemrelevanter Zusammenhänge in der GKV/ SPV. Dieses Systemwissen würde für die praxisnahe und profunde Flankierung der Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste durch ihre Kontrollgremien verloren gehen.

Aufgabe der Medizinischen Dienste ist es, sozialmedizinische Begutachtungen und Beratungen im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegekassen vorzunehmen. Die ehrenamtlich tätigen Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten treffen organisatorische Entscheidungen über Finanz-, Personal- und Organisationsfragen. Sie nehmen dabei keinen Einfluss auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung zu einzelnen pflegerischen oder medizinischen Sachverhalten, die in der Verantwortung der weisungsfrei tätigen Gutachterinnen und Gutachter liegen. Ein Ausschluss von Selbstverwaltern aus der Krankenversicherung aus den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufgrund einer vermeintlichen Einflussnahme auf die Begutachtungen der MD erscheint deshalb wenig stichhaltig.

Einbindung von Patienten- und Berufsvertretern

Patienten- und Betroffenenvertreter sowie Vertreter der Berufe sollen dem Referentenentwurf folgend mehrheitlich die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste bilden.

Eine stärkere Einbindung von Patienten- und Betroffenenvertretern kann die Transparenz der Arbeit der Medizinischen Dienste erhöhen. Hierbei sollte es jedoch nicht zu einer Vermischung von Verantwortlichkeiten kommen. Sachdienlich ist eine fachliche und erfahrungsbezogene Begleitung durch Patienten- und Betroffenenvertreter hinsichtlich der pflegerischen und medizinischen Versorgung. Dieser Aufgabe kommen die bei den Verwaltungsräten der MDK eingerichteten Beiräte aus Vertretern von Pflegebetroffenen- und Pflegeberufsverbänden bereits heute nach. Aufgabe der Beiräte der MDK ist die Beratung und Unterstützung der Verwaltungsräte der MDK bei ihren Entscheidungen durch Vorschläge und Stellungnahmen. Eine Erweiterung der Beiräte um Patienten- und Betroffenenvertreter aus dem Bereich der Krankenversicherung würde die Begutachtungs- und Prüftätigkeit der nach dem Referentenentwurf konzipierten MD auch für diese Gruppen transparent abbilden.

Die positiven Erfahrungen mit den in den Beiräten der Medizinischen Dienste beteiligten Vertretern aus dem Bereich der Pflegeversicherung legen eine Ausdehnung der Beteiligung auf Patienten- und

Betroffenenvertreter auch aus dem Bereich der Krankenversicherung nahe. Damit könnte die Transparenz über die Arbeit der MDK und damit ihre Akzeptanz erhöht werden.

Um dies zu erreichen, bedarf es allerdings keiner Stimmrechte dieser Vertreter in den Verwaltungsräten der geplanten MD. Die vorgesehene Neuregelung würde unter anderem zu einer Verdrängung der wesentlichen Betroffenenengruppe der Versicherten führen.

Neben dem daraus folgenden Legitimationsdefizit würden die vorgesehenen Besetzungsverhältnisse zu einer falschen Gewichtung der Perspektive der Patienten- und Berufsvertreter in den Medizinischen Diensten führen. Patienten- und Berufsvertreter nehmen naturgemäß vor allem die Interessen der von ihnen vertretenen Gruppen ein. Die kollektive Verantwortung der Gemeinschaft der Versicherten und ihrer Arbeitgeber droht dadurch in den Hintergrund zu geraten.

Es ist sicherzustellen, dass keine Vertreter der Leistungserbringer, die Anbieterinteressen vertreten, in die Medizinischen Dienste entsandt werden können. Dies würde die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste gefährden. Die Medizinischen Dienste müssen insbesondere ihre Prüftätigkeit unabhängig von Einflussnahmen der Leistungserbringer durchführen können.

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehenen organisatorischen Änderungen in Bezug auf die Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste sind zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§§ 281 und 282 SGB V , Rechtsform, Aufsicht, Finanzierung und Organe MD Bund)

Gemäß § 281 SGB V soll der Medizinische Dienst Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet werden und an die Stelle des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen treten. Dieser ist als eingetragener Verein mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als einzig stimmberechtigtem Mitglied organisiert. Der Medizinische Dienst Bund soll organisatorisch vollständig vom GKV-Spitzenverband gelöst und von den Medizinischen Diensten als Mitglieder getragen werden. Finanziert werden soll der künftige MD Bund von den Medizinischen Diensten durch eine Umlage.

In § 282 SGB V werden der Verwaltungsrat und der Vorstand als Organe des nach dem Referentenentwurf konzipierten Medizinischen Dienst Bund bestimmt. Der Verwaltungsrat des künftigen MD Bund wird entsprechend der vorgesehenen Regelung für die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste mit drei Vertretergruppen mit jeweils sechs Versicherten- und Arbeitgebervertretern, sechs Vertreterinnen und Vertretern der Patientenorganisationen und vier Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe bzw. der Ärztekammern besetzt. Diese werden von den Verwaltungsräten der geplanten MD gewählt.

Bewertung:

Abkoppelung des MD Bund vom GKV-Spitzenverband und Umwandlung in einen Bundesverband der MD

Die beabsichtigten Organisationsstrukturen des im Referentenentwurf konzipierten MD Bund werden abgelehnt. Infolge der vorgesehenen Änderungen bei der Besetzung des Verwaltungsrates des künftigen MD Bund und der Übertragung der Finanzierung des MD Bund auf die MD wird der MD Bund vom GKV-Spitzenverband abgetrennt und stattdessen in einen Bundesverband der Medizinischen Dienste umgewandelt. Die MD würden den MD Bund alleine tragen und finanzieren. Diese Rolle der MD geht jedoch weit über eine auf eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung zielende stärkere Einbeziehung der MD beim MD Bund hinaus und wird von daher abgelehnt. Der MD Bund soll den GKV-Spitzenverband weiterhin in allen medizinischen und pflegfachlichen Fragen der ihm zugewiesenen Aufgaben beraten. Diese Aufgabe steht zu Recht gleichwertig neben der Aufgabenstellung der Koordinierung der Arbeit der Medizinischen Dienste. Die im Referentenentwurf angestrebte Abtrennung vom GKV-Spitzenverband wird den Aufgabenstellungen des künftigen MD Bund nicht gerecht.

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

Besetzung des Verwaltungsrates

Zentral für die notwendige Verknüpfung des künftigen MD Bund mit dem GKV-Spitzenverband ist die Besetzung des Verwaltungsrates: Im Verwaltungsrat des MD Bund sollen ausschließlich Selbstverwaltungsvertreter aus dem GKV-Spitzenverband vertreten sein.

Die vorgesehene Begrenzung der im Verwaltungsrat des MD Bund vertretenen Arbeitgeber- und Versichertenvertreter auf 6 von 16 Mitgliedern bringt die soziale Selbstverwaltung, entgegen der im Koalitionsvertrag angekündigten Stärkung der sozialen Selbstverwaltung, in eine klare Minderheitenposition und setzt die sozialpartnerschaftliche Gestaltung außer Kraft. Dies wird, wie auch bei den Medizinischen Diensten, abgelehnt. Im Weiteren wird auf die Kommentierung zu § 279 Absatz 3 SGB V verwiesen.

Unvereinbarkeitsregelung

Der vorgesehene Ausschluss von Vertretern der Selbstverwaltungsorgane der Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände aus dem Verwaltungsrat analog der vorgesehenen Regelungen für die Medizinischen Dienste bedeutet de facto die Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung auch auf der Ebene des künftigen MD Bund und bedeutet damit den Ausschluss der Selbstverwalter aus der Gestaltung. Damit gehen auch hier die tiefen Systemkenntnisse der Selbstverwaltung auf der Bundesebene im Verwaltungsrat verloren. Dies wird auch für den Medizinischen Dienst Bund abgelehnt. Im Weiteren wird auf die Kommentierung zu § 279 Absatz 3 SGB V verwiesen.

Einbindung von Patienten- und Berufsvertretern

Patienten- und Betroffenenvertreter sowie Vertreter der Berufe sollen dem Referentenentwurf folgend die Mehrheit im Verwaltungsrat des vorgesehenen MD Bund erhalten. Dies wird mit Verweis auf die Kommentierung zu § 279 Absatz 3 SGB V abgelehnt.

Rechtsform des MD Bund

Die vorgesehene Umwandlung des MDS in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts wird positiv gesehen. Die dem MD Bund zugewiesenen Aufgaben werden durch die Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts sachgerecht abgebildet. In geeigneter Weise wird durch die Rechtsformänderung die Eigenständigkeit der Organisation unterstrichen und die gegebene fachlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung analog der ebenfalls vorgesehenen Rechtsformangleichung bei den Medizinischen Diensten auch nach außen dargestellt. Auf diese Weise entspricht die rechtliche Ausgestaltung auf Bundesebene systemkonform den Strukturen auf Landesebene. Die Umwandlung in eine Körperschaft wird jedoch durch die vorgesehenen nicht-funktionalen Organisationsstrukturen nicht ihre positiven Wirkungen entfalten können.

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehenen organisatorischen Änderungen in Bezug auf die Besetzung des Verwaltungsrates und die Finanzierung des Medizinischen Dienstes Bund sind zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 280 Abs. 1, 3 SGB V, Finanzierung, Haushalt, Aufsicht)

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

Bewertung:

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

Mitgliederbezogene Umlagefinanzierung

Die Medizinischen Dienste halten die Beibehaltung der Umlagefinanzierung durch die Kranken- und Pflegekassen, die sich an der Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkassen orientiert, für sachgerecht. Mit Blick auf die fachliche Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste ist es richtig, weder eine Einzelleistungsvergütung noch eine Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds vorzusehen. Falsch ist es jedoch, dass den Selbstverwaltungsvertretern der Kranken- und Pflegekassen, also den Vertretern aus den Organisationen, die die Umlage zu zahlen haben, kein maßgeblicher Einfluss auf die Verabschiedung der Haushalte eingeräumt wird (siehe Ausführung zur Besetzung des Verwaltungsrates in § 279 SGB V).

Genehmigung des Haushalts

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

Änderungsvorschlag:

Änderung in § 280 Absatz 3 SGB V

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

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 281 Abs. 2 SGB V, MD Bund Finanzierung)

§ 281 Absatz 2 sieht vor, dass die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund erforderlichen Mittel von den Medizinischen Diensten durch eine Umlage aufgebracht werden. Dabei sollen die Mittel im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 S. 2 Nr. 1 SGB V mit Wohnort im Einzugsbereich des jeweiligen Medizinischen Dienstes aufgebracht werden. Unter Verweis auf § 70 Absatz 5 SGB IV soll die Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Haushalt erforderlich sein.

Bewertung:

Der MDS wird derzeit über eine mitgliederbezogene Umlage vom GKV-Spitzenverband finanziert. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen berät als medizinische und pflegfachliche Expertenorganisation den GKV-Spitzenverband zu grundsätzlichen Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Außerdem koordiniert er die bundesweite Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste.

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

Die vorgesehene Genehmigungspflicht des Haushalts durch das BMG wird analog zu den Regelungen in § 280 Absatz 3 als nicht sachgerecht abgelehnt.

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

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 280 Abs. 1, 3 und § 281 Abs. 2 SGB V, Steuerliche Auswirkungen)

Durch die beabsichtigte Ausgestaltung der Medizinischen Dienste wird eine Vereinheitlichung auch in Steuerfragen erreicht.

Bewertung:

Weitere notwendige Anpassungen sind im Umsatzsteuergesetz, Körperschaftsteuergesetz und Gewerbesteuergesetz vorzunehmen. Folgende Regelungen sind hierbei beispielhaft zu nennen:

§ 5 Absatz 1 Nr. 21 KStG

§ 4 Nr. 15a UStG

§ 3 Nr. 28 GewStG

Wir regen an, die steuerrechtlichen Regelungen für die Medizinischen Dienste dahingehend zu ergänzen, dass alle Leistungen der Medizinischen Dienste von der Steuer befreit werden. So sollten auch Leistungen der Medizinischen Dienste nach § 62a SGB XII unter die Umsatzsteuerbefreiung des § 4 Nr. 15a UStG fallen. Zudem sind die Begutachtungen von Bundesbeamten sowie Leistungen für Krankenhäuser bei Strukturprüfungen bei der steuerrechtlichen Ausgestaltung zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag:

Die bestehenden steuerrechtlichen Befreiungsregelungen für die Medizinischen Dienste sind auf alle von den Medizinischen Diensten erbrachten Leistungen auszuweiten.

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 283 SGB V, Aufgaben des Medizinischen Dienst Bund)

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

Dem künftigen MD Bund soll die bisher beim GKV-Spitzenverband verortete Kompetenz zum Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste übertragen werden. Dies sind die bereits in § 282 Absatz 2 Satz 3 genannten 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). Neue Regelungsinhalte kommen mit den folgenden Richtlinien hinzu:

- über die regelmäßige Begutachtung von Strukturmerkmalen nach § 275d (neu)
- durch die MD und andere Gutachterdienste bis zum 30.04.2020 (Nummer 3),
- zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabebezogenen Richtwerten (Nummer 4),
- zur Beauftragung externer Gutachter durch die MD (Nummer 5),
- zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD (Nummer 6) ,
- zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der MD sowie des hierfür eingesetzten Personals (Nummer 7),
- zur regelmäßigen Berichterstattung der MD und des MD Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung (Nummer 8).

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

Bewertung:

Aufgaben des MD Bund

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

Ausweitung der bundesweiten Aufgabenwahrnehmung

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

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

Die vorgesehene Personalbedarfs-Richtlinie zielt auf eine an aufgabenbezogenen Richtwerten orientierte, bundeseinheitlich adäquate Personalausstattung der Dienste. Der Bundesrechnungshof hat in einem 2015 veröffentlichten Bericht die Empfehlung zu einer einheitlichen Ermittlung des Personalbedarfs ausgesprochen. Die im Bericht des Bundesrechnungshofs angeführte Kritik an einer vermeintlichen personellen Minderausstattung der Medizinischen Dienste ist mit Blick auf die eingetretene Personalentwicklung der MDK in den letzten Jahren nicht mehr begründet. So wurden zwischen 2016 und 2019 bei den MDK 821 zusätzliche Pflegefachkräfte (+33,7%), 264 zusätzliche Kodierassistenzen (+87,8%) und 106 zusätzliche Ärztinnen und Ärzte (+5,3%) eingestellt. Damit wird deutlich, dass die Medizinischen Dienste auf die sich stetig ändernden Begutachtungsbedarfe adäquat reagiert haben und von ihren Verwaltungsräten mit den notwendigen Mitteln ausgestattet wurden. Falls dennoch an einer Personalbedarfs-Richtlinie festgehalten werden sollte, so sollten durch eine solche Richtlinie die Gestaltungsrechte der Verwaltungsräte nicht unnötig eingeschränkt werden

Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste

Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste, insbesondere die Begutachtungsrichtlinien, werden aktuell in einem strukturierten Verfahren von MDS, MDK und GKV-Spitzenverband erarbeitet. Dabei wird ein Fachentwurf auf der Arbeitsebene von Vertretern der MDK und des MDS erarbeitet. Dieser Fachentwurf wird mit Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene erörtert, um die Kompatibilität zum Leistungs- und Vertragsrecht sicher zu stellen. Der konsentierter Entwurf der Richtlinie wird dann vom Vorstand des MDS in Abstimmung mit den Geschäftsführern und Leitenden Ärzten der MDK abgenommen und danach vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes als Richtlinie erlassen.

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

Änderungsvorschlag:

In Absatz 2 wird die Nummer 4 gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 301 SGB V, Krankenhäuser)

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

Bewertung:

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

Zu Artikel 1 Nr. 16 (§ 327 SGB V (neu), Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

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

Bewertung:

Die Übergangsregelungen stehen in engem Zusammenhang mit den organisationsrechtlichen Regelungen der geplanten MD und des geplanten MD Bund. Vor dem Hintergrund der hier vorgetragenen Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf wird aktuell auf eine Kommentierung der Übergangsregelungen verzichtet.

Zu Artikel 1 Nr. 16 (§ 328 Abs. 1 - 4 und Abs. 5 SGB V (neu), Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

§ 328 SGB V regelt die Umwandlung der einzelnen MDK in MD und des MDS in den MD Bund. Die MD werden in einem Zeitraum von ca. einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes neu konstituiert, die Neukonstituierung des MD Bund erfolgt innerhalb von ca. anderthalb Jahren. Der Zeitpunkt der Vollendung der Neukonstituierung ist in § 328 Absatz 1 Satz 4 SGB V definiert als der Ablauf des Monats nach Genehmigung der neuen Satzung und wird von der zuständigen Behörde öffentlich bekannt gemacht. Die Phase der Neukonstituierung wird in ihrem Ablauf gesetzlich geregelt. Ferner wird der Übergang der Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine auf die neuen Körperschaften des öffentlichen Rechts in dem jeweiligen Bezirk geregelt.

Bewertung:

Die Übergangsregelungen stehen in engem Zusammenhang mit den organisationsrechtlichen Regelungen der geplanten MD und des geplanten MD Bund. Vor dem Hintergrund der hier vorgetragenen Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf wird aktuell auf eine Kommentierung der Übergangsregelungen verzichtet.

Zu Artikel 2 Nr. 1 Buchst. b. bb (§ 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHG, Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben Regelungen zu vereinbaren, die ab dem 1. Januar 2021 eine ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen sicherstellen.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen die Übermittlung von Unterlagen in elektronischer Form. Eine geordnete elektronische Übermittlung von Unterlagen, wie im Entwurf vorgesehen ist, stellt eine große Erleichterung der Arbeit sowohl für die Krankenhäuser, als auch für die Medizinischen Dienste dar. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll und folgerichtig, den gesamten Workflow des Verfahrens (Prüfmitteilung, Quittierung der Mitteilung, Unterlagenanforderung, Quittierung eingegangener Unterlagen etc.) auf elektronische Verfahren umzustellen. Da die Formulierung aktuell explizit nur die Unterlagenübermittlung vorsieht, besteht das Risiko, dass hier lediglich eine Teillösung erarbeitet wird.

Da die Medizinischen Dienste wesentlich durch die hier zu treffende Vereinbarung tangiert werden, sollte auch eine starke Beteiligung erfolgen. Insoweit erscheint eine Beteiligung des heutigen MDS als zweckmäßig.

Änderungsvorschlag:

Der § 17c Absatz 2 Satz 2 KHG wird ergänzt:

„2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung der Unterlagen, sowie die Abwicklung aller Vorgänge zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung mit u.a. Übermittlung von Prüfanzeige, der Anforderung von Unterlagen, Übermittlung von Unterlagen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten sowie und die jeweiligen Quittierungsvorgänge. Festzulegen sind zudem deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,“

Nach §17c Absatz 2 Satz 2 KHG wird folgender Satz eingefügt:

„Die Regelung nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 ist durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund zu treffen.“

Zu Artikel 2 Nr. 1 Buchst. c (§ 17c Abs. 2a KHG (neu), Verbindliche Rechnungslegung durch die Krankenhäuser)

Durch § 17 Absatz 2a KHG wird eine Korrektur von Krankenhausrechnungen nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen durch das Krankenhaus grundsätzlich ausgeschlossen. Die mit der Erarbeitung einer neuen PrüfvV beauftragten Vertragsparteien können abweichende Regelungen vereinbaren.

Bewertung:

Der grundsätzliche Ausschluss von Korrekturen von Rechnungen nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen durch das Krankenhaus erleichtert eine effiziente und zügige Durchführung des Prüfverfahrens und stellt somit eine zielführende Neuregelung dar.

Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 18b Abs. 4 und 6 KHG (neu), Wirkeintritt und Verbindlichkeit von Entscheidungen des Schlichtungsausschusses)

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

Bewertung:

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

Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 18b Abs. 5 KHG (neu), Klärung strittiger Kodierempfehlungen)

Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über alle zwischen der SEG 4 und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling dissente Kodierempfehlungen.

Bewertung:

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

Zu Artikel 7 Nr. 12 (§ 53a [neu] SGB XI, Beauftragung anderer Gutachter, Richtlinien)

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

Bewertung:

Ziel des MDK-Reformgesetzes ist die Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Diesem Ansatz folgend ist eine mögliche Beauftragung anderer Gutachter, die nicht der Unabhängigkeit des MD unterliegen, nicht sachgerecht. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die MD, um Auftragsspitzen abfangen zu können, externe Gutachter beauftragen können, die den gleichen Unabhängigkeitsverpflichtungen unterliegen, wie intern beschäftigte Gutachter. Vor diesem Hintergrund sollte die Möglichkeit des Einsatzes anderer Gutachter kritisch auf den Prüfstand gestellt werden.

Änderungsvorschlag:

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

Zu Artikel 7 Nr. 14 (§ 53d [neu] SGB XI, Aufgaben des MD Bund)

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

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

Der geplante Medizinische Dienst Bund soll zukünftig folgende Richtlinien unter Beteiligung der Medizinischen Dienste erlassen:

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

Darüber hinaus soll er folgende Richtlinien unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes erlassen:

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

Bewertung:

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

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

Richtlinien

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

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

Ergänzender Änderungsvorschlag zu § 114 Abs. 1 SGB XI

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

Bewertung:

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

Änderungsvorschlag:

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

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

Zu Artikel 7 Nr. 20 Buchst. b. aa (§ 114a Abs. 6 Satz 1 [neu] SGB XI, Qualitätsberichterstattung)

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

Bewertung:

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

Änderungsvorschlag:

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