

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

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

A. Problem und Ziel

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

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

Die im Auftrag der Krankenkassen durch die MDK durchgeführten Krankenhausabrechnungsprüfungen sind Anlass für eine Vielzahl von Streitigkeiten. Es bestehen vielfach unterschiedliche Auffassungen über die erforderliche Behandlungsdauer der Patientinnen und Patienten sowie die zutreffende Kodierung und Abrechnung. Festzustellen ist auch, dass Krankenkassen, teils aus wettbewerblichen Gesichtspunkten, in einem zu großen Umfang Prüfungen veranlassen und die Prüfquoten kontinuierlich ansteigen. Ursächlich für die aktuelle Situation sind u. a. die Rahmenbedingungen für die Abrechnung und die Prüfung von Krankenhausleistungen, insbesondere weil Klarstellungen über wiederholt strittige Auffassungsunterschiede über richtiges Abrechnungsverhalten nicht zustande kommen und Anreize für eine regelkonforme Abrechnung in den Krankenhäusern nicht bestehen. Die bisherige Krankenhausabrechnungsprüfung verursacht zudem bei allen Beteiligten einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Sie macht einen zunehmend großen Teil der Tätigkeit der MDK aus. Und auch in den Krankenhäusern wird mit dem damit einhergehenden Zeit- und Personalaufwand Personal gebunden, das bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten fehlt.

Das vorliegende Gesetz zielt daher insbesondere ab auf eine Stärkung der Medizinischen Dienste (MD), die Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit, die Schaffung von Anreizen für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen, eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie die Herstellung von mehr Transparenz über das Prüfgeschehen.

In der Praxis bestehen bei Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben, Probleme bei der Anerkennung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Ziel des Gesetzesentwurfs ist es daher, diesen Bestand an Solidargemeinschaften zu schützen.

B. Lösung

Zur Stärkung der Unabhängigkeit der MD werden die organisatorischen Strukturen verändert.

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

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

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

Die Effizienz und die Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung werden verbessert:

- Die Anreize für eine korrekte Abrechnung werden gestärkt, indem die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses zukünftig den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmt. Hierzu wird ab dem Jahr 2020 eine zulässige Prüfquote je Krankenhaus bestimmt, die den Umfang der von den Krankenkassen beauftragten MD-Prüfungen begrenzt. Die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote ist ab dem Jahr 2021 von dem Anteil der korrekten Abrechnungen eines Krankenhauses abhängig. Ein hoher Anteil korrekter Rechnungen führt zu einer niedrigen zulässigen Prüfquote. Umgekehrt führt ein hoher Anteil nicht korrekter Abrechnungen zu einer höheren Prüfquote. Zusätzlich hat eine schlechte Abrechnungsqualität zukünftig auch negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus.
- Immer wieder auftretende strittige Kodier- und Abrechnungsfragen werden systematisch reduziert.
- Statt einer Prüfung in einer Vielzahl von Einzelfällen wird die Erfüllung von strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung in einer Strukturprüfung gebündelt.
- Der Entstehung von unnötigen Prüffeldern im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung wird entgegengewirkt.

- Im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ werden durch Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser genutzt und ausgebaut und zugleich der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegengewirkt.
- Eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser ist grundsätzlich nicht zulässig.
- Durch Einführung einer bundesweiten Statistik wird Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen hergestellt.
- Zudem werden Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben, als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anerkannt.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

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

Die Einführung von Prüfquoten ab dem Jahr 2020 wirkt sich auf die Summe der Rückzahlungsbeträge der Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen und auf die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausleistungen aus. Durch die Verringerung des Prüfumfanges ist zunächst mit einer Verminderung der Rückzahlungsansprüche zu rechnen. Durch gezieltere Prüfungen könnten die Krankenkassen jedoch einen höheren durchschnittlichen Rückzahlungsbetrag je Fall erreichen, so dass geringe Prüfquoten teilweise kompensiert werden könnten. Durch die Einführung von krankenhauseitig zu zahlenden Aufschlägen auf die Differenzbeträge erzielen die Krankenkassen ab dem Jahr 2021 Mehreinnahmen. Auf der Ausgabenseite der Krankenkassen wird es ab dem Jahr 2020 zu Minderausgaben kommen, da mit einer Reduzierung des Prüfumfanges auch eine Verminderung des Volumens der von den Krankenkassen zu zahlenden Aufwandspauschalen erreicht wird und die Inanspruchnahme der MD für Krankenhausabrechnungsprüfungen reduziert wird. Da die Mehr- und Minderausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen von vielen Faktoren abhängig sind, deren Entwicklung nicht auf einer soliden Basis kalkuliert werden kann, ist insgesamt eine Quantifizierung der Mehr- oder Minderausgaben nicht möglich.

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

E. Erfüllungsaufwand

Durch dieses Gesetz entsteht der Verwaltung quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Verwaltung beläuft sich auf rund 1,65 Millionen Euro, der laufende Erfüllungsaufwand auf rund 1,75 Millionen Euro.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1,65 Millionen Euro. Davon entfallen rund 405 000 Euro auf die Bundesebene, rund 1,2 Millionen Euro auf die Landesebene und rund 30 000 Euro auf die Ortsebene.

Die Reform der Organisationsstrukturen der MD, die Umsetzung der Einzelfallprüfung im Rahmen eines gestuften Prüfsystems und die Erstellung einer Jahresstatistik zur Erhöhung der Transparenz über das Prüfgeschehen führt zu laufendem Erfüllungsaufwand von rund 1,75 Millionen Euro. Davon entfallen rund 140 000 Euro auf die Bundesebene, rund 860 000 Euro auf die Landesebene und rund 750 000 Euro auf die Ortsebene.

F. Weitere Kosten

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

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) zuletzt geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 91 Absatz 7 Satz 6 werden nach dem Wort „öffentlich“ die Wörter „und werden zeitgleich im Internet übertragen sowie in der Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten“ eingefügt.
2. Dem § 109 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden.“
3. § 115b wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch folgende Sätze ersetzt:

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

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

In die Vereinbarung nach Satz 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie darin allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich

sein kann. Bei der einheitlichen Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.“

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Die Vereinbarung nach Satz 1 ist regelmäßig, spätestens im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

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

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

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

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

5. Nach § 175 wird folgender § 176 eingefügt:

Solidargemeinschaften

(1) Die Mitgliedschaft in einer am 1. April 2007 bereits bestehenden und seitdem ununterbrochen fortgeführten Solidargemeinschaft ist unter Maßgabe der Absätze 2 bis 5 eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes.

(2) Die Solidargemeinschaften nach Absatz 1 haben die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

(3) Die Solidargemeinschaften nach Absatz 1 sind ihren Mitgliedern zur Erstattung der Leistung verpflichtet, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entspricht. Die Verpflichtung zur Leistung besteht, solange und soweit das Mitglied oder ehemalige Mitglied nicht eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(4) Die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft nach Absatz 1 ist alle fünf Jahre durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachzuweisen, das von einem unabhängigen und geeigneten Gutachter zu prüfen und zu testieren ist. Der Gutachter muss dabei insbesondere überprüfen, ob

1. die Beiträge der Solidargemeinschaft auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung der Wahrscheinlichkeitstabellen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und anderen einschlägigen statistischen Daten berechnet sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit und zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos, und
2. die dauerhafte Erfüllbarkeit der sich aus Absatz 3 ergebenden Verpflichtungen jederzeit gewährleistet ist.

Das Vorliegen eines testierten Gutachtens wird durch das Bundesversicherungsamt bestätigt und ist Voraussetzung der Anerkennung nach Absatz 1.

(5) Endet eine Mitgliedschaft nach Absatz 1, ist für den Fall, dass die Mitgliedschaft wieder aufgenommen wird, eine Anerkennung nach Absatz 1 ausgeschlossen.“

6. In der Überschrift des Neunten Kapitels werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
7. § 275 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ gestrichen.
 - b) Absatz 1c wird aufgehoben.
 - c) In Absatz 2 werden die bisherigen Nummern 3 bis 5 die Nummern 2 bis 4.
 - d) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen

fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.“

- e) Absatz 4a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden die Wörter „§ 281 Absatz 1a Satz 2“ durch die Wörter „§ 280 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.
 - bb) In Satz 4 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
 - f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ und das Wort „medizinischen“ durch das Wort „fachlichen“ ersetzt und wird das Wort „ärztlichen“ gestrichen.
 - bb) In Satz 2 wird das Wort „ärztliche“ gestrichen und werden nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „und pflegerische Versorgung der Versicherten“ eingefügt.
8. § 275b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „§ 282 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.
 - bb) Satz 5 wird aufgehoben.
 - b) In Absatz 3 Satz 1 bis 3 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
9. Nach § 275b werden folgende §§ 275c und 275d eingefügt:

„§ 275c

Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

(1) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Die Krankenkasse ist an das Ergebnis der Prüfung durch den Medizinischen Dienst gebunden. Widerspruch oder Klage gegen das Prüfergebnis sind gegen die Krankenkasse zu richten.

(2) Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 10 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses nach Absatz 1 prüfen lassen

(quartalsbezogene Prüfquote). Ab dem Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem krankenhausbearbeiteten Anteil korrekter Abrechnungen nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 für jedes Quartal auf der Grundlage des Ergebnisses der Prüfung des vorvergangenen Quartals nach folgenden Maßgaben ermittelt wird:

1. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen von 60 Prozent oder mehr beträgt die krankenhausbearbeitete Prüfquote bis zu 5 Prozent,
2. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent beträgt die krankenhausbearbeitete Prüfquote bis zu 10 Prozent,
3. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent beträgt die krankenhausbearbeitete Prüfquote bis zu 15 Prozent.

Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 2 eingeleitete Prüfung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder 2 zulässige Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dabei sind die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichten Abrechnungen, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im vorvergangenen Quartal erhalten hat, heranzuziehen. Liegt der Anteil korrekter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, kann auch nach Erreichen der krankenhausbearbeiteten Prüfquote vor Ende eines Quartals eine Prüfung nach Absatz 1 eingeleitet werden. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 4 unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen.

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

- a) 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 2,
- b) 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 4.

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

1. Anzahl der eingegangenen Abrechnungen,
2. Anzahl der eingeleiteten Prüfungen nach Absatz 1,
3. Anzahl der nach Absatz 1 abgeschlossenen Prüfungen,
4. Anzahl der Abrechnungen, die nach der Prüfung gemäß Absatz 1 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind.

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

1. Anteil der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen an allen in dem betrachteten Quartal eingegangenen Abrechnungen (realisierte Prüfquote),
2. Anteil der Abrechnungen, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind, an allen abgeschlossenen Prüfungen in dem betrachteten Quartal (Anteil korrekter Abrechnungen),
3. zulässige Prüfquote nach Absatz 2 und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3, die sich aus dem Ergebnis nach Nummer 2 des betrachteten Quartals ergibt,
4. Werte nach Satz 2 Nummer 1, die nach den einzelnen Krankenkassen zu gliedern sind.

Die Ergebnisse sind auch in aggregierter Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(5) Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 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 der Strukturmerkmale nach § 275d.

(7) Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung sind nicht zulässig.

§ 275d

Prüfung von Strukturmerkmalen

(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.

(3) Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Absatz 2 den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Für die Vereinbarung für das Jahr 2021 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu übermitteln.

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

(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.“

10. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 und 3 wird jeweils die Angabe „§ 275, § 275a und § 275b“ durch die Wörter „den §§ 275 bis 275d“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „§ 275 Absatz 1 bis 3“ die Angabe „§ 275c oder § 275d“ eingefügt.

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

c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Notwendigkeit und Dauer“ durch die Wörter „Notwendigkeit, Dauer und ordnungsgemäße Abrechnung“ sowie das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.

11. Die §§ 278 bis 283 werden wie folgt gefasst:

„§ 278

Medizinischer Dienst

(1) In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte der betroffenen Medizinischen Dienste ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Diese Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden der betroffenen Länder. In Ländern, in denen mehrere Medizinische Dienste oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst bestehen, kann diese Aufteilung beibehalten werden.

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

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

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

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

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

§ 279

Verwaltungsrat und Vorstand

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

(2) Der Verwaltungsrat hat

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

§ 210 Absatz 1 gilt entsprechend.

(3) Der Verwaltungsrat besteht aus 16 Vertretern. Die Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon

1. sechs Vertreter auf Vorschlag der Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen, der BAHN-BKK und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
2. sechs Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene sowie
3. vier Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.

Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände sind oder innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates waren, können nicht benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Für Medizinische Dienste, die für weniger als eine Million Mitglieder zuständig sind, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes die Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrates nach Satz 1 unter Beibehaltung der Aufteilung nach Satz 2 halbieren. Sie legt die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 2 fest. Bei der Benennung des Verwaltungsrats hat sie darauf hinzuwirken, dass Frauen und Männer je zur Hälfte in diesem vertreten sind. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat bei der Benennung der Vertreter nach Satz 2 Nummer 1 die einzelnen Krankenkassen entsprechend ihrer Mitgliederzahl sowie die Vertretung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer angemessen zu berücksichtigen. Sie bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 2 Nummer 2 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung.

(4) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.

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

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

Absatz 4 und 5, § 64 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 und 3 und § 66 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2.

§ 280

Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

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

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

(3) 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, § 72 Absatz 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz, die §§ 73 bis 77 Absatz 1 und § 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. § 87 Absatz 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.

§ 281

Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht

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

(2) Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund erforderlichen Mittel werden von den Medizinischen Diensten durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen

Dienstes aufzubringen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. § 217d Absatz 2 gilt entsprechend. § 70 Absatz 5 des Vierten Buches gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst Bund untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 217d Absatz 3, die §§ 217g bis 217j, § 219 und § 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.

§ 282

Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

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

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 16 Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon

1. sechs Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1,
2. sechs Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und
3. vier Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3.

Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht innerhalb der jeweiligen Vertretergruppen nach Satz 2 im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen. Das Nähere, insbesondere zur Wahl des Vorsitzenden und dessen Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Die §§ 40, 41, 42 Absatz 1 bis 3 und 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches sowie § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e sowie § 279 Absatz 3 Satz 3 gelten entsprechend.

(3) Der Verwaltungsrat hat

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

§ 210 Absatz 1 gilt entsprechend.

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

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

§ 283

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

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

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

1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten,
2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und 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,
4. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihm übertragenen Aufgaben,

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

Der Medizinische Dienst Bund hat

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. der Bundesärztekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene,
3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und
5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit bei Richtlinien, die die Verarbeitung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen,

Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind, und die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 zu erlassen. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 der bis zum [...] geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.

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

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

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

12. In § 291 Absatz 2b Satz 8 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
13. § 295 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„In dem Schlüssel nach Satz 4 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“

- b) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

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

- c) Folgender Satz wird angefügt:

„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Operationen- und Prozedureschlüssels nach Satz 4 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“

14. § 299 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3“ ersetzt.

- b) In Absatz 1a werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b und § 137b Absatz 1“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1“ ersetzt.

15. § 301 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

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

- c) Folgender Satz wird angefügt:

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

16. Nach § 326 werden die folgenden §§ 327 und 328 angefügt:

„§ 327

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

(1) Die §§ 275 bis 283 in der bis zum [Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] geltenden Fassung gelten mit Ausnahme der §§ 275 Absatz 1c und 5, 276 Absatz 2 und 4 sowie § 281 Absatz 2 für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bis zu dem Zeitpunkt nach § 328 Absatz 1 Satz 4 fort. Bis zu diesem Zeitpunkt nehmen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach diesen Vorschriften die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. Die §§ 275 bis 283 in der Fassung vom [Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes] finden mit Ausnahme der §§ 275 Absatz 3b und 5, 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4 sowie § 280 Absatz 3 bis zu dem Zeitpunkt nach § 328 Absatz 1 Satz 4 keine Anwendung. Bis zu dem Zeitpunkt nach § 328 Absatz 1 Satz 4 findet für die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275c und § 275d die Regelung des § 281 Absatz 1 in der bis zum [Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] geltenden Fassung entsprechende Anwendung.

(2) Die §§ 275 bis 283 in der bis zum [Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes] geltenden Fassung gelten mit Ausnahme des § 275 Absatz 5 für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zu dem Zeitpunkt nach § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 fort; nach diesen Vorschriften nehmen sie ihre Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die §§ 275 bis 283 in der Fassung vom [Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes] sind für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Ausnahme der §§ 275 Absatz 5 und 281 Absatz 2 Satz 5 bis zu dem Zeitpunkt nach § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 nicht anwendbar. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und 4 in der Fassung vom [Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes] ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 30. April 2020 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 30. September 2020 erlässt. Diese Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 328

Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Vertreter des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 3 zu benennen. Der Verwaltungsrat hat innerhalb von drei Monaten nach Ablauf dieser Frist die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 zu beschließen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat über die Genehmigung der Satzung innerhalb von drei Monaten nach Erhalt zu entscheiden. Sie hat den Zeitpunkt des Ablaufs des Monats nach Erteilung der Genehmigung öffentlich bekanntzumachen. Die oder der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung lädt zur konstituierenden Sitzung ein und regelt das Nähere. In der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen.

(2) Die Medizinischen Dienste, die als eingetragene Vereine organisiert sind, werden im Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 als Körperschaften des öffentlichen Rechts

neu konstituiert. Die jeweilige Mitgliederversammlung beschließt die Auflösung des eingetragenen Vereines mit Wirkung zum Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4.

(3) Die Rechte und Pflichten der Medizinischen Dienste nach Absatz 2 gehen im Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 auf die in den jeweiligen Bezirken als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichteten Medizinischen Dienste über. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts treten in diesem Zeitpunkt in die Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine aus den Arbeitsverhältnissen mit den bei ihnen beschäftigten Personen ein. Die Arbeitsbedingungen der einzelnen Arbeitnehmer dürfen aus Anlass der Übernahme nicht verschlechtert werden. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts können bis zum [Datum des Inkrafttretens plus 2½ Jahre] ein Arbeitsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers liegenden wichtigen Grund kündigen. Die bestehenden Tarifverträge gelten fort.

(4) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 105 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512) geändert worden ist, Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Dienstherrenfähigkeit sind, verlieren ihre Dienstherrenfähigkeit, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Gesundheits-Reformgesetz nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Dienstherrenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.

(5) Der Medizinische Dienst Bund tritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Stelle des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste haben nach § 282 Absatz 2 die Vertreter des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, die von den jeweils Wahlberechtigten nach § 282 Absatz 2 Satz 2 vorgeschlagen werden, innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Frist des Absatzes 1 Satz 1 zu wählen. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur konstituierenden Sitzung ein und regelt das Nähere. In der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 und 3 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Absatz 1 Satz 2 in dem Zeitpunkt nach Ablauf der Frist nach Satz 2 beginnt und statt drei Monaten sechs Monate beträgt und die Satzung nach Absatz 1 Satz 3 vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen ist.

(6) Die Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung gehen jeweils in dem Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 4 auf den Medizinischen Dienst über, in dessen Bezirk die Dienst- oder Außenstelle des jeweiligen Sozialmedizinischen Dienstes liegt. Die Medizinischen Dienste treten in die Rechte und Pflichten der Sozialmedizinischen Dienste aus den Dienst-, Versorgungs- und Arbeitsverhältnissen mit den Personen ein, die bei einer Dienst- oder Außenstelle des Sozialmedizinischen Dienstes im Bezirk des jeweiligen Medizinischen Dienstes beschäftigt sind und dort Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahrnehmen. Abweichend von Satz 2 kann die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mit den betroffenen Medizinischen Diensten auch vereinbaren, dass Beschäftigte von einem anderen Medizinischen Dienst übernommen werden. Die Medizinischen Dienste erhalten für die nach Satz 2 und 3 übernommenen Beamtinnen und Beamten, Beamtinnenanwärterinnen und Beamtenanwärter sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger Dienstherrenfähigkeit nach § 2 Nummer 2 Beamtenstatusgesetz. Das Recht, Beamte zu haben, beschränkt sich auf die nach Satz 2 und 3 übernommenen Personen. Die Dienstherrenfähigkeit entfällt, wenn die Notwendigkeit hierfür nach

Satz 4 nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Dienstherrenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.“

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17c wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Schlichtungsausschuss“ durch das Wort „Statistik“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

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

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1.“

dd) In dem neuen Satz 4 werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „nach den Sätzen 1 oder 3“ eingefügt.

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

„(2a) Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden. Weitere Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung finden nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht statt.

(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Abweichend von § 275c Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die Krankenkasse und das Krankenhaus eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Durchführung der Erörterung nach Satz 1 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

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

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

g) In dem neuen Absatz 4 werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 3“ das Komma und die Wörter „Absatz 3 Satz 7 sowie des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach Absatz 3“ gestrichen.

h) Nach Absatz 5 werden folgende Absätze 6 und 7 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt unter Verwendung der Daten nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Anzahl und Ergebnisse der Vorverfahren sowie durchschnittliche Rückzahlungsbeträge gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2,
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,

4. Ergebnisse der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittlich zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2,
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

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

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 18b vor. Für die Erstellung des Berichtes haben die Vertragsparteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen.“

2. Nach § 18a wird folgender § 18b eingefügt:

„§ 18b

Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Für den Schlichtungsausschuss ist § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 4, 7 und 8 entsprechend anzuwenden; bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser für die Bildung des Schlichtungsausschusses sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus berücksichtigt werden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen ganz oder teilweise nicht zustande, trifft auf Antrag einer

Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Soweit eine Einigung auf die unparteiischen Mitglieder nicht zustande kommt, werden diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.

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

(3) Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit bei Bedarf bei einer Anrufung des Schlichtungsausschusses zu unterstützen; die dem Institut hierfür entstehenden Aufwendungen sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren.

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

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

(6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich; die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln.

(7) Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen“ durch die Wörter „Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Frühgeborenen und bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten“ ersetzt.
 - b) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „die Jahre ab dem“ durch das Wort „das“ ersetzt.
2. In § 6a Absatz 2 Satz 5 werden nach dem Wort „geprüft“ die Wörter „und § 275c Absatz 5 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist zu beachten“ eingefügt.
 3. Dem § 8 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Ferner dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.“
 4. In § 11 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ durch die Wörter „(§ 8 Absatz 1 Satz 3 und 4), der Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 4

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 8 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Entgelte für Leistungen dürfen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.“
2. In § 11 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „(§ 8 Absatz 1 Satz 3 und 4)“ ein Komma und die Wörter „der Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 6

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

In § 56 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

Artikel 7

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen“.
 - b) Die Angabe zu § 53a wird wie folgt gefasst:

„§ 53a Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“.
 - c) Die Angabe zu § 53b wird wie folgt gefasst:

„§ 53b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte“.
 - d) Nach der Angabe zu § 53b werden die folgenden Angaben eingefügt:

„Fünfter Abschnitt Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund; Übergangsregelung

§ 53d Aufgabe des Medizinischen Dienstes Bund“.
2. Es werden gestrichen:
 - a) in § 7 Absatz 2 Satz 1 nach den Wörtern „des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „der Krankenversicherung“,
 - b) in § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 nach den Wörtern „den Medizinischen Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“.
3. In § 15 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
4. § 17 wird wie folgt geändert:

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

„Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“
6. In § 18a Absatz 2 Satz 1 und in Satz 2 Nummer 1 werden jeweils nach den Wörtern „der Medizinischen Dienste“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
7. § 18b wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien.“

- b) In Satz 2 werden die Wörter „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und“ gestrichen und das Wort „die“ durch das Wort „Die“ ersetzt.
8. In § 18c Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
9. In § 20 Absatz 3 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „sowie nach § 176 des Fünften Buches anerkannte Mitglieder von Solidargemeinschaften, sofern sie die Voraussetzung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a oder b des Fünften Buches erfüllen und nicht bereits in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind,“ eingefügt.
10. § 23 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - b) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
 - c) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. nach § 176 des Fünften Buches anerkannte Mitglieder von Solidargemeinschaften, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind oder sich bereits in der sozialen Pflegeversicherung versichert haben.“
11. Es werden gestrichen:
 - a) in § 31 Absatz 3 Satz 1, § 33 Absatz 1 Satz 5 und § 38a Absatz 1 Satz 2 jeweils nach den Wörtern „des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „der Krankenversicherung“.
 - b) in § 44 Absatz 1 Satz 2 nach den Wörtern „Der Medizinische Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“.
 - c) in § 46 Absatz 3 Satz 5 nach den Wörtern „des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „der Krankenversicherung“.
12. § 53b wird wie folgt geändert:
 - a) § 53b wird § 53a.
 - b) In Absatz 2 Nummer 2 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
13. § 53c wird § 53b.
14. Nach § 53b wird folgender Fünfter Abschnitt eingefügt:

„Fünfter Abschnitt

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund; Übergangsregelung

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

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

(3) Die Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund erfüllen die ihnen jeweils obliegenden Aufgaben mit Erlangung ihrer Rechtsform gemäß § 328 des Fünften Buches. Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt erfüllen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die ihnen nach diesem Buch in der bis zum [Inkrafttreten des Mantelgesetzes geltenden Fassung] zugewiesenen Aufgaben. Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, die nach diesem Buch in der bis zum [Inkrafttreten des Mantelgesetzes geltenden Fassung] erarbeitet und in § 53d Absatz 2 und 3 genannt werden, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.

§ 53d

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

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

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

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 diesem Buch 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 Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,

6. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung.

Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich.

(3) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen Richtlinien

1. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,
2. zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,
3. zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,
4. 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.

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

15. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- b) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

16. Es werden gestrichen:

- a) in § 92a Absatz 4 Nummer 4 nach den Wörtern „Medizinischen Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“.
- b) in § 94 Absatz 2 Satz 2 nach den Wörtern „des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „der Krankenversicherung“.

- c) in § 112 Absatz 3 Satz 1 nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“.

17. § 112a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
- c) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinischen Dienstes Bund“ ersetzt.

18. In § 113 Absatz 1 Satz 1, § 113a Absatz 1 Satz 4, § 113b Absatz 2 Satz 8 und § 113c Absatz 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

19. In § 114 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 werden jeweils nach den Wörtern „Medizinischen Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

20. § 114a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 und 4, Absatz 2 Satz 1, Satz 4 und 5 und Absatz 4 Satz 4 werden jeweils nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienste“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen, nach den Wörtern „dem Medizinischen Dienst“ die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt, die Angabe „30. Juni 2011“ durch die Angabe „30. Juni 2020“ ersetzt und das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Der Medizinische Dienst“ die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt und nach den Wörtern „der Medizinischen Dienste“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
 - bb) In Satz 6 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.
 - cc) In Satz 11 werden die Wörter „den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ durch die Wörter „die Medizinischen Dienste“ ersetzt.

21. § 114c Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

22. § 115 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Medizinischen Dienste“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- b) In Absatz 1a werden in Satz 9 nach den Wörtern „Medizinischen Dienste“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen und in Satz 10 die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
- c) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „der Medizinische Dienst“ und des „Medizinischen Dienstes“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

23. § 115a wird wie folgt geändert:

- a) In § 115a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- c) In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.

24. In § 117 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 werden jeweils nach den Wörtern „der Medizinische Dienst“, in Absatz 4 Satz 1 nach den Wörtern „vom Medizinischen Dienst“ und in Absatz 5 Satz 1 nach den Wörtern „der Medizinische Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

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

26. § 142 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „vom Medizinischen Dienst“ die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

Artikel 8

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

§ 3 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 25. März 2019 (BGBl. I S. 357) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 7 wird das Wort „sowie“ durch ein Semikolon ersetzt.
2. In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „sowie“ ersetzt.
3. Folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. Solidargemeinschaften gemäß § 176 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 9

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

In § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 231), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, werden nach dem Wort „beihilfeberechtigt“ die Wörter „oder nach § 176 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannte Mitglieder von Solidargemeinschaften“ eingefügt.

Artikel 10

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2020 in Kraft.
- (2) Artikel 4 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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

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

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

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

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

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

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

Zugleich ist der Anteil auffälliger Rechnungen bei einzelnen Krankenhäusern hoch und die Abrechnungsqualität ist verbesserungsbedürftig. Die bestehenden Rahmenbedingungen

der Abrechnungsprüfung setzen keine hinreichenden Anreize für eine korrekte Abrechnung. Krankenhäuser, die fehlerhaft abrechnen, haben lediglich den zu hoch abgerechneten Differenzbetrag zurückzubezahlen. Eine wirtschaftliche Leistungserbringung durch die Krankenhäuser und die Beachtung der hierfür maßgeblichen Rahmenbedingungen steht nicht zur Disposition und muss von allen Krankenhäusern erfüllt werden.

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

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

Zudem wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Fortbestand derjenigen Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben, geschützt.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Schwerpunkte des Entwurfs sind:

1. Einheitliche Rechtsform der MD

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

2. Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD

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

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

- Verwaltungsräte bzw. Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Ersatzkassen, der BAHN-BKK und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (benannt werden können sechs Vertreter),
- Verbände/Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patientinnen und Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene (benannt werden können sechs Vertreter), und
- maßgebliche Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene sowie die Landesärztekammern (benannt werden können vier Vertreter).

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

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

3. Angemessene Finanzierung der MD

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

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

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

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

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

5. Weitere ergänzende Maßnahmen zur Stärkung der Unabhängigkeit und der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung der MD

- Es werden gesetzliche Vorgaben zur Erarbeitung von Richtlinien für die Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten, zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD für die Krankenkassen sowie zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der MD-Tätigkeit und des hierfür eingesetzten Personals geschaffen.

- Zur Stärkung der Rechte der Versicherten wird bei Ablehnung von Leistungsanträgen aufgrund fehlender medizinischer Erforderlichkeit, bei deren Prüfung die Krankenkassen auf eine mögliche, aber nicht verpflichtend vorgegebene Beteiligung des MD verzichtet haben, in dem Fall, dass die Krankenkasse dem Widerspruch der Versicherten nicht entsprechen will, verbindlich die Einschaltung des MD vorgegeben.

- Bei jedem MD und beim MD Bund wird eine unabhängige Ombudsperson eingeführt, an die sich MD-Beschäftigte bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte oder Versicherte bei Beschwerden über den MD vertraulich wenden können und die dem Verwaltungsrat des jeweiligen MD sowie der zuständigen Aufsicht regelmäßig und bei gegebenem Anlass berichtet.

- Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS) wird in das MD-System integriert, indem seine Aufgaben für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung auf die MD übergehen. Dies ist notwendig, weil der SMD als institutioneller Teil der DRV KBS - historisch bedingt - für die DRV KBS die Aufgaben des MDK wahrnimmt, sodass es dem SMD bereits an der formellen Unabhängigkeit von der Krankenkasse fehlt.

- Zur Stärkung der Transparenz der Tätigkeit der MD erfolgt eine regelmäßige Berichterstattung des MD Bund auf der Grundlage von Berichten der MD über die Zahl und die Ergebnisse der versichertenbezogenen Stellungnahmen der MD, die Personalausstattung der MD und über die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtung für die Krankenkassen.

6. Aufgabenwahrnehmung des MD Bund in der sozialen Pflegeversicherung

Während die organisatorischen Grundlagen für den Aufbau und die Arbeit der MD und des MD Bund im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschaffen werden, werden ihre konkreten Aufgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung unmittelbar im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) bestimmt. Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der MD werden auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung unter angemessener Mitwirkung der MD nicht mehr durch den GKV-Spitzenverband, sondern durch den MD Bund erlassen. Dabei gilt, dass Richtlinienaufgaben, die beide Bereiche berühren, etwa zur Personalbedarfsermittlung oder zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter einheitlich bearbeitet werden. Auch Richtlinien, die besonders im Interesse der Versicherten stehen, wie etwa zur Pflegebegutachtung und zu den Qualitätsprüfungen in der Pflege, werden in Zukunft ebenfalls durch den MD Bund unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der

Pflegekassen erarbeitet. Darüber hinaus wird hinsichtlich der zusammenfassenden Qualitätsberichterstattung des MD Bund bestimmt, dass der bisherige dreijährige Rhythmus ab dem Jahr 2020 auf einen zweijährigen Berichtszeitraum umgestellt wird.

7. Stärkung der Anreize für eine korrekte Krankenhausabrechnung

Die Anreize für eine korrekte Abrechnung des einzelnen Krankenhauses werden gestärkt. Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses bestimmt zukünftig den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die MD. Hierzu wird ab dem Jahr 2020 eine zulässige Prüfquote je Krankenhaus bestimmt, die den Umfang der von den Krankenkassen beauftragten MD-Prüfungen begrenzt. Die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote ist ab dem Jahr 2021 von dem Anteil der korrekten Abrechnungen eines Krankenhauses abhängig. Bei einer guten Abrechnungsqualität ist nur eine niedrige Prüfquote zulässig, bei einer schlechten Abrechnungsqualität wächst die zulässige Prüfquote an. Durch den Quartalsbezug wirken sich Veränderungen in der Abrechnungsqualität zeitnah auf den zulässigen Prüfumfang aus. Zusätzlich hat eine schlechte Abrechnungsqualität zukünftig auch negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus.

8. Systematische Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

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

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

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

- Ausweitung des Kreises der Akteure, die den Schlichtungsausschuss anrufen können: Zukünftig sind auch einzelne Krankenkassen und Krankenhäuser, einzelne MD, mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befasste Fachgesellschaften und Verbände, z. B. die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), das BMG und der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses antragsberechtigt.

- Vorgabe von Fristen für eine zeitnahe Entscheidung: Um eine zeitnahe Entscheidung des Schlichtungsausschusses sicherzustellen, hat dieser innerhalb von acht Wochen nach Antragstellung eine Entscheidung zu treffen.

- Ausdrückliche Benennung zu klärender Beratungsthemen: Die von der MDK-Gemeinschaft einerseits und der DGfM andererseits schriftlich festgehaltenen derzeit rd. 90 bestehenden dissidenten Kodierempfehlungen werden als verbindlich zu klärende Beratungsthemen des Schlichtungsausschusses festgelegt und sind fristgebunden bis spätestens zum 31. Dezember 2020 zu entscheiden. Darüber hinaus werden neu entstehende

dissente Fragen zwischen den MD und der DGfM zukünftig Gegenstand von Verfahren beim Schlichtungsausschuss.

- Prospektive Wirkung: Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten nur für die Zukunft und für Krankenhausabrechnungen, die bereits Gegenstand einer MD-Prüfung sind. Demgegenüber dürfen unstrittige, bereits bezahlte Krankenhausabrechnungen nicht mit Hinweis auf eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses neu streitig gestellt werden.

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

9. Schaffung einer Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen

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

10. Keine Prüfung der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten

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

11. Reduzierung des Prüfumfanges der primären Fehlbelegung

Die Frage nach der stationären Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung) macht einen großen Teil der Prüfungen des MDK aus. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten werden heute vielfach noch nicht konsequent genug genutzt. Seit dem Jahr 2005 wurde der Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe nur marginal überarbeitet. Der in der Zwischenzeit eingetretene medizinische und medizinisch-technische Fortschritt und die damit vielfach einhergehenden gestiegenen Möglichkeiten für ambulante und stationersetzende Behandlungen werden in dem bestehenden Katalog nicht hinreichend

berücksichtigt. Das nicht realisierte ambulante Potenzial wird dabei, bezogen auf alle Krankenhausfälle, mit einem Anteil im niedrigen zweistelligen Prozentbereich der stationären Fälle teils als beträchtlich eingeschätzt. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass das ambulante Potenzial zwischen einzelnen medizinischen Fachgebieten und Indikationen deutlich unterschiedlich ausfällt. Mit dem Ziel, bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser zu nutzen und auszubauen sowie durch die Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser zugleich der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegenzuwirken, werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, einen Katalog für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe auf der Grundlage eines gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachtens zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu vereinbaren und künftig in regelmäßigen Abständen an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Katalog ist zudem jenseits von operativen Eingriffen auch um stationersetzende Behandlungen zu ergänzen. Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Katalogs ambulant statt stationär durchführen, unterliegen nicht der Prüfung durch den MD.

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

- Die Rechnungsstellung eines Krankenhauses hat grundsätzlich abschließend zu sein. Eine spätere Rechnungskorrektur ist nicht mehr möglich, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbaren. Wiederholte Rechnungsänderungen und eine damit einhergehende unnötige Ressourcenbindung bei der Abrechnungsprüfung können so vermieden werden.

- Die Abrechnungsprüfung durch die MD ist fallabschließend, sodass nach Abschluss einer Abrechnungsprüfung keine Rechnungskorrekturen durch das Krankenhaus und auch keine weiteren Prüfungen durch die Krankenkassen und die MD möglich sind.

- Umfassende Aufrechnungen können zu erheblichen Liquiditätsengpässen für Krankenhäuser führen (z. B. wie im Falle der flächendeckend erklärten Aufrechnungen anlässlich von Urteilen des Bundessozialgerichts zur Abrechnung von Schlaganfallbehandlungen und zur Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung). Mit Erklärung der Aufrechnung haben Krankenkassen die Möglichkeit, ihre Forderungen sofort zu befriedigen, da gleichzeitig die Forderung des Krankenhauses auf die Vergütung erlischt. Das Prozessrisiko tragen damit die Krankenhäuser, die ihre Vergütungsansprüche nur im Wege der Klage durchsetzen können. Vor diesem Hintergrund ist eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser grundsätzlich unzulässig.

- Um den Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und MD zu erleichtern, hat die Übermittlung von Unterlagen zukünftig ausschließlich digital zu erfolgen. Damit soll verhindert werden, dass einerseits umfangreiche Unterlagen gesondert vom Krankenhaus zusammengestellt sind und andererseits die MDK mit einer Flut von nicht relevanten und inadäquat bereitgestellten Informationen zu kämpfen haben. Die Details hierzu sind durch eine verbindliche Vereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband festzulegen.

- Mit dem Ziel, eine Entlastung der Sozialgerichte zu erreichen, ist vor einer Klageerhebung ein verpflichtender Falldialog zwischen Krankenhaus und Krankenkasse durchzuführen. Unabhängig davon, ob der Falldialog bereits vor Beauftragung der MD durch die Krankenkassen oder erst im Anschluss an deren Prüfung stattfindet, haben die Parteien, wie bereits bisher, die Möglichkeit, strittige Fragen im Sinne eines Vergleichs zu beenden. Damit können die strittigen Fälle zügig im Wege eines Kompromisses abgeschlossen werden.

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

13. Weitere Regelungen

Um die Öffentlichkeit der Sitzungen des G-BA zu stärken und damit die Transparenz seiner Entscheidungen weiter zu verbessern, wird dem G-BA aufgegeben, seine öffentlichen Sitzungen live im Internet zu übertragen sowie in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung zu stellen.

Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben, werden als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gesetzlich anerkannt. Diese Solidargemeinschaften, zu denen auch sogenannte Unterstützungskassen zählen, unterscheiden sich wesentlich von denjenigen Solidargemeinschaften, die erst nach Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland gegründet wurden. Sie haben teilweise bereits jahrzehntelang vor Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt, das im Einklang mit der Rechtslage stand. Hingegen haben die „jüngeren“ Solidargemeinschaften sich bei bestehender Krankenversicherungspflicht in Deutschland gegründet und – sofern sie den nach geltender Rechtslage bestehenden rechtlichen Anforderungen an eine Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht genügen – ein rechtlich unzureichendes Konzept vertreten.

Die gesetzliche Anerkennung der schutzwürdigen Solidargemeinschaften und Unterstützungskassen wird nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Gemeinschaften regelmäßig nachgewiesen wird. Um für alle Beteiligten Rechtssicherheit zu schaffen und verwaltungsintensive Prüfungen der Satzungen der Solidargemeinschaften durch die Krankenkassen zu vermeiden, sieht die Regelung vor, dass die Mitglieder einen Leistungsanspruch auf SGB V-Niveau gegen die Solidargemeinschaft kraft Gesetzes haben. Eine Solidargemeinschaft, die den geforderten Nachweis der dauerhaften Leistungsfähigkeit nicht erbringt, ist durch die gesamte Regelung nicht betroffen und kann damit auch nicht als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anerkannt werden.

Die gesetzliche Anerkennung derjenigen Solidargemeinschaften, die bis zur Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall teilweise jahrzehntelang ein legitimes Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt haben, muss einheitlich in allen relevanten Rechtskreisen ausgestaltet sein. Dementsprechend sind Folgeänderungen im Versicherungsaufsichtsrecht und im Versicherungsvertragsrecht vorgesehen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

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

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

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

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

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

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

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

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

2. Nachhaltigkeitsaspekte

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

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

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

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

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

Im Fall der gesetzlichen Anerkennung der Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft sind die geleisteten Beiträge grundsätzlich als Sonderausgaben im Rahmen der Einkommenssteuer steuerlich abzugsfähig. Diese Mitgliedsbeiträge ersetzen die bisherigen, ebenfalls abzugsfähigen Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung der jeweiligen Person, sodass Einkommensteuerausfälle bei Bund und Ländern nicht zu erwarten sind.

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

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

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

Gesetzes die Qualität der Abrechnung in den Krankenhäusern verbessert und der Anteil korrekter Abrechnungen erhöht wird. Dadurch kann ein sachgerechter und wirtschaftlicher Einsatz der Beitragsmittel erreicht werden.

Ab dem Jahr 2022 ist ein weiterer Effekt zu berücksichtigen. Durch die Erweiterung des bisherigen Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe ist eine Verlagerung von stationären Leistungen in den Bereich der ambulant erbrachten Krankenhausleistungen zu erwarten. Je ein Prozent der stationären Fälle, die in den ambulanten Bereich verschoben werden können, ist für die Krankenkassen mit Einsparungen in Höhe von rund 120 Millionen Euro zu rechnen. Werden mehr Fälle ambulant statt stationär behandelt, sinkt dadurch auch die Notwendigkeit einer Überprüfung der primären Fehlbelegung, so dass sich in der Folge die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen vermindern. Dadurch können weitere Einsparungen in niedriger einstelliger Millionenhöhe erzielt werden.

Für das von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vergebende Gutachten im Bereich der ambulant durchführbaren Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe (AOP) sind Kosten in Höhe von insgesamt 400 000 Euro zu veranschlagen, die anteilig von den Selbstverwaltungspartnern zu tragen sind.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger

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

4.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

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

1. Strukturprüfungen nach § 275d SGB V

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

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

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

3. Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und MD

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

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:

1. Reform der Organisationsstrukturen der MD

Für die Bundesebene entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 250 000 Euro. Dieser setzt sich zusammen aus Erfüllungsaufwand bei den Aufsichtsbehörden, bei dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) und bei dem MD Bund. Für die Genehmigung von Richtlinien und die aktive Begleitung der Übergangsregelungen ergibt sich für die Aufsichtsbehörden ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 140 000 Euro. Dem BfDI entsteht für die Genehmigung der Richtlinien ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro. Der MD Bund hat Richtlinien zu erstellen und zu beschließen, ein Berichtswesen und ein Ombudsverfahren zu etablieren sowie die Rechtsform umzustellen, wofür ihm ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 100 000 Euro entsteht.

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

Der laufende Erfüllungsaufwand für die Bundesebene beläuft sich auf rund 120 000 Euro. Den Aufsichtsbehörden auf Bundesebene entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 60 000 Euro für die Genehmigungen von Haushalt, Richtlinien und Richtlinienänderungen. Der BfDI hat bei der Genehmigung von Richtlinien und Richtlinienänderungen mitzuwirken, wofür ihm ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 000 Euro entsteht. Für den MD Bund ergibt sich auf der Bundesebene ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 55 000 Euro für die Beschlussfassung von Richtlinien und von Richtlinienänderungen, die Erstellung des Berichtswesens beziehungsweise für die Berichterstattung sowie für die Durchführung des Ombudsverfahrens.

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

2. Strukturprüfungen nach § 275d SGB V

Eine krankenhausbegleitende Überprüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Komplexbehandlungskodes im Vorfeld der Erbringung und Abrechnung von stationären Leistungen geht einher mit einem Verzicht auf derartige Überprüfungen im Einzelfall.

Dadurch kann bisheriger Aufwand auf Seiten der MD eingespart werden. Aufgrund der bislang fehlenden Transparenz zu Prüfanlässen, Prüfquoten und Prüfergebnissen können potenzielle Einsparungen jedoch nicht quantifiziert werden.

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

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

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

Im Oktober 2020 haben die Krankenkassen erstmals die vierteljährlichen Daten (für das dritte Quartal des Jahres 2020) an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Damit verbunden ist im Jahr 2020 ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 120 000 Euro. Ab dem Jahr 2021 beträgt der jährliche Erfüllungsaufwand für vier Datenlieferungen rund 480 000 Euro.

Der GKV-Spitzenverband erstellt auf Basis der Datenlieferung im Jahr 2020 die erste Datenauswertung. Für eine Datenauswertung entsteht dem GKV-Spitzenverband ein Erfüllungsaufwand von rund 5 000 Euro. Ab dem Jahr 2020 beträgt der laufende Erfüllungsaufwand rund 20 000 Euro, da der GKV-Spitzenverband jährlich vier Datenauswertungen zu erstellen hat.

4. Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und MD

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

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

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

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

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

6. Bericht nach § 17c Absatz 7 KHG

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

7. Vergabe des Gutachtens nach § 115b SGB V

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

8. Gesetzliche Anerkennung von Solidargemeinschaften

Die Regelungen führen insgesamt zu nur geringfügigem Erfüllungsaufwand.

Die Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaften im vorgenannten Sinne anerkannt werden möchten, benötigen regelmäßig bzw. alle fünf Jahre ein unabhängig erstelltes versicherungsmathematisches Gutachten, das den gesetzlichen Vorgaben genügt, und müssen die damit verbundenen geringfügigen Kosten tragen.

Das Bundesversicherungsamt hat allein die Aufgabe, das Vorliegen eines solches Gutachtens zu bestätigen, so dass insofern nur ein äußerst geringfügiger Erfüllungsaufwand entsteht.

5. Weitere Kosten

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

6. Weitere Gesetzesfolgen

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

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

VII. Befristung; Evaluierung

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

Zur systematischen Aufbereitung der Anwendungserfahrungen und Auswirkungen der mit dem vorliegenden Gesetz ergriffenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung werden der GKV-Spitzenverband und die DKG gemäß § 17c Ab-

satz 7 KHG verpflichtet, dem BMG einen Bericht vorzulegen. Die Evaluierung findet in einem Zeitraum von vier Jahren statt und endet mit der Vorlage des Berichts zum 30. Juni 2023.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 91)

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

Zu Nummer 2 (§ 109)

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

Zu Nummer 3 (§ 115b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bei den Sätzen 1 und 2 handelt es sich um Folgeänderungen zur Einfügung des neuen Absatzes 1a.

Durch den neuen Satz 3 wird vorgegeben, dass die Vergütung für die Leistungen in dem Katalog nach Satz 1 Nummer 1 zukünftig nach dem Schweregrad zu differenzieren ist. Dies erfolgt mit dem Ziel, komplexere Fälle, die überwiegend in den Krankenhäusern erbracht werden, adäquat zu vergüten und höhere Anreize für eine ambulante Erbringung von Leistungen im Krankenhaus zu setzen. Da die gesetzliche Pflicht zur Anbindung der Vergütung an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für den dreiseitigen Vertrag nach Satz 1 Nummer 2 zum 1. Januar 2016 aufgehoben wurde, können die Vertragsparteien sachgerechte Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte frei und unabhängig von einer bestimmten Vergütungsgrundlage vereinbaren. So kann beispielsweise der im Durchschnitt entstehende Aufwand maßgeblich sein für die Festlegung der Vergütungen. Vor dem Hintergrund des neuen mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz geschaffenen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums ist zudem davon auszugehen, dass auch die Vergütungsinteressen der Krankenhäuser angemessen berücksichtigt werden. Der in Satz 1 Nummer 2 statuierte Gleichbehandlungsgrundsatz ist weiterhin zu beachten, so dass bei gleichen Leistungen einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte sicherzustellen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe b

Deutschland gehört zu den Ländern, in denen im internationalen Vergleich Operationen überdurchschnittlich häufig stationär durchgeführt werden. Einer der Gründe hierfür dürfte sein, dass der AOP-Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in den Jahren seit 2005 nur marginal überarbeitet worden ist (vgl. Friedrich/Tillmanns, Krankenhaus-Report 2016, Seite 131). Das deutet darauf hin, dass das Potenzial für ambulante Operationen derzeit in Deutschland nur unzureichend ausgeschöpft wird. Zur Vorbereitung einer substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs werden die Vertragsparteien verpflichtet, kurzfristig ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag zu geben, in dem untersucht wird, welche Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnisse ambulant erbracht werden können. Dabei sind Erkenntnisse aus bereits vorliegenden Studien zu ambulant-sensitiven Diagnosen und vermeidbaren Krankenhausfällen zu berücksichtigen. Da in der Vergangenheit ein Umsetzungsdefizit im Hinblick auf den AOP-Katalog bestand, soll das Gutachten die untersuchten Operationen, Eingriffe und Behandlungen konkret benennen. Darüber hinaus sollen in Verbindung mit der differenzierten Ausgestaltung des AOP-Kataloges auch verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad analysiert werden. Hintergrund ist die bereits heute zum Teil differenzierte Ausgestaltung der Leistungen in sieben Kategorien sowie mit Zuschlagspositionen. Die im Gutachten benannten Operationen, Eingriffe und Behandlungen haben die Vertragsparteien anschließend als erweiterten AOP-Katalog zu vereinbaren. In diesem ist über den derzeitigen AOP-Katalog hinaus auch zu vereinbaren, welche stationersetzenden Behandlungen künftig ambulant erbracht werden können. Hierdurch soll einerseits der Grundsatz „ambulant vor stationär“ besser als bisher umgesetzt werden und eine möglichst umfassende Ambulantisierung erreicht werden. Andererseits soll durch die verbesserte Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser zugleich der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegen gewirkt werden. Das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß

§ 89a soll den Inhalt des Gutachtensauftrages (insbesondere dessen Leistungsbeschreibung) festlegen für den Fall, dass eine Vergabe durch die Vertragspartner nicht fristgemäß zustande kommt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Nummer 4 (§ 132g Absatz 3 und § 137f Absatz 2)

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

Zu Nummer 5 (§ 176 - neu -)

Die Regelung dient der gesetzlichen Anerkennung derjenigen Solidargemeinschaften, die bei Einführung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 zum 1. April 2007 bestanden haben und zumindest seitdem ununterbrochen fortgeführt wurden. Diese Solidargemeinschaften, zu denen auch sogenannte Unterstützungskassen zählen, unterscheiden sich wesentlich von denjenigen Solidargemeinschaften, die erst nach Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland gegründet wurden. Sie haben teilweise bereits jahrzehntelang vor Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt, das im

Einklang mit der Rechtslage stand. Hingegen haben die „jüngeren“ Solidargemeinschaften sich in dem Wissen um die bestehende Krankenversicherungspflicht in Deutschland gegründet und – sofern sie den nach bisheriger Rechtslage bestehenden rechtlichen Anforderungen an eine Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht genügen – bewusst ein rechtlich unzureichendes Konzept vertreten.

Eine Anerkennung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall kann nur erfolgen, wenn die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft unter Berücksichtigung der Vorgaben des Absatzes 4 nachgewiesen wird und ein Ausschlussgrund nach Absatz 5 nicht besteht. Mit der Anerkennung der Mitgliedschaft nach Absatz 1 kommt der jeweiligen Solidargemeinschaft die in Absatz 2 definierte Aufgabe der Krankenversicherung für ihre vorhandenen und künftigen Mitglieder entsprechend der Regelung des § 1 Satz 1 zu. Darüber hinaus gewährt Absatz 3 einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall.

Die mit dieser Regelung einhergehende Möglichkeit zur Absicherung im Krankheitsfall durch eine Mitgliedschaft in einer zumindest seit 1. April 2007 durchgängig bestandenen Solidargemeinschaft oder Unterstützungseinrichtung können freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 nachrangig versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sowie privat Krankenversicherte nutzen. Die Möglichkeit besteht somit nicht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die nach § 5 Absatz 1 Nummern 1 bis 12 (z. B. als Arbeitnehmer) in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind.

Um dem bestehenden Regelungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere auch den Vorgaben für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung hinreichend Rechnung zu tragen, erfordert die gesetzliche Anerkennung bestimmter Solidargemeinschaften das Vorliegen eines vergleichbaren Schutzniveaus der Absicherung im Krankheitsfall. Unabhängig von der prüfintensiven Frage, ob das Regelwerk, bzw. die Satzung der jeweiligen Solidargemeinschaft einen durchsetzbaren, auf Dauer gesicherten Rechtsanspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gewährt, begründet Absatz 3 einen gesetzlichen Anspruch der Mitglieder auf Leistungen gegen die Solidargemeinschaft. Die Solidargemeinschaft, deren Mitgliedschaft nach Absatz 1 als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anerkannt ist, ist gesetzlich verpflichtet, Leistungen, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, zu erbringen bzw. zu erstatten. Dieser Leistungsanspruch besteht unabhängig vom Fortbestand der Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft, solange und soweit der Leistungsberechtigte nicht eine anderweitige Absicherung nachweist. Missachtet die Solidargemeinschaft diese Leistungsverpflichtung, kann das (ehemalige) Mitglied einen entsprechenden Erstattungsanspruch gegen die Solidargemeinschaft vor den ordentlichen Gerichten geltend machen. Damit wird eine Verantwortung der Solidargemeinschaft für ihre Mitglieder anerkannt, die gleichermaßen private Krankenversicherungsunternehmen sowie die Krankenkassen für ihre Versicherten tragen müssen.

Im Fall der Zahlungsunfähigkeit einer Solidargemeinschaft oder einer aus anderen Gründen endenden Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft sind die privaten Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 193 des Versicherungsvertragsgesetzes oder die Krankenkassen aufgrund der wieder auflebenden (nachrangigen) Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 zur Versicherung der ausgeschiedenen Mitglieder einer anerkannten Solidargemeinschaft verpflichtet. Diese Verpflichtung besteht unabhängig vom Lebensalter der ausgeschiedenen Mitglieder. Die Versichertengemeinschaften der privaten Krankenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung tragen somit faktisch das Risiko der Zahlungsunfähigkeit einer anerkannten Solidargemeinschaft. Zum Schutz der bestehenden Krankenversicherungssysteme sind daher zwingend Mindestanforderungen an die dauerhafte Leistungsfähigkeit der anzuerkennenden Solidargemeinschaft zu stellen. Dies wird durch die gesetzlichen Vorgaben in Absatz 4 sichergestellt, die sich an den Vorgaben für den verantwortlichen Aktuar in der privaten Krankenversicherung orientieren. Der damit

einhergehende Prüf- und Verwaltungsaufwand besteht in der Sphäre der Solidargemeinschaften und kann nicht dem System der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zugeordnet werden. Demzufolge wird gesetzlich vorgesehen, dass die Solidargemeinschaft ein dauerhaft tragfähiges Finanzierungskonzept zur Sicherstellung der lebenslangen Gesundheitsversorgung ihrer Mitglieder durch eine neutrale und verlässliche Begutachtung nachzuweisen hat. Wesentlicher Aspekt ist dabei auch die Absicherung der Mitglieder für den Fall der Zahlungsunfähigkeit beispielsweise durch eine Gruppenanwartschaft für eine gegebenenfalls anschließende Versicherung in der privaten Krankenversicherung.

Dem Bundesversicherungsamt als zentrale Aufsichtsbehörde der gesetzlichen Krankenversicherung kommt allein die Aufgabe zu, das Vorliegen eines entsprechend qualitätsgesicherten Nachweises der dauerhaften Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft zu prüfen und zu bestätigen.

Mit dem Ausschluss der erneuten Anerkennung einer Mitgliedschaft zu einer anerkannten Solidargemeinschaft wird verhindert, dass Mitglieder in Anbetracht einer zu erwartenden kostenintensiven Behandlung vorübergehend in die gesetzliche oder private Krankenversicherung wechseln.

Zu Nummer 6 (Überschrift Neuntes Kapitel)

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

Zu Nummer 7 (§ 275)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

Mit der Regelung in Absatz 3b – neu – werden die Versichertenrechte gestärkt. In den Fällen des § 275 Absatz 3 haben die Krankenkassen bisher nur die Möglichkeit, nicht aber die Pflicht, eine Prüfung durch den MD zu veranlassen. Es geht hierbei um die Erforderlichkeit von Hilfsmitteln, die Form einer Dialysebehandlung, die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen und die Ermittlung von Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern bei der Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung. Bisher war es in diesen Fällen den Krankenkassen freigestellt, ob sie eine Prüfung durch den MD veranlassten oder nicht, sodass eine ablehnende Leistungsentscheidung mit der Begründung mangelnder medizinischer

Erforderlichkeit ohne unabhängige fachliche Beurteilung möglich war. Durch die Neuregelung ist der MD in diesen Fällen zwingend einzuschalten, wenn eine Krankenkasse auf seine vorherige Beteiligung verzichtet hat und dem gegen die ablehnende Leistungsentscheidung erhobenen Widerspruch nicht abhelfen will. Es wird somit sichergestellt, dass vor der möglichen Erhebung einer Klage vor dem Sozialgericht bereits eine gutachterliche Stellungnahme einer unabhängigen Prüfinstanz vorliegt. Der MD wird in die Lage versetzt, ablehnende Leistungsentscheidungen, die sich auf medizinische Gründe stützen und gegen die sich der Versicherte zur Wehr setzt, auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen und der Krankenkasse die Möglichkeit zu geben, die Entscheidung noch zu korrigieren. Hierdurch können die Sozialgerichte entlastet werden. Die verpflichtende Einschaltung des MD betrifft nur die Fälle, in denen die Krankenkasse die Leistung aus medizinischen und nicht aus anderen leistungsrechtlichen oder rein wirtschaftlichen Gründen ablehnt. Hier würde eine verpflichtende Einschaltung des MD nicht weiterführen, da er ein auf sozialmedizinische Bewertungen ausgerichteter Begutachtungs- und Beratungsdienst des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Nummer 8 (§ 275b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 9 (§ 275c und § 275d - neu -)

Zu § 275c - neu -

Zu Absatz 1

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

Der bisherige Wortlaut wird angepasst und um eine Regelung ergänzt, nach der die Krankenkasse an das Ergebnis der Prüfung durch den MD gebunden ist. Derzeit entscheidet die Krankenkasse nach Abschluss einer Prüfung durch den MD, welche Folgerungen sie aus dem Prüfergebnis zieht. Es steht der Krankenkasse insofern frei, auch über das Prüfergebnis des MD hinausgehende Ansprüche gegen das Krankenhaus geltend zu machen. Dem Anliegen, die Rolle des MD zu stärken, wird dies nicht gerecht. Aus diesem Grunde wird vorgesehen, dass die Krankenkasse künftig an das Ergebnis der Prüfung durch den MD gebunden ist. Erhebt ein Krankenhaus Widerspruch gegen das Prüfergebnis des MD oder strebt eine gerichtliche Überprüfung an, ist eine Klage nicht gegen den MD, sondern – wie bisher auch – gegen die Krankenkasse zu richten. Trotz der Bindungswirkung des Prüfergebnisses für die Krankenkasse hat die Prüfung durch den MD keine unmittelbare Rechtswirkung für das Krankenhaus, das das Prüfergebnis gerichtlich mittelbar überprüfen lassen kann.

Zu Absatz 2

Die Einzelfallprüfung wird weiterhin krankenhausesindividuell durch jede einzelne Krankenkasse auf Basis von Auffälligkeiten durchgeführt. Zur Begrenzung des Aufwandes, der allen an den Krankenhausabrechnungsprüfungen Beteiligten entsteht, und zur Reduzierung des Kassenwettbewerbes im Bereich der Abrechnungsprüfungen werden ab dem Jahr 2020 quartalsbezogene Prüfquoten eingeführt. Bei der Prüfquote handelt es sich um den Anteil der innerhalb eines Quartals beim MD eingeleiteten Prüfungen an allen Abrechnungen eines Krankenhauses, die innerhalb desselben Quartals bei der Krankenkasse eingegangen sind. Maßgeblich ist das Datum der Rechnung der stationären Behandlung.

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

Nach Satz 2 ist die quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus ab dem Jahr 2021 auf Basis des nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichen Anteils korrekter Abrechnungen des Krankenhauses zu bestimmen. Hierfür sind nach der Systematik des Absatzes 4 Satz 3 die Daten des dritten Quartals des Jahres 2020 maßgeblich. Der Anteil korrekter Abrechnungen ergibt sich aus dem Verhältnis der geprüften

Abrechnungen, die nach dem Prüfergebnis des MD nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind, an allen abgeschlossenen Prüfungen in dem betrachteten, die Datenbasis bildenden Quartal. Satz 2 gibt außerdem vor, wie sich die Prüfquote in Abhängigkeit von dem Anteil korrekter Abrechnungen in dem jeweiligen Krankenhaus verändert. Liegt der Anteil korrekter Abrechnungen des einzelnen Krankenhauses über alle Krankenkassen hinweg, mit denen das Krankenhaus in dem betrachteten Quartal Fälle abgerechnet hat, bei 60 Prozent oder mehr, beträgt die zulässige Prüfquote bis zu 5 Prozent. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent verbleibt die zulässige Prüfquote für das Krankenhaus bei bis zu 10 Prozent. Ein Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb eines Schwellenwertes von 40 Prozent führt zu einer zulässigen Prüfquote von bis zu 15 Prozent. Durch dieses Stufensystem erhalten die Krankenhäuser einen Anreiz für eine korrekte Rechnungsstellung. Das einzelne Krankenhaus hat im Sinne eines lernenden Systems durch Bemühungen zur Umsetzung einer korrekten Kodierung und Abrechnung Einfluss auf den Anteil korrekter Abrechnungen und somit auf die im übernächsten Quartal anzuwendende Prüfquote und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3. Die Änderung der Prüfquote erfolgt jeweils im übernächsten Quartal (Anwendungsquartal), weil ein Quartal für die Datenauswertung durch den GKV-Spitzenverband gemäß Absatz 4 benötigt wird. Durch die quartalsbezogene Prüfquote wird gewährleistet, dass sich Verbesserungen eines Krankenhauses bei der Abrechnungsqualität zeitnah in einer geringeren Prüfquote niederschlagen. Entsprechendes gilt bei einer Verschlechterung der Abrechnungsqualität für die Erhöhung der Prüfquote.

In Satz 3 wird festgelegt, dass der MD eine von der Krankenkasse eingeleitete Prüfung abzulehnen hat, wenn die in dem jeweiligen Quartal zulässige Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird. Dabei ist als Bezugsgrundlage für die zulässige Prüfquote der Krankenkasse die Zahl der eingegangenen Abrechnungen des jeweiligen Krankenhauses im vorvergangenen Quartal heranzuziehen. Die MD erhalten diese Information aus der Veröffentlichung der vierteljährlichen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 4.

Unter bestimmten Voraussetzungen soll jedoch auch nach Ausschöpfung der zulässigen Prüfquote in dem einzelnen Krankenhaus eine Abrechnungsprüfung ermöglicht werden. In Satz 4 werden dazu abschließend die Voraussetzungen genannt. Eine Prüfung im Ausnahmefall ist zulässig, sofern der Anteil korrekter Abrechnungen des betreffenden Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent liegt oder ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung vorliegt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG haben nach Satz 5 das Vorliegen eines Ausnahmetatbestands unter Angabe der Gründe vorher bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen.

Zu Absatz 3

Mit dem neuen Absatz 3 wird für Krankenhäuser ein Aufschlag auf die Differenz zwischen dem ursprünglich vom Krankenhaus zu hoch berechneten Rechnungsbetrag und dem nach der Abrechnungsprüfung durch den MD geminderten Rechnungsbetrag eingeführt. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent wird nach Satz 2 Buchstabe a ein Aufschlag von 25 Prozent auf den jeweiligen Differenzbetrag fällig. Wenn der Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt oder ein Ausnahmetatbestand nach Absatz 2 Satz 4 für eine erforderliche Prüfung nach Überschreitung der Prüfquote vorliegt, beträgt der Aufschlag nach Satz 2 Buchstabe b 50 Prozent auf den jeweiligen Differenzbetrag. Hierdurch wird neben der gestaffelten Prüfquote ein weiterer Anreiz für Krankenhäuser geschaffen, einer korrekten Rechnungsstellung eine hohe Aufmerksamkeit zu widmen.

Zu Absatz 4

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

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

Satz 3 legt fest, bis wann und wie der GKV-Spitzenverband die nach Satz 2 erhaltenen Daten aufzubereiten hat. Jeweils bis zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, das die Datengrundlage bildet, hat der GKV-Spitzenverband krankenhausbefugten die in den Nummern 1 bis 4 genannten Kennzahlen und Werte zu ermitteln beziehungsweise auszuweisen und zu veröffentlichen. Die erstmalige Veröffentlichung der Daten hat der GKV-Spitzenverband nach Satz 3 zum 31. Mai 2020 vorzunehmen. Nach Nummer 1 hat der GKV-Spitzenverband den Anteil der beim MD eingeleiteten Prüfungen an allen eingegangenen Abrechnungen, deren Rechnungsdatum in dem betrachteten Quartal liegt, zu ermitteln. Krankenhausbefugten auszuweisen ist die von den Krankenkassen insgesamt realisierte Prüfquote. Zum Vergleich ist mit Nummer 3 ebenfalls die krankenhausbefugten zulässige Prüfquote für das betrachtete Quartal zu veröffentlichen.

Anhand der in dem zu betrachtenden Quartal abgeschlossenen Prüfungen nach Absatz 1 hat der GKV-Spitzenverband nach Nummer 2 den Anteil der Abrechnungen zu ermitteln, die nach erfolgter MD-Prüfung nicht zu dem Ergebnis einer Minderung des Abrechnungsbetrags führen und insoweit unbeanstandet geblieben sind (Anteil korrekter Abrechnungen). Der Anteil der korrekten Abrechnungen ist – ebenso wie in den Nummern 1 und 2 – krankenhausbefugten zu ermitteln und spiegelt das quartalsbezogene Ergebnis des Anteils korrekter Abrechnungen nach Prüfung durch den MD wider. Der Anteil korrekter Abrechnungen bildet die Grundlage für die in dem einzelnen Krankenhaus zulässige Prüfquote nach Absatz 2, die ebenfalls nach Nummer 3 zu veröffentlichen ist, und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3 im nächsten Anwendungsquartal.

Nach Nummer 4 hat der GKV-Spitzenverband je Quartal auch die Anzahl der eingegangenen voll- und teilstationären Krankenhausabrechnungen (Werte nach Satz 2 Nummer 1) auszuweisen, und zwar gegliedert nach Krankenhäusern und Krankenkassen. Damit erhalten die MD die entsprechende Information zur Umsetzung des Absatzes 2 Satz 3.

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

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

Zu Absatz 5

Nach Absatz 5 haben Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 keine aufschiebende Wirkung. Damit wird dem Interesse einer flächendeckenden Anwendung des gestuften Prüfsystems Rechnung getragen, das nicht durch die Erhebung von Klagen im Einzelfall ausgehebelt werden soll.

Zu Absatz 6

Absatz 5 regelt die Fälle, in denen eine Einzelfallprüfung nicht zulässig ist. Dies ist einerseits nach Nummer 1 bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten und andererseits nach Nummer 2 bei der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d der Fall.

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

Bisher werden die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes regelmäßig im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft. Nach Nummer 2 ist eine Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen im Rahmen von Einzelfallprüfungen ab Etablierung der Strukturprüfung nicht mehr zulässig. Damit werden unnötiger Aufwand und auch eine fehlende Planbarkeit für die Krankenhäuser bezüglich der Abrechnungsbefugnis verhindert.

Zu Absatz 7

Absatz 6 beinhaltet eine Klarstellung, dass Krankenkassen nicht zur Abbedingung von Prüfungen der Wirtschaftlichkeit erbacher Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung Vereinbarungen mit Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnungen dieser Krankenhäuser treffen dürfen. Die Klarstellung ist erforderlich, weil es hierzu in der Vergangenheit unterschiedliche Rechtsauffassungen bzw. Rechtsauslegungen gegeben hat. Die Regelung entspricht dem seit jeher gesetzlich Gewollten.

Zu § 275d - neu -

Die Vorschrift regelt, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst oder durch einen anderen Gutachterdienst begutachten zu lassen haben, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Bisher werden die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes regelmäßig im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft. Dies führt zu unnötigem Aufwand und auch zu fehlender Planbarkeit für die Krankenhäuser bezüglich der Abrechnungsbefugnis. Um diese Probleme zu vermeiden, wird zukünftig krankenhausesbezogen im Voraus und außerhalb der Einzelfallprüfungen geprüft (vgl. § 275c Absatz 5 Nummer 2), ob das betreffende Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung von OPS-Komplexbehandlungskodes erfüllt. Damit wird für die Krankenhäuser wie für die Krankenkassen im Vorhinein Rechtsklarheit geschaffen, ob die Anforderungen für die Vereinbarung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen erfüllt werden.

Zu Absatz 1

Satz 1 und 2 regeln, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den MD oder durch einen anderen Gutachterdienst auf der Grundlage der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 begutachten zu lassen haben, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern abrechnen.

Zudem wird mit Satz 3 für die Krankenhäuser die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogener Daten geschaffen. Die Verarbeitungsbefugnis für die MDK ergibt sich bis zum Ablauf der Übergangsregelung aus § 327 Absatz 2 Satz 2 und nach Ablauf der Übergangsregelung aus § 276.

Zu Absatz 2

Die Regelung sieht vor, dass Krankenhäuser vom MD oder von dem anderen Gutachterdienst eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung erhalten. Die Bescheinigung hat auch Angaben darüber zu enthalten, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Insoweit erhalten die Krankenhäuser einen Vertrauensvorschuss derart, dass davon ausgegangen wird, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für den in der Bescheinigung ausgewiesenen zukünftigen Zeitraum ohne weitere Prüfung erfüllen.

Zu Absatz 3

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

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

Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, Leistungen nicht vereinbaren und auch nicht abrechnen dürfen (siehe dazu auch die Änderung von § 8 Absatz 4 und § 11 Absatz 1 KHEntgG sowie von § 8 Absatz 3 und § 11 Absatz 1 Bundespflegesatzverordnung). Dies gilt jedoch erst ab dem 1. Januar 2021, also

wenn die Bescheinigungen zur Einhaltung der Strukturmerkmale vorliegen. Damit sollen Schwierigkeiten in der Umstellungsphase vermieden werden, die aus der Erforderlichkeit von Schulungen für die Gutachterinnen und Gutachter sowie einem hohen Bedarf an der Durchführung dieser Strukturprüfungen in der Anfangszeit nach Genehmigung der entsprechenden Richtlinie resultieren können.

Absatz 5

Absatz 5 enthält die Regelung für die Tragung der Kosten der Begutachtungen und der Erteilung der damit verbundenen Bescheinigungen. Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung den MD, werden die anfallenden Kosten entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung nach Absatz 1 Satz 1 und 2 einen anderen Gutachterdienst, hat es die Kosten hierfür zu tragen.

Zu Nummer 10 (§ 276)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 11 (§§ 278 bis 283)

Zu § 278

Zu Absatz 1

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

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

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

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

Zu Absatz 2

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

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

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

Zu Absatz 3

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

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

Die in Satz 2 vorgegebene regelmäßige Berichtspflicht der Ombudsperson an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass häufig auftretende oder systemimmanente Probleme erkannt werden und angemessen darauf reagiert werden kann. Bei gege-

benem Anlass kann die Ombudsperson auch außerhalb des vorgesehenen Zweijahresrhythmus berichten, wenn z. B. nach Art und Umfang besonders eklatante Beeinflussungsversuche gemeldet werden. Zum Schutz der Vertraulichkeit haben die Berichte in anonymisierter Form zu erfolgen.

Zu Absatz 4

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

Zu § 279

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Dieser Absatz entspricht dem bisherigen § 280 Absatz 1. Der Verweis auf § 35a Absatz 6a des Vierten Buches (SGB IV) wurde gestrichen und in Absatz 5 Satz 6 verortet, da der Verweis sich auf die Geschäftsführung bezieht, die in Absatz 5 geregelt wird.

Zu Absatz 3

Zur Stärkung der Unabhängigkeit der MD ist es notwendig, den Verwaltungsrat als ihr Hauptentscheidungsorgan künftig nicht mehr ausschließlich von den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen bestimmen zu lassen. Stattdessen soll der Verwaltungsrat das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gleichmäßiger abbilden und den Hauptakteuren gleichberechtigte Mitspracherechte ermöglichen. Es wird damit sichergestellt, dass die Interessen aller wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können.

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

Deshalb sieht die neue Regelung vor, dass die Vertreter des Verwaltungsrates künftig von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder auf Vorschlag von verschiedenen Gremien und Verbänden benannt werden. Dies entspricht

dem Verfahren, das die Länder für die bei den MD eingerichteten Beiräte bereits erfolgreich umgesetzt haben.

Nach Satz 1 besteht der Verwaltungsrat künftig grundsätzlich aus 16 Vertretern. Diese Zahl kann von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes gemäß Satz 5 unter Beibehaltung der Aufteilung nach Satz 2 für MD, die für weniger als eine Million Versicherte zuständig sind, halbiert werden. Dies schafft für die Länder die Möglichkeit, bei kleineren MD einen erheblichen Zuwachs an Mitgliedern im neuen Verwaltungsrat zu vermeiden.

Satz 2 gibt vor, welche Gremien und Verbände den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder Vorschläge für die Benennung von Vertretern für den Verwaltungsrat vorlegen und wie viele Vertreter von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder für den Verwaltungsrat jeweils benannt werden.

Vorschläge für sechs Vertreter legen nach Nummer 1 die Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der Krankenkassen vor, die bisher der Arbeitsgemeinschaft MDK angehört haben. Zusätzlich wird hier die DRV KBS aufgenommen, weil die Aufgaben des SMD für die Kranken- und Pflegeversicherung nach § 328 Absatz 6 künftig von den MD wahrgenommen werden.

Nach Nummer 2 werden Vorschläge für weitere sechs Vertreter von Verbänden und Organisationen der Patienten, der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen sowie von Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene vorgelegt.

Die Verbände der von der Tätigkeit der MD besonders betroffenen Berufsgruppen der Pflegefachberufe und der Ärzte auf Landesebene legen nach Nummer 3 Vorschläge für vier weitere Vertreter vor. Dies betrifft bei den Ärzten die Landesärztekammer als Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte des Landes sowie eine ggf. eingerichtete Pflegekammer. Besteht in einem Land keine Pflegekammer, so bestimmt das Land - wie auch bei den derzeit bestehenden Beiräten - die maßgeblichen Berufsverbände der Pflegeberufe auf Landesebene.

In den Sätzen 6 und 9 wird – wie bereits für das Verfahren der Benennung von Vertretern für die Beiräte nach dem bisherigen § 279 Absatz 4a durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden des Landes – vorgegeben, dass diese die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 2 sowie die Voraussetzungen für die Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 2 Nummer 2 und der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene (einschließlich der Erfordernisse an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung) bestimmen. Nach Satz 7 hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bei der Benennung geschlechterbezogen auf eine gleichgewichtige Besetzung des Verwaltungsrates hinzuwirken.

Im Hinblick auf die Vorschläge der Verwaltungsräte und Vertreterversammlungen der Krankenkassen nach Satz 2 Nummer 1 bestimmt Satz 8, dass die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bei der Benennung der Vertreter für den Verwaltungsrat des jeweiligen MD die einzelnen Krankenkassen entsprechend ihrer Mitgliederzahl sowie die Vertretung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den Verwaltungsräten der Krankenkassen angemessen zu berücksichtigen hat.

Zur Stärkung der Unabhängigkeit der MD ist es notwendig, die Benennung hauptamtlich bei den Krankenkassen oder ihren Verbänden Beschäftigter in den Verwaltungsrat der MD durch Satz 4 auszuschließen. Soweit der Verwaltungsrat des MD die Expertise hauptamtlich bei den Krankenkassen oder ihren Verbänden Beschäftigter benötigt, kann er diese

Personen jederzeit anhören. Einer eigenständigen Vertretung dieses Personenkreises im Verwaltungsrat des MD bedarf es hierfür nicht.

Der Stärkung der Unabhängigkeit der MD dient auch der in Satz 3 vorgegebene Ausschluss der gleichzeitigen oder zeitlich nah aufeinanderfolgenden Mitgliedschaft im Verwaltungsrat eines MD und im Verwaltungsrat einer Krankenkasse oder eines Krankenkassenverbandes.

Zu Absatz 4

Dieser Absatz entspricht dem bisherigen § 280 Absatz 2, der ohne Änderungen übernommen wurde.

Zu Absatz 5

Absatz 5 entspricht dem bisherigen Absatz 4 unter Übernahme des Begriffs des Vorstandes.

Zu Absatz 6

Absatz 6 wurde aus der bisher geltenden Fassung mit der Änderung übernommen, dass der Verweis auf § 34 SGB IV gestrichen wurde. Dieser Verweis ist nicht erforderlich, weil bereits in Absatz 2 Satz 2 auf § 210 Absatz 1 SGB V verwiesen wird. § 210 Absatz 1 enthält in Satz 4 einen Verweis auf § 34 Absatz 2 SGB IV, sodass der gestrichene Verweis insoweit redundant ist. Die in § 34 Absatz 1 SGB IV geregelten Anforderungen an den Erlass einer Satzung, dass eine Satzung überhaupt zu erlassen ist und der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf, sind vollumfänglich in § 210 Absatz 1 Satz 1 und 2 enthalten.

Zu § 280

Zu Absatz 1

Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen § 281 Absatz 1 der bisherigen Fassung. Die in den §§ 275c und 275d geregelte Abrechnungsprüfung im stationären Bereich wurde jedoch in die Aufzählung der umlagefinanzierten Aufgaben der MD in Satz 1 aufgenommen. Sofern Krankenhäuser die Begutachtung von Strukturmerkmalen von anderen Gutachterdiensten durchführen lassen, haben sie nach § 275d Absatz 5 Satz 2 die Kosten hierfür zu tragen.

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht § 281 Absatz 2 der bisherigen Fassung. Es wird jedoch auf § 70 Absatz 5 SGB IV nun mit der Maßgabe verwiesen, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Der Prüfungsmaßstab der Aufsichtsbehörde bei der Genehmigungsentscheidung wird durch den Verweis auf § 70 Absatz 5 Satz 4 beschrieben. Die Genehmigungspflicht dient der Sicherstellung einer angemessenen Haushaltsführung im Rahmen der Neubesetzung der Verwaltungsräte der MD. Zudem wird auch auf § 220 Absatz 1 Satz 2 verwiesen, der die Darlehensaufnahme verbietet. Die Aufnahme

dieses Verweises stellt eine nachhaltige Mittelverwaltung und einen Gleichlauf mit den Regelungen zum MD Bund sicher.

Zu Absatz 4

Dieser Absatz entspricht dem § 281 Absatz 3 der bisherigen Fassung.

Zu § 281

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

In den Sätzen 2 und 3 wird festgelegt, in welchem Verhältnis die einzelnen MD die Umlage aufzubringen haben. Die Regelung entspricht dem § 280 Absatz 1 Satz 2 und 3, der die Umlagefinanzierung der MD durch die Krankenkassen regelt. Die MD tragen die Finanzlast entsprechend der Anzahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, die in ihrem Einzugsbereich ansässig sind.

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

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

Zu Absatz 3

Dieser Absatz entspricht dem § 282 Absatz 4 der bisherigen Fassung. Es wurde jedoch in Satz 2 der Verweis auf § 279 Absatz 4 Satz 3 und 5 gestrichen. Dieser bezieht sich auf die Vergütung der Geschäftsführung und wurde wegen des Sachzusammenhangs in § 282 Absatz 4 Satz 4 aufgenommen und an die neue Verortung in § 279 Absatz 5 Satz 4 und 5 angepasst.

Zu § 282

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird die Besetzung des Verwaltungsrates geregelt.

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

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

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

Satz 6 entspricht im Wesentlichen § 282 Absatz 2b Satz 4 der bisherigen Fassung, der auf § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e verwies. Zur Klarstellung wird zudem auf die §§ 40, 41 und 42 Absatz 1 bis 3 SGB IV gesondert verwiesen. Durch einen Verweis auf § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 SGB IV wird die Mitgliedschaft hauptamtlich bei einer Krankenkasse oder ihren Verbänden Beschäftigter ausgeschlossen. Der Verweis auf § 279 Absatz 3 Satz 3 schließt Mitglieder der Verwaltungsräte von Krankenkassen oder ihrer Verbände von der Wählbarkeit für den Verwaltungsrat des MD Bund aus.

Zu Absatz 3

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

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

Satz 2 regelt durch Verweis auf § 210 Absatz 1 den obligatorischen Inhalt und das Inkrafttreten sowie die Bekanntmachung der Satzung.

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5

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

Zu § 283

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt die neue Kompetenz des MD Bund zum Erlass von Richtlinien, welche nach bisheriger Fassung dem GKV-Spitzenverband vorbehalten war. Der Übergang dieser

Erlasskompetenz auf den MD Bund bedeutet einen weiteren wichtigen Schritt bezüglich einer unabhängigen Selbstverwaltung der Gemeinschaft der MD.

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

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

Die Richtlinie über die Durchführung der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d (Nummer 3) soll die näheren Einzelheiten dazu festlegen, wie regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in OPS-Komplexbehandlungskodes durch die MD zu erfolgen haben. In dieser Richtlinie sind insbesondere Aussagen darüber zu treffen, welche Anforderungen konkret geprüft werden (Checklisten) und in welchen regelmäßigen zeitlichen Abständen die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes nach fachlicher Einschätzung jeweils zu prüfen sind. Hierbei sind unterschiedliche zeitliche Abstände möglich. Im Rahmen der Festlegung der näheren Einzelheiten muss die Richtlinie auch Angaben darüber enthalten, wie die vom MD oder anderen Gutachterdiensten auszustellenden Bescheinigungen ausgestaltet ist. Die Richtlinie umfasst auch die Regelung der Anforderungen, die bei der Durchführung der Prüfung nach § 275d Absatz 1 Satz 1 durch einen anderen Gutachterdienst als einen MD insbesondere an die Qualifikation und Unabhängigkeit der eingesetzten Gutachterinnen und Gutachter zu stellen sind. Die Richtlinie nach Nummer 3 ist erstmals zum 30. April 2020 zu erlassen. Sie ist mit Blick auf die Weiterentwicklung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes, Erfahrungen aus der Begutachtung von Strukturmerkmalen sowie Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene bei bestehendem Bedarf anzupassen.

Nummer 4 betrifft eine Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe durch den MD Bund als Selbstverwaltungskörperschaft der MD auf Bundesebene bedeutet einen wichtigen Beitrag zur organisatorischen Selbstständigkeit der MD, die nun die Aufgabe erhalten, ihren Personalbedarf nach einheitlichen Kriterien zu ermitteln und das Ergebnis umzusetzen. Bei der Erarbeitung der Richtlinie kann auf bewährte Instrumente zur Personalbedarfsermittlung wie z. B. das Handbuch des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat und des Bundesverwaltungsamtes für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung zurückgegriffen werden. Die Genehmigungspflicht der Richtlinie nach Satz 3 stellt eine ausreichende Prüfung der Angemessenheit der Grundsätze der Personalbedarfsermittlung sicher.

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

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

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

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

Die Kompetenz zum Erlass der Richtlinien liegt beim MD Bund. Dieser ist bei der Erarbeitung der Richtlinien auf die fachliche Unterstützung durch die MD angewiesen, etwa durch sozialmedizinische Expertengruppen und Kompetenz-Centren. Bereits im Rahmen des bisherigen Erlasses von Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband haben die MDK und der MDS die fachlichen Entwürfe zu den einzelnen Richtlinien erstellt und MDK-seitig abgestimmt. Hierbei haben sich bewährte Strukturen und Verfahren herausgebildet, die auch künftig bei der Beteiligung an der Erarbeitung und dem Erlass der neuen Richtlinien weiterhin zur Anwendung kommen können. Dies kann gemäß Satz 5 in der Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 geregelt werden.

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

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

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

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

Nach Satz 4 sind die Richtlinien des MD Bund für die MD verbindlich und bedürfen der Genehmigung des BMG.

Gemäß Satz 5 kann der MD Bund im Übrigen den MD gegenüber Empfehlungen abgeben. Dies entspricht der Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes aus dem bisherigen § 282 Absatz 2 Satz 4.

Satz 6 regelt, dass der MD Bund das Nähere zum Verfahren – wie z. B. die Beteiligung der MD – in der Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 festlegt. In dieser Satzung kann das bisherige, erfolgreich von den MDK und dem MDS praktizierte Verfahren zur Erarbeitung und abschließenden MDK-seitigen Beratung der fachlichen Entwürfe der zu erstellenden Richtlinien für die jetzt vom MD Bund vorzunehmende Beschlussfassung über diese Richtlinien abgebildet werden.

Satz 7 bestimmt klarstellend, dass die bereits vom GKV-Spitzenverband nach bisherigem Recht erlassenen Richtlinien sowie abgegebene Empfehlungen fortgelten, bis sie durch den MD Bund aufgehoben oder geändert werden.

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird das Berichtswesen betreffend den MD Bund geregelt. Die Berichte der MD, die diese dem MD Bund nach § 278 Absatz 4 zweijährlich liefern, fasst der MD Bund in einem Bericht zusammen und legt diesen wiederum dem BMG zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht ihn zum 1. September. Die Veröffentlichung dient der Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Tätigkeit der MD für die gesetzliche Krankenversicherung und der für diese Tätigkeit eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die der Veröffentlichung zeitlich vorgeschaltete Vorlage an das BMG ist für dessen Aufsichtsfunktion gegenüber dem MD Bund erforderlich. Das Nähere zum Verfahren und zum Umfang hat der MD Bund in der Richtlinie über die regelmäßige Berichterstattung der MD nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 zu regeln. Für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung sind die Berichtspflichten im Elften Buch geregelt.

Zu Absatz 5

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

Zu Nummer 12 (§ 291)

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

Zu Nummer 13 (§ 295)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 14 (§ 299)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 15 (§ 301)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass die ICD und der OPS von Krankenhäusern für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden sind. Mit dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG werden die ICD und der OPS damit als Bestandteil der Krankenhausfinanzierung, des Entgeltrechts, unmittelbar verbindlich. Eines Normenvertrags der Vertragsparteien auf Bundesebene für die ICD und den OPS in Gestalt der jährlich abzuschließenden Fallpauschalenvereinbarung, der von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorausgesetzt wird, damit der OPS Bestandteil des Entgeltrechts wird, bedarf es damit nicht mehr. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn das DIMDI auf der Grundlage der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geschaffenen rückwirkenden Klarstellungs- sowie Änderungsmöglichkeit unterjährig Anpassungen des OPS vornimmt. Diese Änderungen sind unabhängig von einer Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene für die Abrechnung erbrachter Leistungen verbindlich.

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 16 (§ 327)

§ 327 regelt als Übergangsvorschrift die Geltung der Rechtsvorschriften für die Zeit der Umwandlung der MDK in MD und des MDS in den MD Bund.

Bis zur Vollendung dieser Umwandlung nehmen die bestehenden MDK ihre Aufgaben nach den §§ 275 bis 283 der bisherigen Fassung weiter wahr; für sie ist grundsätzlich nur das vor der Reform geltende Recht anwendbar. Der Grund hierfür ist, dass viele der durch dieses Gesetz eingeführten Änderungen mit organisatorischen Umstellungen zusammenhängen und erst für die neuen MD, nicht jedoch für die MDK gelten sollen.

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

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

Zu Absatz 1

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

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

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

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

Satz 4 bestimmt, dass § 281 Absatz 1 der bisherigen Fassung für die neu verorteten Aufgaben der Krankenhausabrechnungs- und Strukturprüfung nach §§ 275c und 275d entsprechende Anwendung findet. Damit wird geregelt, dass die Krankenhausabrechnungsprüfung und die Strukturprüfung auch in der Übergangszeit umlagefinanziert sind. Dies ist

zur Sicherstellung der Finanzierung der genannten Aufgaben in der Übergangszeit bis zur Anwendbarkeit des neuen Rechts notwendig, da die in diesem Zeitraum geltenden bisherigen Vorschriften abschließend auf die bisherigen Normen verweisen und die Neuregelungen nicht berücksichtigen.

Zu Absatz 2

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

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

Satz 2 regelt, dass die §§ 275 bis 283 der neuen Fassung mit Ausnahme der §§ 275 Absatz 5 und 281 Absatz 2 Satz 5 bis zum Zeitpunkt der Umstellung nicht anwendbar sein sollen. Auf § 275 Absatz 5 wird in § 282 Absatz 3 Satz 3 verwiesen, die übrigen für die MDK bereits vorab anwendbaren Vorschriften tangieren die Aufgabenwahrnehmung des MDS nicht. In § 281 Absatz 2 Satz 5 wird die Genehmigungspflicht des Haushaltsplanes geregelt, die bereits für den MDS gelten soll.

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

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

Nach Satz 5 unterliegen diese Richtlinien jedoch bereits der Genehmigungspflicht durch das BMG.

Zu § 328

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

Die MD werden in einem Zeitraum von 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 definiert als Ablauf des Monats nach Genehmigung der neuen Satzung und wird von der zuständigen Behörde öffentlich bekannt gemacht. § 328 Absatz 5 Satz 5 verweist für den MD Bund auf diese Regelung.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die Phase der Neukonstituierung der MD.

In Satz 1 wird die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes die Vertreter des jeweiligen Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 3 zu benennen. Die jeweiligen Vorschläge der vorschlagsberechtigten Gruppen sind der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes entsprechend vorher mitzuteilen.

Satz 2 bestimmt, dass der so besetzte Verwaltungsrat nach einer Frist von weiteren drei Monaten ab Ablauf der Frist nach Satz 1 eine Satzung zu beschließen hat. Da die Verwaltungsräte hier auf bereits bestehende Satzungen zurückgreifen können, ist diese Frist angemessen.

Satz 3 verpflichtet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, über die Genehmigung der beschlossenen Satzung innerhalb von weiteren drei Monaten zu entscheiden.

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

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

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Rechtsformwechsel der MDK, die als eingetragene Vereine organisiert sind. Dieser tritt gemäß Satz 1 in dem Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 ein, da die MD in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Genehmigung der Satzung handlungsfähig werden und ein Übergang der Aufgaben auf diese neue juristische Person ab diesem Zeitpunkt sachgerecht ist. Nach Satz 2 werden die eingetragenen Vereine durch Beschluss der jeweiligen Mitgliederversammlung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 nach §§ 41, 74 Bürgerliches Gesetzbuch aufgelöst. Da die Mitglieder der eingetragenen Vereine Krankenkassen sind, die der Aufsicht des Bundes oder eines Landes unterliegen, kann dies ggf. aufsichtsrechtlich angeordnet werden.

Zu Absatz 3

Satz 1 regelt den Übergang der Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine auf die neuen Körperschaften des öffentlichen Rechts in dem jeweiligen Bezirk. Dies umfasst auch das Vermögen der MDK. Satz 2 regelt den Übergang der Arbeitsverhältnisse und Satz 3 verbietet die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen aufgrund des Rechtsformwechsels. Die Wirkung der Sätze 1 und 2 tritt jeweils im Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 ein, da die

Körperschaften des öffentlichen Rechts mit diesem Zeitpunkt handlungsfähig sind. Satz 4 verbietet bis zum [Datum des Inkrafttretens plus 2 ½ Jahre] die Kündigung aus anderen als in der Person oder dem Verhalten des Arbeitnehmers begründeten wichtigen Gründen. Es sind also nur außerordentliche personen- oder verhaltensbedingte Kündigungen möglich, ordentliche - auch personen- oder verhaltensbedingte - oder außerordentliche betriebsbedingte Kündigungen sind in diesem Zeitraum ausgeschlossen. Nach Satz 5 gelten die bestehenden Tarifverträge fort. Dies führt insgesamt zu einem hohen Schutzniveau für die bei den bisherigen MDK Beschäftigten, die aufgrund des Rechtsformwechsels keine Nachteile erleiden sollen.

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5

Absatz 5 bestimmt den Rechtsformwechsel des MDS und das entsprechende Verfahren. Satz 1 regelt, dass der MD Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Stelle des MDS tritt, der als eingetragener Verein organisiert ist. Satz 2 verpflichtet die Verwaltungsräte der MD, innerhalb von drei Monaten nach dem Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 1, also nach ihrer Benennung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, die Vertreter des Verwaltungsrates des MD Bund zu wählen. Die Wahl erfolgt gemäß § 282 Absatz 2 Satz 2 getrennt nach Vertretergruppen und auf Vorschlag der jeweils wahlberechtigten Gruppen. Nach Satz 3 obliegt die Leitung der Wahl und die Regelung des Näheren dem amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates des MDS. Da die Strukturen des MD Bund noch nicht bestehen und der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des MDS die nötige Sachkunde und den organisatorischen Unterbau zur Organisation und Leitung der Wahl besitzt, soll dieser zur ersten Wahl einladen, diese leiten und organisieren. Bereits in der ersten konstituierenden Sitzung des neuen Verwaltungsrates sind aber nach Satz 4 eine neue Vorsitzende oder ein neuer Vorsitzender und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen, um einen zügigen Übergang zu gewährleisten.

Satz 5 erklärt Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 und 3 für anwendbar und bezieht sich damit auf die Übergangsregelungen für die MDK, die auch als eingetragene Vereine organisiert sind. Die Frist des Absatz 3 Satz 2 für den Beschluss einer Satzung soll allerdings ab dem Zeitpunkt der Wahl des Verwaltungsrates des MD Bund nach Satz 2 zu laufen beginnen und statt drei Monaten sechs Monate betragen. Begründet ist dies in den umfangreichen Neuregelungen für den MD Bund, unter anderem der neuen Zuständigkeit für den Erlass der Richtlinien nach § 283 Absatz 2. Diese erfordern auch nicht unwesentliche Neuregelungen in der Satzung des MD Bund, für die nicht auf die Satzung des MDS zurückgegriffen werden kann. Nach Absatz 1 Satz 3 und 4 hat das BMG über die Genehmigung der Satzung innerhalb von drei Monaten zu entscheiden und den Zeitpunkt des Ablaufs des

Monats nach erteilter Genehmigung öffentlich bekannt zu machen. Nach Absatz 2 findet in diesem Zeitpunkt der Rechtsformwechsel statt; bis dahin besteht der MDS als eingetragener Verein fort und erfüllt seine Aufgaben nach § 327 Absatz 2 Satz 1. Nach Absatz 3 gehen in diesem Zeitpunkt auch die Rechte und Pflichten, das Vermögen und die Arbeitsverhältnisse auf den MD Bund über. Die Arbeitsverhältnisse dürfen bis zum [Datum des Inkrafttretens plus 2 ½ Jahre] nur aus personen- oder verhaltensbedingten wichtigen Gründen gekündigt werden; die Tarifverträge bestehen fort.

Zu Absatz 6

Nach Satz 1 gehen die Aufgaben des SMD der DRV KBS für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung auf die neu konstituierten MD über, weil es dem SMD als institutionellem Teil der DRV KBS bereits an der formellen Unabhängigkeit von der ihn beauftragenden Krankenkasse fehlt. Die bisher geltende Ausnahmeregelung des § 283 für den SMD der DRV KBS entfällt. Der Übergang der Aufgabenwahrnehmung erfolgt durch den Verweis auf den Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 4 mit Ablauf des Monats, in dem die zuständige Landesbehörde die Satzung des neu konstituierten MD genehmigt hat. Dies kann je nach dem zeitlichen Ablauf der Umstellung in den einzelnen MD zu unterschiedlichen Zeitpunkten eintreten.

Die MD treten nach Satz 2 auch in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- und Arbeitsverhältnissen sowie den Versorgungsverhältnissen mit den Personen ein, die bei den Dienst- oder Außenstellen des SMD beschäftigt waren, die in dem Bezirk des jeweiligen MD liegen. Hierbei kann es vorkommen, dass eine Dienst- oder Außenstelle des SMD für Versicherte in einem Einzugsbereich zuständig ist, der über die örtliche Zuständigkeit eines MD hinausgeht. Um einer möglichen unausgeglichenen Übertragung von Aufgaben und Personal auf die verschiedenen MD zu begegnen und die Beschäftigten von vermeidbaren Unsicherheiten zu entlasten, können DRV KBS und die betroffenen MD abweichende Übernahmeregelungen treffen.

Da einige SMD Beamtinnen und Beamte beschäftigen bzw. Versorgungsempfängerinnen und -empfänger versorgen, müssen die MD, die in die Rechtsverhältnisse zu diesen Personen eintreten, nach § 2 Nummer 2 Beamtenstatusgesetz Dienstherrenfähigkeit erhalten. In Satz 4 und 5 ist in Orientierung an Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und 2 des Gesundheits-Reformgesetzes geregelt, dass die entsprechenden MD die Dienstherrenfähigkeit für die übernommenen Personen nach Satz 2 und 3 erhalten, darüber hinausgehend jedoch keine neue Beamtinnen und Beamte einstellen dürfen. Nach Satz 6 entfällt die Dienstherrenfähigkeit, wenn keine Beamtinnen und Beamten oder Versorgungsempfängerinnen und -empfänger mehr zu versorgen sind. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes macht diesen Zeitpunkt nach Satz 7 öffentlich bekannt.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 17c)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Verortung der Regelungen zum Schlichtungsausschuss auf Bundesebene in § 18b - neu - und der gleichzeitigen Aufnahme von Regelungen zu einer Statistik, die vom GKV-Spitzenverband zu erstellen ist (vgl. Absatz 6 - neu -).

Zu Buchstabe b

Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Neufassung des Satzes 2 erster Halbsatz erfolgt die Ergänzung eines Vereinbarungsauftrages an die DKG und den GKV-Spitzenverband zur ausschließlich elektronischen Übermittlung sowie zur Form und zum Inhalt der zwischen den Krankenhäusern und den MD auszutauschenden Unterlagen.

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

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

Zu Doppelbuchstabe cc

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

Zu Doppelbuchstabe dd

Durch die Regelung ist sichergestellt, dass eine Entscheidung über die Umsetzungshinweise nach dem neuen Satz 3 von der Schiedsstelle getroffen wird, wenn sich der GKV-Spitzenverband und die DKG nicht entsprechend einigen können.

Zu Buchstabe c

Bisher haben Krankenhäuser nach Rechnungsstellung, während einer Prüfung durch den MD sowie teilweise noch nach Einleitung eines Gerichtsverfahrens ihre Rechnung, zum Teil mehrfach, korrigiert. Dies erschwert eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht. Zur Erleichterung und Beschleunigung dieser Verfahren werden Korrekturen von Krankenhausrechnungen durch Absatz 2a grundsätzlich ausgeschlossen. Darüber hinaus werden nach Abschluss einer Prüfung weitere anschließende Prüfungen durch die Krankenkassen oder den MD ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 können die Vertragsparteien abweichende Regelungen im Hinblick auf die Zulässigkeit von Rechnungskorrekturen treffen.

In der Prüfverfahrensvereinbarung, in welcher nach § 17c Absatz 2 der GKV-Spitzenverband und die DKG das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V zu regeln

haben, ist in § 5 bislang fakultativ ein Falldialog zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vorgesehen. An der Freiwilligkeit des Falldialogs wird festgehalten. Mit dem Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, wird durch Absatz 2b Satz 1 die Erhebung einer Klage auf gerichtliche Überprüfung der erfolgten Abrechnung jedoch künftig an die vorherige Durchführung eines Falldialogs geknüpft und wird somit zur Zulässigkeitsvoraussetzung der Klage. Im Rahmen des Falldialogs haben die Krankenkassen und Krankenhäuser, wie auch bereits bislang, die Möglichkeit, ihre Auffassungsunterschiede über die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung durch Abschluss eines Vergleichsvertrags zu bereinigen. Insoweit besteht hier nach Satz 2 eine Ausnahme von dem Grundsatz nach § 275c Absatz 1 Satz 5 SGB V, dass das Prüfergebnis des MD für die Krankenkassen verbindlich ist. Da der Falldialog bereits vor Beauftragung des MD durch die Krankenkasse erfolgen kann, kann durch eine im Rahmen des Falldialogs erzielte Einigung eine Beauftragung des MD entbehrlich werden. Im Anschluss an die MD-Prüfung kann durch eine Einigung über die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung ein gerichtliches Streitverfahren vermieden werden. Satz 3 ermächtigt die Krankenhäuser klarstellend zur Verarbeitung personenbezogener und einrichtungsbezogener Daten im für die Durchführung des Falldialoges erforderlichen Umfang. Die entsprechende Befugnis ergibt sich für die Krankenkassen bereits aus § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V.

Zu Buchstabe d

Die Regelung zum Schlichtungsausschuss auf Bundesebene werden in § 18b – neu – verortet. Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Da die bisher in Absatz 3 enthaltenen Regelungen zum Schlichtungsausschuss auf Bundesebene in § 18b – neu – verortet werden, wird auch die bisherige Absatzzählung angepasst.

Zu Buchstabe f

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

Zu Buchstabe g

Die bisher in Absatz 4b enthaltenen Regelungen, dass bei einer ausstehenden Entscheidung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene die Bundesschiedsstelle entscheidet, gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene der Sozialrechtsweg gegeben ist, ein Vorverfahren nicht stattfindet und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat, werden in § 18b Absatz 7 – neu – verortet.

Zu Buchstabe h

Zu Absatz 6 – neu –

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

- Nach Nummer 1 hat der GKV-Spitzenverband die vierteljährlich aufbereiteten Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V für das zurückliegende Gesamtjahr auszuweisen.

- In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V zu regeln. Dabei haben sie Regelungen über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des MD zu treffen. Zu diesem als Vorverfahren bekannten Verfahren hat der GKV-Spitzenverband entsprechend der Nummer 2 in seiner Statistik die Anzahl und die Ergebnisse der durchgeführten Vorverfahren sowie die durchschnittlichen Rückzahlungsbeträge in Euro auszuweisen. Den Ergebnissen soll zu entnehmen sein, ob die abgeschlossenen Prüfungen zugunsten der Kostenträger oder der Krankenhäuser ausgefallen sind. Die absolute Anzahl an durchgeführten Vorverfahren soll auch als Anteil an allen eingegangenen Abrechnungen ausgewiesen werden.
- Auf Basis der eingeleiteten Abrechnungsprüfungen entsprechend des Verfahrens nach § 275c Absatz 1 SGB V sind nach Nummer 3 die Prüfanlässe nach Art und Anzahl auszuwerten. Sie sollen auch in Form von Anteilen an allen eingeleiteten Abrechnungsprüfungen ausgewiesen werden.
- Nummer 4 legt fest, dass die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen nach § 275c SGB V auszuweisen sind. Daraus müssen die Quoten der jeweils zugunsten der Kostenträger und der Krankenhäuser entschiedenen Fälle und die damit in Verbindung stehenden durchschnittlich zurückgezahlten Differenzbeträge und die durchschnittlich von den Krankenhäusern zu zahlende Höhe der Aufschläge nach § 275c Absatz 3 SGB V hervorgehen.
- Laut Nummer 5 sind in der Statistik die Anzahl von durchgeführten Nachverfahren nach der Vereinbarung gemäß Absatz 2 und die dabei erzielten Ergebnisse aufzunehmen. Die absolute Anzahl an durchgeführten Nachverfahren soll auch als Anteil an allen eingeleiteten Abrechnungsprüfungen ausgewiesen werden.
- Gemäß § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V kann unter bestimmten Voraussetzungen auch nach Erreichen der zulässigen Prüfquote eine Prüfung eingeleitet werden. Nummer 6 legt fest, dass in der jährlichen Statistik die Anzahl und die Gründe der dafür nach § 275c Absatz 2 Satz 5 SGB V von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 gemeinsam gegenüber den für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörden eingereichten Anzeigen ausgewiesen werden sollen.
- Nach Nummer 7 sind auch Daten zu den Prüfungen nach § 275d SGB V (Strukturprüfungen) auszuweisen. Die Daten sind regelhaft nach der Anzahl der jeweiligen Prüfungen und den Ergebnissen zu gliedern.

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

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

In Satz 4 wird klargestellt, dass die Statistiken für die Jahre 2019 und 2020 nicht alle in Satz 1 genannten Sachverhalte umfassen können, da verschiedene Daten erst zu späteren Zeitpunkten erfasst werden und vorliegen. Daher wird bei der ersten Datenlieferung zum 30. April 2020 für die Statistik für das Jahr 2019 auf eine Übermittlung und Aufbereitung der in Satz 1 Nummer 1 benannten Daten der vierteljährlichen Auswertungen nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V, auf die Ausweisung der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 5 SGB V sowie auf die Auswertung der Prüfungen nach § 275d SGB V verzichtet. Der zweite Halbsatz stellt klar, dass auch in der Statistik für das Gesamtjahr 2020 noch nicht alle Daten vorliegen und auf die Informationen nach Satz 1 Nummer 7, die in Zusammenhang mit der zukünftigen Durchführung der Strukturprüfungen vorliegen, verzichtet wird. Auch eine Übermittlung und Ausweisung der in Satz 1 Nummer 4 erwähnten durchschnittlichen Höhe der

Aufschlüsse erübrigt sich für die Jahre 2019 und 2020. Zum 30. April 2021 liegen allerdings bereits die Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V für das zweite Halbjahr 2020 vor, so dass diese Informationen in der Jahresstatistik aufzubereiten sind. Zum 30. April 2022 sind die Daten nach Satz 1 für das Jahr 2021 ohne Einschränkungen zu übermitteln und in der Statistik zu veröffentlichen.

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

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

Zu Absatz 7 – neu –

Nach dem neuen Absatz 7 Satz 1 legen der GKV-Spitzenverband und die DKG dem BMG bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der 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. Die ersten Anwendungserfahrungen mit den verschiedenen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen und deren Auswirkungen sollen möglichst zeitnah evaluiert werden, um potenziellen Anpassungsbedarf frühzeitig offenzulegen.

Zu Nummer 2 (§ 18b - neu -)

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

Die Regelungen für den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene waren bislang Gegenstand des § 17c Absatz 3. Sie werden nunmehr in § 18b - neu - überführt und weiterentwickelt.

Zu Absatz 1

Satz 1 und 2 entsprechen den Regelungen des bisherigen § 17c Absatz 3 Satz 1.

Satz 3 übernimmt die bisherigen Regelungen des bisherigen § 17c Absatz 3 Satz 6 zur Bildung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene inhaltsgleich und korrigiert einen fehlerhaften Verweis. Dadurch wird, entsprechend einer früheren Fassung der Vorschrift, vorgegeben, dass bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus zu berücksichtigen sind.

Satz 4 und 5 entsprechen inhaltsgleich den Regelungen des bisherigen § 17c Absatz 3 Satz 7 und 8.

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

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

Nach Satz 2 ist das InEK verpflichtet, das BMG bei einer Anrufung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zu unterstützen, soweit dies vom BMG für erforderlich angesehen wird. Die sich aus der Beratung für das Institut ergebenden Aufwendungen, insbesondere für Stellungnahmen oder Gutachten, sind aus dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren.

Zu Absatz 4

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

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

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene sind wie bisher zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den MD und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Darüber hinaus regelt die Ergänzung des zweiten Halbsatzes, dass Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene unmittelbar kraft Gesetzes als Kodierregeln gelten. Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene im Hinblick auf die Kodierung müssen daher nicht erst von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene in den Deutschen Kodierrichtlinien vereinbart werden, sondern gelten ab der Entscheidung für die Krankenhäuser und für die Krankenkassen unmittelbar als Kodierregeln für alle zukünftigen Krankenhausabrechnungen. Dabei liegt es in der Verantwortung der Vertragsparteien auf Bundesebene, die Entscheidungen durch Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien umzusetzen und eine geänderte Gesamtfassung der Deutschen Kodierrichtlinien zu gewährleisten.

Zu Absatz 7

Absatz 7 beinhaltet die bisher in § 17c Absatz 4b enthaltenen Regelungen, dass gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene der Sozialrechtsweg gegeben ist, ein Vorverfahren nicht stattfindet und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Die Regelung legt fest, dass der Fixkostendegressionsabschlag bei Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung der Patientin oder des Patienten keine Anwendung findet. Die durch die Regelung entstehenden Mehrausgaben sind voraussichtlich gering und nicht quantifizierbar.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 2 (§ 6a)

Die Änderung gewährleistet, dass die für die Begutachtung durch den MD geltende Vorgabe des § 275c Absatz 5 Nummer 1 SGB V, wonach eine Prüfung der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten unzulässig ist und Prüfergebnisse nur soweit umgesetzt werden, als sie keine Rückwirkung auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben, für alle Kostenträger verbindlich ist. Damit gelten für alle Kostenträger die gleichen Rahmenbedingungen. Auch jenseits der gesetzlichen Krankenversicherung und dem MD können andere Kostenträger, z. B. private Krankenversicherungsunternehmen, Prüfdienste nicht mit der Prüfung von tagesbezogenen Pflegeentgelten, z. B. zur Prüfung einer primären und sekundären Fehlbelegung, beauftragen.

Zu Nummer 3 (§ 8)

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

Zu Nummer 4 (§ 11)

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

Zu Artikel 4 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

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

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 8)

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

Zu Nummer 2 (§ 11)

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

Zu Artikel 6 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)

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

Zu Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsverzeichnis)

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

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

Zu Nummer 2 (§§ 7, 7a)

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

Zu Nummer 3 (§ 15 Absatz 4)

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

Zu Nummer 4 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Entsprechend seiner mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit und unter Berücksichtigung seiner in diesem Zusammenhang vorhandenen pflegfachlichen Expertise wird der MD Bund künftig die Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen

Begutachtung für die Aufgabenwahrnehmung der MD erlassen. Die Beschlussfassung erfolgt nicht mehr durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband), jedoch wird dieser an der Erarbeitung und Überarbeitung der Richtlinien beteiligt. Im Übrigen bleiben die bisherigen Beteiligungen und Verfahrensabläufe nach § 17 Absatz 1 Sätze 2 bis 6 bestehen. Die Richtlinien sind vom BMG gemäß § 17 Absatz 2 zu genehmigen.

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Nummer 5 (§ 18)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

insoweit über eine rein pflegfachliche Betrachtungsweise hinausgeht, erfolgt die Konkretisierung der dafür erforderlichen Anforderungen unter der Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

Zu Buchstabe d

Der MD Bund ist aufgrund des Übergangs der Richtlinienkompetenz gemäß § 17 Absatz 1 (Begutachtungs-Richtlinien) zu ermächtigen, auch die in Absatz 5a Satz 3 genannten Kriterien pflegfachlich in diesen Richtlinien zu konkretisieren. Dies hat unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu erfolgen.

Zu Buchstabe e

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

Zu Buchstabe f

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

Zu Nummer 6 (§ 18a)

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

Zu Nummer 7 (§ 18b)

Entsprechend seiner mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit wird der MD Bund unter Beteiligung der MD künftig die Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung für die Wahrnehmung der Aufgaben der MD im Begutachtungsverfahren erlassen. Die Beschlussfassung erfolgt nicht mehr durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband). Die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen. Die Richtlinien sind vom BMG gemäß § 18b Absatz 3 zu genehmigen.

Zu Nummer 8 (§ 18c)

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

Zu Nummern 9 und 10 (§§ 20 und 23)

Mit der in Artikel 1 (§ 176 SGB V) vorgesehenen gesetzlichen Anerkennung von Mitgliedschaften in bestimmten Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V entfällt die an die Krankenversicherungspflicht anknüpfende Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Da die Solidargemeinschaften eine Absicherung im Krankheitsfall, aber nicht im Pflegefall leisten, ist hinsichtlich der Absicherung im Pflegefall die Versicherungspflicht der nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften neu vorzusehen, sofern die Betroffenen nicht von Möglichkeiten einer freiwilligen Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung Gebrauch gemacht haben (insbesondere einer freiwilligen Weiterversicherung nach § 26 Absatz 2 oder auf der Grundlage des Beitrittsrechts nach § 26a).

Mit der Änderung des § 20 wird die bisherige Zuordnung von Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nachrangig versicherungspflichtig sind, zu dem in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen

Personenkreis auch weiterhin für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften gewährleistet und entsprechend nachvollzogen. Eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht jedoch nicht, wenn die Person bereits in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist. Für Personen, die bereits versichert sind, bedarf es keiner neuen gesetzlichen Zuordnung.

Mit der Änderung des § 23 wird die Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung von Personen, die der Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung unterliegen, auch weiterhin für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften gewährleistet und entsprechend nachvollzogen. Eine Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht jedoch nicht, wenn die Person bereits in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist. Für Personen, die bereits versichert sind, bedarf es keiner neuen gesetzlichen Zuordnung.

Zu Nummer 11 (§§ 31, 44 und 46)

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

Zu Nummer 12 (§ 53b)

Da der bisherige § 53a entfällt und seine Regelungsinhalte zum Teil in dem neuen § 53d (Aufgaben des MD Bund) aufgehen, wird der bisherige § 53b der neue § 53a. Der Regelungsinhalt bleibt davon unberührt.

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

Zu Nummer 13 (§ 53c)

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

Zu Nummer 14 (Fünfter Abschnitt)

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

Zu § 53c

Die Regelung § 53c verknüpft die im SGB V geregelte Neuorganisation der MD und des MD Bund, die als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts an die Stelle der MDK bzw. des MDS treten, mit den Regelungen des Elften Buches. Während die organisatorischen Grundlagen für den Aufbau und die Arbeit der MD und des MD Bund im Fünften Buch geschaffen werden, werden ihre konkreten Aufgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung in diesem Buch bestimmt.

In Absatz 1 wird dies für die Medizinischen Dienste gemäß § 278 SGB V bestimmt.

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

In Absatz 3 wird auf die Übergangsregelungen nach § 328 SGB V verwiesen. Dies bedeutet für die in Artikel 7 dieses Gesetzes für die soziale Pflegeversicherung getroffenen Regelungen, dass diese für den einzelnen Medizinischen Dienst jeweils erst ab dem Zeitpunkt anwendbar sind, wenn er die in § 328 SGB V beschriebenen Voraussetzungen erfüllt, d. h.

die neue Rechtsform nach § 328 Absatz 1 Satz 4 SGB V vollendet ist. Für den MD Bund gilt dies entsprechend (§ 328 Absatz 5 Satz 5 SGB V). Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt erfüllen die MDK und der MDS in Anlehnung an die in § 327 SGB V getroffene Regelung, die ihnen nach diesem Buch in der bis zum [Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung] zugewiesenen Aufgaben.

Zu § 53d

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

Im Übrigen bleiben die bisherigen Beteiligungen und Verfahrensabläufe bei der Richtlinienarbeit bestehen.

Zu Absatz 3

In diesem Absatz werden die Richtlinien genannt, die der MD Bund unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu erlassen hat. Diese Beteiligungsregelung spiegelt zum einen die bisherige reziproke Beteiligung des MDS bei Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes wider, sie ist aber auch sachlich geboten, da die Regelungsinhalte beziehungsweise die Umsetzung der Richtlinien unmittelbar auch die Pflegekassen betrifft. Weitere, bereits bestehende Vorgaben zu den Richtlinien wie etwa Vorgaben zu den Richtlinienzielen und -inhalten und zu weiteren Beteiligungsregelungen bleiben davon unberührt; sie finden sich an den Stellen in diesem Buch, an denen diese Richtlinien bereits jetzt verankert sind.

Zu Nummern 15 und 16 (§§ 75, 92a, 94 und 112)

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

Zu Nummer 17 (§ 112a)

Entsprechend seiner mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit und unter Berücksichtigung seiner in diesem Zusammenhang vorhandenen pflegfachlichen Expertise beschließt künftig der MD Bund die Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird an der Erarbeitung und Überarbeitung der Richtlinien beteiligt. Im Übrigen bleiben die bisherigen Beteiligungen und Verfahrensabläufe einschließlich des Genehmigungsvorbehalts nach Absatz 4 bestehen.

Zu Nummern 18 und 19 (§§ 113 bis 113c, 114)

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

Zu Nummer 20 (§ 114a)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

In Absatz 6 wird die bisherige Regelung, dass die MD in Abständen von drei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten haben und diese Berichte durch den MDS zusammengefasst werden, auf einen zweijährigen Berichtsrhythmus ab dem Jahr 2020 umgestellt. Die Qualität der Pflege ist ein in der öffentlichen Wahrnehmung wie in der Praxis der Leistungserbringung wesentlicher Gesichtspunkt. Zudem werden im Jahr 2019 die neuen Bestimmungen zur Qualitätssicherung und -prüfung in der vollstationären Pflege wirksam. Es ist daher angebracht, in engeren Abständen über die Qualitätsergebnisse zu berichten; dies entspricht auch den Zeiträumen, die für andere, im Fünften Buch vorgesehene Berichte bestimmt sind.

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummern 21 bis 24 (§ 114c, § 115, § 115a, § 117)

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

Zu Nummer 25 (§ 118)

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

Zu Nummer 26 (§ 142)

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

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

Zu Artikel 8 (Änderung des § 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Nummer 9.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Nummer 9.

Zu Nummer 3

Die gesetzliche Anerkennung derjenigen Solidargemeinschaften, die bis zur Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall teilweise jahrzehntelang ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt haben, das im Einklang mit der Rechtslage stand, muss einheitlich in allen relevanten Rechtskreisen ausgestaltet sein. Die Ausnahme von den erlaubnis- und aufsichtsrechtlichen Vorgaben des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist insofern eine Folgeänderung zur Einführung des § 176 SGB V.

Zu Artikel 9 (Änderung des § 193 des Versicherungsvertragsgesetzes)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft nach § 176 SGB V anerkannt ist, nicht der Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung gemäß § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes unterliegen.

Zu Artikel 10 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2020 in Kraft.

Zu Absatz 2

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