



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige
Prüfungen – MDK-Reformgesetz vom 02.05.2019

Berlin, 04.06.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Im Koalitionsvertrag dieser Legislaturperiode ist die Absicht der Regierung dokumentiert, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stärken zu wollen, deren Unabhängigkeit zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung, darunter die Prüfung von Krankenhausabrechnungen für erbrachte Behandlungsleistungen, Sorge zu tragen.

Dieses Ziel verfolgt der vorliegende Referentenentwurf. Dieser führt aus, dass die Unabhängigkeit der MDK von den Kranken- und Pflegekassen in den letzten Jahren wiederholt kritisch hinterfragt worden sei. Auch wird auf eine Vielzahl von Streitigkeiten anlässlich der im Auftrag der Krankenkassen durch die MDK durchgeführten Prüfungen von Krankenhausabrechnungen verwiesen. Umso mehr begrüßt die Bundesärztekammer, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf die langjährige Forderung der Ärzteschaft nach einer deutlichen Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste aufgegriffen wird und sowohl auf organisatorischer, personeller als auch finanzieller Ebene diese Unabhängigkeit ermöglicht werden soll. Die Leitung der Medizinischen Dienste sollte dabei stets durch eine Ärztin bzw. einen Arzt wahrgenommen werden, auch dies ist seitens der Ärzteschaft immer wieder betont worden.

Als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts sollen die MDK künftig unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ geführt werden. Die mit der Neuaufstellung verbundene Neujustierung des aufsichtführenden Verwaltungsrates unter gleichzeitiger Beteiligung von Vertretern der jeweiligen Landesärztekammern ist sachgerecht und wird eine deutlich verbesserte Integration unabhängiger medizinischer Expertise in das Begutachtungsverfahren der Medizinischen Dienste ermöglichen.

Von der Eingliederung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen in die neuen Medizinischen Dienste sollte der Sozialmedizinische Dienst (SMD) der Knappschaft-Bahn-See (KBS) ausgenommen werden. Der 122. Deutsche Ärztetag 2019 hat hierzu ausgeführt: „Der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft-Bahn-See ist ein spezifischer Aufgabenbereich aller Rentenversicherungsträger, so auch des Verbundträgers KBS. Er ist insofern seit jeher organisatorisch dem Geschäftsbereich der Rentenversicherung zugeordnet und eben nicht dem Teil der KBS, der für die Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist. Die Kranken- und Pflegeversicherung KNAPPSCHAFT beauftragt den SMD mit Gutachten und Stellungnahmen - ebenso, wie dies andere Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) machen.“

Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) soll organisatorisch vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gelöst werden. Gerade für die anstehende Vereinheitlichung der Prüfsystematiken auf Basis medizinischer Kriterien ist eine Einbindung der Bundesärztekammer in den entsprechenden Verwaltungsrat auch auf Bundesebene von Anfang an unverzichtbar.

Mit dem Referentenentwurf könnte auch einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft nach einer deutlichen Arbeitsentlastung von Ärztinnen und Ärzten durch eine umfassende Entbürokratisierung Rechnung getragen werden. Die Bundesärztekammer begrüßt in diesem Zusammenhang, dass zur Verbesserung der Effizienz und der Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung Anreize für eine korrekte Abrechnung gestärkt und Abstand von der überbordenden Einzelfallprüfung genommen werden sollen.

Hierzu soll die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses zukünftig den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen mitbestimmen und abhängig davon die zulässige Prüfquote je Krankenhaus bestimmt werden. Bei diesem Prozedere gilt es aus

Sicht der Bundesärztekammer jedoch zu berücksichtigen, dass angesichts der erheblichen Komplexität der Vergütungs- und Kodiersystematik mögliche Fehlkodierungen nicht immer zu vermeiden sind. Umso wesentlicher wird die mit dem Gesetzentwurf angelegte Intention, mit Hilfe einer unabhängigen Gutachtersystematik strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch zu reduzieren.

Bei der geplanten Strukturprüfung sowie einer in Zukunft möglichen Integration von Strukturkriterien über die Klassifikationssysteme OPS und ICD ist aus Sicht der Bundesärztekammer durch eindeutige Formulierungen im Gesetzestext klarzustellen, dass diese weder direkt noch indirekt mit der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer interagieren oder diese unterlaufen können.

Der Referentenentwurf greift weiterhin die Forderung der Bundesärztekammer nach einer intensivierten Verzahnung der Sektoren auf. Die geplante Stärkung des Kataloges zum Ambulanten Operieren und dessen sektorenübergreifende Ausrichtung wird grundsätzlich unterstützt.

Durch eine Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe können bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in Zukunft besser genutzt und ausgebaut werden. Ebenso ist es aus Sicht der Bundesärztekammer ein Schritt in die richtige Richtung, für diese noch festzulegenden Leistungen auf eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser zu verzichten.

Hierzu sollte neben einem geplanten Gutachten zu möglichen neuen Leistungen insbesondere die langjährige Erfahrung der Selbstverwaltungspartner ausreichend integriert werden. Nur wenn ein entsprechender Konsens der Beteiligten über diese zukünftigen Leistungen und deren Finanzierung sichergestellt wird, kann von einer ausreichenden Effizienz der gewünschten Umsetzung vor Ort ausgegangen werden.

Die Bundesärztekammer fordert die Streichung der Regelung zur Liveübertragung von G-BA-Sitzungen. Eine Liveübertragung und deren Speicherung in der Mediathek würde zu einer Beeinträchtigung der Arbeit des G-BA führen und wäre mit Blick auf das Recht der Sitzungsteilnehmer auf informationelle Selbstbestimmung unverhältnismäßig.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Übertragung der Sitzungen des G-BA im Internet

Artikel 1 Nummer 1 (§ 91 Absatz 7 Satz 6 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Entwurf soll vorgeschrieben werden, dass die Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zukünftig zeitgleich im Internet übertragen und in der Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten werden. Dies soll dazu dienen, „die geforderte Öffentlichkeit der Sitzungen herzustellen“ und entspreche „im Übrigen der Praxis des Deutschen Bundestages.“

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine Liveübertragung von G-BA Sitzungen und deren Speicherung in der Mediathek würde zu einer Beeinträchtigung der Arbeit des G-BA führen und wäre mit Blick auf das Recht der Sitzungsteilnehmer auf informationelle Selbstbestimmung unverhältnismäßig.

Die Liveübertragung würde die notwendige offene Debatte im G-BA stark beeinträchtigen. Sitzungsteilnehmer müssten befürchten, dass die Übertragung sowie die damit verbundene Speicherungs- und Abrufmöglichkeit dazu genutzt werden, sie unter Nutzung von Kommunikationsmedien öffentlich „an den Pranger“ zu stellen. Anders als die bloße Öffentlichkeit der Sitzung und die damit verbundene Möglichkeit, von Äußerungen und Positionen Kenntnis zu erlangen, können Bild- und Tonaufnahmen hierzu in wesentlich einschneidenderer Weise genutzt werden. Es ist daher zu befürchten, dass kontroverse Positionen im G-BA nicht mehr oder zumindest wesentlich seltener geäußert würden.

Zudem stellt die Übertragung einen gravierenden Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Sitzungsteilnehmer dar.

Dieser müsste einem legitimen Zweck dienen und zur Erreichung dieses Zwecks geeignet, erforderlich und angemessen sein.

Die Liveübertragung ist schon nicht geeignet, das in der Begründung angegebene Ziel, die „geforderte Öffentlichkeit“ herzustellen, zu erreichen. Denn öffentlich sind die Sitzungen auch ohne deren Live-Übertragung. Insofern gilt dasselbe wie für Gerichtsverhandlungen. Die Verhandlungen sind öffentlich (§ 169 Abs. 1 S. 1 GVG), obwohl Bild- und Tonaufnahmen ausdrücklich untersagt sind (§ 169 Abs. 1 S. 2 GVG). Diese Vorschrift dient auch dem Schutz gerichtlicher Entscheidungen vor unangemessener öffentlicher Beeinflussung – einem Ziel, das auch für die fachlichen Entscheidungen des G-BA gelten sollte.

Die Live-Übertragung um ihrer selbst willen stellt keinen legitimen Zweck dar. Auch ein mögliches Ziel einer noch breiteren Öffentlichkeit erscheint nicht geeignet, bessere Entscheidungen des G-BA herbeizuführen. Vielmehr birgt die Übertragung gerade die Gefahr, dass Sitzungsteilnehmer öffentliche Repressalien befürchten müssten, und sich Entscheidungen und zugehörige Debatten dann nicht mehr in erster Linie an fachlichen Gesichtspunkten ausrichten könnten. Jedenfalls wäre eine Übertragung nicht erforderlich, um durch die Herstellung von Öffentlichkeit intransparente Entscheidungen hinter verschlossenen Türen zu verhindern. Denn dieses Ziel wird bereits durch die derzeit vorgeschriebene Öffentlichkeit der Sitzungen ohne eine Übertragung erreicht.

Der mit einer Übertragung verbundene Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung stünde zudem in keinem angemessenen Verhältnis zum Ziel einer noch breiteren Öffentlichkeit. Anders als Mitglieder des Deutschen Bundestages sind die

Mitglieder des G-BA keine ohnehin in der Öffentlichkeit stehenden Politiker, sondern zu einem wesentlichen Teil dort ehrenamtlich neben ihrem eigentlichen, aktiv ausgeübten Beruf tätig und stehen ansonsten nicht vergleichbar in der Öffentlichkeit. Ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist damit deutlich höher zu gewichten.

Der G-BA, der fachliche Entscheidungen zum Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung trifft, ist im Übrigen strukturell nicht mit dem Deutschen Bundestag vergleichbar, weshalb der in der Begründung enthaltene Hinweis darauf insgesamt ohne Aussagekraft ist.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung von Artikel 1 Nummer 1.

Streichung der Aufrechenbarkeit auf Rückforderung geleisteter Vergütungen

Artikel 1 Nummer 2 (§ 109 Abs. 6 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll die bisherige Möglichkeit der Krankenkassen, gegen Forderungen von Kliniken auf die Vergütung schon erbrachter Leistungen Ansprüche auf Rückforderung geleisteter Vergütung aufzurechnen, abgeschafft werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Änderung wird vollumfänglich zugestimmt. Hiermit entspricht der Referentenentwurf einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft. Durch die bisherige, rückwirkende Aufrechnungspraxis der Krankenkassen wurde wiederholt die Liquidität in den Kliniken massiv gefährdet. Entsprechend negative Auswirkungen auf die Personalplanung und Vergütung sowie verzichtbare rechtliche Auseinandersetzungen haben das Verhältnis zwischen Kliniken und Krankenkassen massiv belastet und unnötig viel Arztzeiten durch die damit verbundenen Prüfaufwendungen vergeudet.

Katalog Ambulantes Operieren

Artikel 1 Nummer 3 (§ 115b SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung soll auf Basis eines zu erstellenden Gutachtens bis zum 30. Juni 2021 ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie eine einheitliche Vergütung für Kliniken und Vertragsärzte für diese Leistungen festgelegt werden.

Sofern diese Leistungen durch Kliniken in Zukunft erbracht werden, unterliegen diese nicht den Prüfungen des zukünftigen Medizinischen Dienstes.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die mit der Neuregelung vorgesehene Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen wird grundsätzlich begrüßt. Schon derzeit werden jährlich ca. 4,2 Millionen Patienten ambulant und 1,9 Millionen Patienten stationär auf Basis der Regelungen zum ambulanten Operieren versorgt. Ebenso wird die geplante Vergabe eines Gutachtens als ziel-

führend erachtet. Von einer direkten Übernahme der Ergebnisse des Gutachtens in einen zukünftig zu etablierenden Katalog wird jedoch abgeraten. Hier sollte mehr Spielraum für die beteiligten Partner der Selbstverwaltung auf Basis der Umsetzungserfahrungen des letzten Jahrzehnts verbleiben. Bei über 2.500 möglichen Katalogpositionen sollte zudem eine medizinische, technische und ökonomische Folgenabschätzung erfolgen. Eine verlässliche sektorenübergreifende Neujustierung kann nur dann gelingen, wenn die Verlagerungseffekte sowohl für den ambulanten als auch den stationären Sektor umsetzbar und finanzierbar sowie im Einklang mit dem lokalen Versorgungsbedarf und den verfügbaren Personalstrukturen bleiben.

Fachliche Unabhängigkeit als Grundlage der Begutachtung

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe f (§ 275 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung soll die bisher nur auf ärztliche Gutachter bezogene gesetzliche Vorgabe der fachlichen Unabhängigkeit und des Verbots des Eingriffs in die Behandlung des Versicherten klarstellend auf die pflegerische Versorgung und alle in der Begutachtung einbezogenen Berufsgruppen erstreckt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt, sofern die Letztverantwortung und Leitung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Diensts gegeben ist. Dies umfasst auch, dass die Leitung des Medizinischen Dienstes Bund durch eine Ärztin bzw. Arzt wahrgenommen wird.

Prüfung der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Artikel 1 Nummer 9 (§ 275c SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der zukünftigen Durchführung und des Umfangs von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst soll ab dem Jahr 2020 eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus eingeführt werden. Diese Prüfquote steht in Abhängigkeit zum Anteil der korrekten Abrechnungen durch die Klinik. Die Kliniken werden unterhalb eines Anteils korrekter Abrechnungen von 60 Prozent mit erheblichen Rückzahlungsaufschlägen sanktioniert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante generelle Reduktion der Prüfquote entspricht einer langjährigen Forderung der Bundesärztekammer. Angesichts der Neuaufstellung der Medizinischen Dienste, der notwendigen Etablierung ihrer Unabhängigkeit und der erheblichen Komplexität der Abrechnungs- und Kodiervorgaben sollte die Einführung finanzieller Sanktionsmechanismen gegenüber den Kliniken mit einer adäquaten Übergangsphase (von z. B. zwei Jahren) verbunden werden, ggf. in Kombination mit einer falls erforderlich stufenweisen Erhöhung der Aufschläge nach Ablauf der Übergangszeit.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

„(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 **ab dem 01.01.2023** einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt

a) 15 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 2,

b) 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 4.“

Prüfung von Strukturmerkmalen

Artikel 1 Nummer 9 (§ 275d SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die von Kliniken in Zukunft einzuhalten sind, sollen auch beauftragte Gutachterdienste begutachten und bei Erfüllung zulassen können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Vor dem Hintergrund der in Zukunft zu erwartenden verbesserter Unabhängigkeit und Neutralität der Medizinischen Dienste sollte eine Beauftragung weiterer externer Gutachter in der Regel dann erfolgen, wenn die Ressourcen der Medizinischen Dienste absehbar ausgelastet sind.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

„§ 275d SGB V

(1) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst **oder im Falle der Überlastung** durch einen anderen Gutachterdienst begutachten zu lassen bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.“

Prüfung von Strukturmerkmalen

Artikel 1 Nummer 9 (§ 275d SGB V in Verbindung mit § 295 Abs. 1a SGB V und § 301 Abs. 2 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der zukünftige Medizinische Dienst die auf Basis des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels vorgegebenen Strukturkriterien bezüglich ihrer Einhaltung in den Kliniken überprüft. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Einzelfallprüfungen von Strukturmerkmalen sollen damit entfallen. Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen in Zukunft die Leistung nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Gemäß der geplanten Änderung des § 295 SGB V und des § 301 SGB V sollen auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstiger Prozeduren durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und

Information (DIMDI) festgelegt werden können. Dies umfasst laut Begründung z. B. die Anzahl und Qualifikation medizinischen Personals oder die technische Ausstattung.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Mit der geplanten Neuregelung wird sukzessive ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Während in den letzten zwei Jahrzehnten die amtlichen Klassifikationen schwerpunktmäßig als Grundlage zur Differenzierung von Vergütungstatbeständen der verschiedenen Vergütungssysteme diente, wird zukünftig der Aufnahme von Strukturkriterien mehr und mehr eine zentrale Funktion zukommen. Diskussionen zu den Komplexcodes und deren Umsetzung in den Jahren 2016-2019 haben erkennen lassen, dass insbesondere mit der vermehrten Aufnahme von Strukturkriterien eine Fülle von Dokumentations- und Nachweis-pflichten sowie erhebliche Umsetzungsprobleme vor Ort bis hin zur Versorgungsgefährdung (Debatte zur Schlaganfallversorgung 2018) verbunden waren. Zudem sind aus Sicht der Bundesärztekammer die bisherigen Gremien nicht für eine entsprechende evidenzbasierte Festlegung dieser Kriterien vorbereitet. Darüber hinaus würden zum Beispiel Vorgaben zu der strukturellen Ausstattung einer Klinik, zu Personalbesetzung, Erreichbarkeiten und zum Beispiel technischem Gerät massiv mit der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer interagieren.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Aus dem Gesetzestext sollte eindeutig hervorgehen, dass mögliche Strukturvorgaben im Operationen- und Prozedurenschlüssel in keiner Weise in Konkurrenz zu der Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer stehen dürfen. Die zuständigen Gremien haben diese Strukturkriterien auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin zu erarbeiten. Den Planungsgremien auf Landesebene muss genügend Spielraum für eine regionalspezifische Adaptierung der Versorgungsstrukturen bleiben.

Besetzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes auf Landesebene

Artikel 1 Nummer 9 (§ 279 Abs. 3 Nr. 3 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der zukünftige Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes soll aus 16 Vertretern bestehen, von denen auch Vertreter der jeweiligen Landesärztekammer durch die zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes benannt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Beteiligung der Ärzteschaft in dem geplanten Aufsichtsgremium auf Landesebene durch Vertreter der jeweiligen Landesärztekammer ist sachgerecht und wird begrüßt. Als gemeinwohlorientierte, sektorenübergreifende Körperschaften des öffentlichen Rechts bringen die Ärztekammern den medizinischen Sachverstand und das Versorgungswissen der gesamten Ärzteschaft aus allen Bereichen der Patientenversorgung ein. Sie stehen für eine fachlich hochwertige und ethische Patientenversorgung. Die Einbeziehung der Ärztekammern wird die künftigen Medizinischen Dienste darin stärken, ihr Handeln am medizinisch-fachlich Gebotenen auszurichten und die gesetzlich festgeschriebene Unabhängigkeit ihrer Gutachter weiter zu sichern. Diese Einschätzung hat der 122. Deutsche Ärztetag 2019 per Beschluss erst kürzlich bekräftigt.

Die Formulierung von § 279 Abs. 3 Nr. 3 SGB V lässt jedoch offen, wie die vier Vertreter der Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammer bestimmt werden und ob es eines

gemeinsamen Vorschlags bedarf. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es sinnvoller, jeweils zwei Vertreter vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 279 Abs. 3 Nr. 3 SGB V

„(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. **jeweils zwei Vertreter** auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.“

Besetzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund

Artikel 1 Nummer 11 (§ 282 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auch im zukünftigen Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund sollen die Landesärztekammern vertreten sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Beteiligung der Ärzteschaft auch im Organ der Bundeebene ist sachgerecht und wird begrüßt.

Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Artikel 1 Nummer 11 (§ 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesärztekammer ist zu den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Das Stellungnahmerecht für die Bundesärztekammer ist sachgerecht und wird begrüßt.

Errichtung der Medizinischen Dienste

Artikel 1 Nummer 16 (§ 328 Abs. 6 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung sollen auf den Medizinischen Dienst übergehen. Der bisherige Wortlaut des § 283 SGB V, wonach im Sinne einer Ausnahme der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die Krankenversicherung wahrnimmt, soll entfallen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Neuausrichtung der bisherigen Medizinischen Dienste der Krankenkassen in unabhängige Medizinische Dienste als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts ist ein wichtiger und überfälliger Schritt. Von der Eingliederung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen in die neuen Medizinischen Dienste sollte der Sozialmedizinische Dienst (SMD) der Knappschaft-Bahn-See (KBS) ausgenommen werden. Der 122. Deutsche Ärztetag 2019 hat hierzu ausgeführt: „Der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft-Bahn-See ist ein spezifischer Aufgabenbereich aller Rentenversicherungsträger, so auch des Verbundträgers KBS. Er ist insofern seit jeher organisatorisch dem Geschäftsbereich der Rentenversicherung zugeordnet und eben nicht dem Teil der KBS, der für die Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist. Die Kranken- und Pflegeversicherung KNAPPSCHAFT beauftragt den SMD mit Gutachten und Stellungnahmen - ebenso, wie dies andere Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) machen.“

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung von § 328 Abs. 6 SGB V und Ersetzung durch die Formulierung des bisher geltenden § 283 SGB V: „Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahr.“

Klärung strittiger Kodierfragen durch den Schlichtungsausschuss Bund

Artikel 2 Nummer 2 (§ 18b KHG)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen eingerichtet werden. Dieser soll aus dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gebildet werden. Mitglieder ohne Stimmrecht sollen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus sowie das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aufgrund der weitreichenden Bedeutung, der jeweiligen Umsetzungsnotwendigkeit durch Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken, der ärztlichen Verantwortung für die Dokumentation und der Fülle der inkludierten medizinischen Regelungsinhalte sollte der Schlichtungsausschuss die Bundesärztekammer als weiteres Mitglied ohne Stimmrecht

umfassen. Zudem sollte die Bundesärztekammer in die Liste der Berechtigten aufgenommen werden, die den Schlichtungsausschuss direkt anrufen können.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

„(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information **sowie die Bundesärztekammer** sind Mitglieder ohne Stimmrecht.“

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