

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Per E-Mail: jasmin.holder@bundestag.de;
gesundheitsausschuss@bundestag.de

Bundesverband
Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b
10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0
Fax +49 (0)30 246 255 - 99
info@bvmed.de
www.bvmed.de

Berlin, 26.09.2019
mpm/KI/Win/JP
☎ 030 246 255 -11/-23
E-Mail: winkler@bvmed.de

**BVMed-Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für
bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz**

BT-Drucksache: 19/13397

**Der BVMed nimmt zum Gesetzentwurf der Bundesregierung nur inso-
weit Stellung, wie dieser seine Mitgliedsunternehmen betrifft.**

I. Zusammenfassung

Der Bundesverband Medizintechnologie, BVMed, hält es für erforderlich, dass die Medizinprodukte-Industrie bei der Begutachtung von stationären Leistungen mit Medizinprodukten durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDB/MD) stärker eingebunden wird. Zur Bildung einer adäquaten Informationsgrundlage ist ein strukturierter Dialog zwischen dem Medizinischen Dienst, den Anwendern und den Herstellern zwingend erforderlich. Neben der notwendigen Anpassung der Prozesse fordern die Industrieexperten mehr Transparenz der Verfahren und eine bessere Qualifizierung der Gutachter (Facharztstandard) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund (MDB) und des Medizinischen Dienstes (MD).

Dringend erforderlich ist die Stärkung der fachlichen Kompetenz von MD und MDB. Erfahrungen mit den stationären Prüfverfahren haben gezeigt, dass die notwendige Informationsgrundlage zur Begutachtung von Einzelfällen fachlich oftmals unzureichend und unvollständig ist, die notwendigen spezifischen Sachkenntnisse nicht flächendeckend zur Verfügung stehen und keine Verfahrenstransparenz gewährleistet wird. Dies kann zu ungerechtfertigten Leistungseinschränkungen bis hin zur vollständigen Leistungsverweigerung für medizinisch notwendige Behandlungsmethoden im Krankenhaus führen. Das zu lösen, schlagen wir ein gesetzlich vorgegebenes Qualitätssicherungsverfahren vor.

Die derzeitige Begutachtungspraxis und -qualität sowie die Systemeffizienz sollten durch folgende Änderungen an den bestehenden MD-/MDB-Strukturen wesentlich verbessert werden:

- > Möglichkeit für relevante Fachgesellschaften und betroffene Medizinprodukteunternehmen zur Stellungnahme als Beteiligte im Verfahren zur Erstellung von allen Begutachtungsrichtlinien und Grundsatzgutachten
- > Gesetzliche Fortbildungsverpflichtung für gutachterlich beschäftigte Ärzte beim MD zur Qualitätsabsicherung der Gutachtenqualität
- > Regionsübergreifender bundesweiter Einsatz fachspezifischer Ressourcen zur Gewährleistung einer einheitlichen Begutachtungsqualität und zur Vermeidung regionaler Ungleichheiten in der Patientenversorgung (Wechsel von regionalem zu disziplinärem Bezug)
- > Verankerung der Prüfung vor Ort als Grundlage für einen verpflichtend qualifizierten Falldialog im Rahmen der Prüfungen gem. § 275c Absatz 1 SGB V.

Zu erstellende Gutachten des MD aus Prüfungen gem. § 275c Abs. 1 SGB V sollten einvernehmlicher Bestandteil eines verpflichtenden Falldialogs werden. Das Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Gutachter ist vor Gutachtenüberstellung an die beauftragende Krankenkasse herzustellen, um das Aufkommen gerichtlicher Auseinandersetzungen zwischen den Vertragspartnern soweit als möglich zu reduzieren.

Mit der Änderung des § 115b SGB V wird der Zugang von Patientinnen und Patienten zum ambulanten Operieren erleichtert und der Vorrang „ambulant vor stationär“ besser umgesetzt. Allerdings ist das Grundproblem des Übergangs einer Leistung bzw. einer Methode aus dem stationären in den ambulanten Sektor bzw. in einen Zwischensektor zwischen stationär und ambulant damit nicht gelöst. Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung, damit es nicht zu Versorgungslücken für Patientinnen und Patienten während der Zeit zwischen Offenlegung der Möglichkeit zur ambulanten Erbringung und der finalen Entscheidung der zuständigen Gremien kommt.

Der neue Begriff der stationärsersetzenden Behandlung ist nicht näher definiert. Wir bitten um eine rechtssichere Definition bzw. Klarstellung des Begriffes.

II. Änderungsvorschläge

1. Ergänzung zu den Änderungsvorschlägen: Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1.1. § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

Als Lösung schlagen wir zwei Veränderungen im § 39 SGB V vor:

1.1.a) § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V soll geändert werden wie folgt:

„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann oder eine ambulante Versorgung bzw. eine Versorgung nach § 115 b SGB V nicht zur Verfügung steht.“

1.1.b) § 39 Absatz 5 SGB V:

Als neuer Absatz 5 wird eingefügt:

„Ist für eine in der stationären Versorgung eingeführte Leistung ein Antrag auf Aufnahme dieser Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab oder ein Vorschlag zur Weiterentwicklung des Katalogs nach § 115 b SGB V gestellt worden, so kann diese Leistung weiterhin in der stationären Versorgung zulasten der Gesetzlichen Krankenkassen ohne Kürzung der notwendigen Verweildauer erbracht werden, solange kein Beschluss des Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 3 SGB V bzw. eine Vereinbarung nach § 115 b SGB V vorliegt. Gleiches gilt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Beurteilung gemäß § 135 Absatz 1 SGB V noch nicht abgeschlossen ist.“

Begründung zu 1.1.a und 1.1.b:

Das Grundproblem des Übergangs einer Leistung bzw. einer Methode aus dem stationären in den ambulanten Sektor bzw. in den erweiterten Leistungsbereich des § 115b SGB V NEU ist mit den vorgeschlagenen Neuerungen im Kabinettdentwurf nicht gelöst. Denn mit Offenlegung, dass eine Methode oder eine Leistung ambulant erbringbar ist – etwa durch einen Vorschlag eines Berufsverbandes an den Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V bzw. einen Vorschlag zur Weiterentwicklung des künftigen Katalogs nach § 115 b SGB V NEU oder im Laufe der Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode – wird der MD regelmäßig die Frage stellen, warum eine Leistung stationär abgerechnet wird (primäre Fehlbelegung). In der Zeit zwischen der Offenlegung der Möglichkeit zur ambulanten Erbringung und einer Entscheidung durch die zuständigen Gremien kann es zu Versorgungslücken zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten kommen. Dies ist nur durch eine gesetzliche Klarstellung zu lösen, die im Zuge der Einführung des neuen § 115 b SGB V erfolgen sollte.

1.2. § 95d SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

1.2.a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

1.2.a.aa) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Absätze 1 bis 3 gelten für gutachterlich tätige Ärzte des Medizinischen Dienstes Bund (MDB) und der Medizinischen Dienste (MD) entsprechend.“

Begründung:

Gutachterlich tätige Ärzte des Medizinischen Dienstes Bund und der Medizinischen Dienste überprüfen medizinische Diagnosen, Indikationen und Behandlungen von ambulant, teilstationär und stationär beantragten oder durchgeführten Sachleistungen. Medizinisch erforderliche Behandlungen folgen dem medizinischen Fortschritt und dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn über Nutzen und Qualität. Dieser kann nur in ständiger Fortbildung vertieft werden. Es obliegt jedem Gutachter, nach einem mindestens vergleichbaren Stand von Wissen und Aktualität ausgehenden Maß zu beurteilen, welches das ärztliche Handeln bewertet und sich einer Sachleistungsanspruchsprüfung unterzieht.

2. Änderungsvorschlag im Referentenentwurf: Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

I.

Nummer 7: § 115b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch die folgenden 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 für ärztliche Leistungen.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Für die nach Satz 1 Nummer 1 erbringbaren Operationen, Eingriffe und Behandlungen gilt § 137c Absatz 3 SGB V für die Leistungserbringung bei Vertragsärzten entsprechend.

Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, ~~der Sachkosten sowie~~ und der spezifischen Investitionsbedingungen sowie gesonderter aufwandbezogener Vergütung der Sachkosten. Vor einer Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 2 sind die medizinischen Fachgesellschaften und die Patientenorganisationen gemäß § 140f SGB V anzuhören.

Vor einer Vereinbarung nach Satz 4 ist den betroffenen Berufsverbänden und den Verbänden der Medizinproduktehersteller Gelegenheit zur Stellungnahme hinsichtlich der Systematik des Vergütungssystems zu geben.“

Begründung:

Die Sachkosten für Medizinprodukte und Arzneimittel müssen außerhalb von Leistungspauschalen vergütet werden, wie es heute schon im EBM und im Vertrag zum ambulanten Operieren im Krankenhaus festgelegt und gelebte Praxis ist. Eine Leistungspauschale für eine ambulante Operation kann den Bedarf an Medizinprodukten und Arzneimitteln nicht pauschal widerspiegeln. Aufgrund unterschiedlicher Ausprägungen einer Krankheit, unterschiedlicher Patientenanatomien sowie unterschiedlicher therapeutischer Bedürfnisse in einem Krankheitsbild bedarf es ggf. eines differenzierten patientenindividuellen Einsatzes von Medizinprodukten für die operative Leistung und die nachsorgende Therapie. Es muss hierbei die freie medizinische Entscheidung des Arztes bleiben, welche zugelassenen Medizinprodukte und Arzneimittel im Rahmen einer ambulant operativen Leistung und eines dazugehörigen OPS-Kodes gewählt werden.

Zu den separat abrechenbaren Sachkosten bei ambulanten Operationen sollten mindestens die derzeit unter Punkt 7.3 des EBM aufgelisteten Kosten bzw. Produktgruppen zählen. Bei Mehrfach-Instrumenten, die eine nach Zulassung fixierte Einsatzhäufigkeit haben, sollten die Sachkosten auch anteilig separat abrechenbar sein. Die Sachkosten bei ambulant durchführbaren Operationen sollten vollumfänglich nachweisbezogen refinanziert werden. Auf den derzeitigen Selbstbehalt in der Sachkostenvergütung für Krankenhäuser, wie dieser derzeit im Vertrag zum ambulanten Operieren nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) existiert, sollte durchgängig verzichtet werden, damit eine einheitliche Sachkostenerstattung unabhängig vom Leistungserbringer gewährleistet werden kann. Auf eine Beschränkung in der Berechnungsfähigkeit auf bestimmte Sachkosten sollte demzufolge ebenso durchgehend verzichtet werden.

Um die jeweiligen Kompetenzen und Betroffenheiten im Prozess der Selbstverwaltung widerzuspiegeln, schlagen wir im Blick auf eine transparente und sachgerechte Entscheidungsfindung eine Beteiligung der Patientenvertretung, Fachgesellschaften, Berufsverbände und Verbände von Medizinprodukte-Herstellern vor.

Schließlich halten wir eine Klarstellung hinsichtlich des § 137c SGB V für erforderlich, um Wertungswidersprüche zwischen §§ 115 b, 135 und § 137c SGB V und folgende rechtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden. Eine einheitliche Vergütung von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulant erbringbaren Operationen erfordert auch eine einheitliche Regelung der anwendbaren Methoden.

II.

Nummer 21: § 275 wird wie folgend geändert

1.4.b) § 275 Absatz 2 wird Nummer 2 eingefügt:

2. soweit vor Bewilligung eines Hilfsmittels berechtigte Zweifel an der medizinischen oder technischen Notwendigkeit oder der Wirtschaftlichkeit bestehen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,

1.4.c.) § 275 Absatz 3 Nummer 1 wird gestrichen:

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen **~~1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,~~**

Begründung

Dieser Regelungsvorschlag dient der Klarstellung, dass die Überprüfung der medizinischen und/oder technischen Erforderlichkeit eines Hilfsmittels dem MDK vorbehalten ist. Die derzeitige Fassung des § 275 Absatz 3 Nummer 1 Satz 3 SGB V führt zu abweichenden Auslegungen zur Zuständigkeit von Krankenkasse bzw. MDK – und in der Praxis dazu, dass diese Überprüfungen durch die Kostenträger selbst vorgenommen werden.

Die vorgeschlagene Anpassung ist auch notwendig, um eine Klarstellung der Zulässigkeit der Erhebung der entsprechenden Sozialdaten durch Krankenkassen herbeizuführen.

Um selbst die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit einer Versorgung vornehmen zu können, verlangen Krankenkassen von Hilfsmittelleistungserbringern, dass diese im Rahmen der Versorgung (z. B. im Zuge der Kostenvoranschlagsverfahren oder im Rahmen der Abrechnung) medizinische Detaildaten der Versicherten übermitteln, so bspw. Angaben zu:

- > Wohnsituation (Größe der Wohnung, Zugang zur Wohnung),
- > Körpermaßen (z. B. Gewicht, Gesäßbreite, Sitztiefe, Ober-/Unterschenkellänge),
- > Gehfähigkeit,
- > vorhandenen Funktionseinschränkungen (z. B. Rumpfstabilität, Kopfkontrolle, Spasmen, Hemiplegie, Kontrakturen),
- > familiärer Lebenssituation (z. B. Angabe, ob alleinlebend),
- > Freizeitverhalten (z. B. Hobbies),
- > konkretem Gesundheitszustand (z. B. Ergebnisse eine Blutgas-Analyse, Details zum Zustand einer Wunde/Dekubitus o. Ä.).

Oftmals werden diese Informationen in Verbindung mit Foto- oder Videodokumentationen angefordert.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz stellt in einem Schreiben an den BVMed vom 11.2.2019 (Az. 13-315/026#0652) Folgendes fest:

„Nach Art. 9 Abs. 2 Buchstabe h) DSGVO in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V dürfen Krankenkassen Sozialdaten nur erheben und speichern, sofern diese zur Prüfung ihrer Leistungspflicht sowie zur Leistungserbringung an den Versicherten erforderlich sind. Der Leistungsanspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln setzt nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V voraus, dass diese im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Prüfung, ob ein Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist, obliegt dabei nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ausschließlich dem Medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK). Die Norm begründet eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK bezüglich der Prüfung der „Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung“. Die hierfür notwendigen medizinischen Unterlagen darf nur der MDK aufgrund eines entsprechenden Gutachterauftrages der Krankenkasse bei den Leistungsbringern erheben und speichern (§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V).“

Die vorgeschlagene Anpassung würde insofern der Auffassung des BfDI Rechnung tragen und Rechtsklarheit darüber schaffen, welche Daten durch Krankenkassen erhebungs- und somit durch Hilfsmittelleistungserbringer übermittlungsfähig sind.

III.

Nummer 23: § 275c wird wie folgt geändert

§ 275c Absatz 1 wird wie folgt geändert

§ 275c

Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

(1) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens drei Monate nach deren 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 zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Die Prüfungen nach Satz 1 sind, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, bei ~~dem einem~~ Medizinischen Dienst einzuleiten, ~~der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.~~ Die Prüfung des Einzelfalles nach Absatz 1 Satz 1 ist durch einen Gutachter des Medizinischen Dienst zu durchzuführen, der über eine dem Leistungsfall entsprechende Facharztqualifikation verfügt. Beschäftigt der örtlich zuständige Medizinische Dienst keinen fachärztlich qualifizierten Gutachter, kann der Gutachter durch örtlich unzuständige Geschäftsstellen des Medizinischen Dienstes gestellt werden. Abweichend davon, kann der zur Prüfung beauftragte Medizinische Dienst nach den Bestimmungen des § 283 Absatz 2 Nummer 5 externe fachärztliche Gutachter beauftragen, insoweit vorrangig die Medizinischen Dienste nicht über dem Leistungsfall entsprechende fachärztlich qualifizierte Gutachter verfügen. Die Ergebnisse der Prüfung des Medizinischen Dienstes sind dem Leistungserbringer in einem fallbezogenen Dialog mitzuteilen und mit diesem zu besprechen. Der Falldialog ist Inhalt der Prüfung nach Absatz 1 Satz 1. Das Verfahren des Falldialogs wird in einer Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Nr. 3 geregelt.

Begründung:

Die Behandlung der Patienten in Fällen nach § 39 SGB V durch Krankenhäuser nach § 108 SGB V, setzt überwiegend die Facharztqualifikation für die Behandlung des Patienten voraus. Um der qualitativ hochwertigen Facharztbehandlung gutachterlich Rechnung zu tragen, ist die gleichwertige fachärztliche Qualifikation Voraussetzung, um die Krankenbehandlung umfassend beurteilen und begutachten zu können. Prüfungen nach § 275c SGB V sind in vielen Fällen zwischen den Krankenkassen und dem leistungserbringenden Krankenhaus vergütungsstreitig. In den Fällen einer Vergütungskürzung werden den Krankenhäusern i.d.R. die inhaltlich sachlichen Gründe einer Kürzung nicht offengelegt. Seitens der Kostenträger wird auf die Gutachten des Medizinischen Dienstes verwiesen, die jedoch dem Krankenhaus nicht als Beweis zur vorgetragenen Vergütungskürzung vorgelegt werden. Der Falldialog trägt damit zur Transparenz und erheblichen Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung. Hierdurch kann zu einer dringend erforderlichen Verfahrensentlastung der ortsansässigen Sozialgerichte beigetragen werden.

IV.

Nummer 25: § 283 wird wie folgt geändert

§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 4 sowie Satz 2 und 4 wird wie folgt geändert

§ 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 unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch

1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung **mit fachärztlichem und fachpflegerischem Fallbezug entsprechende methodenübergreifende Beurteilungs- und Beratungsvorlagen nach anerkannten wissenschaftlichen Standards,**
3. über **den prüfungsinhaltlichen Falldialog nach § 275c Absatz 1 sowie** die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und den Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; 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 **sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtungspraxis der medizinischen Dienste,**
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 einheitlichen 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 folgenden Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. der Bundesärztekammer, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,
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.

Er hat die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer **61 bis 89** bis zum 31. Dezember 2021 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 in der bis zum 31. Dezember 2019 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 den Bericht 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.

Begründung

Die Fallprüfung des Medizinischen Dienstes muss für ärztliche Beurteilungen dem Facharztstandard des zu prüfenden Behandlungsanlasses folgen, nach dem der Patient aus dem Prüfungsfall behandelt wurde. Hier wird der Therapiehoheit der spezialmedizinischen Behandlung Rechnung getragen. Gleiches gilt für die fachpflegerische Fallprüfung spezialmedizinischer Krankenbehandlung, insoweit der zu prüfende Behandlungsfall fachpflegerische Pflegeleistungen beinhaltet hat.

Die Begutachtungs- und Beratungsvorlagen des Medizinischen Dienst Bund, die von den Gutachtern des Medizinischen Dienst zur Fallbegutachtung verwendet werden, müssen den anerkannten wissenschaftsmethodischen Maßgaben der Evidenz basierten Medizin (Evidence Based Medicine) entsprechen, um den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen folgen zu können. Um allen medizinischen Bestandteilen, die für die Patientenbehandlung erforderlich sind, fachlich ausreichend Rechnung zu tragen, sind die Begutachtungs- und Beratungsvorlagen des Medizinischen Dienst Bund dem Stimmungsverfahrensverfahren zu öffnen.

Für eine Verwaltungs- und Verfahrensentlastung vergütungsstreitiger Krankenhausleistungsabrechnungen, ist der verpflichtende Falldialog ein erforderlicher Prüfungsbestandteil, der ebenfalls durch die Richtlinien des Medizinischen Dienst Bund einheitlich reguliert werden muss.

Der Medizinische Dienst Bund muss regelmäßig die fachliche Begutachtungsqualität der Gutachter des Medizinischen Dienst überprüfen, damit sichergestellt wird, dass die Einzelfallprüfung dem fachärztlichen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und der wissenschaftliche Fortschritt in der Einzelfallprüfung im erforderlichen Maß abgebildet werden kann.

Die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Nummer 1 bis 9 dienen der einheitlich regulierten und qualitätsgeprüften Begutachtungspraxis durch die Medizinischen Dienste. Daher sind die Richtlinien vollständig zum 31. Dezember 2021 durch den Medizinischen Dienst Bund zu erlassen. Ein lediglich anteiliger Richtlinienerrlass kann eine einheitlich regulierte und qualitätsgeprüfte Begutachtungspraxis nicht sicherstellen und führt zu unsachgemäßen Prüfungsverläufen.

V.

Nummer 27: § 295 wird wie folgt geändert

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der nach Satz 4 eingefügte Satz wird gestrichen:

~~„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.“~~

bb) 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.“

cc) 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.“

b) In Absatz 4 Satz 3 und 7 werden jeweils die Wörter „Absatz 1 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.

Begründung

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information ist nicht zum Erlass von Voraussetzungen ermächtigt, die bestehende Maßgaben gesetzlicher sowie untergesetzlicher Normen

verschärfen. Hierzu ist bei gegebenem Anlass entsprechendes durch die ermächtigten Selbstverwaltungsorgane zu erlassen. Die Ermächtigungsgrundlage des § 295 Absatz 1 Satz 3, die das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information erteilen kann, bezieht sich auf die Erweiterung von Kataloginhalten zur deklaratorischen Klarstellung zu kodierenden Leistungen und geht darüber nicht hinaus.

VI.

Nummer 29: § 301 Absatz 2 wird wie folgt geändert

a) Der nach Satz 2 eingefügte Satz wird gestrichen:

~~„In dem Operationen- und Schlüssel-Prozedurenschlüssel 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 Prozedurenschlüssel 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 Prozedurenschlüssels 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.“

Begründung

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information ist nicht zum Erlass von Voraussetzungen ermächtigt, die bestehende Maßgaben gesetzlicher sowie untergesetzlicher Normen verschärfen. Hierzu ist bei gegebenem Anlass entsprechendes durch die ermächtigten Selbstverwaltungsorgane zu erlassen. Die Ermächtigungsgrundlage des § 301 Absatz 2, die das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information erteilen kann, bezieht sich auf die Erweiterung von Kataloginhalten zur deklaratorischen Klarstellung zu kodierenden Leistungen und geht darüber nicht hinaus.

Mit freundlichen Grüßen

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e. V.



Dr. Marc-Pierre Möll
Geschäftsführer