



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen  
– MDK-Reformgesetz (BT-Drs. 19/13547) sowie zu

den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD  
(Ausschussdrucksache 19(14)104.1)

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 14. Oktober 2019

Berlin, 09.10.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
2.	Stellungnahme im Einzelnen .....	5
	Streichung der Aufrechenbarkeit auf Rückforderung geleisteter Vergütungen .....	5
	Artikel 1 Nummer 6 (§ 109 Abs. 6 SGB V).....	5
	Katalog Ambulantes Operieren .....	5
	Artikel 1 Nummer 7 (§ 115b SGB V) .....	5
	Fachliche Unabhängigkeit als Grundlage der Begutachtung.....	6
	Artikel 1 Nummer 21 Buchstabe g (§ 275 SGB V) .....	6
	Prüfung der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	6
	Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c SGB V).....	6
	Prüfung von Strukturmerkmalen.....	7
	Artikel 1 Nummer 23 (§ 275d SGB V in Verbindung mit § 295 Abs. 1a SGB V und § 301 Abs. 2 SGB V).....	7
	Besetzung von Verwaltungsrat und Vorstand des Medizinischen Dienstes auf Landesebene.....	8
	Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Abs. 5 Nr. 2 SGB V).....	8
	Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Abs. 7 SGB V).....	9
	Besetzung und Stimmrecht im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund .....	9
	Artikel 1 Nummer 25 (§ 282 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) .....	9
	Besetzung des Vorstands des Medizinischen Dienstes Bund.....	9
	Artikel 1 Nummer 25 (§ 282 Abs. 4 SGB V).....	9
	Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund .....	10
	Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V) .....	10
	Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft- Bahn-See.....	10
	Artikel 1 Nummer 25 (§ 283a SGB V) .....	10
	Klärung strittiger Kodierfragen durch den Schlichtungsausschuss Bund.....	11
	Artikel 3 Nummer 3 (§ 19 Abs. 1 Satz 2 u. Abs. 3 Satz 1 KHG).....	11
	Erstattung der Kosten für die Liste nach § 13 Abs. 3 SchwKG.....	11
	Artikel 13a (§ 13 Abs. 3 SchwKG, Änderungsantrag 28).....	11

## 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 soll mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf verfolgt werden. Darin wird ausgeführt, 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.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf 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 gewährleistet 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 Medizinischen Dienste der Krankenversicherung künftig in den Ländern unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ geführt werden. Die mit der Neuaufstellung verbundene Neujustierung des jeweils aufsichtführenden Verwaltungsrates unter gleichzeitiger Beteiligung von Vertretern von Landesärztekammern ist sachgerecht und wird eine deutlich verbesserte Integration unabhängiger medizinischer Expertise in die Begutachtungsverfahren der Medizinischen Dienste ermöglichen. Allerdings muss dazu den Landesärztekammern ein Stimmrecht gewährt werden.

Auf Bundesebene soll der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) organisatorisch vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gelöst werden. Auch hier ist die vorgesehene institutionelle Einbeziehung von Ärzteschaft und Pflege sachgerecht, etwa für die anstehende Vereinheitlichung der Prüfsystematiken auf Basis medizinischer Kriterien, wobei auch hier das Stimmrecht im Gesetzesentwurf noch ergänzt werden muss.

Der Verzicht auf die im Referentenentwurf zu diesem Gesetz noch angelegte Eingliederung des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) der Knappschaft-Bahn-See (KBS) in die neuen Medizinischen Dienste entspricht einer Forderung des 122. Deutschen Ärztetags 2019.

Mit dem Gesetzesentwurf wird auch einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft nach einer deutlichen Arbeitsentlastung von Ärztinnen und Ärzten durch eine umfassende Entbürokratisierung Rechnung getragen. Es ist in diesem Zusammenhang richtig, Anreize für plausible Krankenhausabrechnungen vorzusehen und Abstand von der überbordenden Einzelfallprüfung zu nehmen. Es sollte weiterhin Ziel sein, das Abrechnungsverfahren einfach und rechtssicher zu gestalten. Die Anreize müssen medizinische Qualität und - auf dieser Basis - ressourcenschonendes Verhalten fördern. Dieses Vorhaben sollte von einer Evaluation mit dem grundsätzlichen Ziel, den Ressourcenverbrauch für Abrechnungsprüfungen zu prüfen, begleitet werden. Auf Basis der zu erwartenden Ergebnisse sind anschließend pragmatische Vorschläge zur Vereinfachung und Entbürokratisierung des Verfahrens vorzulegen.

Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses soll 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. (Erneute) Fehlsteuerungen, die zu überhöhten, nicht medizinisch bedingten Dokumentationsanforderungen im Rahmen von streitigen Abrechnungen führen, müssen vermieden werden.

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 Krankenhausplanungs-  
hoheit der Bundesländer interagieren oder diese unterlaufen können.

Der Gesetzentwurf 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 werden grundsätzlich unterstützt. Durch eine Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe können bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in Zukunft besser genutzt und ausgebaut werden. Dabei darf jedoch die ärztliche Indikation, ob ein Eingriff bei einem Patienten ambulant oder stationär erfolgen muss bzw. kann, nicht wie bisher, quasi automatisch, in Frage gestellt werden, wenn die Leistung im Katalog aufgeführt ist. Hier sollten Prüfungen ebenfalls nur bei eindeutigen Auffälligkeiten erfolgen und nicht pauschalisiert.

Die Abschaffung der bisherigen Möglichkeit der Krankenkassen, gegen Forderungen von Kliniken auf Vergütung schon erbrachter Leistungen mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufzurechnen, ist nach Einschätzung der Bundesärztekammer sachgerecht und dringend geboten.

Bei der Neuregelung zur Klärung strittiger Kodierfragen sollte die langjährige Erfahrung der Selbstverwaltungspartner ausreichend integriert werden. Dies umfasst insbesondere die unverzichtbare Integration der Bundesärztekammer in den Schlichtungsausschuss gemäß § 19 Abs. 1 KHG. Es hat sich in den bisherigen Gremien durchgehend bewährt, dass in vielen strittigen Fragen eine medizinische und nicht rein ökonomisch orientierte Argumentation in den Diskurs integriert werden konnte. Nur wenn ein entsprechender Konsens der Beteiligten über diese zukünftigen medizinischen Leistungen und deren Finanzierung sichergestellt wird, kann von einer ausreichenden Effizienz und Akzeptanz der für die Dokumentation letztverantwortlichen Ärztinnen und Ärzte und der gewünschten Umsetzung vor Ort ausgegangen werden.

Die geplante Anpassung der Sachkostenkorrektur im Rahmen der Änderung des Artikels 3 Nr. 1 § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (ÄA 22 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.1) stellt einen unverzichtbaren und notwendigen Ausgleich der mit der geplanten Einführung der neuen aDRG und der damit einhergehenden Ausgliederung der Pflegepersonalkosten dar und verhindert so eine unnötige, zusätzliche finanzielle Belastung der Kliniken und ihrer Mitarbeiter im Jahr 2020.

## **2. Stellungnahme im Einzelnen**

### **Streichung der Aufrechenbarkeit auf Rückforderung geleisteter Vergütungen**

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

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Änderung wird vollumfänglich zugestimmt. Sie entspricht einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft. Durch die bisherige, rückwirkende Aufrechnungspraxis der Krankenkassen wurde wiederholt die Liquidität in den Kliniken und damit auch die beschlossene Krankenhausplanung 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 7 (§ 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 stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen sowie eine einheitliche Vergütung für Kliniken und Vertragsärzte für diese Leistungen festgelegt werden. Sofern diese Leistungen durch Kliniken erbracht werden, unterliegen sie nicht den Prüfungen des zukünftigen Medizinischen Dienstes.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die mit der Neuregelung vorgesehene Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen wird grundsätzlich befürwortet. 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 zielführend 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. Die individuelle ärztliche Indikation darf dabei nicht durch überbordende Kontrollen und Zahlungsverweigerungen unterlaufen werden.

## **Fachliche Unabhängigkeit als Grundlage der Begutachtung**

### **Artikel 1 Nummer 21 Buchstabe g (§ 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 unterstützt, sofern die Letztverantwortung und Leitung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Diensts gegeben ist.

## **Prüfung der Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst**

### **Artikel 1 Nummer 23 (§ 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, falls erforderlich ggf. in Kombination mit einer stufenweisen Erhöhung der Aufschläge nach Ablauf der Übergangszeit.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

„(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil unbeanstandeter 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) ~~25~~**15** Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2,
- b) ~~50~~**25** Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6.“

## **Prüfung von Strukturmerkmalen**

### **Artikel 1 Nummer 23 (§ 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, welche 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 dienten, 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 Nachweispflichten sowie erhebliche Umsetzungsprobleme vor Ort bis hin zur Versorgungsgefährdung (Debatte zur Schlaganfallversorgung in 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, technischem Gerät etc. 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 von Verwaltungsrat und Vorstand des Medizinischen Dienstes auf Landesebene**

### **Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Abs. 5 Nr. 2 SGB V)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der zukünftige Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes soll aus 23 Vertretern bestehen, von denen auch Vertreter der jeweiligen Landesärztekammer und der Pflegeberufe durch die zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes benannt werden. Diese beiden Vertreter sollen allerdings kein Stimmrecht haben.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Beteiligung der Ärzteschaft ebenso wie der Pflege in dem geplanten Aufsichtsgremium auf Landesebene 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 erst kürzlich bekräftigt.

Den Vertretern von Ärzteschaft und Pflege sollte allerdings ein Stimmrecht nicht vorenthalten werden. (Die Gewährung des Stimmrechts für Ärztekammer und Pflege entspricht auch dem Beschluss des Bundesrats, siehe Drucksache 359/19). Abgesehen von der professionellen Fachkompetenz, die ein Stimmrecht bereits rechtfertigt (und die bei den stimmberechtigten fünf Vertretern 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 im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen so nicht vorausgesetzt werden kann), ist angesichts der Größe des Gremiums von immerhin 23 Personen allein aus rechnerischen Gründen kaum damit zu rechnen, dass das Stimmverhalten des ärztlichen oder des pflegerischen Vertreters notwendige Beschlussfassungen behindern oder verzögern könnte.

Für die Gewährung eines Stimmrechts spricht zudem der bereits aufgezeigte Status der Landesärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts, die dem Gemeinwohl verpflichtet sind. Das Stimmrecht wäre auch deshalb sachgerecht und rechtlich schlüssig, weil zum gesetzlichen Auftrag der Landesärztekammern sowohl u. a. die Berufsaufsicht als auch die Qualitätssicherung gehören. Es handelt sich bei den Landesärztekammern also nicht um berufsgruppenspezifische Interessenverbände. Insofern sind eventuelle Bedenken hinsichtlich eines Vorliegens von Interessenkonflikten bei Abstimmungen in den Gremien der Medizinischen Dienste, welche die gesetzlich vorgesehenen Prüfaufgaben beeinflussen oder gar behindern könnten, nicht nur nicht stichhaltig, sondern angesichts des gesetzlichen Auftrags der Landesärztekammern auch sachlich unrichtig.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 279 Abs. 5 SGB V wird wie folgt geändert:

Ersatzlose Streichung von Satz 2 („~~Die Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 haben kein Stimmrecht~~“).

### **Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Abs. 7 SGB V)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und dem Stellvertreter gebildet und führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer hält es für geboten, dass wenigstens eine der beiden genannten Personen Ärztin oder Arzt ist, um ärztlichen Sachverstand auf Ebene des Vorstands zu gewährleisten. Auch wenn für die Ärztekammern ein Stimmrecht eingeführt würde, so würde die beabsichtigte Stärkung der Unabhängigkeit des MDK erneut gefährdet, wenn die ärztliche Expertise nicht auf der Ebene des Vorstandes zwingend gesetzlich verankert würde.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Einfügen hinter § 279 Abs. 7 Satz 1 SGB V: „Mindestens eine dieser beiden Personen ist Ärztin oder Arzt“.

### **Besetzung und Stimmrecht im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund**

#### **Artikel 1 Nummer 25 (§ 282 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Im zukünftigen Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund sollen Vertreter der Ärzteschaft und Pflege ohne Stimmrecht anwesend sein.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Beteiligung der Ärzteschaft ebenso wie der Pflege im Organ der Bundeebene analog zur Landesebene ist konsequent und wird begrüßt. Auch hier ist jedoch den Vertretern das Stimmrecht zu gewähren. Hierzu gelten die Ausführungen zum Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes auf Landesebene entsprechend (Artikel 1 Nummer 25, § 279 Abs. 5 Nr. 2 SGB V).

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Streichung von § 282 Abs. 2 Satz 7 („Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt“).

### **Besetzung des Vorstands des Medizinischen Dienstes Bund**

#### **Artikel 1 Nummer 25 (§ 282 Abs. 4 SGB V)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und dem Stellvertreter gebildet und führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Analog zur Besetzung der Medizinischen Dienste auf Landesebene hält die Bundesärztekammer es für geboten, dass wenigstens eine der beiden genannten Personen Arzt oder Ärztin ist, um ärztlichen Sachverstand auf Ebene des Vorstands zu gewährleisten und die Unabhängigkeit des MDK hierdurch zu stärken.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Einfügen hinter § 282 Abs. 4 Satz 1 SGB V: „Mindestens eine dieser beiden Personen ist Ärztin oder Arzt“.

## **Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund**

### ***Artikel 1 Nummer 25 (§ 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 daher unterstützt.

## **Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See**

### ***Artikel 1 Nummer 25 (§ 283a SGB V)***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auch weiterhin deren Sozialmedizinischer Dienst wahr. Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung soll mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet werden.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Beibehaltung der Zuständigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist sachgerecht und wird daher unterstützt.

## **Klärung strittiger Kodierfragen durch den Schlichtungsausschuss Bund**

### **Artikel 3 Nummer 3 (§ 19 Abs. 1 Satz 2 u. Abs. 3 Satz 1 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 dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam 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 muss der Schlichtungsausschuss die Bundesärztekammer als weiteres Mitglied 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.“

## **Erstattung der Kosten für die Liste nach § 13 Abs. 3 SchwKG**

### **Artikel 13a (§ 13 Abs. 3 SchwKG, Änderungsantrag 28)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Bundesärztekammer wurde die Aufgabe übertragen, eine Liste mit Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern und Einrichtungen zu führen, die ihr mitgeteilt haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 StGB durchführen. Zur Klarstellung wird jetzt gesetzlich geregelt, dass der Bund der Bundesärztekammer die ihr durch die Übertragung dieser Aufgaben entstehenden Aufwendungen erstattet.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer spricht sich für die aus ihrer Sicht zwingende und bisher fehlende Regelung aus.