

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

**zur Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**  
**eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung**  
**in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
**(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

**BT-Drucksache 18/4095 -**

**(Stand: 25. Februar 2015)**

**am 25. März 2015 in Berlin**

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) unterstützt das Ziel der Bundesregierung, mit dem vorgelegten Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen und hierfür die gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen.

Dies gilt auch für die vorgesehenen präventiven Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Dass künftig Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit besonders risikoreichen Medizinprodukten in einem abgestuften Verfahren frühzeitig bewertet werden, wird begrüßt. Hierdurch wird verhindert, dass Methoden und Produkte, die als schädlich und/oder unwirksam anzusehen sind, im Rahmen der Krankenhausbehandlung bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden können.

Kritisch sehen wir hingegen die abgeschwächten Anforderungen an den Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen bislang keine Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt. Hier bedarf es nach unserer Einschätzung einer stärkeren Betonung des Patientenschutzes vor den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser am Einsatz neuer – ungeprüfter - Methoden.

Die nunmehr erfolgte gesetzliche Kodifizierung der Einbeziehung der Bahn-BKK in den Bereich der MDK wird begrüßt. Die vorgesehene Begutachtung der Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten durch die MDK stellt ein mögliches weiteres Aufgabengebiet für die MDK dar.

Die vorgesehenen Veränderungen bei den Verwaltungsräten der MDK konterkarieren das Selbstverwaltungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung, sind nicht zielführend und werden daher abgelehnt.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen zu Artikel 1 und 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:

**Zu Art. 1 Nr. 4 (§ 22a SGB V –neu-):**

Mit der beabsichtigten Neuregelung sollen Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen eigenen Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen erhalten. Die Leistungen sollen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung auch der Pflegepersonen des Versicherten über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge umfassen.

**Bewertung:**

Es ist zu begrüßen, dass der Zustand der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als Handlungsfeld erkannt worden ist und dass Anstrengungen zur Verbesserung unternommen werden sollen.

Tatsächlich ist die Mundgesundheit von Teilen der genannten Personengruppen schlechter als im Bevölkerungsdurchschnitt. Bedingt ist das durch verbreitete Multimorbidität, Multimedikation und eingeschränkte Selbstvorsorgekapazitäten.

Um dem abzuhelpen, ist im Hinblick auf die Multimorbidität eine verbesserte zahnmedizinisch-therapeutische Betreuung erforderlich. Vorgaben des GKV-VStG und des PNG haben diesbezüglich bereits die Rahmenbedingungen verbessert. Multimedikation steigert das Kariesrisiko, weil viele Medikamente Mundtrockenheit verursachen; das Verschreiben alternativer Medikamente ist anzustreben. Eingeschränkte Selbstvorsorgekapazitäten der betroffenen Personengruppen müssen durch Unterstützungssysteme und verbesserte Strukturbedingungen in den Lebenswelten der Versicherten ausgeglichen werden.

Wir regen an, die im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungen wie Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, Mundhygieneaufklärung auch der Pflegepersonen, Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege sowie häufigere Zahnsteinentfernung im Hinblick auf die Notwendigkeit und Wirksamkeit zu prüfen. Es ist fraglich, ob für die Effektivitätsbeurteilung der Maßnahmen in den Zielgruppen Studien mit geringem Verzerrungspotenzial vorliegen. Beispielsweise sind von häufigeren Zahnsteinentfernungen keine Auswirkungen auf Entstehen und Verlauf von Parodontalerkrankungen (Verlust des Zahnhalteapparats) zu erwarten.

Sollten die Überlegungen zur Wirksamkeit positiv ausfallen, wird vorgeschlagen, nicht alle Leistungsbezieher von Eingliederungshilfe einzubeziehen, sondern diejenigen, die nur eingeschränkt zur Selbststeuerung der Zahn- und Mundpflege fähig sind. Geschätzt wurde, dass dies auf 30 bis 56 Prozent der Leistungsbezieher zutrifft.

Zweifellos bestehen bei Pflegenden und Unterstützungspersonen einschließlich der Angehörigen Wissens- und Fertigungsdefizite im Hinblick auf die Mundgesundheit. Dies zu verbessern, ist nicht allein eine Aufgabe der vertragszahnärztlichen Versorgung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ihre Bewältigung beginnt schon bei der verbesserten Aus- und Fortbildung der Pflegepersonen und der Schulung der Angehörigen, beispielsweise am Übergang von stationärer Versorgung in die Pflegebedürftigkeit. Zur Verankerung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten sind eine politikfeldübergreifende gesundheitsförderliche Strategie und Vernetzungsprozesse zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen erforderlich. Einzubeziehen sind die Beteiligten in den jeweiligen Settings. Dabei handelt es sich um Betroffene, Angehörigen bzw. Betreuer, ambulante Dienste, stationäre Einrichtungen und alle Berufsgruppen, die einen Einfluss auf die Mundgesundheit haben: Pflegepersonal und Personal der Behindertenhilfe, Hausärzte, Betreuer, Apotheker, Heimträger, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Heimaufsicht etc. Dieser breitere Ansatz bezieht verschiedene Versicherungszweige ein. Der Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung wäre noch näher zu bestimmen.

**Zu Art. 1 Nr. 64 (§ 137c Absätze 1 und 3 SGB V –neu-):**

§ 137c SGB V soll um einen Absatz 3 ergänzt werden, wonach künftig Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bisher keine Entscheidung nach § 137c Abs. 1 SGB V getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden dürfen, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt.

**Bewertung:**

Der vorgeschlagene neue Absatz 3 in § 137c SGB V sollte gestrichen oder zumindest präzisiert werden, um Patienten weiterhin vor potenziell schädlichen Interventionen ohne ausreichenden Nutznachweis schützen zu können. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um Indikationen handelt, bei denen therapeutische oder diagnostische Alternativen im Sinne einer Standardtherapie zur Verfügung stehen.

§ 2 Abs. 1 SGB V sieht vor, dass die Krankenkassen den Versicherten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung stellen, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts soll unter anderem durch den sogenannten Verbotsvorbehalt gewährleistet werden. Im Gegensatz zum sogenannten Erlaubnisvorbehalt im ambulanten Bereich bedeutet dieser, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können, es sei denn, der G-BA hat die Leistung über die Richtlinie „Methoden“ im Krankenhaus ausgeschlossen.

Das BSG hat in seiner Rechtsprechung, auf welche sich der Gesetzgeber in der Begründung des neuen § 137c SGB V explizit bezieht, deutlich gemacht, dass dennoch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot auch für Krankenhausbehandlungen gilt und dieses im Einzelfall vom Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen überprüft werden kann, auch dann, wenn es sich um eine vom G-BA nicht ausgeschlossene Methode handelt. Es hat die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt zum Einsatz nicht geprüfter Methoden nicht in Frage gestellt, sondern sinngemäß entschieden, dass die Klinik unter Berücksichtigung der Besonderheiten im Einzelfall und vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Erkenntnislage ihre Behandlung nachvollziehbar begründen können muss (u. a. BSG-Urteil vom 21 März 2013 -B 3 KR 2/12 R-). Die Begründungspflicht gilt dabei insbesondere, wenn in der Behandlung vom medizinischen Standard abgewichen wird und/oder weitgehend ungeprüfte Methoden mit erheblichen Risiken für die damit behandelten Patienten eingesetzt werden. Das BSG hat außerdem darauf hingewiesen, dass in bestimmten Fällen – gemeint sind weitgehend unerforschte Behandlungsmethoden mit erheblichen Risiken – eine Behandlung nur mit den Sicherungen einer klinischen Studie erfolgen darf (BSG-Urteil vom 17. Dezember 2013 –B 1 KR 70/12 R-).

Mit dem vorgeschlagenen neuen Absatz 3 in § 137 c SGB V weicht der Gesetzentwurf hiervon ab und formuliert als Anforderung lediglich, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten muss und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu erfolgen hat. Damit würde der Stand der medizinischen Erkenntnis keine Bedeutung mehr besitzen und es könnten weitgehend ungeprüfte Methoden mit erheblichen Risiken für die damit behandelten Patienten eingesetzt werden.

Entgegen der bisherigen Rechtsprechung des BSG würde dies bedeuten, dass die alleinige Annahme eines Potentials durch die behandelnden Ärzte die Abweichung vom medizinischen Standard rechtfertigen würde.

Der Begriff des Potentials ist sinnvoll im Zusammenhang mit einer Erprobungsregelung. Dieses trifft auf die Einzelfallbegutachtung durch den Medizinischen Dienst, wie sie auch vom BSG aufgegriffen wurde, nicht zu. Ohne weitere Präzisierung besteht durch die geplante Neufassung des §137c SGB V die unmittelbare Gefahr der Verschlechterung der Qualität der Versorgung im Krankenhaus und es droht eine medizinisch nicht begründete Leistungsausweitung im ökonomischen Interesse der Kliniken.

In Zeiten, in denen auch die Ärzteschaft zunehmend darauf aufmerksam macht, dass immer häufiger Indikationen zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus ökonomischen Gründen gestellt werden, muss eine Überprüfung durch die Medizinischen Dienste im Hinblick auf die Notwendigkeit der Maßnahmen weiterhin möglich sein. Eine Lösung dieses Problems durch eine umfassende und zeitnahe Methodenbewertung des G-BA ist realistischer Weise weder erkennbar noch vorstellbar. Es ist nicht möglich, dass der G-BA vorausschauend Hunderttausende Einzelfallkonstellationen vorab und zeitnah bewertet. Dies trifft beispielsweise auch auf Methoden unter Einbeziehung von Medizinprodukten der Hochrisikoklassen zu, von denen trotz des geplanten neuen § 137h SGB V nur wenige einer Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unterzogen würden.

Im Sinne der Patientensicherheit und des Prinzips des „primum nil nocere“ ist die grundsätzliche Freigabe für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, solange eine günstige Nutzen-Schaden-Relation wissenschaftlich nicht belegt wurde, abzulehnen. Patienten haben Anspruch auf eine Behandlung unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, in Kenntnis des zu erwartenden Nutzens und Schadens einer Methode und unter Einhaltung der Patientenschutzrechte. Die alleinige Aussage, eine Methode habe Potential, ist hierfür nicht ausreichend. Eine Potentialbewertung ohne Erprobung, was der Situation in der Einzelbegutachtung entsprechen würde, ist ebenfalls nicht ausreichend.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte deshalb klargestellt werden:

- Der medizinische Standard und die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse müssen in jedem Einzelfall von den Krankenhäusern weiter dargelegt werden; Abweichungen sind begründungspflichtig.
- Die Krankenkassen sind weiterhin berechtigt, den Medizinischen Dienst zu beauftragen, Indikation und Angemessenheit der Behandlung im Einzelfall zu überprüfen und die Krankenhäuser zu oben genannten Begründungen aufzufordern.
- Es sollte weiter sicher gestellt sein, dass die mit dem Patientenrechtegesetz formulierten Vorgaben des § 630e Abs. 1 BGB auch im Falle des Einsatzes neuer Methoden uneingeschränkt gelten.

### Zu Art. 1 Nr. 66 (§ 137h SGB V –neu-):

Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewandt werden sollen, wird aufgrund des besonders invasiven Charakters des Eingriffs und der typischerweise mit der Verwendung des Medizinprodukts einhergehenden Mehrkosten nun eine frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen.

§ 137h Abs. 1 SGB V-neu- sieht vor, dass ein Krankenhaus, das erstmalig eine Anfrage zu einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit einem entsprechenden Medizinprodukt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG stellt, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinproduktes übermitteln muss.

Der G-BA hat nach der vorgesehenen Regelung zunächst innerhalb von zwei Wochen Zeit, eine Bewertung vorzunehmen, ob die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist. Bei Verneinung dieser Frage, bedarf es keiner Nutzenbewertung (vgl. Begründung zu § 137h Abs. 1 SGB V-neu-).

Bejaht er diese Frage, gibt der G-BA durch eine öffentliche Bekanntmachung im Internet allen interessierten Krankenhäusern sowie den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern einen Monat lang Gelegenheit, weitere Informationen zu Verfahren und Produkt zur Verfügung zu stellen.

Der G-BA soll gemäß § 137h Abs. 1 Satz 3 SGB V-neu- die Nutzenbewertung innerhalb von drei Monaten vornehmen; hierbei kann es zu drei verschiedenen Ergebnissen kommen:

1. Der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinproduktes ist als hinreichend belegt anzusehen.
2. Der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinproduktes ist zwar noch nicht hinreichend belegt, aber sie bietet das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative.
3. Die Methode bietet kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist.

Das weitere Verfahren für die drei denkbaren Konstellationen wird in den Absätzen 2 bis 4 des neuen § 137h SGB V wie folgt geregelt:

Zu 1: In diesem Fall kann die Methode weiterhin zu Lasten der Krankenkassen im Krankenhaus erbracht werden.

Zu 2: In diesem Fall hat der G-BA innerhalb von weiteren sechs Monaten eine Richtlinie zur Erprobung gemäß § 137e SGB V zu verabschieden.

Zu 3: Hier hat der G-BA unverzüglich über eine Richtlinie nach § 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V zu entscheiden.

### Bewertung:

Grundsätzlich wird die Einführung einer verpflichtenden Nutzenbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) begrüßt.

Laut der Gesetzesbegründung bedarf es dann keiner Nutzenbewertung, wenn die Methode kein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist. Dies ist vom Prinzip her nachvollziehbar.

Allerdings zeigen die aufgeführten Beispiele für solche Konstellationen die besondere Problematik der Regelung eindrucksvoll auf: Es heißt dort: *„Dies kann etwa für die Anwendung von Herzschrittmachern, Hüftprothesen und Defibrillatoren gelten, wenn es sich dabei um bereits etablierte Verfahren handelt, deren Nutzen bekannt ist.“* Der Nutzen von Hüftprothesen ist grundsätzlich zweifelsfrei bekannt. Bekannt ist aber auch, dass Innovationen bei Hüftprothesen in der Vergangenheit für zahllose Patienten zu relevanten Schäden geführt haben. Weitere Beispiele sind Sondenbrüche mit der Folge unnötiger Stromschläge oder Funktionsversagen bei Defibrillatoren.

Vor diesem Hintergrund regen wir eine generelle Nutzenbewertung an. Dies erscheint insbesondere auch deshalb notwendig, als die CE-Kennzeichnung von Medizinprodukten aktuell und absehbar keine ausreichende Prüfung unter dem Aspekt der Patientensicherheit darstellt. Im Verfahren der CE-Kennzeichnung ist es ausreichend, wenn ein Hersteller durch eine sog. Konformitätserklärung die gleiche Funktionsweise seines (neuen) Produktes mit bereits bekannten Produkten bescheinigt; eine neue wissenschaftliche Prüfung wird oft nicht gefordert. Zudem befinden sich die zur Kennzeichnung zugelassenen „Benannten Stellen“ in einem wettbewerblichen Verhältnis zueinander, was das Risiko kundenorientierter Entscheidungen bei den Bewertungen trägt.

Die in § 137h Absatz 1 Satz 2 SGB V-neu- vorgesehene Verpflichtung der Krankenhäuser bzw. Medizinproduktehersteller zur Vorlage ergänzender wissenschaftlicher Erkenntnisse zu der Methode und dem Medizinprodukt wird ausdrücklich begrüßt.

Die Vorgaben des neuen Abs. 4, regelhaft eine Erprobungsrichtlinie zu erlassen und nur Krankenhäuser zur Anwendung des Verfahrens zu Lasten der Krankenkassen zuzulassen, die an der Erprobung teilnehmen, ist ebenfalls zu begrüßen. Damit ist zum einen eine ausreichende Evaluation der Verfahren gesichert und zum anderen ausgeschlossen, dass Verfahren noch nicht gesicherter Wirksamkeit und Sicherheit in unkontrollierbarer Zahl angewendet werden. Die in der Gesetzesbegründung erwähnte Möglichkeit, auf eine Erprobung im Einzelfall angesichts „eines geringen Schadenpotentials“ zu verzichten, sollte ausdrücklich ausgeschlossen bleiben. Das vermeintlich geringe Schadenpotential von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hat sich in der Vergangenheit wiederholt als bitterer Trugschluss erwiesen.

**Zu Artikel 1 Nr. 80 (§ 275 Abs. 4a SGB V –neu-):**

§ 275 SGB V soll durch einen neuen Absatz 4a ergänzt werden. Dieser soll regeln, dass der Medizinische Dienst Beamte nach § 48 Bundesbeamtengesetz (BBG) ärztlich untersuchen und ein ärztliches Gutachten fertigen kann, soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird. Die für diese Aufgaben entstehenden Kosten sollen von der Bundesbehörde erstattet werden. Der MDS und das Bundesministerium des Innern sollen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Begutachtung von Bundesbeamten erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung festlegen. Die Medizinischen Dienste haben diese Vereinbarung ihrer jeweiligen Aufsichtsbehörde vorzulegen, der ein dreimonatiges Widerspruchsrecht eingeräumt wird.

**Bewertung:**

Die beabsichtigte Regelung dient der Erweiterung des Kreises möglicher Gutachter für die Beurteilung der Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten im Sinne der §§ 44 und 45 BBG um die Gutachter der Medizinischen Dienste. Soweit die übrigen Aufgaben der Medizinischen Dienste nicht gefährdet werden, bieten sich die Medizinischen Dienste aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz sowie ihrer flächendeckenden Präsenz als Dienstleister für die Bundesbehörden an. Zudem sind die entstehenden Kosten von der beauftragenden Bundesbehörde zu erstatten, so dass eine Verwendung von Mitteln der Solidargemeinschaft ausgeschlossen wird. Unabhängig davon erhalten die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder ein Widerspruchsrecht.

Die Medizinischen Dienste sehen diese mögliche Erweiterung ihres Aufgabenspektrums auch als eine Anerkennung ihrer Kompetenz zur Erstellung unabhängiger sozialmedizinischer Stellungnahmen.

### **Zu Artikel 1 Nrn. 81 und 83 (§§ 278 Abs. 2; 283 SGB V):**

§ 283 Satz 1 SGB V hatte bislang als Ausnahmeregelung die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die BAHN-BKK dem Medizinischen Dienst des Bundeseisenbahnvermögens (MD BEV) übertragen. Der MD BEV ist seit Anfang 2013 nicht mehr in der Lage, diese Aufgaben wahrzunehmen. Durch Einbeziehen der BAHN-BKK als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften (§ 278 Abs. 2 SGB V) soll nunmehr eine klare Rechtsgrundlage geschaffen werden. Konsequenterweise ist § 283 Satz 1 SGB V aufzuheben.

Dies gilt auch für die in Satz 2 noch erwähnten –ehemaligen- BKK POST und BKK des BMVBS, da diese zwischenzeitlich mit anderen Betriebskrankenkassen fusioniert haben.

#### **Bewertung:**

Nachdem sich abzeichnete, dass der MD BEV Anfang 2013 nicht mehr in der Lage sein würde, die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die BAHN-BKK wahrzunehmen, hat sich die MDK-Gemeinschaft – ungeachtet der unklaren Rechtslage - bereit erklärt, diese Aufgaben für die BAHN-BKK zu übernehmen. Die Aufsichtsbehörden der Länder tolerieren diese pragmatische Lösung im Vorgriff auf eine zu erwartende gesetzliche Regelung.

Insoweit ist es zu begrüßen, dass für alle Beteiligten nunmehr die entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werden soll.

### Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 279 SGB V):

Künftig sollen die Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu einem Drittel um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe erweitert werden.

#### Bewertung :

Die Erweiterung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe – i. S. einer „Dritten Bank“ - konterkariert das Selbstverwaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist nicht zielführend und daher abzulehnen.

Die grundlegenden organisatorischen Entscheidungen für die regional organisierten MDK treffen die jeweiligen Verwaltungsräte auf Grundlage gesetzlich vorgegebener Aufgaben. Sie beschließen beispielsweise über die Aufstellung der Satzung, die Feststellung des Haushaltsplanes, die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und wählen und entlasten den Geschäftsführer und dessen Stellvertreter. Mit diesen Entscheidungen schaffen die Kranken- und Pflegekassen die organisatorische Grundlage für die Arbeit des MDK. Diese grundlegenden Entscheidungen beziehen sich stets auf die Gesamtleistung des MDK.

Für die Leistungen aus der Kranken- und Pflegeversicherung erbringt der MDK eine wichtige, wettbewerbsneutrale Dienstleistung bei der Prüfung der Voraussetzungen sowie zu Art und Umfang der Leistungen. Der MDK stellt eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dar und hat eine gesetzlich definierte Dienstleistungsfunktion gegenüber den Kranken- und Pflegekassen. Der MDK nimmt umfangreiche Aufgaben im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung wahr. Die Beratungsaktivitäten des MDK lassen sich allgemein in die Einzelfallberatung sowie die Systemberatung untergliedern. Bei der Einzelfallberatung für die gesetzliche Pflegeversicherung steht vor allem die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Der MDK gibt der Pflegekasse eine Empfehlung, in welche Pflegestufe der Versicherte einzuordnen ist. Außerdem führt der MDK im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch. Im Rahmen der Systemberatung kann der MDK beauftragt werden, Ergebnisse der Einzelfallberatungen auf Systemebene zu aggregieren oder Gutachten mit inhaltlichen, methodenbewertenden und sozialmedizinischen Inhalten zu erstellen. Aufgabe des MDK ist es in allen Feldern, eine objektive fachliche Bewertung medizinischer und pflegerischer Sachverhalte vorzunehmen. In diesem Zusammenhang erschließt sich nicht, warum Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe über die Grundlagen der Arbeit des MDK im Rahmen des SGB V, z. B. im Zusammenhang mit der Gewährung einer Krankenversicherungsleistung, entscheiden sollen.

Die Einbindung von Betroffenen und ihrer Organisationen bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich ist wichtig. Sie ist dort wichtig, wo die Entscheidungen über die Ausgestaltung der Pflegeversicherung fallen. Neben der Beteiligung im Rahmen der einschlägigen Gesetzgebungsverfahren kann dies dort sichergestellt werden, wo eine untergesetzliche Normfestsetzung erfolgt oder die Rahmenbedingungen gestaltet werden können. Im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung sind dies zum einen die Begutachtungs- und die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes. Hier besteht bereits eine gesetzlich garantierte Beteiligung mit Stimm-, Anwesenheits- und Mitberatungsrechten. Damit ist im Hinblick auf sachgerechte Lösungen als auch im Hinblick auf die Akzeptanz der Entscheidungen die Betroffenenperspektive der pflegebedürftigen Menschen wirksam und sinnvoll in das Handeln der Pflegekassen und des MDK abgebildet.

Auch für die Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ist bereits gesetzlich sichergestellt, dass die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und die Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen sind. Diese Maßstäbe bilden auch die Grundlage für die Pflege-Transparenzvereinbarungen, mit denen die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur besseren Vergleichbarkeit für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen benotet werden. Diese Kriterien und die Bewertungssystematik für die Veröffentlichung müssen GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerverbände gemeinsam vereinbaren. Auch hier sind die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und die Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen gesetzlich legitimiert, sich frühzeitig zu beteiligen. Dieses Beteiligungsrecht wird in der Praxis auch wahrgenommen.

Für die Gestaltung der Pflege wird auf der Landesebene für jedes Land oder für Teile des Landes zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Dieser Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben, z. B. zur pflegerischen Infrastruktur und zum Vergütungsrecht, die von den Vertragsparteien beim Abschluss von Versorgungs- und Vergütungsverträgen angemessen zu berücksichtigen sind.

Die Landesregierungen bestimmen durch Rechtsverordnung das Nähere; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen. Damit sind die Landespflegeausschüsse eine gute Plattform, geeignete Lösungen unter Beteiligung aller an der pflegerischen Versorgung Beteiligter zu finden.

Der Gesetzgeber hat die Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe bereits umfangreich an der konkreten Umsetzung der Pflegeversicherung beteiligt. Er hat dies mit der notwendigen Intensität und an den richtigen Stellen getan. Die vorgesehene Neuregelung wird abgelehnt und ist zu streichen. Die sich daraus ergebenden Folgeänderungen können entsprechend entfallen.

Gänzlich systemwidrig und nicht legitimierbar durch die Betroffenenperspektive ist der Vorschlag, den Pflegeberufen und damit einer Gruppe von Leistungserbringern in den MDK eine Mitentscheidungsmöglichkeit zu eröffnen. Für die Unabhängigkeit des MDK ist von zentraler Bedeutung, dass Leistungserbringer-Verbände keinen Einfluss auf das Handeln der MDK nehmen können. Es sollte von vornherein die Gefahr der fehlenden „Gegnerfreiheit“ bzw. von Interessenkollisionen vermieden werden.

Unsere Ablehnung sehen wir auch durch die Beschlüsse des Bundesrates vom 6. Februar 2015 (BR-Drs. 641/14) bestätigt. Der Bundesrat sieht in den geplanten Änderungen zur Erweiterung des MDK-Verwaltungsrates um Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe mit Stimmrecht eher eine Schwächung des MDK.

**Zu Art. 1 Nr. 82 Buchst. a) Doppelbuchstabe bb) (§ 279 Abs. 2 Satz 2 SGB V):**

Über eine Änderung zum Bezug auf die Regelungen in § 51 SGB IV soll festgelegt werden, dass künftig hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen nicht mehr Mitglied im Verwaltungsrat des MDK sein können.

**Bewertung:**

Die hier beabsichtigte Änderung würde einen Kurswechsel im politischen Willen des Gesetzgebers darstellen. Im Entwurf zum GRG heißt es zu dem damaligen § 287 Absatz 2 (heute 279 SGB V), dass mit dem Ziel, den Verwaltungsrat mit fachkundigen und mit den Aufgaben eines medizinischen Beratungsdienstes vertrauten Personen besetzen zu können, „(sie (die Vertreterversammlung – heute Verwaltungsrat-) z.B. Verwaltungsfachleute aus dem Bereich der Krankenkassen entsenden (kann)).“ Der Gesetzgeber hat also bewusst auf gesetzliche Vorgaben verzichtet und den Mitgliedern freie Gestaltungsmöglichkeiten gegeben (vgl. Begründung zum Besonderen Teil des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zu § 287 Abs. 2 –alt-; BT-Drs. 11/2237 Seite 233).

Im Hinblick auf die Aufgabenstellung der MDK für die Begutachtungen im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung ist es angezeigt, dass der Fach- und Sachverstand der hauptamtlich Verantwortlichen in die Beratungs- und Entscheidungsprozesse der MDK-Verwaltungsräte eingebunden wird.

Dieser Auffassung hat sich der Bundesrat in seiner Stellungnahme zu diesem Gesetzentwurf ausdrücklich nochmals angeschlossen und empfohlen, die beabsichtigte Änderung zu streichen (vgl. Nr. 78 der Stellungnahme des Bundesrats).

Deshalb plädieren wir dafür, entweder der Empfehlung des Bundesrats zu folgen oder zumindest die geplante Änderung dahingehend zu modifizieren, dass lediglich eine Obergrenze für die Beteiligung hauptamtlicher Krankenkassen-Mitarbeiter in den Verwaltungsräten des MDK festgelegt wird.

**Zu Art. 2 Nr. 16 Buchst. a) und b) (§ 275 Abs. 1b SGB V):**

Die arztbezogenen Prüfungen ärztlicher Leistungen sollen künftig in einem neuen § 106a SGB V geregelt werden. Insoweit bedarf es redaktioneller Anpassungen im § 275 Abs. 1b SGB V.

Gleiches gilt für die bislang in § 106 Abs. 2 Satz 4 und künftig in § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannten Vertragspartner auf der Landesebene.

Auch hier ist der Verweis entsprechend zu ändern.

**Bewertung**

Redaktionelle Änderung.