



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit

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

4. Juni 2019

- Eine Gleichstellung von Solidargemeinschaften mit gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungen ist nur unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes für die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft zu rechtfertigen, nicht aber für die Einrichtungen selbst. Gefordert wird, dass anerkannte Solidargemeinschaften das europäische Aufsichtsrecht (Solvency II) anwenden und eine eigene Pflegepflichtversicherung anbieten müssen.
- PKV-Unternehmen muss die Möglichkeit eingeräumt werden, einen eigenen Gutachterdienst in dem für die Krankenkassen vorgesehenen Umfang beauftragen zu können, wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung erklärt hat.
- Gefordert wird weiter, dass der PKV-Verband als Ausschussmitglied im Schlichtungsausschuss auf Bundesebene gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz mitwirken kann.

I. STELLUNGNAHME ZU WICHTIGEN REGELUNGSMATERIEN MIT BEZUG ZUR PKV

Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (§ 176 SGB V-E)

Vorgeschlagene Regelung

Mit § 176 SGB V-E sollen Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht ihre Mitglieder abgesichert haben, als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bzw. als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch gesetzlich anerkannt werden. Die Regelung sieht vor, dass die Mitglieder einen Leistungsanspruch auf SGB V-Niveau gegen die Solidargemeinschaft haben. Im Fall der Zahlungsunfähigkeit einer Solidargemeinschaft oder einer aus anderen Gründen endenden Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft sind die PKV-Unternehmen gemäß § 193 VVG oder die Krankenkassen aufgrund der wieder auflebenden (nachrangigen) Versicherungspflicht zur Versicherung der ausgeschiedenen Mitglieder einer anerkannten Solidargemeinschaft verpflichtet. Diese Verpflichtung besteht unabhängig vom Lebensalter der ausgeschiedenen Mitglieder. Die Versichertengemeinschaften der privaten Krankenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung tragen somit das Risiko, dass ein Mitglied in einer Solidargemeinschaft seine Mitgliedschaft beendet, wenn höhere Krankheitskosten anfallen, die von der Solidargemeinschaft nicht erstattet werden (sog. Vorteilshopping) und das Risiko der Zahlungsunfähigkeit einer anerkannten Solidargemeinschaft.

Bewertung

Der PKV-Verband hält die im Referentenentwurf vorgesehene Gleichstellung der Mitgliedschaft in einigen, näher definierten Solidargemeinschaften mit der Absicherung in der Gesetzlichen oder Privaten Krankenversicherung für nicht sachgerecht. Eine Gleichstellung mit gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungen ist unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes allenfalls für die Mitgliedschaft zu rechtfertigen, nicht aber für die Einrichtungen selbst, die jederzeit in einen kleinen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit umgewandelt werden könnten.

Die in § 176 SGB V-E vorgesehene Anerkennung der Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall soll unter anderem geknüpft werden an die Voraussetzung, dass es sich um eine Mitgliedschaft in einer am 1. April 2007 bereits bestehenden und seitdem ununterbrochen fortgeführten Solidargemeinschaft handelt. Insofern reicht der von der Vorschrift vermittelte Bestandsschutz zu weit. Die Solidargemeinschaften haben sich bei Aufnahme neuer Mitglieder nach Einführung der Krankenversicherungspflicht bewusst und im Wissen um die bestehende Krankenversicherungspflicht für ein rechtlich und inhaltlich unzureichendes Konzept entschieden. Ein schützenswertes Interesse der Solidargemeinschaften, das es rechtfertigt, diese gegenüber „jüngeren“ Solidargemeinschaften zu bevorzugen, ist nicht erkennbar. Allenfalls schützenswert sind die Personen, die sich vor Einführung der Krankenversicherungspflicht für ein solches Konzept entschieden

haben, im Vertrauen darauf, sich mit einer gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen rechtskonform zu verhalten. Insofern wäre es denkbar, unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes für die Anerkennung nach § 176 SGB V-E auf die bereits vor dem 1. April 2007 begründete und seitdem ununterbrochen fortgeführte Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft abzustellen.

Für bedenklich erachtet der PKV-Verband, dass trotz des in § 176 Abs. 3 SGB V-E vorgesehenen Leistungsanspruchs das Absicherungsniveau in den Solidargemeinschaften zweifelhaft bleibt. Der Entwurf verpflichtet die anerkannten Solidargemeinschaften lediglich zur Erstattung der Leistung, die der Art nach den Leistungen des SGB V entspricht. Damit bleibt der Leistungsanspruch deutlich hinter den gesetzlichen Anforderungen zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG zurück. Hinzuweisen ist noch darauf, dass Regelungen fehlen, wonach jede Kündigung einer nach § 176 Abs. 1 SGB V-E anerkannten Mitgliedschaft durch die Solidargemeinschaft ausgeschlossen ist. Ohne eine solche ist es der Solidargemeinschaft möglich, bei Gefahrerhöhungen oder Beitragsrückständen dem Mitglied einseitig zu kündigen und einen Zustand ohne Absicherung herbeizuführen.

Auf Bedenken stößt zudem, dass die anerkannten Solidargemeinschaften durch die Implementierung eines gesetzlichen Leistungsanspruchs ihrer Mitglieder zu Versicherungsunternehmen i.S.d. § 7 Nr. 33 VAG werden, ohne dass erkennbar wäre, dass diese die Solvency II-Vorgaben erfüllen und damit den Vorgaben des Gemeinschaftsrechts entsprechen. Durch die zusätzlich vorgesehene Änderung des § 3 Abs. 1 VAG, nach der anerkannte Solidargemeinschaften nicht den erlaubnis- und aufsichtsrechtlichen Vorgaben des VAG unterliegen, erreichen die anerkannten Solidargemeinschaften eine nicht gerechtfertigte Privilegierung gegenüber sonstigen Versicherungsunternehmen. Dies dürfte unvereinbar sein mit dem europäischen, einheitlichen Aufsichtsrecht für alle Versicherungen.

Die in § 176 Abs. 4 Satz 3 SGB V-E vorgesehene Reduzierung der Rolle des Bundesversicherungsamts auf die bloße Bestätigung, dass ein nach Satz 1 und 2 testiertes Gutachten vorliegt, ersetzt keine wirksame Aufsicht, wie sie für sonstige Versicherungsunternehmen oder Gesetzliche Krankenkassen besteht. Prüfungskompetenzen werden dem Bundesversicherungsamt nicht zugeschrieben. Damit würden – in Verbindung mit der vorgesehenen Änderung des § 3 Abs. 1 VAG – die anerkannten Solidargemeinschaften weder der Aufsicht des Bundesversicherungsamts noch der BaFin unterliegen. Sie wären aufsichtsfrei, obwohl ihnen die Erfüllung einer existenziellen und lebenslangen Absicherung im Krankheitsfall zugestanden wird. Das ist – auch im eigenen Interesse der Mitglieder der Solidargemeinschaften – nicht nachvollziehbar.

Anpassungsbedürftig sind auch die in §§ 20, 23 SGB XI vorgesehenen Änderungen zur Versicherungspflicht in der Sozialen Pflege- bzw. Privaten Pflegepflichtversicherung. Die im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen durchbrechen den Grundsatz, dass die Pfleger der Krankenversicherung folgt und führen zu einer einseitigen Belastung der Privaten Pflegepflichtversicherung, da für eine Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung faktisch kein Raum bleibt. Der Großteil der Betroffenen dürfte mangels Versicherungspflicht

in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Privaten Pflegepflichtversicherung zuzuweisen sein, die damit überproportional belastet wird. Vor diesem Hintergrund wird gefordert, dass anerkannte Solidargemeinschaften gemäß dem Grundsatz „Die Pflege folgt der Krankenversicherung“ verpflichtend eine eigene Pflegepflichtversicherung anbieten müssen. Deren Leistungen müssten den Leistungen des SGB XI der Art nach entsprechen (vgl. § 176 Absatz 3 Satz 1 SGB V-E).

Reform der Medizinischen Dienste (§§ 275 ff. SGB V)

Vorgeschlagene Regelung

Die Medizinischen Dienste sollen gestärkt werden. Ihre Unabhängigkeit soll gewährleistet werden und es sollen Anreize für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen geschaffen werden. Überdies sollen die Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfungen verbessert und mehr Transparenz im Prüfgeschehen hergestellt werden.

Zur Umsetzung dieser Ziele sieht der Referentenentwurf eine Überführung des bisherigen MDK in eine unter Beibehaltung der föderalen Struktur eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts vor, die unter der Bezeichnung „Medizinische Dienste“ (MD) geführt werden soll. Anreize für eine korrekte Abrechnung werden gestärkt, indem die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses zukünftig den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmt. Zudem sollen wiederholt auftretende strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch reduziert und die Frage der Erfüllung von strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung im Rahmen einer Strukturprüfung gebündelt werden. Überdies werden durch Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser genutzt und ausgebaut.

Bewertung

Das Ziel, die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zu gewährleisten, Anreize für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen zu schaffen und die Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfungen zu verbessern, ist dem Grunde nach zu begrüßen. Allerdings ist es nicht sachgerecht, dass auch nach Überführung der Medizinischen Dienste in eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts das Recht, mittels solcher Prüfdienste Prüfungen der Notwendigkeit, Dauer und ordnungsgemäßen Abrechnung in den Räumen der Krankenhäuser unter Einsichtnahme der dortigen Krankenunterlagen und ggf. Untersuchung der Versicherten vornehmen zu lassen (vgl. § 276 Abs. 4 SGB V), weiterhin allein den gesetzlichen Krankenkassen vorbehalten bleiben soll. Dies führt zu einem erheblichen Wettbewerbsnachteil der PKV, die nicht befugt wäre, Prüfungen in Krankenhäusern durchzuführen oder zu beauftragen, sondern weiterhin darauf beschränkt bliebe, Prüfungen im schriftlichen Verfahren durchzuführen.

Verstärkt wird der Wettbewerbsnachteil der PKV noch dadurch, dass die Krankenkassen einen erheblichen Vorteil dadurch erlangen, dass gem. § 275c Abs. 3 SGB V die Krankenhäuser bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rück-

zahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag auch einen Aufschlag von 25 oder 50 Prozent auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen haben; diesen gesetzlichen Aufschlag würden PKV-Unternehmen dagegen nicht erhalten.

Zu beanstanden ist überdies, dass mit der Beschränkung der Rechnungsprüfung vor Ort durch einen Medizinischen Dienst auf den GKV-Bereich neben dem hiermit verbundenen Wettbewerbsnachteil der PKV auch wesentliche Ziele des Reformgesetzes, nämlich eine Stärkung der Anreize für eine korrekte Abrechnung und Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfungen, nur unzureichend umgesetzt werden können. Denn eine gesicherte Aussage über das Abrechnungsverhalten in einem Krankenhaus kann nicht getroffen werden, wenn die PKV-Versicherten, die gleichermaßen vom gesetzlichen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser umfasst sind, bei der Berechnung der in § 275c Abs. 2 SGB V geregelten maßgeblichen Anteile korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen nicht berücksichtigt werden. Es könnte aus dieser nur auf den GKV-Bereich bezogenen Regelung sogar der Anreiz gesetzt werden, dass Krankenhäuser z.B. im Hinblick auf anfallende Zuschläge gem. § 275c Abs. 3 SGB V versucht sein könnten, im vergleichsweise geringer regulierten Bereich der Abrechnung gegenüber PKV-Versicherten höhere Abrechnungen zu stellen. Dies ist mit dem Erfordernis eines umfassenden Patientenschutzes im Krankenhaus und des Grundsatzes der Einheitlichkeit der Entgelte (§ 17 Abs. 1 KHG, § 8 Abs. 1 KHEntgG) nicht vereinbar. Die neue gesetzliche Systematik der Abrechnungsprüfung sollte daher im Krankenhaus einheitlich in Bezug auf alle Patienten gelten. Aus Gründen der Effizienz der Abrechnungsprüfungen sollte zudem die vorgesehene elektronische Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst ausnahmslos implementiert werden und die PKV-Unternehmen nicht auf ein überholtes, nicht den digitalen Möglichkeiten entsprechendes Prüfverfahren angewiesen sein.

Im Zuge der Reform des Medizinischen Dienstes ist daher zu fordern, dass auch den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung die Möglichkeit eingeräumt wird, einen eigenen Gutachterdienst in dem für die Krankenkassen vorgesehenen Umfang (§ 275c Abs. 2 SGB V) für Prüfungen der Notwendigkeit, Dauer und ordnungsgemäßen Abrechnung einer Krankenhausbehandlung vor Ort in den Krankenhäusern beauftragen zu können, wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung erklärt hat. Eine solche Regelung ist auch deshalb sachgerecht, weil die PKV seit langem zusammen mit der Krankenkassen- und Krankenhausseite über ihre Mitgliedschaft in den Landesschiedsstellen nach § 18a KHG und der Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG, ihrer Mitwirkung im Schlichtungsausschuss auf Bundesebene sowie kraft ihrer Stellung als Gesellschafter der InEK GmbH an der Fortentwicklung der Krankenhausversorgung in Deutschland und angemessener Abrechnungsgrundlagen mitwirkt. Zudem verfügt der PKV-Verband über eine bewährte Verbraucherschlichtungsstelle (Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung) und er hat bereits in der Pflegeversicherung bewiesen, dass er für qualitätsgesicherte Prüf- und Beratungsleistungen nach Maßgabe der §§ 112 SGB XI steht.

Laut dem Jahresbericht 2018 des MDK Nordrhein liegt der Anteil der beanstandeten Rechnungen bei konstant über 60 Prozent. Bei der Hälfte der Prüfungen kam es zu Kürzungen um durchschnittlich 2.000 Euro. Mehr als 90 Prozent der Korrekturen erfolgten im Konsens mit den Krankenhäusern. Diese Zahlen zeigen eindrucksvoll, dass die gesetzlichen Krankenkassen mit dem MDK über eine wirksame Prüfeinrichtung verfügt haben und auch mit dem künftigen Medizinischen Dienst, der die Interessen der Krankenhäuser stärker berücksichtigen wird, verfügen werden. Es ist nicht akzeptabel, der PKV ein entsprechendes Prüfverfahren zu verweigern. Alle Krankenhauspatienten haben ein Recht auf eine qualitätsgesicherte Behandlung und eine gesetzeskonforme Rechnungsstellung. So wenig es bei allgemeinen Krankenhausleistungen eine Unterscheidung im medizinischen Leistungsinhalt geben darf, darf es wesentliche Unterschiede in der Abrechnungspraxis je nach Versichertenstatus geben.

Änderungsvorschlag

In den Abrechnungsregelungen des KHEntgG und der BpflV (z.B. in § 8 KHEntgG und § 8 BpflV) sollte vorgesehen werden, dass auch die PKV wie die Krankenkassen in die Lage versetzt wird, entsprechende Maßnahmen im Krankenhaus durchzuführen bzw. zu beauftragen.

Schlichtungsausschuss auf Bundesebene (§ 18b KHG)

Vorgeschlagene Regelung

Die Regelungen für den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene waren bislang Gegenstand des § 17c Abs. 3 KHG, sie sollen nun in einen neuen § 18b KHG überführt und weiterentwickelt werden. So soll zur besseren systematischen Lösung von immer wieder auftretenden strittigen Kodier- und Abrechnungsfragen u.a. der Kreis der Akteure, die den Schlichtungsausschuss anrufen können, ausgeweitet werden. Überdies werden Fristvorgaben für zeitnahe Entscheidungen eingeführt und eine ausschließlich prospektive Wirkung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses festgelegt.

Bewertung

Das durch die Neueinführung von § 18b KHG verfolgte Ziel, die Arbeitsweise des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zu verbessern, ist dem Grunde nach zu begrüßen. Denn ein gut funktionierender und entscheidungsfähiger Schlichtungsausschuss kann maßgeblich zur Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung beitragen. Der im Jahr 2014 gegründete Schlichtungsausschuss hat bisher lediglich einen Beschluss gefasst. Daher ist es sachgerecht, die Grundlagen der Arbeitsweise und Entscheidungen des Schlichtungsausschusses zu optimieren.

Es ist allerdings unverständlich, dass der PKV-Verband in § 18b Abs. 1 KHG nicht als Ausschussmitglied und sogar nicht einmal als anrufungsberechtigte Institution gem. § 18 Abs. 3 KHG genannt ist. Damit bleibt der Referentenentwurf hinter der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG getroffenen Vereinbarung über die Bildung des Schlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 3 KHG vom 11. Februar 2014 zurück. Dort ist in § 3 Abs. 2

explizit geregelt, dass dem Schlichtungsausschuss ein vom Verband der Privaten Krankenversicherung bestelltes Mitglied, das auf die Zahl der GKV-Vertreter angerechnet wird, angehört. Diese seinerzeit erfolgte Verständigung der Selbstverwaltungspartner bezüglich der Ausschussbesetzung sollte beibehalten und im Zuge der vorliegenden Reform auch gesetzlich normiert werden. Alles andere würde der Stellung der PKV im Krankenhausbereich nicht gerecht.

Änderungsvorschlag

In § 18b KHG sollte eine Regelung aufgenommen werden, nach der ein vom Verband der Privaten Krankenversicherung bestelltes Mitglied dem Schlichtungsausschuss angehören sollte.

II. WEITERER REGELUNGSBEDARF

Vergütungsvereinbarungen mit Medizinischen Behandlungszentren im Sinne des § 119c SGB V

Sachverhalt

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 wurde dem PKV-Verband in § 75 Abs. 3b S. 7 i.V.m. § 75 Abs. 3a SGB V die Möglichkeit eingeräumt, bezüglich der in §§ 115b und 116b bis 119 SGB V genannten Leistungen Vergütungsvereinbarungen für die im brancheneinheitlichen Standard- und Basistarif Versicherten zu schließen. Auf dieser Grundlage hat der PKV-Verband mit zahlreichen Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) i.S.d. § 119 SGB V im Einvernehmen mit der Beihilfe Vereinbarungen über die Abrechnung von Quartalspauschalen für die in den SPZ erbrachten interdisziplinären Leistungen geschlossen. Solche Vereinbarungen vereinfachen die Abrechnungspraxis und tragen den Veränderungen im Leistungsgeschehen und der Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen Rechnung, was dem gesetzgeberischen Willen entspricht (vgl. BT-Drucksache 16/4247, S. 37 f.).

Im Zuge des in 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde in § 119c SGB V eine gesetzliche Grundlage eingeführt, auf der Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB), die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden können. In der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 18/4095, S. 114) heißt es hierzu, die Regelung werde entsprechend der für Kinder geltenden Regelung zur Ermächtigung Sozialpädiatrischer Zentren geschaffen. Solche Behandlungszentren könnten für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung, die als Kinder und Jugendliche durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum versorgt worden seien, ein Anschlussversorgungsangebot darstellen. Es solle eine systematische Transition vom kinder- und jugendmedizinischen zum erwachsenenmedizinischen Versorgungskontext erfolgen.

Nachdem inzwischen mehrere MZEB zugelassen wurden und den Betrieb aufgenommen haben, besteht das dringende Interesse sowohl der Leistungserbringer als auch der Kostenträger, dass entsprechend der Vergütungssystematik der SPZ auch mit den MZEB, die ein mit den SPZ vergleichbares interdisziplinäres Behandlungssetting aufweisen, Vergütungsvereinbarungen über die Berechnung von Quartalspauschalen geschlossen werden können. Dem steht allerdings momentan formal-rechtlich noch entgegen, dass 2015 im Zuge der gesetzlichen Neuregelung zu den MZEB § 75 Abs. 3b S. 7 SGB V – sicherlich aufgrund eines redaktionellen Versehens – nicht dergestalt angepasst wurde, dass die Kompetenz zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen in den brancheneinheitlichen Tarifen auch für Leistungen von MZEB gilt. Dies sollte im Zuge des vorliegenden Referentenentwurfs eines MDK-Reformgesetzes nun nachgeholt werden, um Rechtsklarheit für alle Beteiligten zu schaffen.

Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 3a Satz 3 SGB V und § 75 Absatz 3b Satz 7 SGB V sollte in der Paragrafen-Nennung auch § 119c als weitere mögliche Leistung, die Gegenstand von Vergütungsverträgen sein kann, genannt werden.