



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 4. Juni 2019

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere
und unabhängigere Prüfungen –
MDK-Reformgesetz

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Kommentierung im Detail	7
Krankenhausabrechnungsprüfung	7
1) Aufrechnungsverbot.....	7
2) Verpflichtendes Gutachten des Medizinischen Dienstes vor einem Widerspruchsbescheid....	8
3) Aufgabenwahrnehmung durch Gutachterinnen und Gutachter.....	9
4) Bindung an das Ergebnis der Prüfung durch den Medizinischen Dienst.....	9
5) Quartalsbezogene Prüfquote	10
6) Gestaffelte Sanktionszahlungen in Abhängigkeit des Anteils korrekter Abrechnungen	15
7) Bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen.....	17
8) Prüfung von Strukturmerkmalen.....	17
9) Änderungen zum Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information ...	20
10) Prüfverfahrenvereinbarung und Abrechnungsstatistik	21
Neuordnung der Medizinischen Dienste.....	23
Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	23
1) Medizinische Dienste als eigenständige Körperschaft.....	23
2) Neugestaltung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste	24
3) Finanzierung gesonderter Aufgaben des Medizinischen Dienstes	25
4) Errichtung des Medizinischen Dienstes Bund	25
Neuordnungen und Aufgabenwahrnehmung des Medizinischen Dienstes in der Sozialen Pflegeversicherung.....	28
1) Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit/Begutachtungs-Richtlinien.....	28
2) Kostenabgrenzungs-Richtlinien.....	29
3) Konkretisierung der Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)	30
4) Begutachtung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten bei außerhäuslichen Aktivitäten und bei der Haushaltsführung (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)	30

5) Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren/Dienstleistungs-Richtlinien.....	31
6) Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund/Richtlinienkompetenz.....	32
7) Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten.....	33
8) Durchführung der Qualitätsprüfungen/Qualitätsprüfungs-Richtlinien	34
9) Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen	34
Sektorenübergreifende Versorgung und Vergütung.....	36
Krankenhausfinanzierung	37
1) Fixkostendegressionsabschlag	37
Anerkennung von Solidargemeinschaften	38

I. Vorbemerkung

Die vorgesehene Organisationsreform der Medizinischen Dienste (MD) stellt einen weiteren Eingriff in die Gestaltungsautonomie der sozialen Selbstverwaltung dar und wird daher durch die Betriebskrankenkassen abgelehnt.

Das Ziel, die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zu stärken, kann durch die gewählten Maßnahmen nicht erreicht werden. Durch die Verlagerung der Richtlinienkompetenz auf den neu einzurichtenden MD Bund und die Neustrukturierung der Verwaltungsräte in den Medizinischen Diensten werden zukünftig diejenigen, deren Leistungen begutachtet werden sollen, selbst die der Begutachtung zu Grunde liegenden Kriterien festlegen. Von einer Unabhängigkeit der Prüfungen kann also nicht im Ansatz die Rede sein. Die Einbeziehung der Leistungserbringer in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste kann im Gegenteil gerade dazu führen, dass wirtschaftliche Interessen der Leistungserbringer Eingang in die Richtlinien zur Begutachtung durch die Medizinischen Dienste finden. Eine beratende Rolle der Leistungserbringer in den bereits erfolgreich etablierten und arbeitenden Beiräten der Medizinischen Dienste ist hingegen zu befürworten.

Die Einbindung der Leistungserbringerseite über eine Verankerung im Beirat der MD würde auch folgende Problematik lösen: Obwohl die Kompetenzen der gesetzlichen Krankenkassen in den Medizinischen Diensten weitgehend eingeschränkt werden, bleibt die Finanzierung der Medizinischen Dienste, obwohl diese eigenständige Körperschaften werden sollen, durch ein Umlageverfahren bei den Krankenkassen. Sollte der Gesetzgeber an der avisierten Reform festhalten, muss auch die Finanzierung der Medizinischen Dienste auf neue Beine gestellt werden. Vorstellbar wäre eine Finanzierung entsprechend der Verteilung in den neuen Verwaltungsräten.

Die Benennung der Mitglieder der Verwaltungsräte durch die Länder ist ein weiterer, nicht nachvollziehbarer Schritt.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die gewählten Reformvorhaben nicht mit dem Reformziel in Einklang zu bringen sind. Vielmehr wird einer medizinisch-wissenschaftlich unabhängigen Begutachtung, die gleichsam das Ziel einer wirtschaftlichen Versorgung verfolgt, das Fundament entzogen. Patienten, wie auch die Solidargemeinschaft, werden bislang durch die Medizinischen Dienste vor einer unbegründeten Leistungsanspruchnahme geschützt. Dieses bewährte Verfahren der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen, auf Bundesebene dem GKV Spitzenverband und den Medizinischen Diensten würde durch den Gesetzgeber unterbunden. Die Standhaftigkeit der Begutachtungen der Medizinischen Dienste in juristischen Verfahren ist bereits heute ein klares Indiz für ein unabhängiges und neutrales, an medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien orientiertes Arbeiten der Medizinischen Dienste.

Neben dem MDK soll mit dem Referentenentwurf zum MDK-Reformgesetz auch die Krankenhausabrechnungsprüfung neu geordnet werden. Die gesetzlichen Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die ordnungsgemäße Abrechnung bei Krankenhausbehandlung zu prüfen. Hintergrund ist das Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 12 SGB V. Danach dürfen Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht erbracht werden und die Krankenkassen dürfen diese Leistungen nicht bewilligen.

Durch die Abrechnungsprüfung soll die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten entsprechend vor Schäden durch falsche Abrechnungen im mit Abstand größten Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung geschützt werden. Zahlen der MDK-Gemeinschaft zeigen, dass aktuell etwa jede fünfte Krankenhausrechnung geprüft wird. In den letzten Jahren habe sich dabei regelmäßig gezeigt, dass jede zweite geprüfte Rechnung fehlerhaft sei.

Aktuell hat die Krankenhausabrechnungsprüfung ein Volumen von etwa 3 Milliarden Euro. In diesem Umfang werden jährlich Ausgaben für stationäre Behandlungen durch die Korrektur der Rechnung zu Gunsten der Solidargemeinschaft zurückgefordert. Dies entspricht 0,23 Beitragssatzpunkten für die Versicherten.

Die gesetzlichen Krankenkassen fordern seit Jahren, die Qualität der Abrechnungen der Krankenhäuser durch geeignete Anreize zu verbessern. Eine Sanktionierung der Falschabrechnung, die Verbindlichkeit der Rechnungsstellung, eine Begrenzung der Revisionskorrektur durch das Krankenhaus und eine Abgrenzung der Prüfregime in Bezug auf Strukturprüfungen sowie fristbesetzte verbindliche Regelung zum Datenaustausch sind dabei zentrale Elemente. Darüber hinaus sollte als Reaktion auf den Bericht des Bundesrechnungshofes aus dem letzten Sommer ein gesetzliches Verbot der pauschalen Abrechnungsvereinbarungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus umgesetzt werden. Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der vorliegende Referentenentwurf diese Punkte aufgreift.

Eindeutig abzulehnen ist allerdings die vorgesehene erhebliche Reduktion der bisherigen Prüfmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen: So soll die zulässige Prüfquote pro Quartal im Jahr 2020 nur noch maximal zehn Prozent betragen. Damit wird kontinuierlich falsch abrechnenden Krankenhäusern eine Teil-Amnestie erteilt. Ab dem Jahr 2021 soll die Obergrenze der pro Quartal zulässigen Prüfquote dann abhängig sein vom Anteil der korrekten Abrechnungen eines Krankenhauses im vorvergangenen Quartal. Nur in der Spitze ist eine Prüfquote von 15 Prozent vorgesehen – aus Sicht der Kassen ist diese zu niedrig. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes bedeutet allein eine Prüfquote von zehn Prozent eine Mehrbelastung der GKV von mehr als einer Mrd. Euro.

In der aktuellen Fassung ist die quartalsbezogene Prüfquote zudem extrem wettbewerbsverzerrend zu Lasten kleinerer und mittlerer Krankenkassen ausgestaltet. Die Zielsetzung, auch im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung auf Augenhöhe mit dem Krankenhaus Abrechnungsmodalitäten zu klären, wird deutlich verfehlt. Für kleinere Krankenkassen ist entsprechend dringend eine gesetzliche Regelung zur Mindestprüfmöglichkeit von 10 Fällen je Krankenkasse und Krankenhaus im Quartal zu

schaffen. Ansonsten führt die derzeitige Ausgestaltung für Krankenkassen mit einer geringen Belegung in einem Krankenhaus de facto zu einem Verbot der Krankenhausabrechnungsprüfung.

Die Betriebskrankenkassen lehnen auch ab, dass die Krankenkassen mit dem Referentenentwurf die Möglichkeit der Aufrechnung von Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen verlieren. Damit entfällt ein bewährtes, durch das Bürgerliche Gesetzbuch vorgesehene Mittel, um Klagen zu vermeiden und zu einer schnellen Beilegung von strittigen Abrechnungsfragen zu gelangen. Künftig werden die Krankenkassen entsprechend Klage einreichen müssen, um Ansprüche der Solidargemeinschaft zu sichern. Die bereits heute überlasteten Gerichte würden damit weiteren, häufig unnötigen Belastungen ausgesetzt. Das Mittel der Aufrechnung sollte daher auch weiterhin gezielt genutzt werden können.

II. Kommentierung im Detail

Krankenhausabrechnungsprüfung

1) Aufrechnungsverbot

(zu Artikel 1 Nr. 2: Einfügung § 109 Abs. 6 SGBV)

Die Betriebskrankenkassen lehnen die vom Gesetzgeber geplante Streichung der Möglichkeit der Krankenkassen, Rückforderungsansprüche gegen Krankenhäuser wegen überzahlter Vergütungen mit Rückforderungsansprüchen gegen unbestrittene Forderungen des Krankenhauses aufzurechnen, ab.

Die von Seiten der Krankenhäuser und auch die in der Gesetzesbegründung angeführten Argumente, Aufrechnungen führten zu Liquiditätsproblemen in Krankenhäusern, treffen aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht zu. Teilweise entsteht in der öffentlichen Debatte der Eindruck, dass Rechnungen, die sich im Nachhinein als fehlerhaft herausstellen, von der Krankenkasse nie bezahlt worden wären und Krankenhäuser auf Vergütung warten müssten. Dies ist nicht der Fall. Rechnungen werden nach Rechnungsstellung von der Krankenkasse vollständig bezahlt. Wenn sich allerdings im Nachhinein – etwa unterstützt durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) – herausstellt, dass eine vom Krankenhaus abgerechnete Leistung nicht oder nicht vollständig der Höhe nach begründet war, ist es nur folgerichtig, dass das Krankenhaus den zu viel erhaltenen Betrag an die Krankenkasse zurückbezahlt. Dies kann aktuell z.B. über die Kürzung des Auszahlungsbetrages einer neuen unstrittigen Rechnung vereinfacht erfolgen. Verrechnungen sind daher lediglich eine Form der Rückzahlung von Vergütungen, für deren in Rechnungstellung es nach Prüfung keine Grundlage gab. Das Instrument der Aufrechnung wird insbesondere dann genutzt, wenn Krankenhäuser nach einer bestimmten Frist nicht auf die Rechnungskorrektur reagieren und eine aktive Rückzahlung durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen unterbleibt. Für ausstehende Zahlungen werden durch die Krankenkasse keine Zinszahlungen geltend gemacht. Allerdings bedarf es vielmehr einer festgelegten Reaktionszeit, damit Krankenkassen Planungssicherheit haben.

Ein Aufrechnungsverbot hat zur Folge, dass Anreize für ein aktives Mitwirken der Krankenhäuser an Rechnungskorrekturen und Rückzahlungen zu viel erhaltener Vergütung fehlen. Krankenkassen müssen entsprechend künftig ihre Forderungen bei Nichtzahlung durch die Krankenhäuser bei den Sozialgerichten einklagen. Die vorgesehene Regelung ist daher zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch am Aufrechnungsverbot festhalten, sollte das Instrument Aufrechnung aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch gezielt auch weiterhin genutzt werden können. So bietet es sich an, die Möglichkeit der Aufrechnungen etwa in Verbindung mit der geplanten Einführung eines verpflichtenden Falldialogs vor Klageerhebung (§17c Abs. 2b KHG) vorzusehen: So soll eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nach dem Willen des Gesetzgebers künftig nur

möglich sein, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Diese Fälle sollten der Aufrechnung zugänglich sein. Dies setzt allerdings voraus, dass von diesem Falldialog nicht abgewichen werden kann, etwa durch Regelungen in der Prüfverfahrensvereinbarung. Damit würde eine Stärkung des Falldialoges und eine Stärkung der Prüfverfahrensvereinbarung unter Berücksichtigung des Willens des Gesetzgebers sowie eine Entlastung der Krankenhäuser und der Sozialgerichte erreicht werden.

Unter den aktuell vorgesehenen Rahmenbedingungen wären Krankenkassen zur Sicherung von Ansprüchen von Prüffällen zurückliegender Zeiträume im Jahr 2019 zu vermehrten Aufrechnungen gezwungen. Daher sollte ein Aufrechnungsverbot frühestens für alle neu aufgenommenen Leistungsfälle ab dem 01.01.2020 gelten.

Änderungsvorschlag:

Streichung des neuen § 109 Abs. 6 SGB V

Hilfsweise Änderung:

§ 109 Abs. 6 SGBV wird wie folgt gefasst:

*„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. **Dies gilt für alle Forderungen ab dem 01.01.2020.** In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden. **Satz 1 gilt nicht für Ansprüche auf Rückforderungen, die nach § 17c Abs. 2b KHG zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert wurden.**“*

2) Verpflichtendes Gutachten des Medizinischen Dienstes vor einem Widerspruchsbescheid

(zu Artikel 1 Nr. 7: Einfügen § 275 Abs. 3b SGB V in Verbindung mit Abs. 5)

Die Regelung zur verpflichtenden Einholung eines MD-Gutachtens vor Widerspruchsbescheid ist abzulehnen. Die Betriebskrankenkassen selbst stellen bereits eine für die Begutachtung erforderliche Qualität hinsichtlich der fachlichen Eignung ihrer Mitarbeiter sicher und können somit auf Expertenwissen bei der Begutachtung von Leistungsfällen zurückgreifen.

Die Entscheidung über Leistungsanträge bedarf grundsätzlich einer fundierten und fachlichen Analyse des jeweiligen Falles, um eine sachgerechte Beurteilung jedes individuellen Anspruches zu gewährleisten. Durch die Änderung in § 275 Absatz 5 und die Streichung von „Ärzte“ bzw. „ärztliche“, „medizinische“ sowie die geplanten Änderungen zum Einbezug von Gutachterinnen und Gutachtern mit entsprechender fachlicher Eignung, findet nunmehr auch das Niederschlag im Gesetz, was bei den Krankenkassen ohnehin bereits gelebte Praxis ist. Eine erneute Überprüfung, mit vergleichbarer Qualifikation durch den Medizinischen Dienst, ist daher entbehrlich und verlängert die Begutachtungszeit in unnötiger Weise.

3) Aufgabenwahrnehmung durch Gutachterinnen und Gutachter

(zu Artikel 1 Nr. 7 f: § 275 Abs. 5 SGB V)

Die Änderungen in § 275 Abs. 5 SGB V sind zu begrüßen. Die Begutachtung durch fachlich geeignete Gutachterinnen und Gutachter entspricht der bisherigen Praxis der Medizinischen Dienste. Um eine qualitätsgesicherte Begutachtung sicherzustellen, ist es zwingend erforderlich, dass die fachliche Eignung der Gutachterinnen und Gutachter indikations- bzw. leistungsbezogen sichergestellt wird.

4) Bindung an das Ergebnis der Prüfung durch den Medizinischen Dienst

(zu Artikel 1 Nr. 9: § 275c Absatz 1 Satz 4 SGB V)

Die neugestaltete Regelung zur Bindung der Krankenkassen an das Gutachten der medizinischen Dienste, nachdem diese die Abrechnung des Krankenhauses geprüft haben, lehnen die Betriebskrankenkassen ab.

Wesentliche Fallkonstellationen werden durch die Reformgesetzgebung nicht berücksichtigt. Dazu gehören zunächst offensichtliche Fehler eines Gutachtens, wie z. B. eine Diagnose, die im Gutachten des Medizinischen Dienstes vertauscht wurde oder eine Person, die nicht zu dem eigentlichen Gutachten gehört. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass das gesamte Gutachten falsch zugeordnet wurde. Damit führt in den genannten Fällen die Bindungswirkung des MD-Gutachtens zu einer steigenden Anzahl von Klagen und Gerichtsprozessen, weil die Krankenkassen zur Umsetzung dieser offensichtlich fehlerhaften Gutachterergebnisse gezwungen wären.

Nicht außer Acht gelassen werden darf zudem der Punkt, dass - bei einer Bindungswirkung des MD-Gutachtens - Krankenkassen selbst marginale Geldbeträge nachverfolgen müssten. Denkbar wäre hier etwa die Fallkonstellation, dass das MD-Gutachten zwar festlegt, dass das Krankenhaus einen minimalen Geldbetrag an die Krankenkasse zu leisten hat, jedoch das Krankenhaus auch nach einer Zahlungsklage nicht bereit ist, die Zahlung auszuführen. Durch das Eintreiben des ausstehenden Geldbetrages würde den Krankenkassen Ausgaben entstehen, die den Wert des ausstehenden Geldbetrages bei weitem übersteigen. Einen solchen enormen bürokratischen Aufwand gilt es zu vermeiden.

Letztlich wäre eine mangelnde Berücksichtigung der Begutachtungsrichtlinien des MD in einem Gutachten des Medizinischen Dienstes denkbar. Auch wenn nicht alle Kriterien der Begutachtungsrichtlinie des MD erfüllt wären, würde das Gutachten des Medizinischen Dienstes trotzdem Bindungswirkung entfalten. Diesen fehlerhaften Zusammenhang gilt es aufzulösen.

Die Betriebskrankenkassen lehnen die vorgesehene Regelung daher ab.

Sollte der Gesetzgeber an der Verbindlichkeit des MD-Gutachtes festhalten wollen, erfordert dies die Möglichkeit von „Clearinggesprächen“ zwischen Krankenkasse und MD einzuführen. Somit wird ein standardisierter Austausch zwischen MD und Krankenkassen zum Umgang mit z.B. fehlerhaften oder unzureichenden Gutachten möglich.

Änderungsvorschlag:

Streichung von Satz 4 im neuen § 275c Absatz 1 SGB V:

~~„Die Krankenkasse ist an das Ergebnis der Prüfung durch den Medizinischen Dienst gebunden.“~~

Hilfsweise Änderung:

Dem § 275c Absatz 1 Satz 4 SGB V ist folgender Satz anzufügen:

„Sollte zwischen der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst Uneinigkeit über die Ausgestaltung des MD-Gutachtens bestehen, ist diese Uneinigkeit im Rahmen eines Clearinggespräches zwischen den genannten Parteien zu klären.“

Begründung:

5) Quartalsbezogene Prüfquote

(zu Artikel 1 Nr. 9: § 275c Abs. 2 SGBV)

Eine Begrenzung der Krankenhausabrechnungsprüfung mittels Prüfquoten bedeutet eine deutliche Einschränkung der Prüfmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zum Umfang der aktuell notwendigen Abrechnungsprüfung. Die begrenzten Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung führen zu einem Verbleib von zu Unrecht geleisteten Beitragsmitteln bei den Krankenhäusern, die zu beitragsatzrelevanten Mehrbelastungen bei den Krankenkassen führen. Die Betriebskrankenkassen lehnen die Einführung einer quartalsbezogenen Prüfquote daher nachdrücklich ab, auch auf Grund der damit einhergehenden gänzlich fehlgeleiteten Steuerungswirkungen. Der Quartalsbezug ist zudem im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung fachfremd. Im ambulant-ärztlichen Bereich erfolgt eine

Datenlieferung quartalsweise, woran sich auch die Prüfung orientiert. Der stationäre Bereich sieht einen ständigen Datenfluss vor und somit besteht auch immer die Möglichkeit der Abrechnung. Insofern besteht ohne eine weitergehende Regelung von Fristen zur Rechnungslegung eine (Strategie-) Anfälligkeit des Verfahrens.

Jegliche Kontingentierung der Prüfquote setzt zunächst und primär gegenüber den Krankenhäusern den ökonomischen Anreiz, alle Abrechnungen möglichst erlösoptimierend abzurechnen. In dem vorliegenden Referentenentwurf wird der Versuch unternommen, diesen negativen Anreiz zur Erlösoptimierung durch unterschiedliche Regelungen zu unterbinden oder ihn zumindest in seinen ökonomischen Auswirkungen für die Solidargemeinschaft zu begrenzen. Allerdings sind all diese Regelungen in einem hohen Ausmaß strategiefähig und können von den Krankenhäusern im Rahmen eines Erlösoptimierungsprozesses unterlaufen werden. So besteht z. B. keinerlei Anlass anzunehmen, dass eine Sanktionszahlung in Höhe von 25 Prozent des zu viel in Rechnung gestellten Betrages ein Krankenhaus zukünftig dazu veranlasst, auf Erlösoptimierungsstrategien zu verzichten. So lange die Summe der Sanktionszahlungen die Summe der zusätzlichen Erlöse durch überhöhte Abrechnungen unterschreitet, besteht für die Krankenhäuser kein Anlass zur Verhaltensänderung. Da aber nach dem aktuellen Referentenentwurf bei 100 Abrechnungen pro Quartal einer Krankenkasse überhaupt nur das Recht zur Überprüfung von 10 Rechnungen eingeräumt wird, besteht für die Krankenhäuser bei den verbleibenden 90 Rechnungen mit Prüfverbot auch weiterhin sehr viel Spielraum zur Erlösoptimierung.

In der aktuellen Fassung müssen die Betriebskrankenkassen darüber hinaus die quartalsbezogene Prüfquote als wettbewerbsverzerrendes Instrumentarium ablehnen, das einseitig zu Lasten kleinerer und mittlerer Krankenkassen geht. Gemäß der Begründung soll die quartalsbezogene Prüfquote den Wettbewerb der Krankenkassen im Bereich der Abrechnungsprüfung jedoch reduzieren. Der Entwurf geht davon aus, dass eine für alle Krankenkassen einheitliche Prüfquote auch für alle Krankenkassen die gleichen Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung eröffnet und insofern Chancengleichheit im Krankenkassenwettbewerb gewährleistet. Der aktuelle Regelungsvorschlag hat jedoch den genau gegenteiligen Effekt. Ursächlich für diesen offensichtlich nicht beabsichtigten Effekt ist die Kombination nachstehender Tatbestände:

I. Prüfverbot bei weniger als zehn Fällen je Quartal

Die nach § 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V für das Jahr 2020 geltende Prüfquote je Quartal in Höhe von zehn Prozent der Abrechnungen legt nicht nur fest, dass die Krankenkasse von zehn Abrechnungen nur eine Abrechnung überprüfen darf, sondern impliziert auch, dass der Krankenkassen die Überprüfung der Abrechnungen eines Krankenhauses generell untersagt ist, wenn dieses Krankenhaus nicht mehr als neun Fälle im Quartal mit der Krankenkasse abrechnet. Der Krankenkasse wird in diesem Fall quasi das Recht zur Abrechnungsprüfung gegenüber diesem Krankenhaus entzogen.

Dies kann nicht die Intention des Gesetzgebers sein, insbesondere dann nicht, wenn man bedenkt, dass durch solch ein Prüfverbot Tür und Tor für Erlösoptimierungsstrategien geöffnet werden. Jedes Krankenhaus verfügt über eine Kostenträgerstatistik und ist in der Lage, auf der Grundlage dieser Daten sehr zielgenau zu prognostizieren, welche Krankenkasse die Anzahl von neun Abrechnungen im Quartal nicht überschreiten wird.

Die ab dem Jahr 2021 nach § 275c Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V geplante Regelung, dass Krankenhäuser, die nicht mehr als 40 Prozent unkorrekt abrechnen, mit einer reduzierten Prüfquote von fünf Prozent je Quartal „belohnt“ werden, kann sogar noch den Anreiz zur Erlösoptimierung verstärken. Eine fünfprozentige Prüfquote bedeutet, dass eine Krankenkasse mit einem Krankenhaus mindestens 20 Fälle im Quartal abrechnen muss, um nur einen Fall überprüfen zu dürfen. Hat ein Krankenhaus einmal die fünf Prozent Prüfquote erreicht, besteht für dieses Krankenhaus also ein starker Anreiz, für alle Krankenkassen mit 19 oder weniger Fällen pro Quartal die Abrechnung entsprechend auszugestalten. Rechnet das Krankenhaus gleichzeitig mit allen Krankenkassen, die mehr als 19 Fälle im Quartal erreichen, in einem hohen Maße korrekt ab, bleibt die reduzierte fünfprozentige Prüfquote bestehen und die Krankenkassen mit weniger als 19 Fällen werden dauerhaft und nachhaltig benachteiligt. Dieses Szenario entspricht sicherlich nicht dem Anspruch an einen fairen Krankenkassenwettbewerb.

II. Das Gesetz der ganzen Zahl (der ganzen Prüfung) und reale Prüfquote

Die Regelung, dass nicht mehr als zehn Prozent der Abrechnungen eines Quartals geprüft werden dürfen, suggeriert, dass die Krankenkassen auch die praktische Möglichkeit besitzen, zehn Prozent der Abrechnungen eines Quartals zu prüfen. Diese Möglichkeit ist allerdings nur dann gegeben, wenn die Anzahl der Abrechnungen innerhalb eines Quartals durch zehn teilbar ist. In allen anderen Fällen kann die den Krankenkassen zugestandene Prüfquote von zehn Prozent praktisch nicht realisiert werden.

Ursächlich für diesen Tatbestand ist, dass nur „ganze“ Abrechnungen geprüft werden können. Rechnet ein Krankenhaus mit einer Krankenkasse in einem Quartal z.B. 39 Fälle ab, ist die Krankenkasse nach dem vorliegenden Referentenentwurf faktisch berechtigt, drei Fälle zu überprüfen. Dies entspricht einer realen Prüfquote von 7,7 %. Die zusätzliche Prüfung einer weiteren Abrechnung in der Größenordnung von 0,9 Abrechnungen, wie sie sich aus der Quote von zehn Prozent ergibt, ist praktisch nicht umsetzbar. Dies bedeutet, dass die zehnprozentige Prüfquote fast durchgehend in der Prüfpraxis unterschritten wird. Dabei gilt, dass die tatsächlich realisierbare Prüfquote die Quote von zehn Prozent umso deutlicher unterschreitet, je geringer die Fallzahl pro Quartal ist. In dem Intervall von zehn bis 20 Abrechnungen beträgt die tatsächlich realisierte Prüfquote im Durchschnitt 6,9 Prozent. Im Intervall von 30 bis 40 beträgt dieser Wert 8,6 Prozent und 8,9 Prozent zwischen 40 und 50. Ab dem Intervall zwischen 90 und 100 nähert sich der Wert mit 9,5 Prozent deutlich der Grenze von zehn Prozent % an.

Von zentraler Relevanz in diesem Zusammenhang ist die Feststellung, dass durch den dargestellten Effekt wiederum Krankenkassen benachteiligt werden, die entweder auf Grund einer relativ geringen Zahl von Versicherten in vielen Krankenhäusern nur über eine geringe Fallzahl verfügen und / oder bundesweit geöffnet sind und über keine oder nur wenige regionale Schwerpunkte verfügen, wodurch diese Krankenkassen eine breite Streuung von Krankenhaufällen ausweisen.

Wie schon bei den zuvor dargestellten negativen Auswirkungen des Prüfverbotes bei weniger als zehn Fällen pro Quartal benachteiligt auch die reale Prüfquote insbesondere diese Krankenkassen und schwächt nachhaltig ihre Position im Wettbewerb der Krankenkassen.

Es handelt sich bei den dargestellten Wettbewerbsbenachteiligungen keineswegs um tolerierbare Nebeneffekte. Dies belegen Modellauswertungen des BKK Dachverbandes. Für diese Modellauswertungen wurden die Abrechnungsdaten der BKK der Jahre 2017 und 2018 ausgewertet.

Danach dürften große BKK mit mehr als 500.000 Versicherten zukünftig generell ca. zehn Prozent ihrer Fälle nicht mehr prüfen, da in den betreffenden Krankenhäusern nicht die geforderte Mindestmenge von zehn Fällen im Quartal erreicht wird. Dies bedeutet gleichzeitig, dass auch ca. zehn Prozent der Krankenhausaufgaben dieser BKK zukünftig keinerlei Rechnungsprüfung mehr unterliegen. Es besteht kein Zweifel daran, dass dies für die betroffenen Krankenkassen ein strategischer Wettbewerbsnachteil von signifikanter Relevanz ist.

Sind die geplanten Regelungen für große BKK schon nicht akzeptabel, sind die Auswirkungen dieser Regelungen für mittlere und kleinere BKK schlicht katastrophal. BKK dieser Größe dürften zukünftig zwischen 30 und 40 Prozent ihrer Krankenhausabrechnungen nicht mehr prüfen. Verfügt eine BKK aus dieser Größenklasse zudem über keinen regionalen Schwerpunkt, sondern versorgt Versicherte im gesamten Bundesgebiet, werden Werte in der Größenordnung von 60 Prozent nicht prüfbarer Krankenhausabrechnungen erreicht. Zwei Drittel ihrer Krankenhausabrechnungen dürften diese Krankenkassen zukünftig per Gesetz also nicht mehr prüfen.

Mit dem Ziel, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen fairer werden soll, wie es aktuell von der Politik im Zusammenhang mit dem Gesetz für eine faire Kassenwahl erreicht werden soll, sind diese Auswirkungen zur Reform der Abrechnungsprüfung nicht zu vereinbaren.

Die Betriebskrankenkassen lehnen aus den dargelegten Gründen jegliche Regelung zur Kontingentierung der Abrechnungsprüfung grundsätzlich ab.

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 275c Abs. 2 SGB V

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung eines Prüfkongingents festhalten möchte, sprechen sich die Betriebskrankenkassen für nachstehende Änderungen aus:

Die wettbewerbsverzerrenden Auswirkungen der im Referentenentwurf vorgeschlagenen Kontingentierung sind primär auf deren singuläre Ausgestaltung als prozentuale Quote zurückzuführen. Dieser Mangel kann durch die Möglichkeit der Prüfung von mindestens zehn Fällen je Quartal und Krankenhaus durch eine Krankenkasse behoben werden (**Mindestprüfkontingent**).

Durch die Einführung dieses ganzzahligen Mindestprüfkontingents werden die wettbewerbsverzerrenden Auswirkungen einer reinen prozentualen Prüfquote vermieden. Das nicht zu argumentierende Prüfverbot für den Fall von weniger als zehn Fällen im Quartal kommt nicht zum Tragen.

Sollte ein Mindestprüfkontingent von 10 Fällen je Quartal und Krankenhaus als zu undifferenziert erachtet werden, könnten alternativ auch mehrere Intervalle mit unterschiedlichen Prüfobergrenzen gebildet werden, z. B.

- nicht mehr als 5 Prüffälle für das Intervall von 1 bis 50 Fälle pro Quartal und
- nicht mehr als 10 Prüffälle für das Intervall von 51 bis 99 Fälle pro Quartal.

Entscheidend ist, dass die wettbewerbsbenachteiligenden Auswirkungen für kleinere und mittlere bzw. stark regional streuende Krankenkassen unterbunden werden.

Durch ein Mindestkontingent wird sichergestellt, dass

- die Krankenkassen mit weniger als zehn Fällen ihr Prüfrecht nicht gänzlich verlieren und
- Nachteile durch fehlender kaufmännischer Rundung gerade bei geringen Fallzahlen je Krankenhaus vermieden werden und zumindest annähernd die vorgesehene Prüfquote von zehn Prozent realisiert werden kann.

Um die Auswirkungen und das Zusammenwirken der jeweiligen auch zeitlich gestaffelten gesetzlichen Maßnahmen zur Neugestaltung der Abrechnungsprüfung bei der Etablierung von Prüfquoten zu berücksichtigen, sollten -sofern der Gesetzgeber diese weiterhin vorsieht- eine **dreijährige Konvergenz** die Prüfquoten schrittweise vom derzeitigen Niveau auf die vom Gesetzgeber geplanten Werte vorsehen.

Gleichzeitig sollte geregelt werden, dass die Auswahl der für die Prüfquote maßgeblichen Abrechnungen/Fälle erst nach Ablauf des zu betrachtenden Quartals für das jeweilige Krankenhaus durch die Krankenkasse erfolgen muss. Dies ermöglicht den Krankenkassen eine zielgerichtete Krankenhausabrechnungsprüfung. Fehlanreize und Möglichkeiten für Umgehungsstrategien für die Krankenhäuser werden so vermieden (z.B. nachlassende Abrechnungsqualität / erlösoptimierende Abrechnungen nach Erreichen der Prüfquote innerhalb des Quartals etc.). Die vorgesehene gesetzliche Regelung, den Zeitpunkt der Abrechnung als Bezug für die Bildung der Prüfquote zu verwenden, ist unzureichend. Vielmehr sollte als Zeitraum auf das Entlassdatum abgestellt werden. Es könnte darüber hinaus eine Fristsetzung für die Rechnungslegung der Krankenhäuser vorgesehen werden.

Ferner sollte es den Krankenkassen zur Vermeidung der Benachteiligung von Krankenkassen mit niedriger bis mittlerer Versichertenzahl gestattet sein, sich in Prüfverbänden zusammenschließen. Die Prüfverbände organisieren sich als Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Abs. 1a SGB X. Die Prüfquote aus § 275 c SGB V gilt dann für den Verbund als Ganzen. Sofern ein Prüfungsverbund besteht, können die teilnehmenden Krankenkassen die Krankenhausabrechnungen in dem jeweiligen Abrechnungszeitraum nur gemeinschaftlich prüfen zu lassen.

Hilfsweise Änderung:

§ 275c Abs. 1 c wird wie folgt ergänzt:

„Den Krankenkassen steht es frei, sich in Prüfungsverbänden (im Sinne einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Abs. 1a SGB X) zusammenschließen. Die Regelungen dieses Paragraphen gelten dann für die Arbeitsgemeinschaft als Ganze. In dem jeweiligen Abrechnungszeitraum können die teilnehmenden Krankenkassen die Krankenhausabrechnungen nur gemeinschaftlich prüfen lassen.“

§ 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 10 Prozent, **jedoch mindestens 10** der bei ihr je Quartal eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses nach Absatz 1 prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote).“*

Nach § 275c Abs. 2 Satz 2 SGB V wird folgender (neuer) Satz 3 eingefügt:

„Dabei darf eine Krankenkasse mindestens 10 der bei ihr je Quartal eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses prüfen lassen.“

Nach § 275c Abs. 4 SGB V wird folgender (neuer) Satz 5 eingefügt:

„Für die Zuordnung des Abrechnungsfalls zum maßgeblichen Zeitraum wird das Entlassdatum verwendet.“

6) Gestaffelte Sanktionszahlungen in Abhängigkeit des Anteils korrekter Abrechnungen

(zu Artikel 1 Nr. 9: § 275c Abs. 3 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen es ausdrücklich, durch einen finanziellen Sanktionsmechanismus erhöhte Anreize bei den Krankenhäusern zu schaffen, korrekter abzurechnen. Dabei ist es angemessen, diese Sanktionen in Abhängigkeit des krankenhausindividuellen Anteils korrekter Abrechnungen auszugestalten.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es jedoch nicht sachgerecht, dass Krankenhäuser mit einem Anteil von bis zu 40 Prozent fehlerhafter Abrechnungen sanktionsfrei gestellt werden sollen. Eine Besserstellung von Krankenhäusern, die tatsächlich fast ausnahmslos korrekt abrechnen, unterbleibt damit.

Die Betriebskrankenkassen sehen es daher als notwendig an, eine dritte Sanktionsstufe vorzusehen: Dazu sollten Krankenhäuser mit einem Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 60 und 80 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf die Differenz in Höhe von 10 Prozent an die Krankenkassen zahlen.

Der Vorschlag, als Mindestgrenze 300 EUR einzuführen, entspringt darüber hinaus dem Gedanken, dass Krankenkassen 300 EUR bereits jetzt als Aufwandspauschale an das Krankenhaus bezahlen müssen, wenn es zu keiner Kürzung der Rechnungssumme gekommen ist. Die Abrechnungsprüfung ist auch auf Krankenkassenseite mit Aufwand verbunden, der durch die vorgeschlagene Summe von 300 EUR ausgeglichen wird. Der Vorschlag steht auch in Zusammenhang damit, dass das Gutachten des Medizinischen Dienstes für Krankenkassen künftig verbindlich ist und möglicherweise auch niedrige Beträge eingefordert werden müssen. Insgesamt wird damit dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen.

Änderungsvorschlag:

§ 275c Abs. 3 SGBV ist wie folgt zu fassen:

(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von ~~60~~ 80 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen, mindestens aber 300 EUR. Dieser Aufschlag beträgt

- a. 10 Prozent bei mit einem Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent,*
- b. 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 2,*
- c. 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 4.*

7) Bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen

(zu Artikel 1 Nr. 9: § 275c Abs. 4 SGBV)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen es ausdrücklich, hinsichtlich der Abrechnungsqualität der einzelnen Krankenhäuser Transparenz zu schaffen. Die Ausweisung und Veröffentlichung von Prüfquoten und den Anteilen korrekter Abrechnungen für das einzelne Krankenhaus ermöglichen es, die Krankenhäuser mit besonders guter von denen mit einer fragwürdigen Abrechnungsqualität zu unterscheiden. Damit wird neben der Schaffung der Voraussetzung zur Umsetzung der Prüfquoten dem öffentlichen Interesse zur Identifikation von systematischer Falschabrechnung Rechnung getragen.

Für die Betriebskrankenkassen steht es außerfrage, dass auch das Prüfverhalten sowie die Prüfergebnisse der Krankenkasse in gleicher Weise transparent dargestellt werden sollten.

Der GKV-Spitzenverband sollte daher je Quartal nicht nur die Anzahl der eingegangenen voll- und teilstationären Krankenhausabrechnungen nach Krankenhäusern und Krankenkassen ausweisen, sondern ebenfalls die Anzahl der eingeleiteten Prüfungen, die Anzahl der abgeschlossenen Prüfungen sowie die Anzahl der Abrechnungen, die nach der Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind, veröffentlichen.

Änderungsvorschlag:

§ 275c Abs. 4 Satz 3 Nr. 4 SGBV ist wie folgt zu fassen:

*„Werte nach Satz 2 Nummer 1 **bis 4**, die nach den einzelnen Krankenkassen zu gliedern sind.“*

8) Prüfung von Strukturmerkmalen

(zu Artikel 1 Nr. 9: § 275d SGB V)

Grundlage für die Abrechnung und Vereinbarung von Leistungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen, ist die Prüfung von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes. Diese Strukturprüfungen werden bisher durch Einzelfallprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen gewährleistet. Die künftige Vorverlegung der Strukturprüfungen, welche krankenhausbefugten und außerhalb der Einzelfallprüfungen erfolgen soll, ist nach Ansicht der Betriebskrankenkassen positiv. Sie wird allerdings nur dann zielgerichtet wirken, wenn die Prüfung der Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes jeweils sowohl **prospektiv als auch retrospektiv** erfolgt: Demnach sollte der Medizinische Dienst die tatsächliche Erfüllung der bis zum Zeitpunkt der (erneuten) Prüfung geltenden Strukturprüfkriterien berücksichtigen. Gleichzeitig ist auch die voraussichtliche Erfüllung der Strukturmerkmale (z.B. im Folgejahr) zu prüfen. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass Strukturvoraussetzun-

gen für abgelaufene Zeiträume nach prospektiver positiver Begutachtung tatsächlich nicht erfüllt wurden, sind entsprechend zu Unrecht erhaltende Vergütungsbestandteile von den Krankenhäusern den Krankenkassen zurückzuzahlen.

Um eine Leistungserbringung ohne das Vorliegen der notwendigen Strukturvoraussetzungen zu vermeiden -und damit jeden einzelnen Patienten zu schützen-, vertreten die Betriebskrankenkassen die Ansicht, dass eine **Anzeigepflicht** für die Krankenhäuser bestehen sollte, sobald diese Strukturmerkmale der OPS-Kodes nicht einhalten können, für die eine prospektive Feststellung der Erfüllung der Strukturvoraussetzungen durch den MDK erfolgte. Nur auf diesem Wege kann garantiert werden, dass nur Leistungen von Krankenhäusern erbracht werden, welche die Strukturanforderungen auch tatsächlich erfüllen. Erst nachdem der Medizinische Dienst die Strukturmerkmale erneut geprüft und deren Erfüllung bescheinigt hat, sollte eine erneute Leistungserbringung vom Krankenhaus möglich sein.

Die vorgesehene Änderung, dass neben dem Medizinischen Dienst ein **weiterer Gutachterdienst** mit der Prüfung der Strukturmerkmale beauftragt werden kann, lehnen die Betriebskrankenkassen ab, da eine qualitativ gleichbleibende und unabhängige Prüfung der Strukturmerkmale gewahrt bleiben muss. Auch vor dem Hintergrund der zu gewährleistenden Patientensicherheit besteht aus Sicht der Betriebskrankenkassen keine Alternative zur Prüfung der Strukturmerkmale durch den Medizinischen Dienst.

Weiterhin sehen die Betriebskrankenkassen die Regelungslücke für das Jahr 2020 („Vertrauensvorschuss“) kritisch. Notwendig ist im Jahr 2020 ein **Übergangszeitraum**, der es den Krankenkassen ermöglicht, im Jahr 2020 weiterhin Einzelfallprüfungen von Strukturmerkmalen der OPS-Komplexbehandlungskodes vorzunehmen. Den Medizinischen Diensten bliebe somit im Jahr 2020 ausreichend Zeit, die Einstufung der Strukturmerkmale für die einzelnen Krankenhäuser vorzunehmen. Das Jahr 2021 könnte dann als Startpunkt für die Geltung der vorgelagerten Strukturprüfungen gesetzt werden. Die Vermeidung einer Regelungslücke im Jahr 2020 ist insbesondere zum Schutz der Patienten von besonderer Relevanz.

Sollten die Strukturvorgaben von einem Krankenhaus nicht erfüllt werden, ist geplant, dass die Leistungen ab dem Jahr 2021 nicht vereinbart und nicht abgerechnet werden dürfen. Hier ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen der Anknüpfungspunkt nicht erst bei der Abrechnung und Vergütung, sondern zwingend bereits bei der **Leistungserbringung** zu sehen. Krankenhäuser, welche die Strukturmerkmale eines OPS-Kodes nicht erfüllen, sollen die entsprechende Leistung gar nicht erst erbringen dürfen und somit auch nicht abrechnen können. Nur auf diese Art und Weise kann ein wirksamer Patientenschutz, analog zu den Mindestmengenregelungen in der Qualitätssicherung, erreicht werden.

In Anknüpfung an den Patientenschutz und einem einheitlichen Vorgehen der Krankenkassen, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, eine zentrale Datenbank über die Ergebnisse der Strukturprüfung zu führen. Da die Krankenhäuser regelmäßig die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen der OPS-Kodes sowohl prospektiv, als auch retrospektiv nachweisen sollen, könnten dort die Ergebnisse hinterlegt werden, damit die Krankenkassen gleichermaßen über den Stand informiert sind.

Änderungsvorschlag:

§ 275d Absatz 1 Satz 1 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den medizinischen Dienst ~~oder durch einen anderen Gutachterdienst~~ begutachten zu lassen bevor sie entsprechende Leistungen ~~abrechnen~~ erbringen. Die zum Prüfzeitpunkt des Medizinischen Dienstes getroffene Einstufung der Strukturmerkmale der OPS-Kodes, bildet die Grundlage für die zukünftige Leistungserbringung der Krankenhäuser im Folgejahr. Im Jahr 2020 gilt für die Krankenhäuser eine Übergangsregelung, welche dem Medizinischen Dienst die Durchführung von Einzelfallprüfungen der Strukturmerkmale der OPS-Kodes ermöglicht.“

§ 275d Absatz 1 Satz 2 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Grundlage der Begutachtung nach Satz 1 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den medizinischen Dienst ~~oder an den anderen Gutachterdienst~~ zu übermitteln.“

§ 275d Absatz 2 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst ~~oder von dem anderen Gutachterdienst~~ eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.“

§ 275d Absatz 4 SGB V ist wie folgt zu fassen:

*„Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, mit Ausnahme der in Absatz 1 Satz 3 getroffenen Übergangsregelung für das Jahr 2020, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2021 **nicht erbringen**, nicht vereinbaren und nicht abrechnen. **Krankenhäuser, welche die Strukturmerkmale der OPS-Kodes ab dem Jahr 2021 voraussichtlich über einen Zeitraum von mehr als drei Kalendertagen nicht einhalten können, haben dies unverzüglich der zuständigen Behörde und den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG mitzuteilen. Ist es dem Krankenhaus nicht möglich den Strukturmangel für die Leistungserbringung kurzfristig zu beseitigen, darf die Leistung nach 7 Kalendertagen nicht mehr erbracht werden. Eine erneute Erbringung und Abrechnung des betroffenen OPS-Kodes kann erst nach einer erneuten Prüfung und Bescheinigung des Medizinischen Dienstes erfolgen.“***

Der Änderungsvorschlag zu § 275d Abs. 4 SGB V bedingt eine Anpassung in den §§ 8 Abs. 4, 11 Abs. 1 KHEntgG. Entsprechend der vorgeschlagenen Änderung und dem Verbot der Leistungserbringung, ist dies entsprechend in den Regelungen zur Finanzierung nachzuvollziehen.

§ 275c Absatz 6 Nr. 2 SGB V ist wie folgt zu fassen:

*„Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist **ab dem Jahr 2021** nicht zulässig bei der Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach §275d.“*

§ 275d Absatz 5 S. 2 SGB V wird gestrichen:

„Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst, hat es die Kosten hierfür zu tragen.“

§ 275d Absatz 6 wird neu eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen ein bundesweites Verzeichnis über die Ergebnisse der Strukturprüfungen nach Abs. 1 Satz 1. Krankenhäuser, die Leistungen im Sinne von Abs. 1 Satz 1 erbringen, melden verpflichtend die Ergebnisse der Prüfung an das bundesweite Verzeichnis. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedern das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Verfügung.“

9) Änderungen zum Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information

(zu Artikel 1 Nr. 15: § 301 Absatz 2 SGB V)

(analog zu Artikel 1 Nr. 13 § 295 Abs. 1 SGB V)

Es wird eine Klarstellung vorgesehen, dass das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) auch Voraussetzungen für die Abrechnung von OPS-Kodes (z.B. strukturqualitative Elemente) festlegen kann. Die Zielsetzung der Vermeidung von Rechtsunsicherheit wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Ebenso wird das Bestreben des Gesetzgebers unterstützt, die Verbindlichkeit der Abrechnung von OPS-Kodes zu verbessern.

Allerdings wird diese Regelung vor dem Hintergrund der Möglichkeit des DIMDI, rückwirkende Klarstellungen für OPS- und ICD-Kodes zu treffen, kritisch gesehen. Diese im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) geregelte Ermächtigung des (DIMDI) zur rückwirkenden Klarstellungen wird von den Betriebskrankenkassen abgelehnt. Durch die rückwirkende Klarstellung wird sowohl den Krankenhäusern, als auch den Krankenkassen Planungs- und Rechtssicherheit genommen. Eine rückwirkende Änderung der

strukturellen Anforderungen bereits bestehender OPS-Kodes verändert die Grundlage für bereits erfolgten Krankenhausabrechnungen. Zudem stellen rückwirkende Klarstellungen einen nicht begründeten Eingriff in die Rechtsprechung dar. Insofern ist die angeführte Verbindlichkeit der Abrechnung zu begrüßen, jedoch die besondere Hervorhebung der Verbindlichkeit einer rückwirkenden Abrechnung abzulehnen.

Weiterhin ist vorgesehen, dass sich das DIMDI für die Festlegung des Diagnoseschlüssels sowie für die Festlegung der Operationen- und Prozedurenschlüssel eine Verfahrensordnung gibt. Diese Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Grundsätzlich wird Verfahrenstransparenz von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Allerdings kann eine Festlegung der Operationen- und Prozedurenschlüssel, die Grundlage der Krankenhausabrechnung sind, nur prospektiv durch das DIMDI erfolgen.

Änderungsvorschlag: Streichung von § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V.

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 1 und den Prozedurenschlüsseln nach Satz 2 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“

10) Prüfverfahrensvereinbarung und Abrechnungsstatistik

(zu Artikel 2 Nr. 1: § 17c Abs. 2 S. 2 KHG)

Die verpflichtende Umsetzung zum elektronischen Datenaustausch sowie die verpflichtenden gemeinsamen Umsetzungshinweise werden ausdrücklich begrüßt. Bisher haben die einseitigen Umsetzungshinweise zu einer unterschiedlichen Interpretation der Prüfverfahrensvereinbarung geführt. Eine Stärkung der Prüfverfahrensvereinbarung, die Reduktion von Streitpotential zu und in der Konsequenz eine Entlastung der Sozialgerichte liegt im Interesse der Betriebskrankenkassen.

(zu Artikel 2 Nr. 1: § 17c Abs. 2a KHG)

Das Verbot der nachträglichen Rechnungskorrektur ist einer der zentralen Bausteine einer sachgerechten Abrechnungsprüfung und entspricht einer der zentralen Forderung der Betriebskrankenkassen. Die Rechnung bildet die Grundlage einer jeden Überprüfung. Die Rechnung ist die Basis aufgrund derer Ressourcen bei den Betriebskrankenkassen und bei den Krankenhäusern beansprucht werden und in der Folge auch die Medizinischen Dienste sich erneut mit weiteren Unterlagen beschäftigen müssen. Um einen belastbaren Ausgangspunkt einer jeden Überprüfung sicherzustellen, sollte ein Abweichen hiervon nicht ermöglicht werden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes vom 04.06.2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz

(Zu Artikel 2 Nr. 1: § 17c Abs. 2 Satz 2 erster Halbsatz)

Das Instrument des Falldialogs hat sich in der Krankenhausabrechnungsprüfung bewährt. Das Instrument kann bereits vor Einleitung einer Prüfung durch den MDK zur Lösung von Fälle in beiderseitigem Einverständnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse beitragen und damit die Prüflast beim MDK senken. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, den Falldialog als ein weiteres zu regelndes Element in der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG aufzuführen.

Änderungsvorschlag:

§ 17c Abs. 2 Satz 2 erster Halbsatz wird um einen neuen Absatz 8 ergänzt:
8. den Falldialog

Streichung von § 17c Absatz 2a Satz 2 KHG:

~~In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden.~~

(zu Artikel 2 Nr. 1: § 17c Abs. 2b KHG)

Der verpflichtende Falldialog vor Klageerhebung wird begrüßt. Der verpflichtende Falldialog stärkt den Gedanken der auf Streitbeilegung ausgerichteten Konsensfindung. In Ergänzung zu den Regelungen des verpflichtenden MD-Gutachtens vor Klageerhebung sollte dieser die Möglichkeit bieten können, eine Aufrechnung durchzuführen (siehe Kommentierung zu II. 1.). Dies würde dem Gedanken Rechnung tragen, zukünftig die Sozialgerichte in Abrechnungsstreitigkeiten zu entlasten. Zudem würde das auf Konsens gerichtete Verfahren zu einer wechselseitigen Kommunikation beitragen und die Verfahren verkürzen.

Neuordnung der Medizinischen Dienste

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1) Medizinische Dienste als eigenständige Körperschaft

(zu Artikel 1 Nr. 11: § 278 SGB V)

Mit dem MDK-Reformgesetz plant der Gesetzgeber die Medizinischen Dienste aus der Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen und in eine eigenständige Struktur zu überführen. Die bisher noch als eingetragene Vereine existierenden Medizinische Dienste werden in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt. Zentral in der vorgenannten Umgestaltung ist der Bruch mit dem bisher geltenden Prinzip der Selbstverwaltung. Der Verwaltungsrat, der bisher paritätisch durch Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter sowie Arbeitnehmervertreterinnen und -vertreter besetzt war, wird nun auf Vorschlag von Ärztekammer, Pflegeverbänden und gesetzlicher Krankenversicherung durch die Bundesländer besetzt.

Die Betriebskrankenkassen lehnen diesen Schritt des Gesetzgebers ab. Wenngleich die Umwandlung aller Medizinischen Dienste in Körperschaften des öffentlichen Rechts nachvollziehbar und begrüßenswert ist, so wird der Bruch mit dem Prinzip der Selbstverwaltung und der entsprechenden Besetzung der Verwaltungsräte abgelehnt. Die Überführung der Medizinischen Dienste in eine vermeintliche Unabhängigkeit geht klar zulasten einer notwendigen Professionalität der Strukturen.

Zu begrüßen ist die Einrichtung einer Ombudsperson, die sowohl den Beschäftigten des Medizinischen Diensts als auch Versicherten zur Verfügung steht. Damit gibt es die Möglichkeit bei auftretenden Problemen eine vertrauensvolle Stelle zu konsultieren. Ebenfalls begrüßt wird von den Betriebskrankenkassen die bisher als unverbindlich im MDK-System bestehende Leistungs- und Kostentransparenz als verpflichtend zu implementieren. Die Ausstattung und Leistungsfähigkeit eines jeden Medizinischen Dienstes wird damit transparent und kann durch die Datenzusammenführung durch den Medizinischen Dienst Bund als Steuerungsinstrument herangezogen werden. Gleichzeitig steht damit auch eine einheitliche Datensammlung zur Auskunft gegenüber Aufsichtsbehörden zur Verfügung.

Die Änderungen in § 278 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 5 SGB V sind zu begrüßen. Die Begutachtung durch fachlich geeignete Gutachterinnen und Gutachter entspricht der bisherigen Praxis der Medizinischen Dienste. Um eine qualitätsgesicherte Begutachtung sicherzustellen, ist zwingend erforderlich, dass die fachliche Eignung der Gutachterinnen und Gutachter indikationsbezogen bzw. leistungsbezogen beurteilt und sichergestellt wird. Die Konkretisierung bei pflegerelevanten Begutachtungen und die jeweilige Zuteilung der Gesamtverantwortung bei mehreren tangierten Berufsgruppen trägt der qualitätsgesicherten Begutachtung Rechnung und ist zu begrüßen.

Änderungsvorschlag:

Streichung von § 278 SGB V, mit Ausnahme von Absatz 2.

Absatz 2 wird als § 275 Abs. 7 SGB V an § 275 Abs. 6 SGB V angefügt

2) Neugestaltung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste

(zu Artikel 1 Nr. 11: § 279 SGB V)

Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste werden nach dem Willen des Gesetzgebers neu ausgerichtet. So werden fortan neben Vertretern der Krankenkassen nun Patientenvertretung, Ärztekammern und Pflegeverbände den Verwaltungsräten angehören. Auf eine paritätische Stimmverteilung wird gänzlich verzichtet.

Diese Umgestaltung und Auflösung der paritätisch besetzten Selbstverwaltung lehnen die Betriebskrankenkassen ab, insbesondere da kein ausgewogenes Stimmrecht mehr vorgesehen ist. Außerdem ist die Besetzung für die gesetzliche Krankenversicherung mit besonderen Anforderungen belegt. Für die Vertretung von Patientenvertretung und Ärzte- bzw. Pflegevertretern werden keine besonderen Voraussetzungen vorgesehen. Insgesamt wird damit das Ziel einer Professionalisierung konterkariert. Gerade die ehrenamtlichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter bringen sowohl die Erfahrung der berufspraktischen Perspektive als auch die Erfahrung aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen mit. Überdies lehnen die Betriebskrankenkassen die Regelung ab, dass Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände sind oder innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates waren, für die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste nicht benannt werden dürfen. Damit säßen künftig Vertreter der Krankenkassen im Verwaltungsrat, die das Kassengeschäft nicht oder nur aus der Vergangenheit kennen. Die 12-monatige Karenzzeit hätte ferner zur Folge, dass nur noch verrentete oder aus dem Kassengeschäft anderweitig Ausgeschiedene für die Vertretung in Frage kämen. Dies würde die notwendige, kenntnisreiche Vertretung der Kassen in den Gremien verhindern.

Grundsätzlich ist die Expertise der Ärzte- und Pflegeverbände in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste nicht notwendig, da sich dieser vornehmlich mit Fragen des Haushalts- und der Personalausstattung beschäftigt. Vielmehr sollte die bestehende Struktur der Beiräte angepasst werden, da diese bei allen wichtigen Entscheidungen des Verwaltungsrats anzuhören sind. Damit würde die Leistungserbringerseite auch eingebunden werden, wenn Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben der Medizinischen Dienste beschlossen werden sollen (§ 280 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Gewünschte Änderung: zu Artikel 1 Nr. 11

Streichung von § 279 SGB V

§ 279 Abs. 4a S. 5 SGB V wird wie folgt geändert:

Die Vertreter im Beirat werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt. Zur einen Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und zur anderen Hälfte auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.

Begründung:

Der vom Gesetzgeber intendierten Berücksichtigung der Perspektive der ärztlichen Selbstverwaltung wird mit der Erweiterung der Beiräte Rechnung getragen.

3) Finanzierung gesonderter Aufgaben des Medizinischen Dienstes

Die grundlegende Finanzierung der Medizinischen Dienste wird nach dem Entwurf keine Änderung erfahren. Weitere Leistungen des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 4 SGB V, die als Aufgaben von den Krankenkassen an die Medizinischen Dienste übertragen werden, sind von der Umlagefinanzierung ausgeschlossen.

Dies wird von den Betriebskrankenkassen kritisch gesehen. Grundsätzlich begründet der Gesetzgeber den Schritt damit, dass sich zum alten Stand keine wesentliche Änderung ergibt. Bisher funktionierte die Finanzierung einer systemischen Beratung der gesetzlichen Krankenversicherung bei medizinischen Fragen durch den Medizinischen Dienst beispielsweise über die Finanzierung des MDS durch die Umlage des GKV-Spitzenverbands. Das Gesetz sieht nun die Herauslösung des MDS vor, damit fällt auch die systemweite Aufgabenwahrnehmung weg. Letztlich dient jedoch die gemeinsame Finanzierung der Aufgabenwahrnehmung der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Finanzierung systemweiter gesonderter Aufgaben des Medizinischen Dienstes sollte daher von der Umlagefinanzierung umfasst werden.

4) Errichtung des Medizinischen Dienstes Bund

(zu Artikel 1 Nr. 11: § 281 ff. SGB V)

Durch Umgestaltung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund (MDS) in den Medizinischen Bund erhalten die Medizinischen Dienste eine Dachorganisation. Damit wird der MD Bund nicht mehr Bestandteil des GKV-Spitzenverbandes sein und eigenständig durch die Medizinischen Dienste über eine Umlage finanziert. Der neue MD Bund regelt durch Richtlinien grundsätzlich die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste. Der Aufbau des MD Bund erfolgt analog dem der Medizinischen Dienste. Der Verwaltungsrat wird durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste gewählt.

Der Vorschlag des Gesetzgebers, den MDS aus dem GKV-Spitzenverband herauszulösen, lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Die Abkehr vom Prinzip der Selbstverwaltung konterkariert, wie bereits unter 2, dargestellt die professionellen Strukturen. Gleichwohl begrüßen die Betriebskrankenkassen den Schritt des Gesetzgebers eine Angleichung der Aufgabenwahrnehmung über den MD Bund herbeizuführen. Allerdings bedarf es dazu nicht der Ausgestaltung des MD Bund, sondern das geeignete Gremium hierfür ist der bereits bestehende Kooperationsrat. Dieser sollte als Alternative im Gesetz verankert und mit verbindlichen Entscheidungen für alle Medizinischen Dienste ausgestattet werden.

Änderungsvorschlag:

Streichung von § 281 ff. SGB V

(Neu) § 282a SGB V „Kooperationsrat der Medizinischen Dienste“

- (1) *Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund bildet mit den Medizinischen Diensten einen Kooperationsrat. Der Kooperationsrat trifft maßgebliche Entscheidungen, die für alle Medizinischen Dienste innerhalb von sechs Monaten Gültigkeit erlangen.*
- (2) *Der Kooperationsrat wird durch je einen Arbeitnehmer- und einen Arbeitgebervertreter aus den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund, den Geschäftsführern der Medizinischen Dienste und dem geschäftsführenden Vorstand des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund gebildet.*
- (3) *Stimmberechtigt sind die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter. Die Zahl der Stimmen der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter richtet sich nach dem Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen.*
- (4) *Aus den Arbeitnehmer- und einen Arbeitgebervertreter ist je ein Vorsitzender und stellvertretender Vorsitzender des Kooperationsrats zu wählen.*
- (5) *Je ein Vertreter der Beiräte aus den Medizinischen Diensten und ein Vertreter der Verbände der Krankenkassen sind berechtigt, an den Sitzungen des Kooperationsrats teilzunehmen.*
- (6) *Der Kooperationsrat gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Sitzungen werden durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund vorbereitet. Der Kooperationsrat tritt mindestens viermalig im Jahr zusammen.*
- (7) *Der Kooperationsrat trifft insbesondere Festlegungen*
 1. *zur Transparenz der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und deren Veröffentlichung,*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes vom 04.06.2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz

2. *zu einheitlichen informationstechnischen Systemen der Medizinischen Dienste,*
3. *zur einheitlichen Aufgabenerledigung sowie*
4. *zu einer einheitlichen Kommunikation der Medizinischen Dienste.*

Neuordnungen und Aufgabenwahrnehmung des Medizinischen Dienstes in der Sozialen Pflegeversicherung

1) Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit/Begutachtungs-Richtlinien

(zu Artikel 7 Nr. 3 und Nr. 4a: § 15 Abs. 4 S. 2 SGB XI und § 17 SGB XI)

Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist die Übertragung der Richtlinienkompetenz für die Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (Begutachtungs-Richtlinien) auf den „neuen“ Medizinischen Dienst Bund fachlich schwer nachvollziehbar. Anliegen der zugrundeliegenden Richtlinien ist es, im Sinne der Betroffenen eine einheitliche Rechtsanwendung angesichts eines komplexen Assessmentverfahrens zu fördern, welches mittels Gutachten der medizinischen Dienste Grundlage für das entsprechende Verwaltungsverfahren zur Leistungsentscheidung der Pflegekassen ist. Dem BKK Dachverband war bislang nicht bekannt, dass sich die Erstellung der Richtlinien unter der Verantwortung der Pflegekassen und mithin des GKV-Spitzenverbandes hinderlich auf die Arbeit der medizinischen Dienste und dementsprechend der einzelnen Begutachter und folglich auf die Betroffenen ausgewirkt hätte. Im Gegenteil wurde bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf der Grundlage des PSG II das notwendige neue Begutachtungsassessment eingeführt und mithin die aufwendige Neufassung der Begutachtungs-Richtlinien geräuschlos und unproblematisch unter Beteiligung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und im fachlichen Schulterschluss mit dem MDS und den medizinischen Diensten umgesetzt, was nicht zuletzt vom BMG vielfach gelobt wurde. Gleichmaßen stellt sich die Frage, wie zielführend die fast schon fundamentalistisch anmutende rechtliche und organisatorische Trennung der Verwaltungsverfahren der Pflegekassen und des Begutachtungsverfahrens für die Versicherten/Betroffenen sein kann, wenn diese doch in der Praxis unkompliziert und unproblematisch ineinandergreifen müssen. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie die medizinischen Dienste in ihrer neuen Organisationsstruktur gerade an dieser Schnittstelle ein einheitliches Verfahren für die Begutachtungen zukünftig sicherstellen und bspw. etwaige interne Fristläufe innerhalb der Begutachtungspraxis (insbes. Unterbrechungstatbestände) gleichlautend rechtlich auslegen werden, wovon die Pflegekassen aufgrund der gesetzlich normierten Fristläufe gemäß § 18 Abs. 3 SGB XI (25-Arbeitstage-Frist) gleichermaßen abhängig sind. Ferner plädiert der BKK Dachverband dafür, den § 18 SGB XI insgesamt hinsichtlich seiner Konsistenz und damit hinsichtlich einer einfachen und einheitlichen rechtlichen Auslegung der verorteten Fristen inklusive etwaiger Unterbrechungstatbestände zu überprüfen und ggf. neu zu fassen.

Änderungsvorschlag:

Die bislang gültigen Regelungen zur Richtlinienkompetenz sollten auch unter den Bedingungen der Neuorganisation des Medizinischen Dienst Bund bestehen bleiben.

2) Kostenabgrenzungs-Richtlinien

(zu Artikel 7 Nr. 4c: § 17 Abs. 1b)

Warum die Richtlinienkompetenz für die Richtlinien zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) dem Medizinischen Dienst Bund übertragen und mithin den Pflegekassen entzogen wird, ist nicht nachvollziehbar. Insbesondere nicht, da es sich gerade bei diesem Sachverhalt um nach innen wirkendes Recht der Pflegekassen und mithin der Krankenkassen handelt. Gerade die Kostenabgrenzungsnotwendigkeit, welche maßgeblich die Praxis der Kassen im dazugehörigen Verwaltungsverfahren tangiert und mithin Resultat der neuen Systematik der Pflegebegutachtung ist (Abkehr von der Messung von Zeitaufwänden) sollte nach Auffassung des BKK Dachverbandes in der Hand der Pflegekassen und damit in der Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes verbleiben. Im Übrigen sei darauf verwiesen, dass das komplexe Verfahren der Kostenabgrenzung Resultat der (fachlich nicht begründbaren) Trennung der Finanzierungszuständigkeit für die Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (SGB V) und der körperbezogenen Pflegemaßnahmen/Grundpflege (SGB XI) für pflegbedürftige Menschen ist. Insofern ist an dieser Stelle nach Auffassung des BKK Dachverbandes jenseits der Frage der Richtlinienkompetenz grundlegender Reformbedarf angezeigt, welcher sich aus den vielschichtigen Verwerfungen ergibt, welche durch die künstliche Trennung der Finanzierungszuständigkeit erst provoziert werden.

Änderungsvorschlag:

Die bislang gültigen Regelungen zur Richtlinienkompetenz sollten auch unter den Bedingungen der Neuorganisation des Medizinischen Dienst Bund bestehen bleiben.

3) Konkretisierung der Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

(zu Artikel 7 Nr. 5c Doppelbuchstabe bb: § 18 Abs. 3 S. 11 SGB XI)

Die hier vorgenommene Änderung korrespondiert mit der geänderten Richtlinienkompetenz zu den *Begutachtungs-Richtlinien* nach § 17 Abs. 1 SGB XI. Nach Auffassung der BKK Dachverbandes wird gerade hier mit der Begründung deutlich, dass die angestrebte Änderung nicht fach- und sachgerecht sein kann. Denn in der Begründung wird geradewegs darauf verwiesen, dass „es sich bei der Pflicht, den Versicherten das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und verständlich zu erläutern, um eine Obliegenheit der Pflegekassen handelt“. Zwar wird mit dieser Formulierung die Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes und mithin der Pflegekassen unter der Richtlinienkompetenz des „neuen“ Medizinischen Dienst Bund begründet, aber in der Logik dieser richtigen Feststellung kann nach Ansicht des BKK Dachverbandes die bestehende Regelung des § 18 Abs. 3 S. 11 auch unproblematisch so belassen werden, wie sie heute besteht.

4) Begutachtung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten bei außerhäuslichen Aktivitäten und bei der Haushaltsführung (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

(zu Artikel 7 Nr. 5d: § 18 Abs. 5a S. 4 SGB XI)

Die hier vorgenommene Änderung ergibt sich ebenfalls aus der geänderten Richtlinienkompetenz zu den *Begutachtungs-Richtlinien* n. § 17 Abs. 1 SGB XI. Mit den bei der Begutachtung erhobenen Informationen – deren Kriterien bislang durch den GKV-Spitzenverband pflegfachlich zu konkretisieren sind – soll qua geltendem Recht u.a. eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI (Pflegeberatung) und das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V (Kassenleistung zur Lösung von Problemen beim Übergang in verschiedenen Versorgungsbereiche) ermöglicht werden. Insofern sind hier originäre Kassenleistungen betroffen, die Grundlage für die Sicherstellung soll aber nicht mehr durch diese direkt erarbeitet werden, sondern obliegt nunmehr dem Medizinischen Dienst Bund. Eine fachliche Begründung für diese Kompetenzverschiebung ist auch hier nicht ersichtlich, weshalb die vorliegende Regelung und mithin die Kompetenzverschiebung bei der Erstellung der Begutachtungs-Richtlinien nicht nachvollziehbar sind.

Änderungsvorschlag:

Die bislang gültigen Regelungen zur Richtlinienkompetenz sollten auch unter den Bedingungen Neuorganisation des Medizinischen Dienst Bund bestehen bleiben.

5) Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren/Dienstleistungs-Richtlinien

(zu Artikel 7 Nr. 7a: § 18b Abs. 1 SGB XI)

Die hier vorgenommene Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den „neuen“ Medizinischen Dienst Bund steht in direktem Zusammenhang mit der verschärften rechtssystematischen und organisatorischen Trennung des Verfahrens der Pflegekassen gem. § 18 SGB XI und des Begutachtungsverfahrens der Medizinischen Dienste, welche sich ungünstig auf die Zusammenarbeit von Kassen und Medizinischen Dienste auswirken könnte. Zwar ist es der Zweck der Dienstleistungs-Richtlinie – gerade mit Blick auf die eigentliche Tätigkeit der Gutachter im Begutachtungsverfahren – verpflichtende, bundesweit einheitliche Verhaltensgrundsätze aufzustellen und die Transparenz des Begutachtungsverfahrens für die Versicherten zu erhöhen, aber dennoch ist hierfür auch das reibungslose Zusammenspiel der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste eine zwingend notwendige Grundlage, denn die Begutachtung selbst und das Verwaltungshandeln der Pflegekassen sind durch § 18 SGB XI rechtlich miteinander verwoben. In dieser Gemengelage hat die Dienstleistungs-Richtlinie unter der Federführung der Pflegekassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes explizit die Objektivität und Neutralität bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens betont und hervorgehoben, dass die Gutachterinnen und Gutachter bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und nur ihrem Gewissen verpflichtet sind. Inwiefern eine solche dezidierte Unabhängigkeit unter der Richtlinienkompetenz Medizinischen Dienst Bund besser und schließlich prüfbar gewährleistet werden kann, lässt der Referentenentwurf an dieser Stelle offen.

Änderungsvorschlag:

Die bislang gültigen Regelungen zur Richtlinienkompetenz sollten auch unter den Bedingungen der Neuorganisation des Medizinischen Dienst Bund bestehen bleiben.

6) Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund/Richtlinienkompetenz

(zu Artikel 7 Nr. 14: §§ 53c und d – neu – SGB XI)

Im neu geschaffenen fünften Abschnitt des fünften Kapitels und mithin in den §§ 53c und d SGB XI werden die Aufgaben der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienst Bund und hinsichtlich der organisatorischen Neuordnung etwaige Übergangsregelungen normiert und ferner die Richtlinien-Kompetenzen des organisatorisch neu-strukturierten Medizinischen Dienstes Bund im Kontext der sozialen Pflegeversicherung geregelt. Diese folgen der Logik der Regelungen im Artikel 1, nach welchen die medizinischen Dienste fortan als eigenständige Körperschaften organisiert werden. Insofern gelten auch hier die grundsätzlichen Ausführungen des BKK Dachverbandes zu Artikel 1 gleichermaßen. Hinsichtlich der in § 53d Abs. 3 (neu) aufgeführten Richtlinienkompetenzen, bei welchen die Pflegekassen und insofern der GKV-Spitzenverband zukünftig zu beteiligen wären, obgleich dieser bislang selbst hierfür die Richtlinienkompetenz zugewiesen übergekommen hatte, gelten die jeweiligen Ausführungen:

- Zu § 53d Abs. 3 Nr. 1 (Begutachtungs-Richtlinien n. § 17 Abs. 1): Vgl. Stellungnahme zu Artikel 7 Nr. 3
- Zu § 53d Abs. 3 Nr. 2 (Kostenabgrenzungs-Richtlinien n. § 17 Abs. 1b): Vgl. Stellungnahme zu Artikel 7 Nr. 4c
- Zu § 53d Abs. 3 Nr.3 (Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten): Stellungnahme zu Artikel 7 Nr. 17
- Zu § 53d Abs. 3 Nr.4 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien): Vgl. Stellungnahme zu Artikel 7 Nr. 20c
- Zu § 53d Abs. 3 Nr.5 (Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus): Vgl. Stellungnahme zu Artikel 7 Nr. 21a

Änderungsvorschlag:

Die bislang gültigen Regelungen zur Richtlinienkompetenz sollten bei den genannten Richtlinien auch unter den Bedingungen der Neuorganisation des Medizinischen Dienst Bund bestehen bleiben.

7) Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

(zu Artikel 7: Nr. 17: § 112a SGB XI)

Die aktuell rechtlich geltende Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes für die Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste wurde gerade erst durch das TVSG normiert und die Richtlinien werden entsprechend durch den GKV-Spitzenverband derzeit erarbeitet. Dies ist auch sach- und fachgerecht, da das zugrundeliegende *Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI (a.F.)* ebenfalls durch den GKV-Spitzenverband federführend durchgeführt wurde und die modellhafte Zulassung dieser Dienste durch Versorgungsvertrag durch die Pflegekassen bzw. deren Landesverbände erfolgte. Die Richtlinienkompetenz jetzt den Pflegekassen und ihren Erfahrungen und mithin dem GKV-Spitzenverband zu entziehen, ist insofern nicht sachgerecht, zumal die Qualitätssicherung und Messung für diese Dienste zukünftig im neuen ambulanten Qualitätssicherungsinstrument abgebildet sein soll, welches vom Qualitätsausschuss n. § 113b SGB XI (Pflegeselbstverwaltung) insgesamt verantwortet wird, in welchem der MDS gem. § 113b Abs. 2 S. 8 SGB XI und auch der „neue“ Medizinische Dienst Bund richtigerweise nur beratend und damit ohne Stimmrecht mitwirkt.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass § 112a Abs. 1 SGB XI in seiner aktuellen Formulierung hinsichtlich der Übergangszeit auf die Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 verweist. § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 regelt allerdings die Instrumentenentwicklung für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege. Dies kann aber inhaltlich nicht gemeint sein, denn die genannten Betreuungsdienste sind ausdrücklich im ambulanten Setting tätig. Insofern wäre nach Ansicht des BKK Dachverbandes an der betreffenden Stelle im § 112a eher auf § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 zu verweisen, in welchem auf die Instrumentenentwicklung für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege abgestellt wird.

Änderungsvorschlag:

Die bislang gültigen Regelungen zur Richtlinienkompetenz sollten auch unter den Bedingungen der Neuorganisation des Medizinischen Dienst Bund bestehen bleiben.

In § 112a Abs. 1 S. 1 werden die Angaben

§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1

ersetzt durch

§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3.

8) Durchführung der Qualitätsprüfungen/Qualitätsprüfungs-Richtlinien

(zu Artikel 7 Nr. 20c: § 114a Abs. 7 SGB XI)

Gemäß § 114 SGB XI werden die Qualitätsprüfungen von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragt und insofern wird die angestrebte Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Medizinischen Dienst Bund kritisch gesehen und sollte in der Hand der Pflegekassen und mithin beim GKV-Spitzenverband verbleiben. Die Richtlinien konkretisieren die Durchführung der Qualitätsprüfung im vollstationären Bereich in verfahrensrechtlicher Hinsicht. Hierbei ist inhaltlich die Beauftragung durch die Landesverbände der Pflegekassen maßgeblich und auch die Ergebnisse (bspw. bei der Feststellung von Mängeln) sind im entsprechenden Verfahren durch die Landesverbände der Pflegekassen (unter Beteiligung des Sozialhilfeträgers) zu bearbeiten. Zusätzlich obliegt den Landesverbänden der Pflegekassen die Verantwortung für die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität. Angesichts dieser Gemengelage ist darauf hinzuweisen, dass hinsichtlich der Qualitätsprüfungs-Richtlinien die Pflegekassen unter der Federführung des GKV-Spitzenverbandes bislang ein einheitliches Vorgehen gewährleisten, zumal dieser Vertreter in den Qualitätsausschuss Pflege n. § 113b SGB XI entsendet, welche stimmberechtigt agieren, während der MDS bzw. der neu der MD Bund hier lediglich beratendes Mitglied sind.

Änderungsvorschlag:

Die bislang gültigen Regelungen zur Richtlinienkompetenz sollten auch unter den Bedingungen der Neuorganisation des Medizinischen Dienst Bund bestehen bleiben.

9) Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen

(zu Artikel 7 Nr. 21a: § 114c Abs. 1 SGB XI)

Anders als in der Begründung zu Artikel 7 Nr. 21 bis 24 angegeben, erfolgt auch mit Artikel 7 Nr. 21a zu § 114c Abs. 1 SGB XI eine Verschiebung der Richtlinienkompetenz vom GKV-Spitzenverband auf den „neuen“ Medizinischen Dienst Bund. Die in § 114c Abs. 1 gesetzlich normierten Richtlinien korrespondieren mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien n. § 114 SGB XI und stehen insofern auch mit den hierfür rechtlich vorgesehenen Verantwortlichkeiten der Landesverbände der Pflegekassen in Verbindung. Zweck der Richtlinien ist es, den Pflegeeinrichtungen einen Anreiz für eine besonders gute Pflegequali-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes vom 04.06.2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz

tät zu bieten und damit in Abweichung von § 114 Abs. 2 S. 1 eine Verlängerung des regelhaften Prüfrythmus von einem auf zwei Jahre zu ermöglichen. Wesentliche Voraussetzung hierfür ist ein hohes Qualitätsniveau der jeweiligen Einrichtung. Wie der Bewertung zu Bewertung zu Artikel 7 Nr. 20c bereits zu entnehmen ist, ist auch hier nach Ansicht des BKK Dachverbandes die fachliche Notwendigkeit der Kompetenzverschiebung zu hinterfragen.

Änderungsvorschlag:

Die bislang gültigen Regelungen zur Richtlinienkompetenz sollten auch unter den Bedingungen der Neuorganisation des Medizinischen Dienst Bund bestehen bleiben.

Sektorenübergreifende Versorgung und Vergütung

(zu Artikel 1 Nr. 3: § 115b SGBV)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die angestrebte Erweiterung des Katalogs der ambulant durchführbaren Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe.

Der Ausbau der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus und die einheitliche sektorenübergreifende Abbildung und Vergütung dieser Leistungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte sind ein weiterer wesentlicher Schritt in Richtung einer von den Betriebskrankenkassen geforderte sektorenübergreifende Versorgung mit dem Rahmen eines einheitlichen Vergütungssystems.

Wichtig ist im Rahmen des vorgesehenen dreiseitigen Vereinbarungsprozesses, dass die konsequente Weiterentwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht durch Partikularinteressen von Krankenhäusern und/oder Vertragsärzte gehemmt wird. Daher gilt es nun genau zu beobachten, ob die sich die vom Gesetzgeber festgelegten Sitz- und Mehrheitsverhältnisse im sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a SGB V bewähren.

Die mit der Änderung vorgesehene Ersetzung der bisherigen Sätze 1 und 2 des § 115b SGB V führt jedoch zu einer fehlenden gesetzlichen Grundlage für den bestehenden Katalog ambulant durchführbarer Operationen ab dem 01.01.2020 bis zum 30.06.2021 (Vereinbarung auf Grundlage des Gutachtes nach Abs. 1a). Hier sollte durch den Gesetzgeber einer Regelung zum nahtlosen Übergang erfolgen.

Abzulehnen ist, dass eine Prüfung der Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe erbringen, nicht einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst unterliegen dürfen. Auch wenn der Gesetzgeber hiermit die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus fördern will, werden mit dieser Regelung deutliche Fehlanreize zu Ungunsten einer korrekten Abrechnung und Rechnungsstellung gesetzt. Dies läuft der Prüfung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dessen Durchsetzung zuwider. Daher schlagen die Betriebskrankenkassen hilfsweise vor, den Versicherten vor der Leistungsinanspruchnahme ein Beratungsrecht durch die Krankenkassen einzuräumen. Das Beratungsgespräch soll den Versicherten in Bezug auf eine optimale Versorgung und mögliche (auch alternative) Leistungserbringer beraten.

Änderungsvorschlag: Streichung des neuen § 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V:

~~„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1.“~~

Krankenhausfinanzierung

1) Fixkostendegressionsabschlag

(zu Artikel 3 Nr. 1 a: Einfügung im § 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 1 KHEntgG)

Seit dem Jahr 2017 und damit erstmals seit über einem Jahrzehnt entwickeln sich die Fallzahlen rückläufig. Dazu hat der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) als Instrument der Mengensteuerung einen wesentlichen Beitrag geleistet und bestehende Fehlanreize zur ökonomisch motivierten Mengenausweitung wirksam reduziert. Grundsätzlich wirken Ausnahmen dem Ziel einer effektiven Mengensteuerung entgegen.

Fixkostendegressionseffekte entstehen betriebswirtschaftlich gesehen bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen immer im Krankenhaus, unabhängig davon, aus welchen Gründen und in welchen Bereichen eine Leistungssteigerung eintritt. Bei einem richtig gefundenen Fixkostendegressionsabschlag ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen daher nicht notwendig, versorgungspolitisch auf Einzelleistungsebene durch Ausnahmetatbestände zu steuern. Ein grundsätzlicher Verzicht auf alle Ausnahmen zum FDA wäre daher folgerichtig. Dies würde das Streitpotenzial im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlungen deutlich minimieren und zu einer zwingend notwendigen Beschleunigung des Verhandlungsverlaufs beitragen.

Eine Erweiterung der Ausnahmetatbestände um Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwersthirnverletzung der Patientin oder des Patienten wird daher durch die Betriebskrankenkassen abgelehnt.

Sollte der Gesetzgeber an der Ausweitung von Ausnahmetatbeständen festhalten, sehen die Betriebskrankenkassen es als notwendig an, diese Ausnahmetatbestände zielgerichtet zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung auszurichten. Dazu sollten Leistungen, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 SGB V festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen im Rahmen von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V vereinbart werden, einem Ausnahmetatbestand unterliegen können, sofern dies von den Vertragsparteien nach §11 KHEntgG gemeinsam so vorgesehen wird. Damit können bei Bedarf Anreize zur Konzentration und Erbringung dieser Leistung im Rahmen von Qualitätsverträgen gesetzt werden, was zu einer höheren Spezialisierung und Qualität der Leistungserbringung führt.

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG.

Anerkennung von Solidargemeinschaften

(zu Artikel 1 Nr. 5: § 176 SGB V)

Die Anerkennung von Solidargemeinschaften als „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ bewirkt nach Auffassung der Betriebskrankenkassen eine Schwächung der GKV. Die Notwendigkeit der Eröffnung eines – neben der PKV – dritten Systems zur Absicherung im Krankheitsfall ist nicht erkennbar. Die seitjeher etablierte Solidargemeinschaft der GKV soll zudem das Risiko der dauerhaften finanziellen Tragfähigkeit von Einrichtungen tragen, die sich ihrerseits bewusst von der gesetzlichen Krankenversicherung distanzieren. Dieses erscheint nicht gerechtfertigt. Soweit vorgesehen ist, dass zunächst nur am 1. April 2007 bereits bestandene und seitdem ununterbrochen fortgeführte Solidargemeinschaften anerkannt werden sollen, wird dieses aller Voraussicht nach von danach gegründeten entsprechenden Einrichtungen gleichermaßen beansprucht werden.

Wird an dem Vorhaben festgehalten, wäre sicherzustellen, dass nicht zulasten der GKV-Beitragszahler ein Schlupfloch geschaffen wird, das Mitgliedern von derartigen Solidargemeinschaften den Wechsel in die GKV ermöglicht, wenn sich zeigt, dass die angenommenen Vorzüge der gewählten Solidargemeinschaft verglichen mit der GKV nicht (länger) tragen, beispielsweise bei kostenintensiven Behandlungen. Die Regelungswirkung des § 6 Absatz 3a SGB V darf unter keinen Umständen unterlaufen werden. Zudem bedarf es aus Gründen der Rechtsklarheit einer Positivliste über diejenigen Solidar- und Unterstützungsgemeinschaften, die unter die Regelung fallen.

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 176 SGB V.