



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)**

12. Mai 2015

- Die private Krankenversicherung befürwortet das Ziel, die Krankenhausversorgung weiterzuentwickeln und insbesondere eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Sie muss bei den neuen Qualitätsmaßnahmen in die Entscheidungsprozesse und den Informationsaustausch effektiv einbezogen werden.
- Qualität ist unteilbar und sollte stets einheitlich für alle Krankenhausbenutzer gelten. Darauf ist bei der Ausgestaltung von Qualitätsverträgen und anderer Qualitätsinstrumente zu achten.
- Qualität hängt auch von einer guten Infrastruktur im Krankenhaus ab. Hierfür sollten die Länder angemessene Investitionsmittel bereitstellen.

Inhalt

I. Allgemeine Anmerkungen

II. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes

- a. §§ 12 bis 14 KHG – Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen
- b. § 17b Abs. 1a und 2 KHG – Vereinbarung bundeseinheitlicher Regelungen für Zu- und Abschläge
- c. § 17c KHG – Schlichtungsausschuss
- d. § 8 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 3 bis 5 SGB V – Unterschreiten der Vorgaben für Mindestmengen
- e. § 110a SGB V – Qualitätsverträge

- f. § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 9 SGB V – qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen
- g. § 136b Abs. 1 Satz 3 SGB V – Beteiligung der PKV bei den Beschlüssen des G-BA nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V
- h. §§ 137, 275a SGB V – Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA durch den MDK

I. Allgemeine Anmerkungen

Die private Krankenversicherung (PKV) hält angesichts der demografischen, regionalen und medizinisch-technischen Veränderungen eine Fortentwicklung der Krankenhausstrukturen für unabdingbar, um eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Dem Thema Qualität, das im Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes einen Schwerpunkt bildet, kommt hierbei eine wesentliche Bedeutung zu. Die PKV befürwortet weitere Verbesserungen in diesem Bereich und erachtet die durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform erarbeiteten Eckpunkte als insgesamt zielführend.

Allerdings ist bei der gesetzgeberischen Umsetzung stets zu berücksichtigen, dass Qualität unteilbar ist und eine qualitätsgesicherte Krankenhausversorgung einheitlich und transparent allen Krankenhausbenutzern zu Gute kommen muss. Zudem muss der Verband der Privaten Krankenversicherung als Vertragspartei auf Bundesebene gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG ebenso wie andere Beteiligte effektiv in die Entscheidungsprozesse über die Ausgestaltung und Anwendung der neuen Qualitätsinstrumente und anderer wesentlicher Strukturmaßnahmen einbezogen und am Informationsaustausch beteiligt werden.

Die im Krankenhaus-Strukturgesetz vorgesehenen Maßnahmen sind mit einem erheblichen Erfüllungsaufwand, insbesondere für die Kostenträger, verbunden. Die Länder sind hingegen im Zusammenhang mit der Errichtung des neuen Strukturfonds keine Verpflichtung eingegangen, durch eine zukünftige Mittelserhöhung die seit vielen Jahren bestehende Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Bereich der Investitionskostenförderung, die sich auch auf die Qualität der Krankenhausversorgung auswirkt, zu beseitigen bzw. zumindest zu verringern. An dieser Stelle fällt der Gesetzesentwurf hinter seinem Anspruch, zukunftsfähige Strukturen im Krankenhauswesen zu implementieren, deutlich zurück.

II. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Gesetzesentwurfs

a. §§ 12 bis 14 KHG – Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

Vorgeschlagene Regelungen

Es soll aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Strukturfonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro insbesondere zum Abbau von Überkapazitäten, zur Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie zur Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen errichtet werden. Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln ist u. a., dass das antragstellende

Land sich verpflichtet, in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht. Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen wählen die Länder die Vorhaben, für die ein Antrag auf Förderung gestellt werden soll, aus und treffen die Entscheidung über die Förderung. Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen.

Bewertung

Die Einrichtung des Strukturfonds ist sinnvoll und verfolgt das wichtige Ziel, den in einigen Regionen erforderlichen Strukturwandel voranzutreiben.

Allerdings wird mit der nur die antragstellenden Länder betreffenden Verpflichtung, in den Jahren 2016 bis 2018 Haushaltsmittel für die Investitionsförderung lediglich in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der Haushaltsmittel der Jahre 2012 bis 2014 entspricht, eine wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser im Sinne des § 4 KHG nicht erreicht werden können. Schon jetzt weist die öffentliche Investitionskostenförderung eine jährliche Unterfinanzierung von insgesamt 2 bis 3 Milliarden Euro auf. Durch die Fortsetzung dieser Unterfinanzierung werden notwendige Investitionen in den Krankenhäusern ausbleiben, und die wirtschaftliche Situation wird sich weiter verschärfen, was dem mit dem Gesetzesentwurf verfolgten Ziel der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung nicht gerecht wird. Daher sollten sich die Länder dazu verpflichten, den Krankenhäusern mehr Investitionsmittel bereitzustellen, und es sollte zudem eine konkrete Perspektive entwickelt werden, dass die Finanzierungslücke in absehbarer Zeit schrittweise ausgeglichen wird.

Die PKV ist auf Grundlage des § 7 KHG und der krankenhausesetzlichen Bestimmungen auf Länderebene in den verschiedenen Krankenhausgremien vertreten und wirkt so an der Fortentwicklung der Krankenhausplanung mit. Entsprechend dieser Systematik wäre es wünschenswert und geboten, wenn sie sich auch in die Auswahl- und Entscheidungsprozesse des Strukturfonds, dessen Maßnahmen sich unmittelbar auf die Krankenhausplanung auswirken werden, einbringen könnte.

b. § 17b Abs. 1a und 2 KHG – Vereinbarung bundeseinheitlicher Regelungen für Zu- und Abschläge

Vorgeschlagene Regelung

Ausweisliche der Gesetzesbegründung sollen im bisherigen Absatz 1 aufgeführte Zu- oder Abschläge enumerativ in Absatz 1a – neu – genannt werden. Absatz 2 soll dagegen nicht geändert werden.

Bewertung

§ 17b Abs. 1a KHG enthält Vorgaben, auf deren Grundlage die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, u. a. der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Weiterentwicklung

und Anpassung des DRG-Vergütungssystems zu vereinbaren haben. Daher muss als redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des Absatz 1a in Absatz 2 Satz 1 geregelt werden, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Vereinbarungen „entsprechend den Vorgaben der Absätze 1, 1a und 3“ treffen.

c. § 17c KHG – Schlichtungsausschuss

Vorgeschlagene Regelung

§ 17c Abs. 4c KHG regelt prozessuale Fragen im Zusammenhang mit der gerichtlichen Überprüfung von Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene. Deren Aufgabe ist die Überprüfung der Ergebnisse der MDK-Prüfungen.

Bewertung

Die PKV nimmt diesen Vorschlag erneut zum Anlass, sich dafür auszusprechen, dass dem Verband der Privaten Krankenversicherung in den Schlichtungsausschüssen auf Landesebene auf Seiten der Kostenträger ein Recht auf Beteiligung und Antragstellung eingeräumt wird. Die Beteiligung der PKV in den Landesschlichtungsausschüssen begründet sich wie folgt:

Die PKV kann schon jetzt gemäß § 17c Abs. 4 KHG über ihre Beteiligung in den Schiedsstellen nach § 18a Abs. 1 KHG an Aufgaben der Landesschlichtungsausschüsse mitwirken. Diese Mitwirkung sollte durch ein förmliches Beteiligungsrecht der PKV in den Schlichtungsausschüssen verstetigt werden, da sie sachlich geboten ist. Durch das einheitliche DRG-Abrechnungssystem können schließlich für die privaten Krankenversicherungen analoge Probleme hinsichtlich fehlerhafter Abrechnungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung auftreten. Auch die private Krankenversicherung sollte die Möglichkeit haben, Streitfragen dem Schlichtungsausschuss vorzulegen. Hier wäre analog zur Situation in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls das Ziel, Zahl und Umfang der gerichtlichen Streitverfahren zu begrenzen.

Zudem gehört bereits ein vom Verband der Privaten Krankenversicherung bestelltes Mitglied dem Schlichtungsausschuss auf Bundesebene gemäß § 17c Abs. 3 KHG an. Diese Beteiligung ist sinnvoll und wird seitens der PKV begrüßt. Entsprechend sollte auch eine Beteiligung der PKV auf Landesebene vorgesehen werden. Da die Verfahren auf Bundesebene einen Vorlauf bzw. eine Vorgeschichte auf Landesebene haben können, wäre eine Beteiligung der PKV auf Landesebene auch aus Gründen einer gleichwertigen Informationslage im Schlichtungsausschuss Bund geboten.

d. § 8 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 und Abs. 3 bis 5 SGB V – Unterschreiten der Vorgaben für Mindestmengen

Vorgeschlagene Regelungen

Der G-BA beschließt einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen. Bei den Mindestmengenfestlegungen sollen Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorgesehen werden, um unbillige Härten zu vermeiden. Wenn die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen.

Bewertung

Es ist dringend geboten, dass Regelungen, die Patienten vor einer unzureichenden Behandlungsqualität schützen sollen, einheitlich für alle Patientinnen und Patienten gelten. Dies entspricht dem in § 1 KHG normierten Ziel einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung – bezogen auf alle Krankenhausbenutzer – und dem Grundsatz, dass Maßnahmen des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus einheitlich für alle Patientinnen und Patienten getroffen werden.

Gemäß dieser Systematik muss auch das vorgesehene Verbot der Entgeltberechnung bei Unterschreiten der Mindestmenvorgaben zu Gunsten aller Krankenhausbenutzer gelten. Dies bringt der Wortlaut des § 8 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG – neu – so auch zum Ausdruck. Allerdings ist die Begründung dieses Vergütungsausschlusses nicht hinreichend tragfähig, sofern auf einen Verstoß gegen das im SGB V normierte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot abgestellt wird (vgl. S. 105 der Gesetzesbegründung). Diese beiden Prinzipien gelten schließlich nur im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber im Recht der privaten Krankenversicherung; gleichwohl muss der Vergütungsausschluss auch bei Behandlungen von privat Versicherten gelten. Daher wäre es wünschenswert, wenn in § 8 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG klarstellend geregelt würde, dass bei Unterschreiten der Vorgaben für Mindestmengen „für die jeweiligen Leistungen gegenüber allen Benutzern des Krankenhauses keine Entgelte berechnet werden“ dürfen.

Zudem sollte in § 136b Abs. 4 Satz 3 und 6 SGB V geregelt werden, dass die Prognose über das voraussichtliche Erreichen der erforderlichen Mindestmenge auch gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung jährlich darzulegen ist, und dieser auch die Möglichkeit hat, die Prognose gegebenenfalls zu widerlegen.

e. § 110a SGB V – Qualitätsverträge

Vorgeschlagene Regelungen

Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu den vom G-BA festzulegenden Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge) schließen. Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Die Qualitätsverträge sind zu befristen, anschließend soll eine Evaluierung durch das Institut nach § 137a SGB V erfolgen.

Bewertung

Die PKV befürwortet das Ziel, durch die Erprobung von Qualitätsverträgen eine nachhaltige Verbesserung der stationären Krankenhausversorgung zu erreichen. Es ist allerdings sachlich nicht nachzuvollziehen, dass sich die Rechtsgrundlage zum Abschluss von Qualitätsverträgen nur auf die gesetzlichen Krankenkassen und deren Zusammenschlüsse beziehen soll. Die privaten Krankenversicherungen und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben gleichfalls ein wesentliches Interesse am Abschluss von Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern. Hierfür sollte gleichermaßen eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, indem entweder die privaten Krankenversicherungen und der Verband der Privaten Krankenversicherung ergänzend in § 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V als vertragschließende Parteien genannt werden oder eine gesonderte Rechtsgrundlage für die PKV im KHG, dort z. B. im 5. Abschnitt (Sonstige Vorschriften), geregelt wird.

Der Abschluss von Qualitätsverträgen und die anschließende Evaluierung zielen darauf ab, Krankenhäuser in qualitativer Hinsicht miteinander zu vergleichen und hieraus Rückschlüsse für allgemeine Qualitätsverbesserungen zu ziehen. Die hierdurch bewirkte Förderung des Qualitätswettbewerbs zwischen den Krankenhäusern erscheint zielführend. Allerdings sollte innerhalb eines Krankenhauses die vorgehaltene Qualität grundsätzlich unteilbar sein. Insbesondere in den Kernbereichen der medizinischen Heilbehandlung des jeweiligen Krankenhauses sollten keine unterschiedlichen Qualitätsstandards je nach Versicherung existieren, sondern es sollten einheitliche, durch Qualitätsverträge abgesicherte Standards bestehen. Unterschiedliche Qualitätsvorgaben innerhalb ein und desselben Krankenhauses wären kontraproduktiv; sie würden nicht zur Erhöhung der Gesamtqualität führen, sondern im Gegenteil Arbeitsabläufe im Krankenhaus erschweren und Prozesslaufzeiten verlängern. Zudem würden sie die Evaluierung der Qualitätsverträge in erheblichem Maße erschweren. Daher spricht sich die PKV nachdrücklich dafür aus, dass Qualitätsverträge einem Transparenzgebot unterliegen und im jeweiligen Krankenhaus zumindest bezüglich der Kernbereiche der medizinischen Heilbehandlungen inhaltlich aufeinander abzustimmen sind.

f. § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 9 SGB V – Qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen

Vorgeschlagene Regelungen

Der G-BA soll einheitlich für alle Patientinnen und Patienten bis zum 31. Dezember 2016 einen Katalog von Leistungen und Leistungsbereichen beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren. Der G-BA regelt ein Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren. Die Ergebnisse der Auswertung der Daten der Krankenhäuser sind den Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen geben in einer Internetplattform regelmäßig Angaben ein, welche Krankenhäuser Qualitätszu- oder -abschläge erhalten; den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ist der Zugang zu diesen Informationen zu eröffnen. Bis zum 30. Juni 2017 vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen.

Bewertung

Die neuen Qualitätszu- und -abschläge unterliegen dem Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte (§ 17 Abs. 1 Satz 1 KHG) und gelten damit auch in Bezug auf Leistungen für privat Versicherte. Infolgedessen muss die PKV bei deren Ausgestaltung und beim Zugang zu relevanten Informationen, z. B. über die vorgesehene Internetplattform, einbezogen werden. Es ist zu begrüßen, dass die Vereinbarung über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge den Vertragsparteien auf Bundesebene – und damit auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung – übertragen werden soll. Unzureichend ist es dagegen, dass die Ergebnisse der Auswertung der Daten der Krankenhäuser wohl nur den Krankenkassen und den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden sollen, und die Zugangsmöglichkeit der PKV zur Internetplattform, auf der die Krankenhäuser mit Zu- und Abschlägen verzeichnet sind, nicht eindeutig geregelt ist.

Die PKV schlägt daher vor, in § 136b Abs. 9 Satz 4 SGB V zu regeln, dass die Auswertungsergebnisse den Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen sind.

g. § 136b Abs. 1 Satz 3 SGB V – Beteiligung der PKV bei den Beschlüssen des G-BA nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V

Vorgeschlagene Regelung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung soll neben anderen Einrichtungen bei den Beschlüssen des G-BA nach den Nummern 1 bis 5 beteiligt werden.

Bewertung

Die in § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Qualitätsvorgaben, die Gegenstand der Beschlussfassungen des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus sind, betreffen unmittelbar die private Krankenversicherung. Der Vergütungsausschluss bei Unterschreitung relevanter Mindestmengen (Nr. 2), die Vereinbarung von Qualitätsverträgen (Nr. 4) sowie die qualitätsabhängige Vergütung (Nr. 5) gelten gleichermaßen auch in Bezug auf privat Versicherte. Die PKV unterliegt zudem gleichfalls einer Pflicht zur Veröffentlichung der strukturierten Qualitätsberichte (Nr. 3). Auch Fragen der Fortbildung und Qualifikation des ärztlichen und therapeutischen Personals in Krankenhäusern (Nr. 1) sind für die PKV von Bedeutung.

Daher strebt die PKV die Möglichkeit einer effektiven Mitwirkung an den die Qualitätssicherung im Krankenhaus betreffenden Beschlüssen an. Das vorgesehene Recht einer bloßen „Beteiligung“ ist hierzu nicht ausreichend. Vielmehr sollte – in Entsprechung der Regelung des § 18 Abs. 1 Satz 3 KHG zum Pflegesatzverfahren – geregelt werden, dass die Beschlüsse des G-BA im Bereich der Qualitätssicherung auch der Zustimmung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung bedürfen.

h. §§ 137, 275a SGB V – Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA durch den MDK

Vorgeschlagene Regelung

Der MDK führt Kontrollen zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen in den Krankenhäusern durch. Der G-BA regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des MDK. Er legt fest, dass die für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen zeitnah einrichtungsbezogen über die Prüfergebnisse informiert werden, und in welchen Fällen der MDK die Prüfergebnisse an Dritte, insbesondere an jeweils zuständige Behörden der Länder, zu übermitteln hat.

Bewertung

Die PKV hat ein gewichtiges Interesse daran, dass sie zeitnah und einrichtungsbezogen über Verstöße gegen Qualitätsanforderungen, die im Rahmen der Kontrollen des MDK festgestellt werden, unterrichtet wird. Die bisherigen Regelungen im Referentenentwurf hierzu sind zu unspezifisch. Daher wird vorgeschlagen, dass in § 137 Abs. 3 Satz 3 SGB V geregelt wird, dass der G-BA vorzusehen hat, dass die für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen und der Verband der Privaten Krankenversicherung zeitnah einrichtungsbezogen über die Prüfergebnisse informiert werden.