

Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG)

Anhörung am 24.11.2008

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat die Entwicklung und Einführung des DRG-Systems als einheitliches, umfassendes Entgeltsystem für alle Krankenhausregelleistungen von Beginn an aktiv unterstützt, obwohl durch das DRG-System den Patienten, die über einen privaten Krankenversicherungsschutz verfügen, in gewissem Umfang höhere Entgelte abverlangt werden, indem durch die Pauschalentgelte die unterdurchschnittlichen Verweildauern der Privatpatienten im Krankenhaus nicht berücksichtigt werden können.

Das DRG-System hat sich bewährt und inzwischen eine beachtliche Reife erreicht. Das DRG-System wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. weiterhin unterstützt, insbesondere weil sich die Höhe der Entgelte aus einem datenbasierten, nachvollziehbaren Algorithmus ergibt. Um das Prinzip leistungsgerechter, deutschlandweit gültiger, einheitlicher Entgelte nach Ende der Konvergenzphase fortzuentwickeln, bedarf es neuer Regelungen, wie jetzt mit dem Gesetzentwurf vorgesehen.

Bei allen Weiterentwicklungen des DRG-Systems ist jedoch im Interesse der Privatpatienten darauf zu achten, dass die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung und Leistungsvergütung eine faire Ausgestaltung erfahren und die bislang gültigen Rahmenbedingungen insoweit nicht zu Lasten der Privatpatienten verändert werden. Diesbezüglich ergeben sich mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung bzw. mit zu erwartenden Änderungsanträgen zu diesem Gesetzentwurf Gefahren hinsichtlich

- **der fehlenden Berücksichtigung der Privatpatienten bei der Qualitätssicherung**
(dazu nachfolgend 1.)

und hinsichtlich

- **einer deutlichen Mehrbelastung von Privatpatienten bei der Abrechnung von Hauptabteilungsentgelten durch Kliniken mit Belegbetten**
(dazu nachfolgend 2.)

An diesen Punkten bedarf der Gesetzentwurf dringend entsprechender Änderungen und Ergänzungen, die wir im Folgenden jeweils konkret vorschlagen.

1. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 3)

Aus der Einführung der **sektorübergreifenden Qualitätssicherung** (§ 137 SGB V) durch das GKV-WSG resultiert, dass nicht mehr alle Patienten des Krankenhauses in der Qualitätssicherung berücksichtigt werden. Um diesen Schaden abzuwenden, wird vorgeschlagen, in § 137 Absatz 2 SGB V Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Die Richtlinien nach Absatz 1 sind einheitlich für alle Patienten unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden.“

Begründung:

Bis zum Inkrafttreten des GKV-WSG hat der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 137 Abs. 1 (alt) SGB V Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (das ist die sog. externe Qualitätssicherung im Krankenhaus) einheitlich für alle Patienten unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe beschlossen. Dabei waren die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen.

Mit dem GKV-WSG sind die Richtlinien zur Qualitätssicherung sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem entsprechend einen neuen Unterausschuss Qualitätssicherung etabliert und den früheren Unterausschuss externe Qualitätssicherung aufgelöst. Mit dieser Umstellung ist die Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. weggefallen, so dass der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nur noch zu Beschlüssen nach § 137 Absatz 3 Nummern 1 bis 4 (diese betreffen die Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten, den Katalog planbarer Leistungen, Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen und die Qualitätsberichte der Krankenhäuser) beteiligt wird.

Das Ausscheiden des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. als Beteiligter bei der Qualitätssicherung im Krankenhaus interpretiert der Gemeinsame Bundesausschuss als Wegfall der Rechtsgrundlage für den Einbezug von Selbstzahlern, also auch Beihilfeberechtigten und privat Krankenversicherten, in Maßnahmen der Qualitätssicherung. Dies, obwohl die sog. externe Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern formallogisch zwingend eine Komponente der sektorübergreifenden Qualitätssicherung darstellt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Selbstzahler und privat Krankenversicherte gleichermaßen wie gesetzlich Versicherte die Zuschläge zur Finanzierung der Qualitätssicherung gemäß § 17b KHG und § 7 KHEntgG zu entrichten haben. Würden Selbstzahler, also auch Beihilfeberechtigte und privat Krankenversicherte, in Maßnahmen der Qualitätssicherung des Krankenhauses nicht – mehr – einbezogen, so hätten sie für Leistungen zu bezahlen, die sie nicht erhalten. Darüber hinaus ist das Prinzip einheitlicher Entgelte

gemäß § 17 Abs. 1 KHG für Krankenhausregelleistungen gemäß § 17b KHG mit uneinheitlichen Qualitätsanforderungen unvereinbar. Schließlich sind Informationen zur Qualitätssicherung nur aussagefähig, wenn die Qualitätsindikatoren unselektiert erfasst werden; der Ausschluß der Selbstzahler würde eine Selektion bedeuten.

Die hier vorgeschlagene Änderung stellt klar, dass privat Krankenversicherte weiterhin in Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubeziehen sind, jedenfalls soweit es sich um Maßnahmen des Krankenhauses handelt, und entsprechend der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zumindest als Beteiligter an den Beschlüssen zu entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mitwirkt.

2. Mehrbelastung von Privatpatienten bei Abrechnung von Hauptabteilungsentgelten durch Kliniken mit Belegbetten

Dem Vernehmen nach soll im Wege eines möglichen Änderungsantrages eine Regelung vorgeschlagen werden, wonach Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung belegärztlicher Leistungen mit Belegärzten Honorarvereinbarungen treffen können. Belegärztliche Leistungen sollen also vom Krankenhaus statt aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden. Um dem Krankenhaus eine Refinanzierung dieser Vergütung der Belegärzte zu ermöglichen, soll wohl bei § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ein Absatz 3 angefügt werden, wonach Krankenhäuser mit Belegbetten, die dem Belegarzt seine Leistungen über Honorarverträge vergüten, den Patienten bzw. ihren Kostenträgern die Entgelte für Hauptabteilungen in Rechnung stellen dürfen.

Diese Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten von Ärzten und Krankenhäusern führt zu einer ganz erheblichen und in keiner Weise gerechtfertigten Mehrbelastung der Privatpatienten, da sie einer deutlich erhöhten Abrechnung des Krankenhauses durch die Hauptabteilungsentgelte ausgesetzt werden, die Gebührenminderung für die stationären ärztlichen Leistungen nach § 6a GOÄ jedoch nach wie vor ausschließlich an den Status des Arztes als Belegarzt anknüpft und eine Gebührenminderung lediglich in Höhe von 15 Prozent ausgelöst wird, während die allgemein bei stationären Leistungen vorgesehene Gebührenminderung 25 Prozent ausmacht. Grund für diese Differenzierung und die geringere Gebührenminderung von Belegärzten ist, dass der Nutzer des Krankenhauses grundsätzlich vor einer Doppelhonorierung ärztlicher Leistungen geschützt werden soll. Wenn das Krankenhaus dem Selbstzahler die Entgelte für Hauptabteilungen in Rechnung stellt, dann muss folgerichtig gelten, dass die ärztlichen Gebühren um 25 Prozent zu mindern sind, denn das Hauptabteilungsentgelt vergütet alle ärztlichen Leistungen, während das Belegabteilungsentgelt um die Leistungen des jeweiligen Belegarztes bereinigt ist. Es muß also klar sein, dass der Belegarzt im Falle der Abrechnung eines Hauptabteilungsentgeltes entsprechend dem Sinn der GOÄ-Regelung zur Gebührenminderung seine Vergütung um 25 Prozent zu mindern hat. Dies erfordert – folgt man dem hier skizzierten Änderungsantrag – eine entsprechend klarstellende

Folgeregelung in der GOÄ. In § 6a Abs. 1 GOÄ bedarf es demnach der Ergänzung um folgenden neuen Satz 3 (der bisherige Satz 3 kann als neuer Satz 4 erhalten bleiben):

„Stellt das Krankenhaus dem Patienten Entgelte für Hauptabteilungen in Rechnung, so beträgt die Gebührenminderung stets 25 vom Hundert.“

3. Landesbasisfallwerte (Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe i):

Bisher variieren die Landesbasisfallwerte erheblich zwischen den Bundesländern, ohne dass dafür rationale Gründe wie unterschiedliche Morbiditäten oder Unterschiede der Behandlungsqualität erkennbar wären. Es ist deshalb zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf das ursprüngliche Ziel bundesweit vergleichbarer Entgelte für vergleichbare Leistungen wieder aufgreift. Der vorgesehene einheitliche Basisfallwertkorridor (§ 10 Absatz 8 und 9 KHEntgG) mit einer Konvergenz im Zeitraum von 2010 bis 2014 bietet den Krankenhäusern der verschiedenen Bundesländer angemessene Chancen, ihre Effizienz zu erhöhen, bzw. eröffnet den Krankenhäusern anderer Bundesländer den Zugang zu zusätzlichen Ressourcen. Dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ist bewusst, dass sich aus den regionalen Schwerpunkten seiner Versicherten für seine Mitgliedsunternehmen aus der Konvergenz Ausgabensteigerungen ergeben können. Demgegenüber wird das Gut bundesweit leistungsgerechter Entgelte als vorrangig akzeptiert. Jedoch dürfen keine sachlich ungerechtfertigten Mehrausgaben der Kostenträger aus den vorgesehenen Regelungen resultieren. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen berücksichtigen nicht, dass – wie vom GKV-Spitzenverband ermittelt – der gewichtete Durchschnitt der Basisfallwerte der Krankenhäuser der meisten Bundesländer unter dem jeweiligen Landesbasisfallwert liegen, so dass sich im Jahr 2009 Mehrausgaben ohne Mehrleistungen ergeben würden. Dies ist sachlich nicht zu rechtfertigen. Das Gesetz muss Regelungen vorsehen, die einem solchen Effekt entgegen wirken.