



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(56)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
14.10.2011

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 19. Oktober 2011 in Berlin

14.10.2011

Der PKV-Verband hält den Schutz der Patienten vor überhöhten Entgeltforderungen in Privatklinik-Ausgründungen für dringend erforderlich. Der vorliegende Änderungsantrag erreicht dieses Ziel nicht, da er nicht die in den Haupthäusern geltenden Regelungen für Wahlleistungen umfasst und nicht auf das gesamte Krankenhausentgeltrecht abstellt. Zudem werden außerhalb der „unmittelbaren Nähe“ gelegene Ausgründungen von der Regelung nicht erfasst. In der Konsequenz bestünde der Anreiz unverändert fort, zur Rechnungsoptimierung aus Plankrankenhäusern private Einrichtungen auszugründen.

Inhalt der Stellungnahme

- A. Grundsätzliche Bewertung des Entwurfs
- B. Ausgründung von Privatkliniken durch Plankrankenhäuser
- C. Satzungsleistungen
- D. Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer und Bezieher von Vorruhestandsgeld
- E. Vorschläge für ergänzende Regelungen
 - a. Krankenhausfinanzierungsgesetz und Krankenhausentgeltgesetz
 - i. Elektronischer Datenaustausch
 - ii. Elektronische Gesundheitskarte
 - b. Einbeziehung der Privatpatienten in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses
 - c. Einbeziehung von privaten Krankenversicherungen und Beihilfe im § 293 SGB V
 - d. Abgrenzung der Versicherungspflicht in GKV und PKV

A. Grundsätzliche Bewertung des Entwurfs

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Weiteren „Versorgungsstrukturgesetz“) bezeichnet das deutsche Gesundheitswesen zu Recht als eines der besten der Welt. Das Versorgungsniveau ist hoch und eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung ist sichergestellt. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen erreicht die Anzahl der niedergelassenen Ärzte immer neue Rekordwerte und ein Großteil ist in überversorgten Gebieten (d.h. in geschlossenen Bezirken mit einem Planungssoll von mehr als 110 Prozent) tätig.

Dessen ungeachtet erweckt die ohne jeglichen internationalen Maßstab geführte Debatte über das Versorgungsstrukturgesetz den Eindruck, dass sich das deutsche Gesundheitswesen bereits in einer Krise befände. Richtig dagegen ist, dass die flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung der Zukunft in Folge der demografischen Entwicklung gefährdet ist, wenn nicht gegengesteuert wird.

Kritisch anzumerken ist, dass der Entwurf die wesentliche Zukunftsfrage der Finanzierbarkeit sowohl der Kranken- als auch der Pflegeversicherung im demografischen Wandel ausblendet. Der Altenquotient, die statistische Relation der Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter zur Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter, wird sich in den nächsten Jahrzehnten dramatisch ändern: Kamen 2010 noch 33,7 Senioren auf 100 Erwerbsfähige (20 bis unter 65 Jahre), sind dies 2050 bereits 70,9.¹ Für Erwerbstätige bedeutet diese Entwicklung, dass heute drei Erwerbstätige für einen nicht mehr Erwerbstätigen arbeiten; ab 2050 wird die Relation statt 3:1 nur noch 1:1 betragen.² Dies bringt die Leistungsfähigkeit der Umlagefinanzierung an ihre Grenzen. Insofern wäre eine Stärkung der Kapitaldeckung – wie sie auch im Koalitionsvertrag für die Pflegeversicherung angedacht ist – dringend geboten.

Einen Schwerpunkt bei den genannten Maßnahmen im Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes bildet die Reformierung der Anfang der 1990er-Jahre unter anderem zur Abwendung einer „Ärztenschwemme“ eingeführten ärztlichen Bedarfsplanung. Die Verteilungswirkung der bisherigen Bedarfsplanung bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gilt als problematisch. Die Bereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte, sich in strukturschwachen ländlichen (aber auch städtischen) Gebieten niederzulassen, wird sich wohl auch in Zukunft durch dirigistische Maßnahmen und zusätzliche Einkommensmöglichkeiten allein nicht verbessern. Vielmehr scheinen in diesem Zusammenhang diejenigen Maßnahmen im Entwurf am erfolgversprechendsten zu sein, die die konkrete Lebenssituation junger Ärztinnen und Ärzte aufgreifen. Mit der Lebenswirklichkeit am ehesten zu vereinbaren sind beispielsweise die nun vollständige Aufhebung der Residenzpflicht und ein vereinfachtes Genehmigungsverfahren von Zweigpraxen, so dass Wohn- und Arbeitsort nicht zwangsweise (nahezu) identisch sein

¹ Vgl. *destatis* (2006), 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante: „relativ alte“ Bevölkerung, November 2006, S. 60.

² Vgl. *Beske, Fritz* (2011), Sechs Entwicklungslinien in Gesundheit und Pflege – Analyse und Lösungsansätze –, Kiel, Februar 2011, S. 7 und 23 f. Dabei ist bereits das neue Renteneintrittsalter von 67 Jahren berücksichtigt.

müssen. Der Wohnort kann in einem attraktiven Umfeld liegen, der Arbeitsplatz gleichwohl in einem strukturschwachen, eher unattraktiven Gebiet. Aber auch Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und ärztlichem Beruf tragen den veränderten Lebenserwartungen junger Ärztinnen und Ärzte Rechnung.

Hilfreich können auch Maßnahmen sein, die der Entscheidungsfreiheit und Kreativität der Beteiligten einen größeren Raum geben und starre, zentrale Planvorgaben lockern. Hier ist unter anderem der im Gesetzentwurf geplante Ausbau mobiler Versorgungskonzepte positiv zu bewerten.

Das Ziel, starre und zentrale Vorgaben zu flexibilisieren, wird im Entwurf auch für die Vergütungssystematiken von Ärzten und Zahnärzten in der GKV verfolgt. Es wird konkret beabsichtigt, „das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren.“ Der PKV-Verband begrüßt grundsätzlich größere Freiheiten für die Beteiligten, um auf individuelle Bedürfnisse und regionale Besonderheiten eingehen zu können. Es muss an dieser Stelle aber die Frage erlaubt sein, warum eine solche Flexibilisierung im Rahmen der Neuordnung der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht vorgesehen wurde. Die Einführung einer Öffnungsklausel hätte es auch der PKV ermöglicht, regional abgestimmte und flexible Vereinbarungen mit den Zahnärzten zu treffen.

Insgesamt begrüßt der PKV-Verband die Motivation des Gesetzentwurfs, jetzt schon Vorkehrungen für die zukünftige Versorgungssicherheit zu treffen. Zu einer nachhaltigen Reform der Versorgungsstrukturen zählen aber auch Fragen der langfristigen Finanzierung von Leistungen im demografieanfälligen Umlageverfahren. Dies begründet die ablehnende Haltung des PKV-Verbands zur geplanten Ausweitung der Satzungsleistungen für die gesetzlichen Krankenkassen.

Zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der Versorgung gehört auch die wirksame Verhinderung von Strategien, bewährte Entgeltregelungen zu umgehen und Versicherten für identische Leistungen ein Vielfaches der üblichen Beträge in Rechnung zu stellen. Dringender Handlungsbedarf besteht an dieser Stelle im Bereich der Ausgründungen von Privatkliniken durch Plankrankenhäuser.

B. Ausgründung von Privatkliniken durch Plankrankenhäuser

(Änderungsantrag 24 in Ausschussdrucksache 17(14)0192)

Seit Jahren versuchen Krankenhausträger, den Entgeltbindungen des Krankenhausentgelts zu entgehen, indem sie Tochtergesellschaften zur Behandlung von Privatpatienten gründen. Diese Einrichtungen sollen dann nicht den Entgeltbindungen sowohl hinsichtlich der Zimmerzuschläge als auch hinsichtlich der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen, wie sog. „echte“ Privatkliniken, unterliegen. In der Folge ist die Angemessenheit der Zimmerzuschläge nicht mehr gewährleistet (erforderlich gem. BGH-Urteil vom 4. August

2000, umgesetzt durch die Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft) und es werden von den Patienten deutlich höhere Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen verlangt. Gegen derartige Konstruktionen – ca. 100 Krankenhäuser verfügen bereits über solche Ausgründungen – ist der PKV-Verband auf dem Rechtsweg vorgegangen, jüngst aber vor dem Bundesgerichtshof unterlegen.

Dieser hat am 21. April 2011 entschieden, dass eine von einem Plankrankenhaus betriebene Privatklinik auch dann nicht den Bestimmungen des Krankenhausentgeltrechts unterliegt, wenn diese ihre Patienten mit Mitteln und Ärzten des Plankrankenhauses behandelt und letztlich *identische* Leistungen erbringt. Damit wird ein erheblicher Anreiz zur Herausnahme der Privatpatienten aus der seit 1972 bestehenden einheitlichen Behandlungs- und Abrechnungssystematik gegeben. Eine flächendeckende Ausbreitung des Ausgründungsmodells ist zu befürchten und infolgedessen eine erhebliche Erhöhung der Behandlungskosten für Privatpatienten und Beihilfeberechtigte – trotz gleicher Leistungen. Insgesamt ist mit jährlichen Mehrkosten in Höhe von einer bis mehreren Mrd. Euro zu rechnen.

Es ist zu begrüßen, dass die Koalition der Praxis der Privatklinikausgründungen durch Plankrankenhäuser einen Riegel vorschieben will. Eine gesetzliche Regelung muss v.a. folgende Ziele erreichen:

- Das Prinzip des § 1 Abs. 1 KHG, nach dem sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses auf sämtliche Patienten des Krankenhauses bezieht und damit ein einheitliches Entgeltrecht bedingt, muss gesichert werden.
- Es muss gewährleistet sein, dass Privatversicherte/Selbstzahler im Bereich ausgegründeter Privatkliniken nicht schlechter als bei einer Behandlung im verbundenen Plankrankenhaus gestellt werden. Dies erfordert, dass bei gleichen Leistungen die Bestimmungen hinsichtlich der Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen und auch der Wahlleistungen uneingeschränkt Anwendung finden müssen.

Der vorliegende Änderungsantrag erreicht diese Ziele *nicht*. Wenn der Antrag Wirkung zeigen soll, bedarf es dringend notwendiger Änderungen:

1.) Die Problematik der Privatklinik-Ausgründung wird wesentlich durch die Erbringung gleicher Leistungen gegen Zahlung höherer Entgelte beschrieben. Eine Beschränkung der Regelung auf Einrichtungen in „unmittelbarer räumlicher Nähe“ würde dazu führen, dass eine Vielzahl von Einrichtungen nicht mehr erfasst würde. Damit würde durch den Gesetzgeber geradezu ein Anreiz für den Betrieb von Ausgründungen in räumlicher Nähe gesetzt und das Ziel des Änderungsantrags konterkariert.

2.) Der vorliegende Änderungsantrag der Koalition will unzumutbare Belastungen der Selbstzahler durch Entgeltforderungen von ausgegründeten Kliniken verhindern. Dieses Ziel kann mit dem Antrag nicht erreicht werden, da er von den für Plankrankenhäuser geltenden Ent-

geltregeln im Bereich der Privatklinikausgründungen nur denjenigen Geltung verschaffen will, die *allgemeine* Krankenhausleistungen betreffen. D.h. die *Regeln für Wahlleistungen* im Haupthaus, umgesetzt durch die Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (s.o.), würden für die Privatausgründung *nicht* gelten.

Dies ist aus Sicht des Patientenschutzes problematisch. Schon der BGH hatte im Urteil vom 4. August 2000 festgestellt (S. 8): „Die höhenmäßige Begrenzung von Wahlleistungsentgelten dient dem Schutz des Krankenhauspatienten vor überhöhten Entgeltforderungen des Krankenhauses. Dieser befindet sich bei Abschluss eines Krankenhausvertrages im allgemeinen in einer schwierigen persönlichen Situation, aufgrund derer es ihm nicht zuzumuten ist, sich bei mehreren Krankenhäusern über die Bedingungen zu informieren, unter denen diese zum Abschluss von Wahlleistungsvereinbarungen bereit sind, oder gar mit diesen eingehende Verhandlungen über den Inhalt einer Wahlleistungsabrede zu führen.“

Der Antrag verstärkt die Anreize sogar, Privatkliniken allein zur Umgehung des Krankenhausentgeltrechts im Interesse der Rechnungsoptimierung zu gründen. Wenn nämlich zukünftig in Ausgründungen nur die Entgeltbeschränkung bei allgemeinen Krankenhausleistungen gelten sollte, setzt dies den Anreiz für eine nicht leistungsgerechte *Erhöhung der Zimmerzuschläge*. So könnten die Krankenhäuser die mit der Regelung für die allgemeinen Krankenhausleistungen verbundenen Einschränkungen ohne weiteres kompensieren. Für den Patienten ist es aber unerheblich, ob er eine geringere DRG-Fallpauschale und dafür höhere Zimmerzuschläge – oder umgekehrt – zahlen muss. Hiergegen hilft nur eine vollständige Bindung der Entgelte der Ausgründungen an die Vorgaben des Krankenhausentgeltrechts einschließlich der Bestimmungen für Wahlleistungen.

3.) Ein effektiver Schutz der Patienten lässt sich nur dann sicher verwirklichen, wenn die Entgeltbindung durch Verweis auf konkrete Rechtsgrundlagen umgesetzt wird. Dazu müssen die zur Anwendung kommenden Gesetze bezeichnet werden. D.h. es ist auf das KHG, das KHEntgG und die BpflV zu verweisen. Damit ist eine gesetzliche Entgeltbindung der Ausgründungen bei dem Plankrankenhaus entsprechenden Leistungen – sowohl bei allgemeinen Krankenhausleistungen als auch bei Wahlleistungen – sichergestellt. Z.B. würde durch den konkreten Verweis auf das KHEntgG auch erst die Anwendung der GOÄ – dies fällt nicht in den Kreis des Krankenhausfinanzierungsrechts – für wahlärztliche Leistungen der Ausgründungen unzweifelhaft abgesichert.

C. Satzungsleistungen

(Art. 1 Nr. 2 GKV-VStG-Entwurf)

In § 11 SGB V soll ein neuer Absatz 6 eingefügt werden, der übergreifend die neuen Befugnisse der Krankenkassen beim Angebot von Satzungsleistungen regelt. Zusätzliche Sat-

zungsleistungen sollen sich explizit auf folgende Leistungsbereiche erstrecken können (§ 11 Abs. 6 SGB V – GKV-VStG, S. 9):

- medizinische Vorsorge- und Rehabilitation (§§ 23, 40),
- künstliche Befruchtung (§ 27a),
- zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2),
- Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 Satz 1),
- Heilmittel (§ 32),
- Hilfsmittel (§ 33),
- häusliche Krankenpflege (§ 37),
- Haushaltshilfe (§ 38),
- Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Eine sonst bei den bereits vorhandenen Regelungen im Sozialgesetzbuch zu Satzungsleistungen übliche weitergehende Konkretisierung des Leistungsrahmens (z.B. analog den §§ 20d Abs. 2, 23 Abs. 2 und 4, 37 Abs. 2 SGB V) bleibt aus. Es ist den Krankenkassen lediglich nicht erlaubt, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Leistungen anzubieten. Ansonsten muss die Satzung „insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen.“ Die zusätzlichen Leistungen sind zudem von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

Die geplante Neuregelung wird abgelehnt. Die Absicht, den Krankenkassen neue Spielräume für das Angebot von über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehenden Zusatzleistungen zu geben, führt zu einer ordnungspolitisch fragwürdigen sozialstaatlichen Angebotskonkurrenz in einem funktionierenden privatwirtschaftlichen Markt. Die privaten Krankenversicherungen bieten heute schon eine Vielzahl von Zusatzversicherungsprodukten an, die auch die oben genannten Leistungsbereiche erfassen. Beispielsweise sehen private Zusatzversicherungen vor, nicht durch den gesetzlichen Leistungskatalog gedeckte Zahnbehandlungen (u.a. bestimmte Parodontose-Therapien, Wurzelbehandlungen, Kunststofffüllungen, Inlays und Onlays) und Prophylaxe-Maßnahmen (z.B. professionelle Zahnreinigung) zu übernehmen. Ebenso existieren vielzählige ambulante GKV-Ergänzungstarife mit Leistungen für Heil- und Hilfsmittel sowie Heilpraktiker-Behandlungen. Darüber hinaus sind Tarife betroffen, die in individueller Kooperation mit Krankenkassen im Sinne des § 194 Abs. 1a SGB V geschlossen wurden und auf das Vorleistungsniveau der GKV abstellen. Das Leistungsversprechen dieser Tarife würde nach Einführung von Satzungsleistungen in den genannten Bereichen ins Leere laufen. Ebenso wäre das Neugeschäft betroffen.

Zwar wird in der Begründung des Entwurfs der Versuch einer Eingrenzung vorgenommen, wonach nicht nur vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Leistungen nicht angeboten werden dürfen, sondern auch alle nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (mit Ausnahme nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach § 34 Abs. 1 Satz 1). Dies dürfte jedoch kaum normative Kraft in der Praxis entfalten.

Eine aktuelle Umfrage des PKV-Verbandes bei seinen Unternehmen zeigt, dass selbst bei vorsichtiger Betrachtung acht Prozent des Zusatzversicherungsgeschäftes mit Inkrafttreten des Gesetzes sofort existenziell bedroht wäre, insbesondere im Bereich der Zahnbehandlung, der Zahn-Prophylaxe, der Heil- und Hilfsmittel sowie spezifischer Vorsorgetarife. Der Sozialstaat würde in einen Verdrängungswettbewerb zur Privatwirtschaft treten. Denn die GKV-Versicherten hätten diese Leistungen ja dann als Satzungsleistungen ihrer Kasse immer schon bezahlt und keinen Grund, die Leistung ein zweites Mal bei einem privaten Anbieter einzukaufen. Die Folge wäre die Kündigung des privaten Zusatztarifs. Bei dem auf Basis der o.g. Branchenumfrage zu erwartenden Szenario ist noch nicht einmal berücksichtigt, dass die GKV die beabsichtigte Änderung von § 11 SGB V auch dazu nutzen könnte, mit Privatkliniken Verträge zu schließen. Die Befugnis zu Vereinbarungen mit „nicht zugelassenen Leistungserbringern“ schließt diese Möglichkeit ein, da der Gesetzentwurf keinerlei Eingrenzung vornimmt. Die GKV würde dann bislang exklusiv der PKV vorbehaltenen Leistungen anbieten und zugleich zu den wettbewerbpolitischen Vorteilen einer staatlichen Körperschaft mit Millionen von Pflichtversicherten einkaufen können.

Nach der expliziten gesetzlichen Ermächtigung der GKV zum Angebot von Zusatzversicherungen im GKV-Finanzierungsgesetz droht somit die nächste fragwürdige Entscheidung, die einen gut funktionierenden Markt in Frage stellt: Fast 22 Mio. Versicherte hatten 2010 eine private Zusatzpolice abgeschlossen, wovon 16,5 Mio. einen oder mehrere Versicherungstarife wählten, die als Zusatzschutz zur GKV eingeordnet werden können. Am häufigsten wurden Zahntarife nachgefragt: 12,75 Mio. Versicherte entschieden sich dafür. 7,6 Mio. Versicherte schlossen einen ambulanten Ergänzungstarif ab.³ Die gesetzlich Versicherten nehmen also das private Versicherungsangebot an und ergänzen ihren Versicherungsschutz individuell. Diese souveränen Entscheidungen der Versicherten sollte der Gesetzgeber nicht einfach revidieren.

Auch unter Verbraucherschutzpolitischen Gesichtspunkten ist der beabsichtigte Ausbau von Satzungsleistungen falsch. Die gesetzlichen Vorgaben bleiben für die Versicherten weitgehend unspezifisch und schwer planbar. Zudem können die Satzungsleistungen wie auch die GKV-Wahltarife jederzeit von der Krankenkasse wieder eingestellt werden. Eine lebenslange Leistungsgarantie wie in der PKV ist nicht gegeben. Die Versicherten laufen Gefahr, eine Absicherung zu wählen, auf die sie unter Umständen bei Bedarf keinen Anspruch mehr haben.

Die Gesetzesbegründung formuliert die Absicht, die Auswirkungen der erweiterten Satzungsleistungen auf den Wettbewerb u.a. mit privaten Versicherungsanbietern zu evaluieren. Größere Verbindlichkeit käme einer derartigen Regelung im Gesetzestext zu. Darüber hinaus sollte die Regelung nähere Angaben bzgl. anzuwendender Methoden, zu berücksichtigender Daten und zum zeitlichem Rahmen der Evaluierung umfassen.

³ Vgl. PKV-Rechenschaftsbericht 2010, S. 17 f.

D. Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer und Bezieher von Vorruhestandsgeld

(Art. 1 Nr. 72 lit. b) und d) VStG-Entwurf)

Der Gesetzentwurf sieht für die Bemessung des Beitragszuschusses für privat krankenversicherte Arbeitnehmer eine konkrete Festschreibung des maßgeblichen Beitragssatzfaktors vor. Die klarstellende Regelung des Gesetzentwurfs ist sachgerecht.

Desweiteren wird der für die Bemessung des Beitragszuschusses für privat krankenversicherte Bezieher von Vorruhestandsgeld maßgebliche Beitragssatzfaktor neu festgeschrieben. Die Regelung ist sachgerecht und geeignet, die bisherige Schlechterstellung von privat versicherten Arbeitnehmern im Vorruhestand im Vergleich zu freiwillig gesetzlich versicherten Arbeitnehmern im Vorruhestand zu beenden.

E. Vorschläge für ergänzende Regelungen

a. Krankenhausfinanzierungsgesetz und Krankenhausentgeltgesetz

i. Elektronischer Datenaustausch

(§ 17 c Abs. 5 Satz 2 KHG)

Um den elektronischen Datenaustausch zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern auf eine rechtlich eindeutige Basis zu stellen, bedarf es einer Änderung in § 17 c Abs. 5 Satz 2 KHG in der Weise, dass das Wort „maschinenlesbar“ durch die Worte „im Wege des elektronischen Datenaustauschs“ ersetzt wird. Die Notwendigkeit dieser Rechtsänderung ist dadurch gegeben, dass auch Papierdokumente als „maschinenlesbar“ interpretiert werden, was die tatsächliche Durchführung des gesetzlichen Auftrags in Form des elektronischen Datenaustauschs behindert bzw. blockiert.

ii. Elektronische Gesundheitskarte

(Zu Art. 7 Nr. 2 VStG-Entwurf)

In Artikel 7 des Gesetzentwurfs findet sich unter Nr. 2 eine wichtige Ergänzung zu § 21 KHEntgG, wonach die lebenslange Krankenversicherungsnummer für die Zwecke der Entwicklung/Pflege der Krankenhausentgeltsysteme nach § 17b bzw. 17d KHG zu übermitteln sind. Hiervon sind Privatversicherte mangels einer solchen Nummer ausgenommen, „weil diese an die (fakultative) Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte durch die PKV-Unternehmen geknüpft ist (§ 291a Abs. 1a SGB V)“ (siehe amtliche Begründung Seite 154). Damit nicht die Daten von 10 Prozent der Nutzer bei der Entwicklung der Entgeltsysteme fehlen, bietet es sich hier an, die Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte auch bei

Privatversicherten verpflichtend zu machen. Das gilt auch für die Entwicklung des Entgelt-systems nach § 17d KHG (für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen).

b. Einbeziehung der Privatpatienten in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Seit dem Jahr 2000 werden Krankenhauspatienten unabhängig von ihrem Versichertenstatus – und damit auch Privatversicherte – in die externe stationäre Qualitätssicherung einbezogen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. seinem Vorläufer hat die PKV bereits von 2000 bis zum GKV-WSG an der Qualitätssicherung im Krankenhaus in den Unterausschüssen externe stationäre Qualitätssicherung bzw. sonstige Qualitätssicherung (zum Beispiel mit den Themen Mindestmengen und Qualitätsberichte) als Beteiligte (also beratend, aber ohne Antrags- oder Stimmrecht) mitgewirkt. Mit der Umstellung auf die grundsätzlich sektorenübergreifende (Krankenhaus und Vertragsärzte) Qualitätssicherung durch das GKV-WSG wurden nicht gesetzlich versicherte Patienten von der Qualitätssicherung ausgeschlossen und der PKV gingen diese Beteiligungsrechte verloren. Mit dem KHRG (2008) ist es gelungen, in § 137 SGB V die sektorenübergreifende Qualitätssicherung grundsätzlich einheitlich für alle Patienten und ein Beteiligungsrecht (also beratend, aber ohne Antrags- oder Stimmrecht) der PKV für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung in § 137 SGB V neu zu verankern. Durch die neue Verankerung schien gewährleistet, dass Privatversicherte im Krankenhaus und darüber hinaus auch erstmals von der Qualitätssicherung beim GKV-Vertragsarzt erfasst werden. Inzwischen hat sich aber herausgestellt, dass die Einbeziehung der Privatversicherten in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf rechtliche Hürden stößt, da bislang eine ausdrückliche Ermächtigung fehlt, die es wie bei den GKV-Versicherten (§ 299 SGB V) erlaubte, pseudonymisierte medizinische Behandlungsdaten ohne Einwilligung des Patienten zum Gegenstand der Qualitätssicherung zu machen. Deshalb wird vorgeschlagen, eine solche Ermächtigung gesetzlich zu verankern, zum Beispiel in § 13 Bundesdatenschutzgesetz.

Vorschlag zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes

Das Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. August 2009 (BGBl. I S. 2814) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 13 Abs. 2 Nr. 7 wird wie folgt gefasst:

„Das Erheben besonderer Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) ist nur zulässig, soweit (...)

7. dies zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung oder deren Qualitätssicherung oder für die Verwaltung

von Gesundheitsdiensten erforderlich ist und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen; für die Erhebung personenbezogener und besonderer personenbezogener Daten zum Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung nach dem Neunten Abschnitt des Vierten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Betroffenen gilt § 299 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entsprechend.“

Dem § 14 Abs. 6 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Für die Speicherung, Veränderung oder Nutzung personenbezogener und besonderer personenbezogener Daten zum Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung nach dem Neunten Abschnitt des Vierten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Betroffenen gilt § 299 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entsprechend.“

Nach § 28 Abs. 7 wird folgender Abs. 8 eingefügt:

„Zum Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung nach dem Neunten Abschnitt des Vierten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dürfen personenbezogene und besondere personenbezogene Daten von Betroffenen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ohne deren Einwilligung von Leistungserbringern erhoben, verarbeitet und an eine räumlich, organisatorisch und personell getrennte Vertrauensstelle übermittelt werden. Die Vertrauensstelle darf die Daten nach Satz 1 pseudonymisieren, speichern und an die unabhängige Stelle nach § 299 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch übermitteln; diese darf die Daten auswerten.“

Begründung: In jedem Einzelfall eine Einwilligungserklärung einzuholen, birgt das Risiko einer Selektion, die die Aussagefähigkeit der Qualitätssicherung und damit ihren Nutzen für die Patienten in Frage stellen kann. Daher bedarf es zum Schutz der Patienten einer gesetzgeberischen Klarstellung. Im Übrigen dürfte es auch erst durch diese Klarstellung eindeutig geregelt sein, dass gemäß § 299 SGB V die Daten der Qualitätssicherung in pseudonymisierter Form übermittelt werden dürfen, ohne dass das Einverständnis der gesetzlich Versicherten eingeholt werden muss.

c. Einbeziehung von privaten Krankenversicherungen und Beihilfe im § 293 SGB V

Infolge des Infektionsschutzgesetzes (Beschluss Deutscher Bundestag 9. Juni 2011) wird die Spitzenorganisation der Apotheker in § 293 SGB V verpflichtet, zukünftig das Apothekenverzeichnis auch der Zentralen Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten (ZESAR) beim PKV-Verband zur Verfügung zu stellen. Die zentrale Stelle darf das Verzeichnis an die Beihilfeträger und die Unternehmen der privaten Krankenversicherung weitergeben. Diese Regelung begrüßt der PKV-Verband ausdrücklich, da sie eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel ist.

Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes sollte darüber hinaus eine weitere Ergänzung des § 293 SGB V vorgenommen werden, die vorsieht, dass die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) auch das bundesweite Verzeichnis von Ärzten und Zahnärzten zur Verfügung stellt.

Vorschlag zur Änderung von § 293 SGB V

„Ab Inkrafttreten des Gesetzes stellen die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung dem Verband der privaten Krankenversicherung das bundesweite Verzeichnis von Ärzten und Zahnärzten und Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind, im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Verband der Privaten Krankenversicherung in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Der Verband der Privaten Krankenversicherung stellt das Verzeichnis den Beihilfestellen und seinen Mitgliedsunternehmen auf Nachfrage zur Verfügung.“

Begründung: Da die PKV gesetzlich verpflichtet ist, einen an den Leistungen des SGB V orientierten Basistarif anzubieten, ist im Sinne der medizinischen Versorgung der beihilfe- und nichtbeihilfeberechtigten Versicherten im Basistarif die volle Einbeziehung von PKV und Beihilfe im § 293 SGB V geboten.

d. Abgrenzung der Versicherungspflicht in GKV und PKV

Mit dem GKV-WSG wurde eine allgemeine Pflicht zur Versicherung mit dem Ziel eingeführt, nicht krankenversicherte Personen erneut in dem Krankenversicherungszweig – GKV oder PKV – zu versichern, bei welchem sie zuletzt versichert waren bzw. Personen, die noch nie krankenversichert waren, dem Zweig zuzuordnen, welchem sie dem Grunde nach zugehörig sind. Dieser Leitgedanke ist aber im Gesetz nicht konsequent umgesetzt. Es stellt sich in der Praxis immer wieder die Frage, ob nicht nach der derzeitigen Rechtslage Personen, die erstmals nach dem 1. Januar 2009 Leistungen nach dem SGB XII beziehen, regelmäßig der privaten Krankenversicherung zugeordnet werden müssen, selbst wenn eine Vorversicherung in der GKV oder überhaupt keine systematische Zuordnung zur PKV besteht. Betroffen sind u.a. Auslandsrückkehrer, z.B. Russland-Deutsche nach ihrem Zuzug in das Bundesgebiet, sowie ehemalige Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII, auch wenn vor dem Bezug der genannten Sozialleistungen eine Versicherungspflicht in der GKV bestanden hat.

Unzureichende Abgrenzung bei Sozialhilfebezug

Ursächlich für die beschriebene Unklarheit ist folgender Regelungszusammenhang: Für die betroffenen Personenkreise liegen zwar einerseits die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a) oder Buchstabe b) SGB V vor. Andererseits entsteht die Versicherungspflicht aber nach § 5 Abs. 8a SGB V Satz 2 SGB V

nicht. Vielmehr entsteht für diese Personenkreise nach § 193 Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. § 193 Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 VVG in der Rechtspraxis ein pauschaler Kontrahierungszwang im Basistarif der PKV.

Im Hinblick auf die Pflicht zur Versicherung bedarf es einer systematischen Zuordnung der gesamten Bevölkerung auf die beiden Versicherungssysteme GKV und PKV. Die systematische Zuordnung spiegelt sich wider in den Merkmalen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, wonach bestimmte Personengruppen auch im Fall einer Nichtversicherung der PKV zuzurechnen sind, dies betrifft insbesondere Selbständige. Diese maßgebliche Wertung für die Begründung der Versicherungspflicht in der GKV sollte dann allerdings auch in der Abgrenzung zur PKV unabhängig von dem etwaigen Bezug einer Sozialleistung durchgehalten werden. Diese Folgerichtigkeit ist derzeit, wie der folgende Fall zeigt, nach der vorgenannten Rechtsansicht nicht gewährleistet: Eine zuletzt gesetzlich versicherte, derzeit nicht krankenversicherte Person bezieht Leistungen nach dem SGB XII. Gleichwohl wird diese Person, obwohl keinerlei systematischer Zusammenhang zur PKV besteht, nicht der GKV, sondern der PKV zugeordnet. Sie ist im Basistarif versicherungsberechtigt. Ursächlich hierfür ist § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V.

Unzureichende Abgrenzung bei Ausländern

Ein weiterer Personenkreis, welcher ebenfalls systematisch sachwidrig der PKV zugeordnet wird, sind Nicht-EU/EWR-Ausländer, die – was der Regelfall ist – eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf maximal zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Aufenthaltsgesetz besteht.

Diese unterliegen nach § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V nicht der Versicherungspflicht in der GKV gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, auch wenn sie gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b) SGB V der GKV zuzuordnen sind. Wegen des Ausschlusses der Versicherungspflicht in der GKV werden diese Personen, so eine Rechtsmeinung, der PKV zugeordnet.

Für EU-/EWR-Ausländer bzw. Staatsangehörige der Schweiz gilt gemäß § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V nach dieser Meinung das Gleiche, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist.

Vor diesem Hintergrund sollte die systematische Abgrenzung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zur PKV überprüft und klargestellt werden. § 5 Abs. 8a Satz 2 und 3 SGB V sowie § 5 Abs. 11 Satz 1 und 2 SGB V sollten ersatzlos gestrichen werden. Dies hätte zur Folge, dass die Zuordnung der Personen allein nach systematischen Gesichtspunkten erfolgt, unabhängig von dem Bezug von Leistungen nach dem SGB XII bzw. der Länge der Niederlassungserlaubnis und der Pflicht zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Existenz eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes.