



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**18(14)0125(40)**

gel. VB zur öAnhörung am 07.09.

15\_KHSG

02.09.2015

## **Stellungnahme**

zum

Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD

### **Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

BT-Drucksache **18/5372**

anlässlich der öffentlichen Anhörung des  
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages  
am 7. September 2015

- Die Private Krankenversicherung befürwortet das Ziel, die Krankenhausversorgung weiterzuentwickeln und insbesondere die qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung in Deutschland weiter auszubauen. 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 in gleicher Weise gesichert und gefördert werden. Darauf ist bei der Ausgestaltung von Qualitätsverträgen und anderer Qualitätsinstrumente zu achten. Qualität hängt auch von einer guten Förderung der Krankenhäuser ab. Hierfür sollten die Länder angemessene Investitionsmittel bereitstellen.
- Eine Beteiligung der PKV am neu einzurichtenden Strukturfonds ist versicherungsvertragsrechtlich nicht zulässig und vor dem Hintergrund des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds sachlich nicht gerechtfertigt.

## Inhalt

1. Allgemeine Anmerkungen
2. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes
  - a. §§ 12 bis 14 KHG – Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen
  - b. § 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
  - c. § 110a SGB V – Qualitätsverträge
  - d. § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V – Qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen
  - e. § 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
  - f. §§ 137, 275a SGB V – Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA durch den MDK

## **1. Allgemeine Anmerkungen**

Die Private Krankenversicherung (PKV) begrüßt angesichts der demografischen, regionalen und medizinisch-technischen Veränderungen eine Fortentwicklung der Krankenhausstrukturen, um eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Dem Thema Qualität, das im Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes einen Schwerpunkt bildet, kommt hierbei eine wesentliche Bedeutung zu. Die PKV befürwortet 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 effektiv in die Entscheidungsprozesse über die Ausgestaltung und Anwendung der neuen Qualitätsinstrumente und anderer wesentlicher Strukturmaßnahmen einbezogen und am Informationsaustausch beteiligt werden.

Die im Krankenhausstrukturgesetz 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 Mittelerrhöhung 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.

## **2. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs**

### **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. Eine freiwillige finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherungen am Strukturfonds wird als „sachlich gerechtfertigt“ bezeichnet.

## **Bewertung**

Mit den Mitteln des Fonds sollen strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Wörtlich heißt es in der Begründung zu Nr. 5: „Die Planung der Krankenhausversorgung ist im Rahmen der Daseinsvorsorge Aufgabe der Länder.“ Maßnahmen der Daseinsvorsorge sind aber aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren, nicht aus Beiträgen von gesetzlich oder privat Versicherten.

Das mit dem Strukturfonds verfolgte Ziel, den in einigen Regionen erforderlichen Strukturwandel voran zu treiben, ist wichtig. Allerdings wird mit der nur die antragstellenden Länder betreffenden Verpflichtung, in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung lediglich in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel 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 ca. 3 Milliarden Euro jährlich 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 Gesetzentwurf verfolgten Ziel der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung nicht entspricht. 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.

Eine Beteiligung der PKV an der Finanzierung des Strukturfonds ist rechtlich nicht zulässig: Die PKV-Versicherer sind gemäß § 192 VVG verpflichtet, Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen zu erstatten. Vereinnahmte Beiträge dürfen nicht zur Förderung strukturverbessernder Maßnahmen in den Ländern verwendet werden.

Eine Beteiligung der PKV wäre auch sachlich unangemessen. Die PKV-Unternehmen und ihre Versicherten haben sich über die steuerfinanzierten Bundeszuschüsse (auch Privatversicherte sind Steuerzahler), die seit gut zehn Jahren in die gesetzliche Krankenversicherung fließen, bereits in weit ausreichendem Maße an der Finanzierung der GKV und vergleichbarer Projekte beteiligt. Seit 2004 sind fast 100 Mrd. Euro an Bundesmitteln in die gesetzliche Krankenversicherung bzw. in den Gesundheitsfonds geflossen. Mit diesen Mitteln wurde – und wird auch in Zukunft – die gesetzliche Krankenversicherung gestützt. Unterstellt man bei Privatversicherten die durchschnittliche Steuerlast, dann zahlt im Jahr 2016 rein rechnerisch jeder Privatversicherte (vom Baby bis zum Greis) mehr als 171 Euro an die GKV – für Leistungen, von denen er selbst nicht profitiert.

In diesem Zusammenhang sei auch auf den überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten zugunsten der Krankenhäuser hingewiesen. Wie das Wissenschaftliche Institut der PKV in fortlaufenden Studien für die Jahre seit 2001 nachgewiesen hat, liegen die Zahlungen der Privatversicherten für Gesundheitsleistungen nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich signifikant über denen der gesetzlichen Krankenkassen. Der

so genannte Mehrumsatz der PKV entsteht im Krankenhausbereich durch die Ausgaben für Wahlleistungen. Privatversicherte gaben im Jahr 2013 8,36 Mrd. Euro für stationäre Leistungen aus. Wären sie dagegen gesetzlich versichert gewesen, hätten die Ausgaben bei 7,78 Mrd. Euro gelegen. Somit ergibt sich ein Mehrumsatz von 580 Mio. Euro. Diese Mehreinnahmen können die Krankenhäuser für eine Ausstattung verwenden, die den medizinisch-technischen Fortschritt abbildet und allen Versicherten zugutekommt.

Die PKV fordert daher, dass § 12 Abs. 1 Satz 2 KHG und in der Begründung zum Besonderen Teil die Sätze 11 bis 13 zu Artikel 1 Nummer 5 § 12 Absatz 1 ersatzlos gestrichen werden.

### **b. § 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. In der Begründung dieses Vergütungsausschlusses wird auf das im SGB V normierte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot abgestellt. Gleichwohl gilt der Vergütungsausschluss auch bei Behandlungen von privat Versicherten. Daher wäre es konsequent, 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.

### **c. § 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 S. 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), geschaffen 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 beste-

hen. 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. Es ist nicht vertretbar, einer Gruppe von Patienten eines Kostenträgers besondere Behandlungsqualität im Rahmen von Qualitätsverträgen zu bieten, den Patienten anderer Kostenträger aber nicht.

#### **d. § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 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 2017 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 es 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 für welche Leistungen oder Leistungsbereiche erhalten; den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ist der Zugang zu diesen Informationen zu eröffnen. Bis zum 30. Juni 2018 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.

#### **e. § 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 Regelungen**

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.

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

##### **Vorgeschlagene Regelungen**

Der MDK führt Kontrollen zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen in den Krankenhäusern durch. Der G-BA regelt in einer Richtlinie Einzelheiten zu den Kontrollmöglichkeiten 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 Gesetzentwurf hierzu sind zu un-

spezifisch. 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.