Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(1)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
02.05.2013

DAV
DEUTSCHE AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Position der DAV zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Köln, 30. April 2013

Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) ist die berufsständische Vertretung der Aktuare und damit auch der Verantwortlichen Aktuare (VA) in Deutschland. Sie schafft die Rahmenbedingungen für eine fachlich fundierte Berufsausübung ihrer Mitglieder und steht im ständigen Dialog mit allen für sie relevanten nationalen und internationalen Institutionen, um im Interesse der Aktuare und zum Nutzen von Verbrauchern und Unternehmen ihren Sachverstand in gesetzgeberische Prozesse einzubringen.

Der Vorstand der DAV und der für die Belange der Krankenversicherung zuständige Ausschuss begrüßen die Einführung eines Notlagentarifs für Personen mit Beitragsrückstand.

Nach derzeitiger Rechtslage werden Nichtzahler nach einem Jahr seit Beginn des Ruhens auf den Basistarif umgestellt, in dem in den allermeisten Fällen der Höchstbeitrag (im Jahr 2013: 610,31 Euro) zu zahlen ist. Dies führt sowohl für den Nichtzahler als auch für das Kollektiv der Beitragszahler zu negativen Entwicklungen.

Der Beitragsrückstand wächst kontinuierlich an. Für einen Versicherten in einem Tarif für Nichtbeihilfeberechtigte ist bei Umstellung in den Basistarif im Jahr 2013 der monatliche Höchstbeitrag von 610,31 Euro zu zahlen. Der Beitragsrückstand erhöht sich durch die Umstellung jedes Jahr um einen hohen Betrag (mit steigender Tendenz, da der Höchstbeitrag im Basistarif jedes Jahr ansteigt).

Die meisten Krankenversicherer verzichten auf die Umstellung auf den Basistarif, damit durch das Mehrbeitragssoll nicht zu hohe bilanzielle Verpflichtungen auf sie bzw. das Versichertenkollektiv zukommen. Diese Unternehmen verhalten sich damit im Sinne der Versicherten.

Nur wenige Versicherer stellen nach einem Jahr Ruhen in den Basistarif um. Dies erhöht die Heterogenität des Basistarifs, der seine Funktion als Referenztarif für die Höhe des Übertragungswertes ohnehin nur schwer erfüllen kann.

Während des Ruhens der Leistungen müssen nach der derzeitigen Gesetzeslage weiterhin Alterungsrückstellungen aufgebaut werden, weil die Nichtzahler weiterhin dem Versichertenkollektiv zugerechnet werden, für das Alterungsrückstellungen zu bilden sind. Diese werden somit aus Mitteln finanziert, die der Versichertengemeinschaft zum Beispiel zur Beitragsrückerstattung oder zur Limitierung von Beitragsanpassungen zur Verfügung stehen sollten.

Mit dem Gesetzesentwurf wird diesen Entwicklungen entgegengewirkt:

Zum einen wird der im Notlagentarif zu zahlende Beitrag begrenzt, so dass ein Anwachsen des Beitragsrückstands in wesentlich geringerem Ausmaß erfolgt. Der maximal zu zahlende Beitrag soll auf rund 100 Euro begrenzt werden, also rund einem Sechstel des Beitrags im Basistarif, der nach derzeitiger Rechtslage zu zahlen wäre. Zum anderen wird es möglich sein, Beträge aus den bereits gebildeten Alterungsrückstellungen zur Reduzierung des Beitrags heranzuziehen, hierdurch wird die Beitragsbelastung noch weiter minimiert.

Im Notlagentarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Die Belastung der Versichertengemeinschaft wird also deutlich reduziert.

Außerdem werden die sog. Nichtzahler durch den Notlagentarif eine größere Rechtssicherheit erhalten: Derzeit werden ihre Ansprüche nur aus dem Gesetzeswortlaut des § 193 Abs. 6 VVG und aus der Rechtsprechung zum Asylbewerberleistungsgesetz hergeleitet. Mit dem Notlagentarif sollen sie ein Bedingungswerk erhalten, in dem ihre Leistungsansprüche definiert werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(2)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
02.05.2013

verbraucherzentrale Bundesverband

19. März 2013

Beitragsrückstände in der Krankenversicherung ursächlich bekämpfen

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

Referentenentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

1. Inhalte

Die Bundesregierung will mit ihrem Gesetzentwurf bei Nichtzahlung von Beiträgen

- in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die jährlichen Säumniszuschläge von derzeit 60 auf 12 Prozent senken

- in der privaten Krankenversicherung (PKV) einen einheitlichen Notlagentarif einführen, der 100 Euro pro Monat kostet

Außerdem sollen die Modalitäten in der Kalkulation von Wahltarifen geändert werden, so dass gesetzliche Krankenversicherungen diese ihren Kunden künftig nicht mehr im gegenwärtigen Umfang anbieten können.

2. Einordnung

2.1. Schuldner in der GKV

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass Menschen mit Beitragsschulden in der Gesetzlichen Krankenversicherung künftig niedrigere Zinsen entrichten sollen. Tatsächlich sind die sogenannten Säumniszuschläge von 60 Prozent jährlich ein Grund, warum Rückstände beim Krankenversicherungsbeitrag gegenwärtig sehr schnell in die Schuldenfalle führen.

In der Praxis sind die Krankenkassen nach vollständiger Begleichung der rückständigen Beiträge meistens bereit, auf die Säumniszuschläge zu verzichten.
Zu Recht geht die Bundesregierung daher davon aus, dass die Neuregelung nicht zu Einnahmeausfällen der Krankenkassen führen wird, allerdings dürfte auch der auf 12 Prozent jährlich gesenkte Zinssatz weiterhin zu jetzt eben etwas langsamer wachsenden Schulden führen.

Für Selbstständige mit niedrigem Einkommen sind die Beiträge selbst in der GKV zu hoch und die Herabsetzung der Zinsen beseitigt damit nicht das eigentliche Problem. Wer als Selbstständiger wenig verdient, muss gegenwärtig mindestens so viel Beitrag zahlen als hätte er einen Verdienst von 1.916,25 Euro monatlich. Auf Antrag kann die Mindestbemessungsgrenze unter bestimmten Voraussetzungen auf 1350 Euro gesenkt werden. Der Beitrag beträgt dann aber immer noch 200 Euro.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert, Beiträge für Kleinselbstständige in der GKV an der Höhe der tatsächlichen Einkünfte zu orientieren und die gegenwärtig geltenden Mindestbeitragsgrenzen abzuschaffen.

Obwohl seit Einführung der Versicherungspflicht kein Ausschluss aus der Krankenversicherung mehr möglich ist, sollte geprüft werden, in welcher Weise Menschen mit Beitragsschulden gesundheitliche Versorgung wahrnehmen, beziehungsweise inwieweit hohe Beitragsschulden vom eigentlich notwendigen Arztbesuch abschrecken.

2.2. Gutverdiener in der GKV

Die Bundesregierung will mit ihrem Gesetzentwurf außerdem klarstellen, dass Krankenkassen bei der Kalkulation von Wahltarifen nicht mehr einkalkulieren dürfen, dass freiwillig Versicherte durch solche individuellen Tarife in der Gesetzlichen Krankenversicherung gehalten werden. Diese sogenannten Halteeffekte verstießen gegen das Europarechtliche Verbot von Quersubventionierung, heißt es in der Begründung.

Inwieweit gut verdienende Versicherte, die der GKV aufgrund zusätzlicher Optionen im Rahmen von Wahltarifen erhalten bleiben und also weiterhin ihre Beiträge in die solidarische Krankenversicherung einzahlen, den Tatbestand der Quersubventionierung erfüllen, erläutert die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf nicht.

2.3. Schuldner in der PKV

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass das Problem der Nichtzahler in der PKV angegangen wird, weist aber gleichzeitig darauf hin, dass diese Probleme teilweise hausgemacht sind, weil Verbraucher in die PKV gelockt wurden, obwohl absehbar war, dass sie die Versicherungsprämie auf Dauer nicht tragen konnten.

Zutreffend ist, dass die dauerhafte Überleitung der Nichtzahler in den Basistarif deren Problem nicht beseitigt. Insofern sollte überlegt werden, ob es auch im Fall der Hilfsbedürftigkeit und dem damit verbundenen Wechsel in den Basistarif nach dem Wegfall der Hilfsbedürftigkeit wieder ein Rückkehrrecht in den ursprünglichen Tarif geben sollte.

In diesem Zusammenhang sollte rechtssicher geklärt werden, ob definitiv ausgeschlossen werden kann, dass der Wechsel in den Notlagentarif nicht dazu führt, dass die betroffene Person in die Unisex-Welt rutscht und von dort nicht mehr in ihren alten Bisex-Tarif zurückkehren kann.

Hochgradig problematisch sind die Vorschläge zur Behandlung der Alterungsrückstellungen. Es ist vorgesehen, dass für die Zeit im Notlagentarif keine Alterungsrückstellungen aufgebaut werden. Zusätzlich sollen bis zu 50 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden. Laut Begründung soll der Beitrag für den Notlagentarif kostendeckend sein; jedoch nicht höher sein als der Beitrag für den Basistarif. Es steht zu befürchten, dass bei hohen Beitragsschulden und älteren Versicherungsnehmern über diese Konstruktion nicht nur keine Alterungsrückstellungen aufgebaut, sondern ihre über Jahre gebildeten Alterungsrückstellungen sogar noch abgeschmolzen werden.
Diese Verbraucher können dann im Alter nicht mehr von der kostendämpfenden Wirkung der Alterungsrückstellungen profitieren und landen dann über die Hilfsbedürftigkeit doch wieder im Basistarif. Hier muss dringend nachgebessert werden.

Hinsichtlich des Versicherungsschutzes wird - wie schon bei der Rechtssetzung zum Basistarif - als problematisch angesehen, dass der PKV-Verband den Leistungsumfang festlegt. Unabhängig davon sollte darauf geachtet werden, dass der Notlagentarif vom Leistungsumfang den Leistungen entspricht, die die Nichtzahler in der GKV erhalten. Nach der bisherigen Rechtslage erhält der Nichtzahler im Basistarif Leistungen, die der GKV entsprechen. Dies sollte in Zukunft dann auch für den Notlagentarif gelten.

Auch wenn die vorgeschlagenen Regelungen unter Berücksichtigung der Kritikpunkte einen möglichen Lösungsweg darstellen, sind sie allein zur Lösung der Altfälle völlig ungeeignet. Es muss bezweifelt werden, dass Verbraucher mit hohen Beitragsschulden in absehbarer Zeit ihren Schuldenberg abbauen und dann in ihren Normaltarif zurückkehren. Für sie wird das oben beschriebene Phänomen der Alterungsrückstellungen zu einem erheblichen Problem. Es wird angeregt, dass bei den Altfällen nach einer gewissen Wohlverhaltensperiode, in der der Verbraucher seine Zahlungswilligkeit dokumentiert hat, ein Erlass der noch ausstehenden Beiträge nebst Zinsen und sonstigen damit verbundenen Forderungen erfolgt. Dies würde dann ein einmaliges Recht auf eine „zweite Chance“ sein. Bei einem erneuten Zahlungsversuch würde der Ver-

braucher dann als Neufall unter die vorgeschlagenen Regeln fallen und seine komplette Beitragsschuld tilgen müssen.

3. Gesamtbewertung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband bezweifelt, dass die Senkung der Zinsen bei Beitragsrückständen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Einführung eines Notlagentarifs in der Privaten Krankenversicherung zu einer höheren Zahlungsmoral von Menschen mit geringem Einkommen führen werden. Ursächlich sind überwiegend nicht die fehlende Moral, sondern die fehlenden Mittel.

Anders als bei der Notversorgung in der GKV ist bei PKV-Versicherten problematisch, ob sie tatsächlich bei akuten Erkrankungen eine gesundheitliche Versorgung erhalten. Dies hängt in der privaten Krankenversicherung mit den unterschiedlichen Honorarsätzen zusammen, die dazu führen, dass viele Ärzte nicht bereit sind, Patienten in solchen wenig lukrativen Tarifen zu behandeln. Die Einführung von Notlagentarifen ändert an diesem Problem nichts, wenn die Honorare nicht dem GKV-Niveau entsprechen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf setzt bei den Symptomen an, löst aber nicht die zugrundeliegenden strukturellen Probleme des dualen Krankenversicherungssystems.

BUND DER VERSICHERTEN
Offensiv für Verbraucherschutz.

Bund der Versicherten e. V.
Postfach 11 53
24547 Henstedt-Ulzburg

info@bundderversicherten.de
www.bundderversicherten.de

Per E-Mail: g11@bmg.bund.de
Bundesministerium für Gesundheit
Referatsleiter G 11 – Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik
Herrn Ministerialrat Dr. Martin Schölkopf
11055 Berlin

Henstedt-Ulzburg, den 19.03.2013

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
AZ G11-11150-05/005
Stellungnahme des Bundes der Versicherten e. V. (BdV)

Sehr geehrter Herr Ministerialrat Dr. Schölkopf,

als gemeinnützige Verbraucherschutzorganisation mit über 53.000 Mitgliedern begrüßen wir die Möglichkeit, Stellung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zu nehmen.

Wir konzentrieren unsere Stellungnahme auf die Aspekte aus Sicht des Verbraucherschutzes im Hinblick auf die private Krankenversicherung und möchten mit dieser aufzeigen, in welchen Punkten noch positive Änderungen zugunsten der Verbraucher erforderlich sind.

Grundsätzlich begrüßen wir ausdrücklich, dass nunmehr endlich ein Gesetzentwurf zur Regelung der „Nichtzahler-Problematik“ in Form eines Notlagentarifs vorgelegt wird, nach dem diese wichtige Thematik bereits seit über zwei Jahren in der Diskussion ist.

1. Zu Artikel 1 - § 75 Absatz 3 a Satz 1 SGB V (geändert) – Erweiterung des Sicherstellungsauftrages für ärztliche und zahnärztliche Behandlung auf den geplanten Notlagentarif

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben gemäß des § 75 Absatz 3 a SGB V den Auftrag, die ärztliche Versorgung von Privatversicherten im Standard- und Basistarif sicherzustellen. Folgerichtig soll dieser Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch auf den geplanten Notlagentarif ausgedehnt werden.

Dieser Ausdehnung ist grundsätzlich zuzustimmen. Jedoch besteht dringender Regelungsbedarf. Immer wieder ist zu beobachten, dass Ärzte Basistarifversicherte nur gegen eine höhere Vergütung – als der Basistarif vorsieht – behandeln. Ärzte verlangen oft einen höheren Satz als den im Basistarif zulässigen 1,2-fachen Satz (auch teilweise Zahnärzte mehr als den erlaubten 2,0-fachen Satz), sonst nehmen sie keine Behandlung von Basistarifversicherten vor. Diese höheren Kosten können aber viele Basistarifversicherte,

besonders Hilfebedürftige, nicht aufbringen und bleiben somit ohne ärztliche Behandlung. Das gleiche „Problem“ wird vermutlich auch bei der Behandlung von Versicherten im Notlagentarif auftreten. Denn schon bei der Einführung des Basistarifs war diese Problematik aufgrund der Erfahrungen mit dem Standardtarif bekannt.

Deshalb fordern wir den Gesetzgeber im Zuge der Einführung des Notlagentarifs für Nichtzahler auf, die Chance zu nutzen und gesetzliche Regelungen dahin gehend einzuführen, dass Versicherte im Basistarif, im Notlagentarif und auch im Standardtarif einen Anspruch auf Behandlung gegenüber den Ärzten erhalten, der rechtlich durchgesetzt werden kann (Erweiterung § 75 a SGB V). Mithin ist also einer Behandlungspflicht für Ärzte und Zahnärzte für diese Privatversicherten unbedingt gesetzlich zu verankern. Zudem muss der Verstoß hiergegen mit empfindlichen Sanktionen belegt werden.

2. Zu Artikel 3 – § 193 Absatz 6 bis 11 VVG (neu) – Umstellung in den geplanten Notlagentarif bei Zahlungsverzug

Sinnvoll ist hier die Aufteilung der komplexen Regelung auf mehrere Absätze im Hinblick auf die Verständlichkeit für den Verbraucher.

2.1 § 193 Absatz 6 VVG (neu): Auch der geänderte Absatz 6 ist für Verbraucher kaum verständlich. Insofern schlagen wir vor, dass hier ein erklärendes Beispiel aufgenommen wird, damit der Versicherte nachvollziehen kann,

- ab wann er sich im Zahlungsverzug befindet,
- welche Beträge er zusätzlich zu den nicht gezahlten Prämien tragen muss und
- ab wann sein Anspruch auf Leistungen aus seinem bisherigen Tarif ruht.

Die derzeitige Regelung des Absatzes 6 sieht vor, dass eine Umstufung in den Basistarif immer dann erfolgt, wenn der im Beitragsverzug befindliche Versicherungsnehmer seine Rückstände nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig begleicht.

Künftig soll der Versicherte diese Jahresfrist nicht mehr eingeräumt bekommen, sondern es erfolgt bereits ab dem ersten Tag des auf das Ende des Mahnverfahrens folgenden Monats eine Fortsetzung der Versicherung im Notlagentarif.

Diese Umstellung sollte jedoch nach hiesiger Ansicht möglichst erst nach einem Jahr analog der jetzigen Regelung erfolgen, alternativ wären auch sechs Monate denkbar. So haben Selbstständige mit oft schwankenden Einnahmen einen größeren Spielraum, ihren Beitragsrückstand auszugleichen. Dies halten wir für sachgerecht, weil die weit überwiegende Zahl der Nichtzahler Selbstständige sind.

2.2 § 193 Absatz 7 VVG (neu): In Absatz 7 Satz 1 wird ausgeführt, dass „solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Tarif nach § 12h VAG versichert.“ Im Hinblick auf die bessere Verständlichkeit und Verbraucherfreundlichkeit ist auch hier – und nicht nur im VAG – die Definition des Notlagentarifs aufzunehmen. Nur so kann der Verbraucher sofort nachvollziehen, welche Leistungen im Notlagentarif versichert sind, wenn er sich im

Zahlungsrückstand befindet und der Vertrag ruht. Zudem regelt das VVG die vertraglichen Ansprüche zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer.

Deshalb bitten wir, dass nach Satz 1 folgender Satz 2 (analog des derzeitigen § 193 Absatz 6 Satz 6 VVG) ergänzt wird: „Der Notlagentarif sieht ausschließlich Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind."

Zusätzlich plädieren wir dafür, dass der Gesetzgeber regelt, was unter Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen zu verstehen ist. Das derzeitige Heranziehen von verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung ist nicht zielführend.

Denn diese Regelung ist aus dem AsylbLG „entliehen". Dort gelten allerdings sehr weitreichende Leistungsgrundsätze. Es stellt sich deshalb die Frage, ob diese auch auf Nichtzahler im Notlagentarif der PKV angewendet werden können. Nach dem Zweck des Gesetzes soll das Ruhen eine wirksame Sanktion gegen Personen darstellen, die ihre Beiträge nicht zahlen können oder wollen, jedoch nicht hilfebedürftig sind. Deshalb wird der derzeitige § 193 Absatz 6 Satz 6 VVG in der Kommentierung teilweise so verstanden, dass die Leistungspflicht zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände eng auszulegen wäre. Es gibt aber auch Gegenstimmen für eine weite Auslegung, denen wir uns ausdrücklich anschließen.

2.3 § 193 Absatz 8 VVG (neu): In Absatz 8 wird vorgeschrieben, dass und wie der Versicherer den Versicherungsnehmer über den Wechsel in den Notlagentarif sowie die zu zahlende Prämie zu informieren hat.

Zu begrüßen ist zunächst, dass der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 VAG für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen ist. Zur besseren Verständlichkeit für den Verbraucher sollte an dieser Stelle jedoch die komplette VAG-Regelung ausgeführt und nicht nur auf diese verwiesen werden.

3. Zu Artikel 4 – Änderung § 12 VAG – Erweiterung um Notlagentarif

Der PKV-Verband wird damit beliehen, „Art, Umfang und Höhe der Leistungen des Notlagentarifs festzulegen." Dies sollte als zusätzlicher Satz zur Klarstellung auch in den § 197 Absatz 7 VVG aufgenommen werden.

Zusätzlich fordern wir, dass die Festlegung der Leistungen des Notfalltarifs unter Beteiligung von Verbraucherschutzorganisationen – wie z. B. der Verbraucherzentrale Bundesverband oder dem Bund der Versicherten (BdV) - erfolgen.

4. Zu Artikel 4 – § 12h VAG – Notlagentarif (neu)

4.1 § 12h Absatz 1 VAG (neu): Hier ist zusätzlich nach Satz 2 aufzunehmen, was unter akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen zu verstehen ist (vgl. hierzu oben 2.2 Absätze 4 und 5).

4.2 § 12h Absatz 2 VAG (neu):

4.2.1 § 12h Absatz 2 Satz 1 VAG (neu): Nach der Gesetzesbegründung wird im Notlagentarif aufgrund der Einheitsprämie keine Alterungsrückstellung aufgebaut. Die bis zur Umstellung aufgebaute Alterungsrückstellung verfällt dagegen nicht.

Nach hiesiger Kenntnis soll sich die Prämie für den Notlagentarif ohne Alterungsrückstellung auf 100 bis 120 Euro monatlich belaufen, mit Alterungsrückstellung dagegen auf etwa 130 bis 150 Euro.

Ein Notlagentarif ohne Alterungsrückstellung ist nach unserer Auffassung ungeeignet. Er sollte unbedingt mit Alterungsrückstellung kalkuliert werden, auch wenn der kalkulatorische Neugeschäftsbeitrag für diesen Tarif dann höher ausfällt. So wird auf alle Fälle gewährleistet, dass dieser Tarif eine echte substitutive Krankenversicherung darstellt.

Denn es ist durchaus denkbar und auch wahrscheinlich, dass eine nennenswerte Personenzahl längerfristig im Notlagentarif verbleiben muss. Die Annahme einer hohen Fluktuation muss die Zukunft erst noch erweisen. Zudem würde der Beitrag bei Rückkehr in den bisherigen Tarif nach Begleichung sämtlicher Rückstände – abhängig von der Verweildauer im Notlagentarif – (um einiges) höher ausfallen, wenn der Notlagentarif ohne Alterungsrückstellung kalkuliert wird.

Insofern halten wir die Bildung von Alterungsrückstellungen für erforderlich und teilen in diesem Punkt die Auffassung der BaFin.

Anmerkung: Satz 1 Halbsatz 2 sieht vor, dass „im Übrigen § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2“ gilt. In § 12 Absatz 1 Nummer 2 VAG ist dabei geregelt, dass „die Alterungsrückstellung nach § 341 f des Handelsgesetzbuches zu bilden ist.“ Sollte entgegen unserer Forderung der Notlagentarif ohne Alterungsrückstellung eingeführt werden, ist der Verweis auf die Nummer 2 zu streichen und an dieser Stelle ausdrücklich festzulegen, dass der Notlagentarif ohne Alterungsrückstellung kalkuliert ist. Denn dies kann der Verbraucher nicht aus dem Begriff und der Vorgabe der Einheitsprämie erkennen.

4.2.2 § 12h Absatz 2 Sätze 4 und 5 VAG (neu): Der Beitrag für den geplanten Notlagentarif soll gemäß der Entwurfsbegründung kostendeckend sein und nicht höher als der Beitrag für den Basistarif ausfallen.

Eine Kostendeckung ist wichtig und unerlässlich. Auch ist es unbedingt erforderlich, dass der Beitrag für den Notlagentarif nicht über dem des Basistarifs liegt. Er muss vielmehr deutlich unter diesem liegen. Derzeit wäre dies der Fall, weil der Beitrag im Basistarif zurzeit bei rund

610 Euro im Monat liegt und der kalkulatorische für den Notlagentarif bei etwa 130 – 150 Euro mit Alterungsrückstellung und ohne diese bei etwa 100 – 120 Euro.

Wir halten es für angebracht und sachgerecht eine niedrigere Kappungsgrenze als den Höchstbeitrag des Basistarifs zu wählen. Diese sollte nicht höher ausfallen als der kalkulatorische Neugeschäftsbeitrag von zurzeit etwa monatlich 130 - 150 Euro mit Alterungsrückstellung für den Notlagentarif zuzüglich eines zusätzlichen Sicherheitspuffers von maximal 20 Prozent der Prämie.

4.2.3 § 12h Absatz 2 Satz 6 VAG (neu):

Um den Aufbau weiterer Beitragsschulden des versicherten Nichtzahlers zu dämpfen, soll die bisher angesparte Alterungsrückstellung des Beitragsschuldners während der Ruhensphase teilweise zur Finanzierung seiner Krankenversicherung herangezogen werden. Die Anrechnung soll gemäß Satz 6 in der Weise erfolgen, dass bis zu 50 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet wird.

Zutreffend ist zunächst, dass dadurch der Aufbau der Beitragsschulden abgefedert wird, soweit und solange Alterungsrückstellungen überhaupt vorhanden sind.

Wir vertreten allerdings die Auffassung, dass der Notlagentarif mit Alterungsrückstellung kalkuliert werden sollte, weil es durchaus wahrscheinlich ist, dass eine nennenswerte Anzahl von Versicherten sich längerfristig in diesem Tarif „aufhalten“ wird. Auch wird der Beitrag bei Rückkehr in den früheren Tarif nach Ausgleich der Rückstände – abhängig von der Verweildauer im Notlagentarif – um einiges höher ausfallen, wenn der Notlagentarif ohne Alterungsrückstellung kalkuliert wird. Dies wiederum kann z. B. dazu führen, dass der Beitrag vom Versicherten erneut oder spätestens im Rentenalter nicht gezahlt werden kann. Gerade mit zunehmendem Alter wird jedoch erfahrungsgemäß umfangreicher Krankenversicherungsschutz benötigt (vgl. oben auch 4.2.).

5. Zusätzliche BdV-Forderungen

Nach Angaben des PKV-Verbandes betrug die Anzahl der Nichtzahler im Frühjahr 2012 mehr als 144.000 Personen, weit überwiegend Selbstständige. Nur der geschätzte Beitragsausfall belief sich zu diesem Zeitpunkt schon auf über 600 Millionen Euro. Dieser dürfte seitdem weiter gestiegen sein.
Insofern stellt sich aus Verbrauchersicht die berechtigte Frage, wie mit den bereits aufgelaufenen Beitragsschulden der Nichtzahler künftig umgegangen werden soll. Diese dürften vermutlich oftmals auch uneinbringlich sein.

Der Gesetzesentwurf schweigt sich hierzu aus. Dies ist bedauerlich, denn aus Verbrauchersicht ist es unbedingt erforderlich, dass eine Regelung hinsichtlich der bereits aufgelaufenen Beitragsschulden zugunsten der Versicherten gefunden wird.

Ziel muss es sein, dass möglichst viele Nichtzahler in absehbarer Zeit wieder in ihre ursprünglich vereinbarten Tarife zurück wechseln können. Dies setzt aber voraus, dass sie die

Beitragsrückstände tatsächlich auch noch – zumindest in absehbarer Zeit – abtragen und ausgleichen können. Bei einem monatlich auflaufenden Beitrag in Höhe von rund 610 Euro für den Basistarif dürfte dies vielen Nichtzahlern aber oftmals nicht möglich sein, insbesondere wenn sie schon seit längerer Zeit keine Beiträge gezahlt haben. Die Einführung des wesentlich günstigeren Notlagentarifs würde diesen Versicherten insofern nur wenig nützen.

Deshalb fordern wir, dass eine rückwirkende Regelung in das vorliegende Gesetz beim VVG und beim VAG aufgenommen wird.

Eine solche Regelung sollte beinhalten: Die seit Einstufung in die Ruhensphase entsprechend dem ursprünglichen Tarif und danach im Basistarif aufgelaufenen Beitragsrückstände sind nicht in der sich daraus errechneten Höhe zu erheben. Vielmehr ist der Beitrag des Notlagentarifs (mit Alterungsrückstellung) für diese Zeit rückwirkend zugrunde zu legen.

Dies bedeutet, dass die betroffenen Versicherten einen viel geringeren Beitragsrückstand auszugleichen haben. Sie würden dadurch die realistische Chance bekommen, dass sie diesen auch tatsächlich ausgleichen können, um dann – zumindest in absehbarer Zeit – wieder in ihren ursprünglichen Tarif zurückkehren zu können.

Das ist sach- und interessengerecht, weil auch derzeit in der Ruhensphase nur ein Versicherungsschutz – wie künftig im Notlagentarif – für Aufwendungen besteht, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

6. Schlusswort

Zugunsten des Verbraucherschutzes gehen wir positiv davon aus, dass im Rahmen des weiteren Entscheidungsfindungsprozess zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung unsere Stellungnahme berücksichtigt wird.

Freundliche Grüße

Axel Kleinlein
Vorstandsvorsitzender
Bund der Versicherten e. V.

Sozialverband Deutschland e.V. Stralauer Straße 63 10179 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(4)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
03.05.2013

Abteilung Sozialpolitik
Tel.: 030 / 72 62 22 – 124
Fax: 030 / 72 62 22 – 328
Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 125
E-Mail: fabian.szekely@sovd.de

STELLUNGNAHME

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13. Mai 2013 zum

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
BT-Drucksache 17/13079 vom 16.04.2013
(inkl. der Änderungsanträge auf A.-Drucksache 17(14)0410)

und der Stellungnahme des Bundesrates zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

b) Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden
BT-Drucksache 17/12069 vom 16.01.2013

c) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Privat Versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen
BT-Drucksache 17/10119 vom 26.06.2012

und zum

d) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen
BT-Drucksache 17/5524 vom 13.04.2011

Vorbemerkung

Dem Sozialverband Deutschland (SoVD) als Vertreter der Interessen von Versicherten aber auch Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass das deutsche Gesundheitssystem qualitativ hochwertige Leistungen zur Verfügung stellt. Deshalb muss dieses Gesundheitssystem einen bezahlbaren Versicherungsschutz bieten.

Der Gesetzentwurf und die Anträge widmen sich diesem Problem auf zwei Arten. Während der Gesetzentwurf zu a) und der Antrag zu b) das Problem der Säumniszuschläge für freiwillig Versicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen, lösen will, nehmen die Anträge zu c) und zu d) das Gesundheitssystem mit seiner Aufteilung in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) in den Blick und fordern in einem ersten Schritt für die Versicherten im Basistarif der PKV einen vernünftigen Versicherungsschutz.

Für den SoVD gilt es, sich nicht nur einzelnen Elementen zuzuwenden, sondern die aufgeworfenen Aspekte der Anträge und des Gesetzentwurfes in ein Gesamtkonzept einfließen zu lassen. Dennoch können einzelne Maßnahmen, wie die Abschaffung der erhöhten Säumniszuschläge, bereits jetzt durchgeführt werden.

Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf zu a) und der Antrag zu b) wollen das Problem der erhöhten Säumniszuschläge in Höhe von 5 Prozent pro Monat nach § 24 Abs. 1a SGB IV lösen, indem die entsprechende Norm gestrichen wird. Ergänzend dazu wird mit dem Gesetzentwurf zu a) beabsichtigt, für die PKV einen Notlagentarif einzuführen, der für parallele Fallkonstellationen greift. Der Antrag zu b) schlägt ergänzend zur Streichung der Norm vor, dass aufgelaufene Beitragsrückstände der Höhe nach zu begrenzen sind. Auch wenn der SoVD begrüßt, dass die Säumniszuschläge übereinstimmend auf ein normales Maß zurückgefahren werden sollen, vermisst der SoVD Bemühungen, die Ursache des Problems, nämlich die Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten, zu reformieren.

Die Antragssteller zu c) und zu d) wollen die PKV als Vollversicherung abschaffen. Für den SoVD gilt es, perspektivisch ein einheitliches Versicherungssystem zu schaffen. In dieses einheitliche System auf der Grundlage der GKV soll auch die PKV überführt werden. In einem ersten Schritt soll nach dem Willen der Antragssteller sichergestellt werden, dass die bisher im Basistarif der PKV Versicherten zumindest den Krankenversicherungsschutz genießen, den auch die GKV bietet. Da für den SoVD ausnahmslos für alle Bürgerinnen und Bürger eine gute Versorgung zugänglich sein soll, ist auch dieses Verlangen berechtigt.

Gesetzentwurf zu a)

Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP beabsichtigen mit dem vorgelegten Gesetzentwurf, den Säumniszuschlag für freiwillig Versicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen, in Höhe von 5 Prozent pro Monat abzuschaffen, indem der Absatz 1a des § 24 SGB IV gestrichen wird. Im Ergebnis werden dann auf nicht gezahlte Beiträge wie im üblichen sozialrechtlichen Verfahren ein Säumniszuschlag von 1 Prozent erhoben.

Der SoVD unterstützt die Regierungsfraktionen darin, den entsprechenden Absatz zu streichen. Denn es ist richtig, dass ein Säumniszuschlag von bis zu 60 Prozent pro Jahr das Problem der Beitragsrückstände nicht verringert, indem die Zahlungsmoral verbessert wird, sondern sogar noch verschärft. Die Betroffenen sind mit ständig wachsenden Beitragsschulden konfrontiert. Für

den SoVD ist an dieser Stelle aber wichtig darauf hinzuweisen, dass es oft gerade kein Problem fehlender Zahlungsmoral ist, sondern auch ein Problem fehlender Zahlungsfähigkeit sein kann.

Die fehlende Zahlungsfähigkeit liegt unter anderem in der fiktiven Mindestbeitragsberechnung für freiwillig Versicherte. Bereits in der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Thema Solo-Selbständige am 07. Juli 2010 haben wir unter A.-Drs. 17(14)0056(3) dargelegt, dass diese fiktive Beitragsberechnung gerade für die sogenannten Solo-Selbständigen zu Belastungen führt. An dieser Stelle möchten wir deshalb darauf hinweisen, dass mit dem vorgelegten Gesetzentwurf zwar das Symptom bekämpft wird, die Ursache aber außer Acht bleibt. Der Gesetzgeber muss sich daher in einem zweiten Schritt dieser Problematik widmen.

Auch zeigt der Gesetzentwurf keine Lösung auf, wie mit den bereits aufgelaufenen Beitragsschulden und erhöhten Säumniszuschlägen umzugehen ist. Auch hier sollten Lösungen diskutiert werden, die den Betroffenen erlauben, ihre Beitragsrückstände kontinuierlich abzubauen, damit es diesen Versicherten möglich wird, wieder den vollen Versicherungsschutz zu erhalten.

Parallel zu der Problematik in der GKV wird in dem Gesetzentwurf auch das Problem von Beitragsschulden in der PKV angesprochen. Dort soll bei anfallenden Beitragsschulden nach einem Mahnverfahren der bisherige Tarif in einen neuen sogenannten Notlagentarif umgewandelt werden. Die Leistungen des Notlagentarifs entsprechen dabei im Wesentlichen den Leistungen beim Ruhen des Vertrages in der GKV. Dieser Tarif soll sich über Prämien sowie einen Teil der Altersrückstellungen finanzieren.

Für den SoVD ist es begrüßenswert, wenn auch die PKV-Versicherten vor eine Überschuldung geschützt und eine Versorgung für ruhende Verträge ähnlich der Versorgung in der GKV etabliert werden soll. Allerdings zeigt sich mit dem vorgelegten Gesetzentwurf eines, dass die PKV derzeit nicht in der Lage ist, für Personen in allen Lebenslagen einen umfassenden, bezahlbaren Versicherungsschutz zu gewährleisten. Wenn nach den Feststellungen des Gesetzentwurfes selbst der Basistarif in der PKV zu Situationen der Überschuldung der Versicherten führt, dann legt das ganz klar diese Schwachstelle des PKV-Systems offen.

Es ist zudem nur eine Scheinlösung, nicht zahlungsfähige Versicherte auf den neuen Notfalltarif zu verweisen, der nur eine geringe Prämie aufweist. Denn es werden dann angesparte Altersrückstellungen mit zur Finanzierung des Tarifs herangezogen. In der Folge können diese Rückstellungen im Alter nicht mehr genutzt werden, so dass dann im Alter die Beitragsbelastung stark ansteigt.

Der geplante Notlagentarif ist für den SoVD ein klares Indiz dafür, dass es dringend einer umfassenden Reform des Gesundheitssystems bedarf, damit allen Bürgerinnen und Bürgern in einem solidarischen System bezahlbarer Versicherungsschutz zur Verfügung steht.

Mit dem ergänzend vorliegenden Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP wird den Krankenhäusern mehr Geld zugewiesen, um unter anderem Tarifsteigerungen zu refinanzieren. Grundsätzlich erkennt der SoVD die Problematik der teilweisen Unterfinanzierung der Krankenhäuser an. Es ist allerdings fraglich, ob generalistische Regelungen wie mit diesem Änderungsantrag zielführend sind oder nur zeitweilig das Problem überdecken.

So stellt der SoVD fest, dass die notwendige Investitionsfinanzierung der Länder nicht mehr in vollem Umfang erfolgt. Dadurch wird wirtschaftlicher Druck auf die Krankenhäuser ausgeübt, diese fehlenden Mittel an anderer Stelle, zum Beispiel am Personal, einzusparen. Der SoVD befürchtet hier eine ständige Arbeitsverdichtung und das Entstehen prekärer Beschäftigungsverhältnisse. Es ergibt sich schon allein daraus für uns die Notwendigkeit, die Krankenhausfinanzie-

rung grundsätzlich zu überarbeiten. Dabei muss dann auch das Problem des unkontrollierten Mengenwachstums einer Lösung zugeführt werden. Schließlich und entscheidend für den SoVD ist allerdings, dass die Qualität der Behandlung bei der Finanzierung stärker berücksichtigt wird ohne dass dadurch der freie Zugang der Versicherten zu den Krankenhäusern eingeengt wird.

Antrag zu b)

Die Antragssteller schlagen vor, ebenso wie der Gesetzentwurf zu a), die erhöhten Säumnisgebühren durch die Streichung der entsprechenden Vorschrift abzuschaffen. Wie im Gesetzentwurf zu a) unterstützt der SoVD die Antragssteller bei diesem Ziel, verweist aber auch hier darauf, dass das grundlegende Problem der fiktiven Beitragsbemessung gelöst werden muss.

Darüber hinaus wollen die Antragssteller die rückwirkende Beitragspflicht bei bisher Nichtversicherten begrenzen, indem geringere Beiträge abzuführen sind. Parallel dazu soll es für Altfälle tragfähige Übergangslösungen geben.

Der SoVD begrüßt, dass die Antragssteller im Gegensatz zu den Fraktionen der CDU/CSU und FDP die Problematik der Beitragsschulden umfassender lösen wollen. Der vorgeschlagene Lösungsweg, dass bisher Nichtversicherte geringere Beiträge für die Zeit der Nichtversicherung zu entrichten haben, ist sachgerecht. Denn die Antragssteller haben Recht, wenn sie in diesem Zusammenhang darauf verweisen, dass für die Zeit der Nichtversicherung in der Regel auch keine Ansprüche an das Gesundheitssystem gestellt werden. Eine völlige Freistellung von der Rückwirkung würde aber zu weit gehen, da dies bedeutet, dass sich jede Bürgerin und jeder Bürger so lange nicht an der solidarischen Finanzierung beteiligt, bis der Krankheitsfall eintritt. Dann aber auf das Solidarsystem zurückzugreifen, wäre missbräuchlich. Der SoVD unterstützt die Antragssteller auch darin, für die Altfälle, also bei bereits aufgelaufenen Beitragsschulden, tragfähige Übergangslösungen zu finden.

Die Antragssteller fordern zudem dazu auf, bisherige Lücken bei der Versicherungspflicht zu schließen. Der SoVD ist der Auffassung, dass es trotz der gesetzlichen Versicherungspflicht dennoch tatsächlich Personen ohne Versicherungsschutz geben kann. Für diese Personen bedarf es dann tatsächlichen oder rechtlichen Handlungsbedarf, um auch ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz zu gewährleisten.

Antrag zu c)

Die Antragssteller fordern, dass die PKV als Vollversicherung abgeschafft und auf eine reine Zusatzversicherung beschränkt wird. Der SoVD vertritt seit längerem die Position, dass der derzeit bestehende Dualismus von GKV und PKV überwunden werden muss. Deshalb fordern wir, dass ein einheitliches Versicherungssystem auf der Grundlage der GKV geschaffen werden muss, in welches auch die PKV überführt wird.

Das wesentliche Argument der Antragssteller ist, dass viele Versicherte der PKV unter dem Gedanken der Schutzbedürftigkeit eher der GKV zugeordnet werden müssten. Dabei stellen wir fest, dass auch seit der Einführung des Basistarifs in der PKV, es der PKV nicht gelungen ist, bezahlbaren, umfassenden Versicherungsschutz für Versicherte in allen Lebenslagen zu bieten. So lange der Dualismus aus PKV und GKV besteht, ist dies aber auch eine Aufgabe der PKV. Keinesfalls darf sich die PKV dieser Versicherten zu Lasten der GKV entledigen.

Wenn selbst das Wissenschaftliche Institut der PKV hat in seinem Diskussionspapier 3/2012 auf Seite 24 feststellt, dass nur 22,3 Prozent der in der PKV-Versicherten ein Einkommen über der Jahresentgeltgrenze haben, das PKV-System aber mit der Absicherung von Personen im Basistarif und anderen günstigen Tarifen ausweislich des Gesetzentwurfes zu a) Probleme hat, dann

stellt sich die Frage, ob nicht Reformbedarf hin zu einem einheitlichem System mit bezahlbaren Versicherungsbedarf für alle auf Grundlage der GKV besteht.

Darüber hinaus weisen die Antragssteller auf weitere wichtige Aspekte hin. Es ist richtig, dass Versicherte im Basistarif der PKV oft Probleme haben, überhaupt behandelt zu werden. Im Gegensatz zur häufigen Vermutung über die Versorgungsqualität in der PKV muss man hier von ganz klaren Schwachstellen reden. Auch ist es ein ständiges Ärgernis, dass Versicherte in der PKV durch die Schließung von Tarifen und durch das Anwerben mit günstigen Tarifen, die schnell teuer werden, mit Tarifsteigerungen konfrontiert werden, die höher sind als die Beitragssteigerungen in der GKV. So berichtete unter anderem die Zeitung „Die Welt“ am 29.04.2013 von durchschnittlichen Beitragssteigerungen von bis zu über 7 Prozent pro Jahr von 2000 bis 2010. Das dürfte sich durch die Absenkung des Rechnungszinses in der PKV von 3,5 Prozent auf 2,75 Prozent noch verschärfen. Demgegenüber kommt die GKV zwischen 2000 und 2011 auf eine Beitragsanhebung von insgesamt knapp 14 Prozent. Das zeigt, dass die GKV stabiler und verlässlicher finanziert ist als die PKV. Deshalb unterstützen wir die Antragssteller darin, dass die PKV zukünftig nur noch als Zusatzversicherung fungiert und eine solidarische Bürgerversicherung auf Grundlage der GKV eingeführt wird.

Antrag zu d)

Die Antragsteller fordern, dass Versicherte im Basistarif der PKV genauso versorgt werden müssen wie Versicherte in der GKV und begründen dies damit, dass bisher keine Behandlungspflicht für (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte besteht.

Der SoVD sieht es ebenfalls als problematisch an, dass Versicherte im Basistarif oftmals nicht behandelt werden. Unabhängig, ob dies mit dem (zahn-)ärztlichen Berufsethos vereinbar ist, ist es doch notwendig, dass Versicherte im Basistarif darauf vertrauen können, alle medizinisch erforderlichen Leistungen zu erhalten. Denn dafür bezahlen sie Beiträge in der PKV. Es ist daher richtig, in einem ersten Schritt für diese Versicherten eine Behandlungspflicht der (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte herzustellen. Dennoch zeigt diese Problematik wiederum eins: Das System der PKV schafft es nicht, für seine Versicherten einen umfassenden Versicherungsschutz herzustellen. Zu der zweiten Forderung der Antragssteller, die PKV abzuschaffen und eine Bürgerversicherung auf Grundlage der GKV zu schaffen, verweisen wir auf die Ausführungen zum Antrag zu c).

Fazit

Der SoVD unterstützt sowohl den Gesetzentwurf zu a) als auch den Antrag zu b) hinsichtlich der Streichung der erhöhten Säumniszuschläge nach § 24 Abs. 1a SGB IV. Darüber hinaus halten wir es aber erforderlich, ebenso wie die Antragsteller des Antrages zu b) für Nichtversicherte und Altfälle bei Beitragsschulden, sozialverträgliche Regelungen zu etablieren. Zudem, und daran mangelt es sowohl dem Gesetzentwurf zu a) als auch dem Antrag zu b), muss das Thema der fiktiven Beitragsbemessung gelöst werden.

Auch die Anträge zu c) und zu d), mit dem einerseits die derzeitigen Probleme der Behandlung von Versicherten im Basistarif der PKV durch eine Behandlungspflicht beseitigt werden, andererseits die sich zeigenden Schwachstellen der PKV durch die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung auf Grundlage der GKV beseitigt werden, unterstützt der SoVD.

Berlin, 3. Mai 2013

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(5)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
03.05.2013

SOZIALVERBAND VdK DEUTSCHLAND

Stellungnahme

des Sozialverbands VdK Deutschland e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstraße 4a

53175 Bonn

Telefon: 0228 82093 - 0

Telefax: 0228 82093 - 43

e-mail: kontakt@vdk.de

Bonn/ Berlin, den 3. Mai 2013

Zusammenfassende Stellungnahme

Der Sozialverband VdK begrüßt, dass der vorliegende Gesetzentwurf sich des Problems der Beitragsschulden durch die 2007 bzw. 2009 eingeführte Versicherungspflicht sowohl in der GKV als auch der PKV annimmt.

Das Grundproblem der finanziellen Überforderung in der PKV und von Kleinselbstständigen in der GKV wird damit allerdings nicht gelöst. Außerdem mangelt es an einer Regelung für einen pragmatischen Umgang mit den Altschulden. Auch für Menschen, die bisher ihrer Versicherungspflicht nicht nachgekommen sind muss es einen realistischen Weg geben einer Überschuldung zu entgehen.

Gerade Menschen, die in einer Notlage sind, brauchen eine ausreichende medizinische Versorgung. Dies stellt der im Gesetzentwurf vorgesehene Notlagentarif nicht sicher. Der Sozialverband VdK fordert daher die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Bis dahin sollte der Notlagentarif analog zu Nicht-Zahlern in der GKV ausgestaltet werden.

Ziel des Gesetzes

Durch die Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht können Nicht-Zahler nicht mehr ihren Versicherungsschutz verlieren. Um gleichzeitig die Zahlungsmoral sicherzustellen, wurde ein gesonderter Säumniszuschlag für die gesetzliche Krankenversicherung von 5% pro Monat eingeführt. Dies führte allerdings dazu, dass Beitragsschuldner – vor allem kleine Selbstständige – immer höhere Schulden anhäuften und nicht mehr in den normalen Zahlungslauf zurückkehren konnten. Zur Beseitigung sozialer Überforderung soll dieser zusätzliche Säumniszuschlag nun abgeschafft werden.

In der privaten Krankenversicherung ruht der Versicherungsschutz und Nicht-Zahler erhalten nur noch eine Notfallversorgung. Dafür wird nun ein gesonderter Notlagentarif eingeführt.

Zusätzlich nutzt die Regierung den Gesetzesentwurf als Omnibus für den Zuschuss zur Krankenhausfinanzierung

Im Einzelnen

1. **Beitragsschulden in der GKV**

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der erhöhte Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Beitrags für freiwillig Versicherte sowie für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 abgeschafft. Auch für diese Versicherten gilt somit künftig der reguläre Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent des rückständigen Betrags für jeden angefangenen Monat der Säumnis.

Bewertung des VdK:

Wir begrüßen die Streichung des § 24 SGB IV Absatz 1a. Der erhöhte Säumniszuschlag hat nicht dazu geführt, dass es weniger Nicht-Zahler gibt, sondern im Gegenteil bei einigen Versicherten so hohe Schulden ergeben, dass sie diese nicht mehr abbezahlen können.

Dies löst aber nicht das eigentliche Problem, dass Selbstständige mit geringem Einkommen so behandelt werden, als wenn sie fast 2000€ im Monat verdienten. Die Beiträge müssen auch für freiwillig Versicherte auf das wirkliche Einkommen erhoben werden.

Fehlende Regelungen:

Es fehlen Regelungen für den Umgang mit Altschulden, die teilweise seit Einführung der Versicherungspflicht 2007 aufgelaufen sind. Der Sozialverband VdK unterstützt den Vorschlag des Bundesrates, den GKV-Spitzenverband mit einer einheitlichen und sozial verträglichen Regelung zu beauftragen.

Obwohl bereits 2007 eine allgemeine Krankenversicherungspflicht eingeführt wurde, gibt es noch immer Menschen, die nicht versichert sind. Für diese muss eine Möglichkeit geschaffen werden sich in der GKV zu versichern ohne direkt in die Insolvenz zu geraten, weil sie die Beiträge seit 2007 nachzahlen müssen. Wir unterstützen daher den Vorschlag ehemals nicht Versicherten nur ein Sechstel der zurückliegenden Monatsbeiträge in Rechnung zu stellen.

Es muss sichergestellt werden, dass niemand seinen Versicherungsschutz verliert. Dafür muss klargestellt werden, dass § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Vorrang hat vor § 190 Absatz 2 bis 12 SGB V und auch die Krankenkassen verpflichtet. Die Versicherung darf nur beendet werden, wenn der Versicherte eine Bescheinigung über eine anderweitige Versicherung vorlegt. Dies schützte beispielsweise Menschen, deren Krankengeld ausläuft. Wenn der Arbeitgeber einem kranken Mitarbeiter bereits gekündigt hat, besteht die Pflichtversicherung weiter, bis das Krankengeld ausläuft. Mit der „Aussteuerung“ verlieren diese kranken Menschen häufig von einem Tag auf den anderen nicht nur ihr Einkommen, sondern auch ihren Krankenversicherungsschutz.

2. **Beitragsschulden in der PKV**

Privatversicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen verlieren bisher ihren Versicherungsschutz. Sie haben nach geltendem Recht nur Anspruch auf eine sogenannte Notfallbehandlung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Diese Leistungen werden nun für die Nicht-Zahler in einen Notlagentarif überführt, ihr bisheriger Versicherungsvertrag ruht währenddessen.

Für alle Versicherten im Notlagentarif wird eine einheitliche Prämie kalkuliert, Alterungsrückstellungen werden nicht aufgebaut. Bereits vorhandene Alterungsrückstellungen sind auf die zu zahlende Prämie anzurechnen, um den Aufbau weiterer Beitragsschulden zu verhindern.

Bewertung des VdK:

Die Einführung des Notlagentarifs zeigt deutlich die Schwächen der PKV. Bereits die Einführung des Basistarifs sollte die Beitragsüberforderung lindern. Es hat sich gezeigt, dass der Basistarif sogar eine schlechtere Absicherung als die GKV bietet, da es häufig schwierig ist einen Arzt zu finden, der zu den niedrigen Vergütungssätzen behandelt. Es ist zu befürchten, dass Patienten im Notlagentarif nur noch vom Rettungswagen behandelt werden.

Der Sozialverband VdK erhält regelmäßig Anfragen von Menschen in Notlagen, die ihre PKV-Beiträge nicht mehr zahlen können. Es kann nicht sein, dass diese Menschen auch noch ihren Anspruch auf eine ausreichende Behandlung verlieren und nur noch bei akuten Schmerzen behandelt werden. Diese Menschen sind häufig ältere Frauen, die nach einem langen Leben als Hausfrau und Mutter eine Scheidung erlebt haben. Über ihren verbeamteten Ehemann waren sie durch die Beihilfe gut abgesichert. Nun müssen sie sich privat krankenversichern, verfügen über keine Altersrückstellungen und können sich einen Tarif, der ihre Vorerkrankungen mit absichert einfach nicht leisten. Eine andere Gruppe sind Selbstständige, die durch eine schwere Erkrankung oder einen Unfall ihren Beruf nicht mehr ausüben können. In dieser Notlage brauchen sie häufig besonders teure notwendige Krankenbehandlungen, rutschen aber in den Notlagentarif, weil die Berufsunfähigkeitsversicherung häufig nicht ausreicht um die private Krankenversicherung zu zahlen.

Eine Rückkehrmöglichkeit ins GKV-System löst zwar die individuelle Notlage dieser Menschen, verstärkt aber die Rosinenpickerei der PKV. Eine Scheidung oder eine Behinderung als Folge eines Unfalls kann jeden treffen. Daher sollte die gesamte Bevölkerung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden.

Bis dahin sollten die Leistungen für Nicht-Zahler in der PKV denen in der GKV gleichen und dürfen nicht vom PKV-Verband festgelegt werden. Eine Rückkehr in die normale Versorgung sollte analog zur GKV möglich sein, sobald eine Vereinbarung zur Ratenzahlung getroffen wurde und nicht erst nachdem alle Beitragsschulden plus Säumniszuschlag plus „Beitreibungskosten“ in unbekannter Höhe getilgt sind. Auch

für Rentner muss es eine realistische Option geben nochmal in den normalen Vertrag zurückzukehren.

Zu begrüßen ist, dass Patienten nun erfahren, dass sie im Notfall noch versorgt werden und dass zumindest für Hilfebedürftige nach SGB II und XII eine Rückkehr in die normale Versorgung vorgesehen ist.

3. **Krankenhausfinanzierung**

Der Änderungsantrag der CDU/CSU und FDP Fraktionen betrifft die Krankenhausvergütung. Neben einem speziellen Förderprogramm für Hygienefachkräfte, erhalten die Krankenhäuser eine Finanzspritze, die teilweise auch die Tarifsteigerungen ausgleichen soll. Insgesamt sind 568 Millionen Euro vorgesehen.

Außerdem soll ein Schlichtungsverfahren für die Kontrolle von Krankenhausabrechnungen installiert werden.

Bewertung des VdK:

Der Sozialverband VdK begrüßt die Stärkung der Hygienefachkräfte und insbesondere des pflegerischen Personals. Die Verteilung der restlichen Millionen mit der Gießkanne ist aber keine Lösung der strukturellen Probleme des Krankenhaussektors. Der Sozialverband VdK fordert dass die Länder endlich ihre Verantwortung für eine langfristige Krankenhausplanung wahrnehmen, so dass nicht die Wirtschaftlichkeit, sondern die flächendeckende Versorgung das zentrale Kriterium ist. Gerade alte Menschen brauchen eine wohnortnahe Krankenhausversorgung, da sie und ihre Angehörigen häufig nicht mehr so mobil sind. Es muss sichergestellt werden, dass auch auf dem Land alle wichtigen Leistungen in guter Qualität angeboten werden.

abcdefghi
jklmnopq
rstuvwxyz
abcdefghi
jklmnopq
rstuvwxyz
abcdefghi
jklmnopq
rstuvwxyz
abcdefghi
jklmnopq
rstuvwxyz
abcdefghi
jklmnopq
rstuvwxyz
abcdefghi
jklmnopq
rstuvwxyz

ZDH
ZENTRALVERBAND DES DEUTSCHEN HANDWERKS

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(6)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.13_Beitragsschulden
03.05.2013

Stellungnahme

zum "Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung"

(BT-Drucksache 17/13079)

Abteilung Soziale Sicherung

Berlin, Mai 2013

DAS HANDWERK
DIE WIRTSCHAFTSMACHT. VON NEBENAN.

Auch im Handwerk können Selbstständige – insbesondere in der Existenzgründungsphase mit geringem Einkommen – durch die Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übermäßig belastet werden. Sie können daher bei Nicht- bzw. nur Teilzahlung der Beiträge in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Der ZDH begrüßt daher die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen, um soziale Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zu beseitigen.

1. Private Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung haben die allgemeine Krankenversicherungspflicht und der Wegfall des Kündigungsrechts auch bei Beitragsverzug zu einer wachsenden Zahl von Nichtzahlern geführt. Aktuell zählt die private Krankenversicherung etwa 140.000 Nichtzahler.

Nach dem geltenden Recht führt diese Situation zu einer erheblichen Verschuldung der Selbstständigen, die – aus welchen Gründen auch immer – ihre Krankenversicherungsbeiträge heute nicht zahlen können. Eine Lösung dieses Problems liegt im Interesse aller. So häuft zum Beispiel ein 30-jähriger Handwerker, der einen monatlichen Beitrag von etwa 250 Euro wählt, wenn er seine Beiträge nicht zahlt, innerhalb der ersten zwölf Monate Schulden in Höhe von 3.000 Euro in diesem Tarif an. Danach wird er in den Basistarif umgestellt. Dort muss er aktuell 592,88 Euro monatlich zahlen. Kommt er seiner Zahlungsverpflichtung nicht nach, beträgt seine Schuldenlast sechs Monaten nach dem Wechsel in den Basistarif bereits 6.557,28 Euro, nach 36 Monaten sogar 24.343,68 Euro zuzüglich ggf. Säumniszuschläge und Beitreibungskosten. Das sind Schulden, die dem Versicherten später einen Übergang in ein "geregeltes Erwerbsleben" erschweren, in einigen Fällen sogar unmöglich machen.

Der ZDH begrüßt daher die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung eines Notlagentarifs. Versicherte, die ihrer Beitragszahlung nicht nachkommen, sollen nach Durchführung eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens in diesen Notlagentarif überführt werden.

Ein solcher einheitlicher Notlagentarif (ohne Aufbau von Alterungsrückstellungen) kann wegen des überdurchschnittlich jungen und gesunden Kollektivs der Betroffenen deutlich preiswerter, nämlich zu geschätzten 100 Euro pro Monat, angeboten werden. Mit diesem Notlagentarif ist nach drei Jahren der Schuldenstand entscheidend geringer als nach heutiger Rechtslage nach einem Jahr.

Durch den Notlagentarif wird eine Rückkehr in die Beitragszahlung, verbunden mit einer guten beruflichen Perspektive, deutlich einfacher. Der Schaden der Nichtzahlung würde für die betroffenen Menschen wenigstens reduziert. Es ist zu begrüßen, dass der Referentenentwurf ein vereinfachtes Rückkehrrecht des Versicherten in seinen Ursprungstarif vorsieht.

Im Notlagentarif ist nicht der Aufbau von Alterungsrückstellungen vorgesehen. Einerseits ist es zu befürchten, dass das fehlende "Kapital fürs Alter" der Versichertengemeinschaft zur Last fallen wird. Andererseits würde der Aufbau von Alterungsrückstellungen den Notlagentarif deutlich verteuern. Auch vor dem Hintergrund, dass ein Notlagentarif in aller Regel nur zeitlich befristet in Anspruch genommen wird, ist inso-

weit der fehlende Aufbau von Altersrückstellungen hinnehmbar.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung hat der derzeit noch geltende, höhere Säumniszuschlag von 5 Prozent bei Nichtzahlung der Beiträge für freiwillig Versicherte und für Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Zahlung von Beiträgen nicht beschleunigt, sondern das Problem der Beitragsrückstände eher verschärft. Daher ist es zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf den erhöhten Säumniszuschlag abschafft und auf den regulären Säumniszuschlag von einem Prozent des rückständigen Beitrags für jeden angefangenen Monat der Säumnis zurückführt.

Es ist nicht ganz nachvollziehbar, was die im Gesetzentwurf vorgesehene "Klarstellung zur Unzulässigkeit der Einbeziehung von Halteeffekten bei der Kalkulation von Wahltarifen" mit dem Thema des Gesetzentwurfs, der Überforderung bei Beitragsschulden, zu tun hat.

3. Mindestbeitrag für hauptberuflich Selbstständige reduzieren

Eine weitere Ungerechtigkeit muss noch beseitigt werden: Für freiwillige GKV-Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, gilt grundsätzlich als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag mindestens der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (2013: maximal 610,31 Euro mtl. mit und 586,69 Euro ohne Krankengeldanspruch) bei Nachweis niedrigerer Einnahmen mindestens der 40. bzw. in Ausnahmefällen der 60.Teil der monatlichen Bezugsgröße (2013: minimal 313,33 Euro mtl. mit und 301,17 Euro mtl. ohne Krankengeldanspruch).

Der ZDH hat es wiederholt als eine nicht gerechtfertigte Benachteiligung von Selbstständigen kritisiert, dass der Mindestbeitrag in der GKV für hauptberuflich Selbstständige erheblich höher ist als der Mindestbeitrag der sonstigen freiwillig Versicherten (wird berechnet auf der Basis des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße und beträgt 2013 mtl. 133,85 Euro).

Monatliche Beitragszahlungen von mehreren Hundert Euro sind besonders für geringverdienende Selbstständige eine beträchtliche Belastung und konterkarieren die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.

In einem ersten Schritt sollte daher für alle freiwilligen GKV-Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig sind, der Mindestbeitrag zumindest auf die Höhe des Mindestbeitrags derjenigen freiwillig GKV-Versicherten, die einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 93 SGB III erhalten, abgesenkt werden (2013: 208,86 Euro mtl. mit und 200,78 Euro mtl. ohne Krankengeldanspruch).

Berlin, 2. Mai 2013

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(7)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.13_Beitragsschulden
06.05.2013

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13.05.2013 in Berlin

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
BT-Drucksache 17/13079 (inklusive A.-Drs. 17(14)0410 vom 23.04.2013)

Vorläufige Stellungnahme des VKD zu krankenhausspezifischen Regelungen

Der VKD bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Einladung zur Anhörung. Aufgrund der kurzen Frist zur Abgabe der schriftlichen Stellungnahme bis 3. Mai 2013 behalten wir uns Änderungen oder Ergänzungen zu den nachfolgenden Aussagen vor. Ebenso beziehen sich die Aussagen nur auf ausgewählte krankenhausspezifische Regelungen.

1. Die Regelungen zur Förderung der Hygiene werden dem Grunde nach begrüßt. Der Gesetzgeber hat die seinerzeitige Forderung der Krankenhausverbände aufgegriffen, dass es nicht reicht, mit den Änderungen des Infektionsschutzgesetzes nur die Anforderungen zu erhöhen, sondern dass die Krankenhäuser auch in die Lage versetzt werden müssen, angesichts des Mangels an Hygienefachkräften, diese höheren Anforderungen perspektivisch zu erfüllen.

   Der Höhe nach sind die Fördermittel nicht ausreichend, wenn es bei 15 Mio. Euro in 2013 und 38 Mio. Euro in 2014 bleiben soll. Wenn für jedes der 2.000 Krankenhäuser in Deutschland nur eine zusätzliche Hygienefachkraft in der Pflege eingestellt oder vorhandene Stellen entsprechend aufgestockt und 90% der zusätzlich entstehenden Personalkosten refinanziert werden sollen, dann sind mindestens 90 Mio. Euro schon in 2013 erforderlich. Zumal die Regelungen sachgerechterweise ab Inkrafttreten der Änderungen des Infektionsschutzgesetzes nach dem 4. August 2011 greifen sollen. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass die Finanzierungsbeiträge in den ab 1. Januar 2017 geltenden Basisfallwert einzurechnen sind (Neufassung § 10, Absatz 12, Satz 1 KHEntgG).

   Finanziell sollte auch gefördert werden, wenn Krankenhäuser die Beratung und Unterstützung durch Hygienefachkräfte aufgrund des Fachkräftemangels bei externen Anbietern einkaufen müssen. Auch dadurch wird eine Verbesserung der Hygiene erreicht.

2. Die Erhöhung des Verhandlungsspielraums der Vertragsparteien auf Bundesebene für den Veränderungswert bis zur Höhe des vollen Orientierungswertes wird begrüßt (§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5a KHEntgG). Allerdings sollte dies nicht auf 2014 und 2015 begrenzt bleiben. Die Regelung ist auch über diese Jahre hinaus sachgerecht.

3. Die Erhöhung der Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen 2013 über den Veränderungswert von 2 Prozent hinaus wird begrüßt. Allerdings bleibt die Unterfinanzierung im Personalkostenbereich in erheblichen Umfang bestehen. Zum einen werden nur die "maßgeblichen" Tarifsteigerungen als Obergrenze berücksichtigt. Die von den Krankenhäusern nicht beeinflussbaren tariflichen Mehrkosten liegen jedoch fast ausnahmslos deutlich darüber. Zum anderen wird die Differenz zwischen Veränderungswert und den maßgeblichen Tarifsteigerungen nur zu 50 Prozent refinanziert. In den Krankenhäusern, die aufgrund dessen für 2013 ein Defizit erwarten, dürften weitere Stellen abgebaut werden. Damit steigt auch die Arbeitsverdichtung.

   Studien belegen mittlerweile, dass eine so verstandene ökonomische Steigerung der Produktivität zu einer Gefährdung von Patienten führen kann und unbedingt vermieden werden sollte. Auch im internationalen Vergleich weisen die deutschen Krankenhäuser mit durchschnittlich 23 stationären Patienten je Vollkraft eine mittlerweile "ungesunde Effizienz" auf. Das heißt, es gibt auch Krankenhäuser mit einer noch höheren Belastungsziffer. Im Durchschnitt der OECD-Länder werden Kennziffern zwischen 14 und 16 stationären Patienten je Vollkraft berichtet. Der VKD befürwortet im Interesse der Patientenversorgung eine volle Refinanzierung zumindest der maßgeblichen Tarifsteigerungen.

4. Die Einführung eines Versorgungszuschlages für 2013 und 2014 wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird ein erster Schritt in Richtung Abschaffung der doppelten Degression getan. Allerdings sind die Regelungen nicht praktikabel. In der jetzigen Form können die Mittel nur in einem störanfälligen Verhandlungsprozedere auf Landes- und Ortsebene umgesetzt werden, das sich bis weit in die zweite Jahreshälfte 2013 hinziehen kann, so dass das Risiko besteht, dass in 2013 überhaupt keine Mittel mehr fließen. Für die Krankenhäuser wäre dies fatal.

   Nach einer Umfrage des VKD vom April 2012 schreiben rund die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland rote Zahlen. Aufgrund der niedrigen Investitionsförderquoten der Bundesländer können gerade einmal zehn Prozent der Krankenhäuser eine Bestandssicherung aus eigener Kraft durch eine ausreichende Umsatzrentabilität sicherstellen.

90 Prozent der Krankenhäuser können dies nicht und sind dringend auf eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation angewiesen.

Um die politisch gewollte Kompensation der doppelten Degression von Vergütungen für Mehrleistungen in einer Höhe von rd. 250 Mio. Euro in 2013 und rd. 500 Mio. Euro in 2014 zuführungssicher zu regeln, schlägt der VKD vor, einen festen Euro-Betrag je Fallpauschale ins Gesetz zu schreiben oder per Verordnung durch das Bundesgesundheitsministerium regeln zu lassen. Grundlage dafür könnten die bereits feststehenden sogenannten § 21-Daten für das Jahr 2012 und die danach abgerechneten Fallpauschalen sein. Der Versorgungszuschlag sollte für die Restlaufzeit des Jahres 2013 und für das Gesamtjahr 2014 ermittelt werden, indem die politisch konsentierten Beträge durch die Zahl der bereits abgerechneten Fallpauschalen dividiert werden. So kann sichergestellt werden, dass das Geld in 2013 bei den Krankenhäusern ankommt. Es darf nicht durch verhandlungstaktische Verzögerungen der Krankenkassenverbände auf Landesebene – wie in 2012 bei der Umsetzung der Tarifhilfe teilweise erlebt – blockiert werden. Der VKD bittet den Gesetzgeber, diese Erfahrungswerte zu berücksichtigen.

Aufgrund der prekären Finanzlage vieler Krankenhäuser bitten wir den Gesetzgeber zu prüfen, ob eine Umkehr der Mittelzuweisung aus dem Versorgungszuschlag dahingehend Sinn macht, dass in 2013 rd. 500 Mio. Euro und 2014 rd. 250 Mio. Euro zur Verfügung gestellt werden.

5. Der VKD begrüßt grundsätzlich die vom Gesetzgeber vorgesehene Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zur Vereinbarung von Regelungen zu strittigen Abrechnungsfragen. Auch die in diesem Zusammenhang vorgesehene Einrichtung einer Schlichtungsstelle dürfte dazu beitragen, unterschiedliche Interpretationen komplexer Abrechnungsfragen wieder auf eine sachliche Basis zu stellen (Änderung § 17c KHG).

Ergänzende Ausführungen oder eventuelle Änderungen zu den vorgenannten Aussagen behalten wir uns vor. Für Rückfragen und ggf. gewünschte weitergehende fachliche Unterstützung stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Dr. Josef Düllings
VKD-Präsident

Stand: 02.05.2013

dbb beamtenbund und tarifunion

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(8)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
06.05.2013

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

BT-Drs. 17/13079

inklusive des Änderungsantrags der Fraktionen CDU/CSU und FDP gemäß

A.-Drs. 17(14)0410

sowie

zum Antrag der Fraktion der SPD „keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden“ BT-Drs. 17/12069,

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“ BT-Drs. 17/5524 und

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Privat Versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ BT-Drs. 17/10119.

Berlin, 2. Mai 2013

dbb beamtenbund und tarifunion
Friedrichstraße 169/170 - 10117 Berlin - Tel.: +49 30 4081 40 - Fax: +49 30 4081 4999
http://www.dbb.de GB4@dbb.de

zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Konkretisierungen im neu eingefügten § 53 Abs. 9 Satz 2 SGB V setzen die Interpretation des Bundesversicherungsamtes zu den mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) eingeführten Verschärfungen hinsichtlich der Nachweispflicht der Krankenkassen für die Wirtschaftlichkeit ihrer Wahltarife in geltendes Recht um. Bei der Berechnung der Wirtschaftlichkeit eines Wahltarifes dürfen so genannte Halteeffekte künftig nicht mehr berücksichtigt werden. Dies mindert die ökonomische Tragfähigkeit einzelner Tarife und kann letztendlich die Attraktivität der GKV für freiwillig Versicherte schmälern, denen beispielsweise die Möglichkeit, einen Tarif mit Selbstbehalt abzuschließen, künftig verwehrt wird. Da die Wahltarife für freiwillig Versicherte jedoch nicht mit dem Grundsatz einer leistungsfähigkeitsbezogenen Beitragserhebung bzw. des einheitlichen Leistungsumfanges konform sind, steht der dbb der vorgesehenen Änderung des § 53 SGB V aufgeschlossen gegenüber. Die im Gegensatz zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit nun um ein Jahr auf den 31.12.2013 vorgezogene Verpflichtung zur Umstellung der Kalkulation ist aus Sicht des dbb nicht zu beanstanden. Wettbewerbselemente der gesetzlichen Krankenversicherung sollten sich im Wesentlichen auf den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander beschränken und nicht in das Verhältnis zwischen GKV und PKV eingreifen. In diesem Zusammenhang setzt sich der dbb seit langem für eine Rückkehr zur Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen ein.

zu Artikel 2: Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, den mit dem GKV-WSG im April 2007 neu eingefügten § 24 Abs. 1a SGB IV wieder zu streichen. Somit würde die Erhöhung des Säumniszuschlags für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte sowie für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte von einem Prozent auf fünf Prozent der geschuldeten Beitragssumme wieder rückgängig gemacht.

Der dbb begrüßt diese Rücknahme ausdrücklich, summierten sich doch bisher die monatlich erhobenen Säumniszuschläge beim betroffenen Personenkreis auf bis zu 60 Prozent pro Jahr. Dies hat besonders bei Versicherten, die über einen längeren Zeitraum ihre Beiträge schuldig bleiben, einen nahezu exponentiell ansteigenden Schuldenstand zur Folge.

So errechnet etwa die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom 8. Februar 2013 (BT-Drs. 17/12317), dass sich bei einem Selbstständigen, der mit dem Mindestbeitrag in der GKV veranlagt

wird, der Schuldenstand bei der Krankenkasse durch die Säumniszuschläge bereits nach vier Jahren mehr als verdoppelt hat.

Die Summe der Beitragsrückstände in der GKV (ohne Arbeitgeberanteil zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag) belief sich am Jahresultimo 2012 auf rund 2,1 Milliarden Euro. Dies zeigt aus Sicht des dbb deutlich, dass es sich bei säumigen Beitragszahlern in der GKV keinesfalls um ein Randproblem handelt.

Die nun mit der Streichung des § 24 Abs. 1a SGB IV vorgesehene Rückkehr auf den in § 24 Abs. 1 SGB IV geregelten einheitlichen Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent pro Monat ist insofern ausdrücklich zu begrüßen. Die damit einhergehenden Verzugszinsen in Höhe von bis zu zwölf Prozent pro Jahr erscheinen aus Sicht des dbb ausreichend, um einerseits Anreize zu setzen, mit der Zahlung erst gar nicht rückständig zu werden, sowie eine spätere Rückkehr in ein reguläres Versicherungsverhältnis nicht per se auszuschließen.

Auch in der privaten Krankenversicherung lag die Summe der Beitragsrückstände per 31. Dezember 2012 bei rund einer halben Milliarde Euro (bei 140.000-150.000 Nichtzahlern). Es ist aus Sicht des dbb zu befürchten, dass sich der Trend der in den vergangenen Jahren deutlich steigenden PKV-Beiträge auch künftig fortsetzen könnte. Aus diesem Grund ist es aus Sicht des dbb dringend geboten, die Kostendämpfungsbestrebungen weiter zu intensivieren, um auch künftig einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz sicherstellen zu können. Wünschenswert wäre dabei vor allem endlich ein Konsens über die überfällige Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte.

zu Artikel 3: Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

Die bisherige Regelung des § 193 Abs. 6 Satz 9 VVG sieht vor, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherte, die zwei Wochen nach Zugang der ersten Mahnung weiterhin mit ihren Beiträgen rückständig sind und deren Versicherungsvertrag demzufolge ruhend gestellt und auf Notfallleistungen abgesenkt worden ist, im Basistarif weiterversichern, sollten die Beitragsschulden nicht innerhalb eines Jahres beglichen worden sein. Dies hätte für die Betroffenen teilweise finanzielle Mehrbelastungen zur Folge gehabt, da die Prämien im Basistarif über denen einiger PKV-Volltarife liegen. Deshalb wurde in der Vergangenheit in diesen Fällen häufig auf eine „Herunterstufung“ in den Basistarif seitens der Versicherungsunternehmen verzichtet.

Mit § 193 Abs. 6 soll nun der Zeitraum, ab dem der Vertrag des säumigen Versicherungsnehmers ruhend gestellt wird, auf einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung ausgedehnt werden. Der dbb begrüßt die vorgesehene Verlängerung der Frist.

Desweiteren wird mit § 193 Abs. 6-10 VVG nun Rechtssicherheit geschaffen und klargestellt, dass im Falle der vollständigen Tilgung der Beitragsschulden innerhalb eines Jahres die Rückkehr in den ursprünglichen PKV-Tarif ermöglicht werden muss. Ebenfalls wird klargestellt, dass die 12-Monatsfrist ab Ruhen des Vertrages einsetzt und nicht schon mit Beginn der Nichtzahlung. Die durch die Neufassung des § 193 Abs. 6 VVG vorgesehenen Klarstellungen werden vom dbb befürwortet.

Der dbb begrüßt ausdrücklich, dass die ursprünglich in § 193 Abs. 10 VVG vorgesehene Regelung, das Versicherungsverhältnis im Falle der Hilfebedürftigkeit im Basistarif fortzusetzen, zurückgenommen wurde. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Prämien im Basistarif – trotz eines geringeren Leistungsspektrums - teilweise deutlich über denen der PKV-Volltarife liegen. Eine Festlegung wie ursprünglich vorgesehen, hätte somit zusätzliche Belastungen sowohl für die Versicherungsunternehmen als auch für die Sozialversicherungsträger bedeuten können.

zu Artikel 4: Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen des § 12 VAG werden die Grundzüge des Nichtzahlertarifes festgelegt. Gemäß § 12 Abs. 1d Satz 1 wird der PKV-Verband unter Fachaufsicht des Bundesministeriums der Finanzen mit der Aufgabe betraut, Art, Umfang sowie Höhe der Leistungen des mit dem in § 12h VAG einzuführenden Notlagentarifs festzulegen. Diese analog zum Verfahren hinsichtlich des Basistarifs gewählte Vorgehensweise ist aus Sicht des dbb konsequent und zielführend – auch im Hinblick auf eine einheitliche Ausgestaltung des Notlagentarifs. Für beihilfeberechtigte Versicherte wird in § 12h Abs. 2 Satz 2 VAG festgelegt, dass der Notlagentarif für diesen Personenkreis entsprechend beihilfekonform auszugestalten ist.

Die Anrechnung der Altersrückstellung auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist im Vergleich von maximal 50 Prozent auf nun maximal 25 Prozent abgesenkt worden. Die geringere Heranziehung der bereits akkumulierten Altersrückstellungen ist zwar für die betroffenen Versicherten günstig, da eine spätere Rückkehr in einen bezahlbaren PKV-Volltarif erleichtert wird. Allerdings darf aus Sicht des dbb nicht übersehen werden, dass in diesem Fall bestehende Reserven des Versicherten bewusst zurückgehalten werden und eine Verschärfung der Beitragsrückstände die Versichertengemeinschaft des jeweiligen Versicherungsunternehmens belastet.

* * *

Der dbb begrüßt den Vorstoß, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die horrenden Säumniszuschläge auf ein sozialverträgliches Maß abzusenken. Die Re-

gelung wird aus Sicht des dbb dazu beitragen, die Überschuldungssituation von Versicherten, die mit ihren Krankenversicherungsbeiträgen in Verzug geraten, deutlich zu entschärfen. Allerdings bleiben bereits angefallene Säumniszuschläge von der Neuregelung unberührt. Der dbb sieht eine rückwirkende Reduzierung dieser Zuschläge als probates Mittel an, bestehende Schuldenberge auf ein Niveau zu reduzieren, welches den Betroffenen die Möglichkeit einer Tilgung eröffnet.

Inwieweit die vorgesehenen Entlastungen auch zu der erhofften Verstetigung der Beitragszahlungen und damit auch für die gesetzlichen Krankenkassen zum Tragen kommen, ist aus Sicht des dbb allerdings ungewiss.

Zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und FDP A.-Drs. 17(14)0410

Der dbb begrüßt die in § 4 Abs. 11 KHEntgG vorgesehene finanzielle Förderung zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes. Allerdings werden die Tarifsteigerungen im Jahr 2013 erneut nur anteilig berücksichtigt. Der dbb unterstreicht in diesem Zusammenhang erneut seine Forderung nach einer vollumfänglichen Finanzierung der Tarifsteigerungen, besonders auch im Hinblick auf die kommenden Jahre.

Zum Antrag der Fraktion der SPD „keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden“ BT-Drs. 17/12069

Neben der bereits im Fraktionsentwurf vorgesehenen Rückführung des Säumniszuschlags auf ein Prozent pro Monat fordern die Antragsteller eine Begrenzung der rückwirkenden Beitragspflicht für Nicht-Zahler analog des Modells in der PKV. Der dbb schließt sich dieser Forderung an, eröffnet eine entsprechende Begrenzung (einschließlich einer sozialpolitisch tragfähigen Sonderregelung für Altfälle) zumindest einem Teil der Nichtzahler die Perspektive einer Rückkehr in ein „Normalversicherungsverhältnis“. Die positiven Effekte einer derartigen Regelung überwiegen nach Ansicht des dbb mögliche Fehlanreize, die mit einer Begrenzung der rückwirkenden Beitragspflicht einhergehen könnten.

Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“ BT-Drs. 17/5524

Zu den Ausführungen der Antragsteller hinsichtlich der Kritik am dualen Krankenversicherungssystem wird auf die Ausführungen des dbb zum Antrag „Privat Krankenversicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ verwiesen.

Die Intention einer Verbesserung der Situation im Basistarif Versicherter ist begrüßenswert. In der Tat ist die Behandlungsverweigerung einzelner Ärzte und Zahnärzte inakzeptabel. Der dbb weist allerdings darauf hin, dass die unterschiedliche Leistungshonorierung auch Ergebnis einer unterschiedlichen Leistungsdefinition ist. Zudem sollte beachtet werden, dass die niedrigeren Leistungen des Basistarifs extra-budgetär erbracht werden und somit den Ärzten und Zahnärzten ohne mögliche Kürzungen zufließen.

Eine gesetzliche Angleichung der Honorierung vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Leistungen auf dem Niveau der GKV, lehnt der dbb ab, stünde doch ein derartiger Eingriff des Gesetzgebers den Prinzipien des gegliederten Krankenversicherungssystems in Deutschland entgegen.

Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Privat Versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ BT-Drs. 17/10119

Mit der von der Fraktion DIE LINKE geforderten Einführung einer so genannten solidarischen Bürgerversicherung würde der historisch gewachsenen Pluralität der Versicherungsformen ein Ende gesetzt, ohne dass mit diesem Schritt eine nachhaltige Sanierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden kann. Durch die Einbeziehung aller PKV-Versicherten und möglicherweise weiterer Einkommensarten würden zwar deutlich höhere Einnahmen generiert, diesen ständen jedoch ebenfalls steigende Leistungsausgaben gegenüber – die derzeitigen Probleme der GKV würden also verschärft bzw. in die Zukunft verschoben.

Im Fall eines sofortigen Einbezugs aller PKV-Versicherten droht – je nach Ausgestaltung des Übergangs – ein Verstoß gegen das Eigentumsrecht der Versicherten, wenn Altersrückstellungen, die für jeden Privatversicherten individuell gebildet werden, in das umlagefinanzierte System überführt werden. Mit einer Auflösung der Altersrückstellungen wird dem Kostenanstieg durch den demografischen Wandel eher Vorschub geleistet denn entgegengewirkt.

Unabhängig jeglicher Diskussion, ob nun Beihilfe oder deren Umwandlung in Arbeitgeberbeiträge durch den Dienstherren günstiger ist, muss bedacht werden, dass mit der Überführung der größtenteils privat versicherten Beamten in die GKV auch die Subventionen wegfallen, die das Leistungsspektrum der PKV bisher ermöglicht. So erfolgen viele medizinische Leistungen derzeit quasi nach einer Art Mischkalkulation, in der die PKV-Leistungen die niedrigeren der GKV zum Teil ausgleichen. Ein Wegfall dieser Leistungen würde das Preisniveau der Krankenversorgung deutlich erhöhen und nach Befürchtungen der Ärzteschaft zu einem „Praxissterben“ führen.

Die derzeitig in Deutschland herrschende Pluralität der Versicherungsformen sorgt auch für einen intensiven Wettbewerb zwischen den Versicherungssystemen. Dieser Wettbewerb ist für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen vorteilhaft, da er zu Innovationen anregt und Mangelverwaltung über Wartelisten vermeidet. Die mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbundene Einschränkung des Wettbewerbs hätte somit nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Der dbb bekennt sich ausdrücklich zum gegliederten Gesundheitssystem von GKV und PKV in Deutschland und lehnt die Forderung der Fraktion DIE LINKE als nicht zielführend ab.

Krankenhaussektor braucht Strukturreform und keine Zusatzförderung

Stellungnahme zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum "Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung"

3. Mai 2013

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(9)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
06.05.2013

Es mangelt nicht an Geld

Im Krankenhaussektor ist nicht mehr Geld erforderlich, sondern endlich eine wirkliche Strukturreform. Nach wie vor existieren medizinisch nicht notwendige Überkapazitäten im stationären Sektor. Solange jedes fünfte Krankenhausbett ungenutzt bleibt, macht es keinen Sinn, überflüssige Kapazitäten durch immer neues Geld künstlich aufrecht zu erhalten.

Das Statistische Bundesamt hat festgestellt, dass zwischen 1991 und 2010 die durchschnittliche Bettenauslastung der Krankenhäuser von 84 % auf nur noch 77 % gesunken ist. Dieser Wert liegt deutlich unter der bedarfsgerechten Auslastung von 85 %, die noch Kapazitäten als Notreserve für Katastrophen oder Pandemien bereithält.

Zu Recht weist die OECD darauf hin, dass kein anderes Land in Europa so viele Krankenhausbetten pro Einwohner bereit stellt wie Deutschland. Mit 8,3 Betten je 1.000 Einwohner liegt Deutschland weit über dem OECD-Durchschnitt von 4,9 Betten je 1.000 Einwohner. Sogar jedes Bundesland für sich genommen übertrifft den OECD-Durchschnitt. Hierzu trägt auch die starre Abgrenzung zwischen ambulantem und stationärem Sektor bei. Für eine Reihe medizinischer Eingriffe ist ein vollstationärer Aufenthalt, wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, nicht geboten.

Mit über 60 Mrd. € jährlich ist der Krankenhausbereich der mit Abstand teuerste Sektor des Gesundheitswesens. Zudem sind die Krankenhausausgaben in den letzten 10 Jahren deutlich überproportional auf jetzt 33 % der Gesamtkosten gestiegen.

Eine undifferenzierte finanzielle Zusatzförderung aller Krankenhäuser, wie sie im Änderungsantrag 1 vorgesehen ist, muss daher unterbleiben. Auf diese Weise würden unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser belohnt und damit ineffiziente Strukturen weiter gefestigt.

Überversorgung beeinträchtigt Versorgungsqualität und provoziert unnötige Operationen

Die bestehende Überversorgung an Krankenhausbetten in Deutschland führt zudem zu gesundheitspolitisch gravierenden Fehlentwicklungen. Zum einen verhindert die große Zahl kleiner Krankhäuser, in denen eine große Bandbreite an Eingriffen vorgenommen wird, die notwendige Spezialisierung. Dabei besteht nach zahlreichen Studien ein enger Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität des Behandlungsergebnisses.

Zum anderen erweisen sich die vorhandenen Überkapazitäten als Treiber für die Zahl der Operationen. Medizinische Gründe allein können nicht erklären, warum in Deutschland immer häufiger und sehr viel mehr als in an-

deren Industrieländern operiert wird. Wie ein Gutachten des Wirtschaftsforschungsinstituts RWI für den GKV-Spitzenverband zeigt, hat es in den letzten Jahren in Deutschland erneut einen kräftigen Anstieg der Behandlungsfälle in Krankenhäusern gegeben. Dieser Anstieg lässt sich aber – wie das Gutachten feststellt – nur gerade einmal zu 40 Prozent auf die gesellschaftliche Alterung zurückführen. Auch im internationalen Vergleich zeigt sich, dass in Deutschland besonders häufig operiert wird, bei Hüften und Knien etwa doppelt so oft wie im OECD-Durchschnitt. Unnötige Operationen widersprechen jedoch dem Patienteninteresse und dem Interesse der Beitragszahler gleichermaßen.

Tarifabschluss selbst kompensieren

Insbesondere müssen die Krankenhäuser die Mehrkosten aus dem zuletzt für sie abgeschlossenen Tarifabschluss durch geeignete Maßnahmen selbst erwirtschaften, wie alle anderen Arbeitgeber auch. Die im Änderungsantrag vorgesehene Mehrbelastung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung liegt allein für die Tarifrefinanzierung bei 150 Mio. € jährlich bis zum Jahr 2015. Die Finanzierung der Mehrbelastungen aus Tarifabschlüssen durch die Beitragszahler kommt einem Freibrief für die Tarifpartner gleich. Der Gesetzgeber darf Tarifverträge im Krankenhausbereich nicht weiter zu Verträgen zu Lasten der Beitragszahler werden lassen.

Hygienemängel nicht belohnen

Die Einhaltung von Hygienevorschriften ist eine Selbstverständlichkeit und darf nicht mit einer zusätzlichen Vergütung honoriert werden. Wenn darüber hinaus Hygienemaßnahmen durch spezialisierte Fachkräfte sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erforderlich sind, darf es sich allenfalls um eine vorübergehende Anschubfinanzierung handeln. Denn wenn die hygienische Situation in manchen Krankenhäusern problematisch ist, handelt es sich um Versäumnisse der jeweiligen Einrichtungen. Hygienemaßnahmen sind bereits ein fester Bestandteil des Qualitätsmanagements und werden entsprechend finanziert. Daher sind zusätzliche finanzielle Mittel von insgesamt über 100 Mio. € in den Jahren 2013 bis 2015 nicht gerechtfertigt. Die Gewährung dieser Mittel würde im Ergebnis bedeuten, dass die Krankenhäuser jetzt zusätzliches Geld erhalten, weil sie in der Vergangenheit Hygienemängel zugelassen haben.

Stationären Sektor neu aufstellen

Erforderlich sind hingegen echte Strukturreformen im Krankenhaussektor, insbesondere muss Krankenhäusern und Krankenkassen mehr Vertragsautonomie eingeräumt werden.

Der heute im stationären Bereich bestehende Zwang zu einheitlichen, gemeinsam ausgehandelten Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verhindert den notwendigen Vertragswettbewerb und die damit mögliche Ausschöpfung von Effizienzreserven. An die Stelle kollektiver und einheitlicher Verträge müssen schrittweise individuell ausgehandelte Verträge von Krankenkassen und Krankenhäusern treten.

Zudem muss der bestehende Kontrahierungszwang, nach dem die Krankenkassen mit allen von den Ländern im Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen müssen, abgeschafft werden. Für den Abschluss von Versorgungsverträgen würden dann nicht mehr auch landes- und kommunalpolitische Anliegen maßgeblich sein, sondern allein die Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung sowie der Gesamtbedarf. Eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs würde die wettbewerbliche Entwicklung wirtschaftlicher Krankenhausstrukturen fördern und den Abbau der z. T. noch erheblichen Überkapazitäten im Krankenhausbereich beschleunigen.

Der Wegfall der Krankenhausplanung durch die Länder erfordert im Gegenzug die Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die gesetzlichen Krankenkassen sowie außerdem die mit dem Krankenhausplanungsrecht verbundene, heute von den Ländern übernommene Finanzierung der Investitionen und Großgeräte der Krankenhäuser. Damit der Übergang kostenneutral für Länder und Krankenkassen erfolgt, muss die bisherige Investitionsfinanzierung durch einen dynamisierten Steuerzuschuss ersetzt werden.

Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser, d. h. eine einheitliche Vergütung der Betriebs- und Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser aus einer Hand, können Investitionsmittel statt bislang pauschal künftig leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden, z. B. durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Auch dadurch würde der Leistungswettbewerb zwischen den Krankenhäusern gefördert.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Überforderung von Beitragsschuldnern vermeiden

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

19. März 2013

Zusammenfassung

Die vorgesehenen Maßnahmen zum Schutz säumiger Beitragszahler vor Überschuldung in der Krankenversicherung sind zu begrüßen. Sowohl freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte als auch privat Versicherte werden mit diesen Anpassungen in Fällen finanzieller Notlagen sachgerecht und zielgerichtet entlastet. Das ist insbesondere für Selbstständige wichtig, die sich als Existenzgründer in schwierigen Phasen ihres Erwerbslebens befinden.

Die Gewährleistung krankenversicherungsrechtlicher Absicherung aller Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland durch die mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 eingeführte Pflicht zur Versicherung war eine richtige Entscheidung. Sie darf aber keine finanzielle Überlastung provozieren, auch weil sonst die Gefahr wächst, dass die säumigen Beitragsschuldner ihre Rückstände niemals wieder ausgleichen werden.

Im Einzelnen

Einheitlicher Säumniszuschlag von 1 % für alle gesetzlich Versicherten sinnvoll

Es ist richtig, auch für freiwillig Versicherte sowie Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zukünftig wieder den regulären Säumniszuschlag von 1 % des säumigen Beitrags zu erheben. Der durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 eingeführte erhöhte Säumniszuschlag von 5 % für diese Personengruppen hat sich nicht bewährt. Statt eine abschreckende Wirkung zu entfalten, haben sich in vielen Fällen nur die Beitragsschulden verstärkt angehäuft.

Privat Versicherte und deren Versichertengemeinschaft unterstützen

In der privaten Krankenversicherung ist die Einführung eines Notlagentarifs für Beitragsschuldner überfällig. Der neue Tarif ermöglicht es den vorübergehend finanziell schwachen Versicherten, gegen Zahlung einer einheitlichen geringen Prämie weiterhin Anspruch auf Behandlung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen sowie Schwangerschaft und Mutterschaft zu behalten.

Auf der anderen Seite müssen die übrigen Versicherten in Zukunft nicht mehr alle Leistungen für diejenigen tragen, die das volle Leistungsniveau der privaten Krankenversicherung in Anspruch nehmen, ohne dafür eine Prämie zu entrichten. Damit werden sowohl die Beitragsschuldner als auch die Versichertengemeinschaft entlastet.

Positiv ist auch die mit vergleichsweise geringem bürokratischen Aufwand verbundene Verfahrensweise: Erstens handelt es sich um einen einheitlichen Versicherungstarif aller privaten Krankenversicherer mit standardi-

sierter Information. Zweitens ist es eine sinnvolle Vereinfachung und Maßnahme zur Kostenminimierung, dass im Notlagentarif keine Altersrückstellungen gebildet werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA ist die sozialpolitische Spitzenorganisation der gesamten deutschen gewerblichen Wirtschaft. Sie vertritt die Interessen kleiner, mittelständischer und großer Unternehmen aus allen Branchen in allen Fragen der Sozial- und Tarifpolitik, des Arbeitsrechts, der Arbeitsmarktpolitik sowie der Bildung. Die BDA setzt sich auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene für die Interessen von einer Mio. Betrieben ein, die 20 Mio. Arbeitnehmer beschäftigen und die der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden sind. Die Arbeitgeberverbände sind in den der BDA unmittelbar angeschlossenen 52 bundesweiten Branchenorganisationen und 14 Landesvereinigungen organisiert.

Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(10)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.13_Beitragsschulden
06.05.2013

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 03.05.2013

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 17/13079)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 3

II. Stellungnahme zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Aufhebung des § 24 Absatz 1a) 4

III. Stellungnahme zu Artikel 6 (Inkrafttreten) 6

I. Vorbemerkung

Mit dem vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung werden drei Gesetzesziele verfolgt.

Erstens wird für die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Wahltarife nach § 53 SGB V gesetzlich vorgegeben, dass künftig bei der Kalkulation der Tarife diejenigen kalkulatorischen Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, nicht berücksichtigt werden dürfen. Bestehende Tarifkalkulationen, die diese Einnahmeneffekte gegenwärtig berücksichtigen, sind zum 31.12.2013 umzustellen (Artikel 1). Die gesetzliche Klarstellung beeinflusst unmittelbar die den jeweiligen Aufsichtsbehörden vorzulegenden Tarifkalkulationen der Krankenkassen, somit deren künftiges Wahltarifangebot und damit das wettbewerblich geprägte Verhältnis der Krankenkassen untereinander. Vor diesem Hintergrund enthält sich der GKV-Spitzenverband als wettbewerbsneutraler Verband seiner Krankenkassen einer Bewertung.

Zweitens soll der ebenfalls mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte besondere Säumniszuschlag für freiwillig Versicherte sowie für nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des KVLG 1989 Versicherte (Auffangversicherungspflicht) gestrichen werden (Artikel 2). Bislang ist für diese Mitglieder, soweit sie mit Beiträgen länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren Monat ein Säumniszuschlag in Höhe von 5 Prozent - anstelle des ansonsten vorgeschriebenen Zuschlags von 1 Prozent - zu erheben (§ 24 Abs. 1a SGB V). Gegen die Aufhebung dieser Vorschrift bestehen seitens des GKV-Spitzenverbandes keine wesentlichen Einwände. Auf die detaillierte Begründung unter II. wird verwiesen.

Drittens wird für privat Versicherte, die ihrer Verpflichtung zur Prämienzahlung nicht nachkommen (können), ein „Notlagentarif“ eingeführt. Die Versicherten sollen, soweit ein gesetzlich festgelegtes Mahnverfahren des Krankenversicherungsunternehmens erfolglos geblieben ist, in diesen Tarif überführt werden. Zu den Änderungen im privaten Versicherungsrecht (Artikel 3 – 5) gibt der GKV-Spitzenverband mangels direkter Betroffenheit keine Stellungnahme ab.

II. Stellungnahme zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Aufhebung des § 24 Absatz 1a)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der im Falle von Beitragsschulden von den Krankenkassen zu erhebende Säumniszuschlag von 5 Prozent der säumigen Beitragsschuld für freiwillig Versicherte sowie für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des KVLG 1989 ab dem zweiten Monat der Säumnis soll entfallen. Wie für die übrigen Beitragsschuldner soll künftig auch für diese Versicherten ausschließlich der Säumniszuschlag von 1 Prozent gelten.

B) Stellungnahme

Gegen die Streichung des erhöhten Säumniszuschlags für freiwillige Mitglieder sowie für Mitglieder, die der Auffangversicherungspflicht unterliegen, bestehen keine wesentlichen Einwände.

Der Säumniszuschlag wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 eingeführt, welches für alle Einwohner ohne Krankenversicherungsschutz ab 1.4.2007 einen Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet hatte („Versicherungsschutz für alle“). Seither erfolgt für Mitglieder, die ihre Beiträge nicht entrichten (können), nicht mehr der Ausschluss aus der Versicherung. Der erhöhte Säumniszuschlag sollte die Versichertengemeinschaft als Sanktionsmittel vor einer Verschlechterung der Zahlungsmoral der Mitglieder schützen.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hatten die Zweckmäßigkeit des neuen Säumniszuschlags im Gesamtkontext des damaligen Reformgesetzes bereits kritisch bewertet. In den vergangenen Jahren hat sich nun gezeigt, dass das als Schutzmechanismus für die Solidargemeinschaft konzipierte Instrument den Anstieg der Beitragsrückstände im Bereich der freiwilligen Mitglieder/Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V nicht verhindern konnte. Zwar kann zum möglichen Effekt des erhöhten Zuschlags auf die Zahlungsbereitschaft empirisch keine Aussage getroffen werden, es ist aber festzustellen, dass der eingetretene Anstieg der Rückstände nicht unwesentlich auf den nicht gezahlten höheren Säumniszuschlägen beruht. Insofern hat sich der Zuschlag nicht bewährt.

Zugleich ist festzustellen, dass den Krankenkassen bei einer ersatzlosen Streichung weiterhin ein wirksames Instrument zur Sicherung der Beitragseinnahmen fehlt; die bestehenden Regelungen zum teilweisen Ruhen des Leistungsanspruchs bei Nichtzahlung haben sich als ebenso stumpfes Schwert erwiesen.

Aufgrund dieser Erfahrungen sollten die aus gesamtgesellschaftlichen Gründen geschaffenen Regelungen zum „Versicherungsschutz für alle“ dahingehend nachgebessert werden, dass künftig auch die öffentliche Hand die damit bislang den Beitragszahlern der GKV auferlegten zusätzlichen Lasten entsprechend seiner gesamtgesellschaftlichen Verantwortung aus Steuermitteln trägt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

III. Stellungnahme zu Artikel 6 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz soll am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die mit dem Wegfall des erhöhten Säumniszuschlags verbundene Umstellung der DV-Systeme benötigt einen gewissen zeitlichen Vorlauf vor dem Fälligkeitstermin (15. des Monats). Das Inkrafttreten zum ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats trägt daher zur reibungslosen Umsetzung bei.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 03.05.2013

zum Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas u.a. sowie der Fraktion der SPD „Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden“ (Bundestagsdrucksache 17/12069)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Inhalt des Antrages 3

II. Stellungnahme zum Antrag 3

I. Inhalt des Antrages

Die Fraktion der SPD fordert mit ihrem Antrag vom 16.01.2013 die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf mit drei Regelungsinhalten vorzulegen.

1. § 24 Absatz 1a SGB V und damit der erhöhte Säumniszuschlag von 5 Prozent soll ersatzlos gestrichen werden.
2. Die für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab Eintritt der Versicherungspflicht, frühestens ab 1.4.2007 bestehende (rückwirkende) Beitragszahlungsverpflichtung soll begrenzt werden. Analog der für die private Krankenversicherung geltenden Regelung in § 193 Abs. 4 VVG soll für zurückliegende Zeiträume der Nichtversicherung für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung nur noch ein Sechstel eines Monatsbeitrags fällig werden. Für Altfälle soll eine sozialpolitisch tragfähige Übergangslösung gelten.
3. Es wird sichergestellt, dass Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr beendet werden können, wenn nicht zugleich ein anderweitiger Versicherungsschutz nachgewiesen wird.

II. Stellungnahme zum Antrag

Ad 1.
Gegen eine Streichung des erhöhten Säumniszuschlags für freiwillige Mitglieder sowie für Mitglieder, die der Auffangversicherungspflicht unterliegen, bestehen keine wesentlichen Einwände.

Der Säumniszuschlag wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 eingeführt, welches für alle Einwohner ohne Krankenversicherungsschutz ab 1.4.2007 einen Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet hatte („Versicherungsschutz für alle“). Seither erfolgt für Mitglieder, die ihre Beiträge nicht entrichten (können), nicht mehr der Ausschluss aus der Versicherung. Der erhöhte Säumniszuschlag sollte die Versichertengemeinschaft als Sanktionsmittel vor einer Verschlechterung der Zahlungsmoral der Mitglieder schützen. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hatten seinerzeit die Zweckmäßigkeit des neuen Säumniszuschlags im Gesamtkontext des damaligen Reformgesetzes bereits kritisch bewertet.

In den vergangenen Jahren hat sich nun gezeigt, dass das als Schutzmechanismus für die Solidargemeinschaft konzipierte Instrument den Anstieg der Beitragsrückstände im Bereich der freiwilligen Mitglieder/Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht verhindern konnte. Zwar kann zum möglichen Effekt des erhöhten Zuschlags auf die Zahlungsbereitschaft empirisch keine Aussage getroffen werden, es ist aber festzustellen, dass der eingetretene Anstieg der Rückstände nicht unwesentlich auf den nicht gezahlten höheren Säumniszuschlägen beruht. Insofern hat sich der Zuschlag nicht bewährt.

Zugleich ist festzustellen, dass den Krankenkassen bei einer ersatzlosen Streichung weiterhin ein wirksames Instrument zur Sicherung der Beitragseinnahmen fehlt; die bestehenden Regelungen zum teilweisen Ruhen des Leistungsanspruchs bei Nichtzahlung haben sich als ebenso stumpfes Schwert erwiesen.

Ad 2.
Wird in der privaten Krankenversicherung der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG beantragt, ist vom Versicherungsnehmer ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser Zuschlag beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags (§ 193 Abs. 4 Satz 2 VVG).

Der vorliegende Antrag ist darauf gerichtet, für die gesetzliche Krankenversicherung eine analoge Regelung zu schaffen. In der GKV gilt gegenwärtig, dass Versicherungspflichtige, die ihrer Anzeigepflicht über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verspätet nachkommen, grundsätzlich die vollen Beiträge für den gesamten zurückliegenden Zeitraum, frühestens ab 1.4.2007, nachzuentrichten haben. Für diese Fälle besteht mit § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V bereits heute die Vorgabe, dass die Krankenkassen in ihren Satzungen zu regeln haben, dass der für die Zeit seit Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Betrag dann angemessen zu ermäßigen, zu stunden oder gar nicht erst zu erheben ist, wenn ein Versicherter die verspätete Anzeige des Vorliegens der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht zu vertreten hat. Darüber hinaus wird die Beitragsnachforderung für zurückliegende Zeiträume durch die Beachtung der Verjährungsregelungen des § 25 SGB IV begrenzt. Danach verjähren Ansprüche auf Beiträge in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie fällig geworden sind. Dies schützt die Betroffenen auch zukunftsgerichtet vor unüberschaubaren Nachforderungsbeträgen, sodass bereits am 31.12.2012 Beitragsforderungen und auch Säumniszuschläge bis einschließlich 30.11.2008 verjährt sind und damit nicht mehr nachberechnet werden können.

Die Übertragung der Regelung des § 193 Abs. 4 Satz 2 VVG ins SGB V hätte den Effekt, dass künftig Personen ohne Krankenversicherungsschutz, die ihrer Anzeigepflicht gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse verspätet nachkommen, deutlich geringeren Beitragsforderungen gegenüberstünden als nach geltender Rechtslage. Da mit dieser Regelung zu Recht keine Rückwirkung für vor dem Inkrafttreten bereits bestehende Beitragsschulden beabsichtigt ist, muss die Regelung nicht nach ihrer Entlastungs-, sondern vorrangig nach ihrer Anreizwirkung bewertet werden. Sie eröffnet jedem nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Selbstzahler theoretisch die Möglichkeit, eine risikoarme Wette auf die eigene Gesundheit abzuschließen. Entscheidet sich etwa ein Selbständiger, der seiner Anzeigepflicht bislang nicht nachgekommen ist und der nicht damit rechnet, in den nächsten sechs Monaten Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu müssen, seine Beiträge weiterhin nicht zu entrichten, schiebt er seine Anzeigepflicht zunächst weiter hinaus. Im Falle der Anzeige zahlt er ab dem siebten Rückstandsmonat nur noch ein Sechstel des Monatsbeitrags und die aufgelaufenen Säumniszuschläge in Höhe von 1 Prozent je Monat. Säumniszuschläge werden erhoben, damit nicht fristgerecht zahlende Beitragsschuldner sanktioniert werden. Bei der vorgeschlagenen Regelung spart eine Person, die ihrer Anzeigepflicht nicht nachgekommen ist, ab dem 7. Monat fünf Sechstel eines Monatsbeitrags. Nach 155 Monaten (dies entspricht knapp 13 Jahren) ist die Summe der Säumniszuschläge höher als diese Absenkung. Erst dann zahlt der säumige Beitragsschuldner mehr als bei sofortiger Anzeige seiner Versicherungspflicht in der GKV. Die vorgeschlagene Regelung führt somit zu einem erhöhten Missbrauchspotenzial und zu Verwerfungen gegenüber den Mitgliedern, die ihrer Anzeigepflicht rechtzeitig nachgekommen sind. Ob damit die Beitragsrückstände von Selbstzahlern in der Zukunft verringert werden können, ist deshalb fraglich. Eine solche Regelung ist aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit nicht zielführend.

Ad 3.

Der Antrag beschreibt, dass in einzelnen Fällen Mitglieder nach Abmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle aus der Versicherungspflicht ausscheiden, ohne dass ein sich anschließender anderweitiger Versicherungsschutz vorliegt. Hier geht es insbesondere um Fälle nach dem Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder der Beendigung eines Arbeitslosengeldbezugs. Wenn in diesen Fällen eine Mitteilung des Mitglieds über sein weiteres Versicherungsverhältnis gegenüber der bisherigen Krankenkasse unterbleibt und diese nicht über konkrete Hinweise verfügt, ob eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorhanden ist, beendet die Krankenkasse die Mitgliedschaft in der GKV zum Ende der Beschäftigung bzw. des Arbeitslosengeldbezugs. Dadurch wächst die Gefahr, dass latent Beitragsansprüche entstehen, die

im Falle einer späteren Feststellung der Versicherungspflicht im Wege der Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu Beitragsrückständen werden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Intention, durch gesetzliche Regelungen den Grundsatz zu verwirklichen, dass ein bestehender Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr beendet werden kann, wenn nicht zugleich ein anderweitiger umfassender Versicherungsschutz gegenüber der bisherigen Krankenkasse nachgewiesen wird (obligatorische Anschlussversicherung). Damit wird eine Gleichbehandlung gegenüber freiwilligen Mitgliedern hergestellt, die schon heute die GKV ohne Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nicht (mehr) verlassen können.

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 03.05.2013

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 17/13079)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 3

II. Stellungnahme zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Aufhebung des § 24 Absatz 1a) 4

III. Stellungnahme zu Artikel 6 (Inkrafttreten) 6

I. Vorbemerkung

Mit dem vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung werden drei Gesetzesziele verfolgt.

Erstens wird für die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Wahltarife nach § 53 SGB V gesetzlich vorgegeben, dass künftig bei der Kalkulation der Tarife diejenigen kalkulatorischen Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, nicht berücksichtigt werden dürfen. Bestehende Tarifkalkulationen, die diese Einnahmeneffekte gegenwärtig berücksichtigen, sind zum 31.12.2013 umzustellen (Artikel 1). Die gesetzliche Klarstellung beeinflusst unmittelbar die den jeweiligen Aufsichtsbehörden vorzulegenden Tarifkalkulationen der Krankenkassen, somit deren künftiges Wahltarifangebot und damit das wettbewerblich geprägte Verhältnis der Krankenkassen untereinander. Vor diesem Hintergrund enthält sich der GKV-Spitzenverband als wettbewerbsneutraler Verband seiner Krankenkassen einer Bewertung.

Zweitens soll der ebenfalls mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte besondere Säumniszuschlag für freiwillig Versicherte sowie für nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des KVLG 1989 Versicherte (Auffangversicherungspflicht) gestrichen werden (Artikel 2). Bislang ist für diese Mitglieder, soweit sie mit Beiträgen länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren Monat ein Säumniszuschlag in Höhe von 5 Prozent - anstelle des ansonsten vorgeschriebenen Zuschlags von 1 Prozent - zu erheben (§ 24 Abs. 1a SGB V). Gegen die Aufhebung dieser Vorschrift bestehen seitens des GKV-Spitzenverbandes keine wesentlichen Einwände. Auf die detaillierte Begründung unter II. wird verwiesen.

Drittens wird für privat Versicherte, die ihrer Verpflichtung zur Prämienzahlung nicht nachkommen (können), ein „Notlagentarif“ eingeführt. Die Versicherten sollen, soweit ein gesetzlich festgelegtes Mahnverfahren des Krankenversicherungsunternehmens erfolglos geblieben ist, in diesen Tarif überführt werden. Zu den Änderungen im privaten Versicherungsrecht (Artikel 3 – 5) gibt der GKV-Spitzenverband mangels direkter Betroffenheit keine Stellungnahme ab.

II. Stellungnahme zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Aufhebung des § 24 Absatz 1a)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der im Falle von Beitragsschulden von den Krankenkassen zu erhebende Säumniszuschlag von 5 Prozent der säumigen Beitragsschuld für freiwillig Versicherte sowie für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des KVLG 1989 ab dem zweiten Monat der Säumnis soll entfallen. Wie für die übrigen Beitragsschuldner soll künftig auch für diese Versicherten ausschließlich der Säumniszuschlag von 1 Prozent gelten.

B) Stellungnahme

Gegen die Streichung des erhöhten Säumniszuschlags für freiwillige Mitglieder sowie für Mitglieder, die der Auffangversicherungspflicht unterliegen, bestehen keine wesentlichen Einwände.

Der Säumniszuschlag wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 eingeführt, welches für alle Einwohner ohne Krankenversicherungsschutz ab 1.4.2007 einen Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet hatte („Versicherungsschutz für alle“). Seither erfolgt für Mitglieder, die ihre Beiträge nicht entrichten (können), nicht mehr der Ausschluss aus der Versicherung. Der erhöhte Säumniszuschlag sollte die Versichertengemeinschaft als Sanktionsmittel vor einer Verschlechterung der Zahlungsmoral der Mitglieder schützen.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hatten die Zweckmäßigkeit des neuen Säumniszuschlags im Gesamtkontext des damaligen Reformgesetzes bereits kritisch bewertet. In den vergangenen Jahren hat sich nun gezeigt, dass das als Schutzmechanismus für die Solidargemeinschaft konzipierte Instrument den Anstieg der Beitragsrückstände im Bereich der freiwilligen Mitglieder/Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V nicht verhindern konnte. Zwar kann zum möglichen Effekt des erhöhten Zuschlags auf die Zahlungsbereitschaft empirisch keine Aussage getroffen werden, es ist aber festzustellen, dass der eingetretene Anstieg der Rückstände nicht unwesentlich auf den nicht gezahlten höheren Säumniszuschlägen beruht. Insofern hat sich der Zuschlag nicht bewährt.

Zugleich ist festzustellen, dass den Krankenkassen bei einer ersatzlosen Streichung weiterhin ein wirksames Instrument zur Sicherung der Beitragseinnahmen fehlt; die bestehenden Regelungen zum teilweisen Ruhen des Leistungsanspruchs bei Nichtzahlung haben sich als ebenso stumpfes Schwert erwiesen.

Aufgrund dieser Erfahrungen sollten die aus gesamtgesellschaftlichen Gründen geschaffenen Regelungen zum „Versicherungsschutz für alle“ dahingehend nachgebessert werden, dass künftig auch die öffentliche Hand die damit bislang den Beitragszahlern der GKV auferlegten zusätzlichen Lasten entsprechend seiner gesamtgesellschaftlichen Verantwortung aus Steuermitteln trägt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

III. Stellungnahme zu Artikel 6 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz soll am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die mit dem Wegfall des erhöhten Säumniszuschlags verbundene Umstellung der DV-Systeme benötigt einen gewissen zeitlichen Vorlauf vor dem Fälligkeitstermin (15. des Monats). Das Inkrafttreten zum ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats trägt daher zur reibungslosen Umsetzung bei.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 03.05.2013

zum Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas u.a. sowie der Fraktion der SPD „Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden“ (Bundestagsdrucksache 17/12069)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Inhalt des Antrages 3

II. Stellungnahme zum Antrag 3

I. Inhalt des Antrages

Die Fraktion der SPD fordert mit ihrem Antrag vom 16.01.2013 die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf mit drei Regelungsinhalten vorzulegen.

1. § 24 Absatz 1a SGB V und damit der erhöhte Säumniszuschlag von 5 Prozent soll ersatzlos gestrichen werden.
2. Die für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab Eintritt der Versicherungspflicht, frühestens ab 1.4.2007 bestehende (rückwirkende) Beitragszahlungsverpflichtung soll begrenzt werden. Analog der für die private Krankenversicherung geltenden Regelung in § 193 Abs. 4 VVG soll für zurückliegende Zeiträume der Nichtversicherung für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung nur noch ein Sechstel eines Monatsbeitrags fällig werden. Für Altfälle soll eine sozialpolitisch tragfähige Übergangslösung gelten.
3. Es wird sichergestellt, dass Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr beendet werden können, wenn nicht zugleich ein anderweitiger Versicherungsschutz nachgewiesen wird.

II. Stellungnahme zum Antrag

Ad 1.
Gegen eine Streichung des erhöhten Säumniszuschlags für freiwillige Mitglieder sowie für Mitglieder, die der Auffangversicherungspflicht unterliegen, bestehen keine wesentlichen Einwände.

Der Säumniszuschlag wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 eingeführt, welches für alle Einwohner ohne Krankenversicherungsschutz ab 1.4.2007 einen Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet hatte („Versicherungsschutz für alle“). Seither erfolgt für Mitglieder, die ihre Beiträge nicht entrichten (können), nicht mehr der Ausschluss aus der Versicherung. Der erhöhte Säumniszuschlag sollte die Versichertengemeinschaft als Sanktionsmittel vor einer Verschlechterung der Zahlungsmoral der Mitglieder schützen. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hatten seinerzeit die Zweckmäßigkeit des neuen Säumniszuschlags im Gesamtkontext des damaligen Reformgesetzes bereits kritisch bewertet.

In den vergangenen Jahren hat sich nun gezeigt, dass das als Schutzmechanismus für die Solidargemeinschaft konzipierte Instrument den Anstieg der Beitragsrückstände im Bereich der freiwilligen Mitglieder/Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht verhindern konnte. Zwar kann zum möglichen Effekt des erhöhten Zuschlags auf die Zahlungsbereitschaft empirisch keine Aussage getroffen werden, es ist aber festzustellen, dass der eingetretene Anstieg der Rückstände nicht unwesentlich auf den nicht gezahlten höheren Säumniszuschlägen beruht. Insofern hat sich der Zuschlag nicht bewährt.

Zugleich ist festzustellen, dass den Krankenkassen bei einer ersatzlosen Streichung weiterhin ein wirksames Instrument zur Sicherung der Beitragseinnahmen fehlt; die bestehenden Regelungen zum teilweisen Ruhen des Leistungsanspruchs bei Nichtzahlung haben sich als ebenso stumpfes Schwert erwiesen.

Ad 2.
Wird in der privaten Krankenversicherung der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG beantragt, ist vom Versicherungsnehmer ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser Zuschlag beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags (§ 193 Abs. 4 Satz 2 VVG).

Der vorliegende Antrag ist darauf gerichtet, für die gesetzliche Krankenversicherung eine analoge Regelung zu schaffen. In der GKV gilt gegenwärtig, dass Versicherungspflichtige, die ihrer Anzeigepflicht über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verspätet nachkommen, grundsätzlich die vollen Beiträge für den gesamten zurückliegenden Zeitraum, frühestens ab 1.4.2007, nachzuentrichten haben. Für diese Fälle besteht mit § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V bereits heute die Vorgabe, dass die Krankenkassen in ihren Satzungen zu regeln haben, dass der für die Zeit seit Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Betrag dann angemessen zu ermäßigen, zu stunden oder gar nicht erst zu erheben ist, wenn ein Versicherter die verspätete Anzeige des Vorliegens der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht zu vertreten hat. Darüber hinaus wird die Beitragsnachforderung für zurückliegende Zeiträume durch die Beachtung der Verjährungsregelungen des § 25 SGB IV begrenzt. Danach verjähren Ansprüche auf Beiträge in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie fällig geworden sind. Dies schützt die Betroffenen auch zukunftsgerichtet vor unüberschaubaren Nachforderungsbeträgen, sodass bereits am 31.12.2012 Beitragsforderungen und auch Säumniszuschläge bis einschließlich 30.11.2008 verjährt sind und damit nicht mehr nachberechnet werden können.

Die Übertragung der Regelung des § 193 Abs. 4 Satz 2 VVG ins SGB V hätte den Effekt, dass künftig Personen ohne Krankenversicherungsschutz, die ihrer Anzeigepflicht gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse verspätet nachkommen, deutlich geringeren Beitragsforderungen gegenüberstünden als nach geltender Rechtslage. Da mit dieser Regelung zu Recht keine Rückwirkung für vor dem Inkrafttreten bereits bestehende Beitragsschulden beabsichtigt ist, muss die Regelung nicht nach ihrer Entlastungs-, sondern vorrangig nach ihrer Anreizwirkung bewertet werden. Sie eröffnet jedem nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Selbstzahler theoretisch die Möglichkeit, eine risikoarme Wette auf die eigene Gesundheit abzuschließen. Entscheidet sich etwa ein Selbständiger, der seiner Anzeigepflicht bislang nicht nachgekommen ist und der nicht damit rechnet, in den nächsten sechs Monaten Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu müssen, seine Beiträge weiterhin nicht zu entrichten, schiebt er seine Anzeigepflicht zunächst weiter hinaus. Im Falle der Anzeige zahlt er ab dem siebten Rückstandsmonat nur noch ein Sechstel des Monatsbeitrags und die aufgelaufenen Säumniszuschläge in Höhe von 1 Prozent je Monat. Säumniszuschläge werden erhoben, damit nicht fristgerecht zahlende Beitragsschuldner sanktioniert werden. Bei der vorgeschlagenen Regelung spart eine Person, die ihrer Anzeigepflicht nicht nachgekommen ist, ab dem 7. Monat fünf Sechstel eines Monatsbeitrags. Nach 155 Monaten (dies entspricht knapp 13 Jahren) ist die Summe der Säumniszuschläge höher als diese Absenkung. Erst dann zahlt der säumige Beitragsschuldner mehr als bei sofortiger Anzeige seiner Versicherungspflicht in der GKV. Die vorgeschlagene Regelung führt somit zu einem erhöhten Missbrauchspotenzial und zu Verwerfungen gegenüber den Mitgliedern, die ihrer Anzeigepflicht rechtzeitig nachgekommen sind. Ob damit die Beitragsrückstände von Selbstzahlern in der Zukunft verringert werden können, ist deshalb fraglich. Eine solche Regelung ist aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit nicht zielführend.

Ad 3.

Der Antrag beschreibt, dass in einzelnen Fällen Mitglieder nach Abmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle aus der Versicherungspflicht ausscheiden, ohne dass ein sich anschließender anderweitiger Versicherungsschutz vorliegt. Hier geht es insbesondere um Fälle nach dem Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder der Beendigung eines Arbeitslosengeldbezugs. Wenn in diesen Fällen eine Mitteilung des Mitglieds über sein weiteres Versicherungsverhältnis gegenüber der bisherigen Krankenkasse unterbleibt und diese nicht über konkrete Hinweise verfügt, ob eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorhanden ist, beendet die Krankenkasse die Mitgliedschaft in der GKV zum Ende der Beschäftigung bzw. des Arbeitslosengeldbezugs. Dadurch wächst die Gefahr, dass latent Beitragsansprüche entstehen, die

im Falle einer späteren Feststellung der Versicherungspflicht im Wege der Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu Beitragsrückständen werden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Intention, durch gesetzliche Regelungen den Grundsatz zu verwirklichen, dass ein bestehender Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr beendet werden kann, wenn nicht zugleich ein anderweitiger umfassender Versicherungsschutz gegenüber der bisherigen Krankenkasse nachgewiesen wird (obligatorische Anschlussversicherung). Damit wird eine Gleichbehandlung gegenüber freiwilligen Mitgliedern hergestellt, die schon heute die GKV ohne Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nicht (mehr) verlassen können.

MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(11)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
07.05.2013

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

zur öffentlichen Anhörung

zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung

bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

(BT-Drucksache 17/13079)

inklusive der Änderungsanträge auf **A-Drucksache 17(14)0410**

am 13. Mai 2013

Vorbemerkung

Die Stellungnahme des MDS in Abstimmung mit den MDK beschränkt sich auf die im Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung (Ausschuss-Drucksache 17(14)0410) vom 23 April 2013 enthaltenen Vorschläge zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Die MDK werden seit Inkrafttreten des § 275 Absatz 1 Nummer 1 2. Halbsatz SGB V von den Krankenkassen mit der Prüfung von Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung beauftragt. Diese Aufgabenerweiterung wurde durch Artikel 1 Nummer 6 b des Gesetzes zur Einführung des Diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz) mit Wirkung ab 1. Januar 2003 eingeführt. Mit Wirkung ab 1. April 2007 wurde durch das GKV-WSG der § 275 um einen Absatz 1 c erweitert. Danach ist bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V eine Prüfung nach Absatz 1 Nummer 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 EURO zu entrichten.

Stellen die Krankenkassen konkrete Auffälligkeiten im Rahmen ihrer Prüfung von Krankenhausrechnungen fest, beauftragen sie den MDK mit einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 c SGB V. Im Jahr 2012 haben die MDK rund 2,5 Mio. Krankenhausabrechnungen geprüft, was einer Prüfquote von durchschnittlich bis zu 12 Prozent entspricht. Von diesen geprüften Abrechnungen war im Jahr 2012 aufgrund der medizinisch-ärztlichen Überprüfung fast jede zweite geprüfte Abrechnung nicht korrekt. Wie die folgende Übersicht zeigt, hat der Anteil der nicht korrekten Abrechnungen zudem kontinuierlich zugenommen:

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Medizinische Voraussetzung nach Prüfung nicht erfüllt	24,10%	26,50%	34,80%	35,40%	39,20%	42,60%	45,60%	48,00%	49,20%

Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes dürfte es sich bei den falsch abgerechneten Beträgen im Jahr 2012 um eine Größenordnung von etwa 2 Mrd. EURO handeln.

Die GKV ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet. Danach sollen die medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalte von der Solidargemeinschaft der Beitragszahler

finanziert werden. Auf der anderen Seite müssen sich die Krankenkassen vor der Inanspruchnahme medizinisch nicht indizierter Krankenhausaufenthalte und unnötigen Krankenhaustagen sowie vor überhöhten Krankenhausabrechnungen schützen. Deshalb sind Krankenhausprüfungen durch den MDK auch in Zukunft unerlässlich.

Der Änderungsantrag zielt darauf, Konflikte zwischen den Vertragspartnern bei der Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich zu vermeiden, die Modalitäten der Konfliktlösung stärker in die Eigenverantwortung der Vertragspartner zu legen, um auch gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermindern und so Bürokratie abzubauen. Nach Auffassung der Antragsteller sollen oftmals vergleichbare Konstellationen Anlass für häufige Abrechnungsstreitigkeiten sein.

Grundsätzlich begrüßen die Medizinischen Dienste eine Selbstverwaltungslösung zur Vermeidung gerichtlicher Auseinandersetzungen sowie zur Beseitigung unnötiger Bürokratie. Das darf aber nicht dazu führen, dass im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot notwendige Abrechnungsprüfungen unterbleiben oder unnötig erschwert werden.

Zu den Änderungsanträgen nehmen die Medizinischen Dienste daher wie folgt Stellung:

Zu Artikel 5c
§ 17 c Abs. 2 Satz 1 KHG:

Abschaffung der Stichprobenprüfung nach § 17c KHG

Durch Änderungen der Absätze 2 und 3 des § 17 c KHG sollen die bisher möglichen Stichprobenprüfungen entfallen.

Bewertung:

In Anbetracht der Tatsache, dass Prüfungen dieser Art seit Jahren nur noch regional begrenzt und in Einzelfällen beauftragt wurden, ist die Abschaffung nachvollziehbar.

Zu Artikel 5 c
§ 17c Absatz 2 KHG-neu:

Bundeseinheitliche Ausgestaltung des Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1c SGB V durch Vereinbarung zwischen DKG und GKV-SV

Mit der Neufassung des Absatzes 2 KHG sollen GKV-Spitzenverband und DKG beauftragt werden, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den MDK auf Bundesebene vorzunehmen. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK sowie über den Zeitpunkt der Beauftragung des MDK und über Prüfungsdauer und Prüfungsort zu treffen. Diese Vereinbarung soll für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sein.

Bewertung:

Die Beziehungen zwischen den Vertragspartnern beruhen auf dem grundsätzlichen Vertrauen in die Rechtmäßigkeit und Ordnungsgemäßheit der Abrechnung. Die langjährigen Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit den Abrechnungsprüfungen zeigen, dass Zweifel am korrekten Abrechnungsverhalten einer großen Zahl von Krankenhäusern angebracht sind. Ungeachtet der Prüfungen hat der Anteil der falschen Abrechnungen an der Gesamtheit der vom MDK geprüften Rechnungen kontinuierlich zugenommen (siehe oben angeführte Zahlen), dies auch unabhängig von den jeweils angewandten Prüfverfahren auf Landesebene.

Wenn ein auf Bundesebene vereinbartes einheitliches Verfahren allerdings Sinn machen soll, dann nur, wenn es den Beteiligten Instrumente an die Hand gibt, die Zahl der Fehlabrechnungen signifikant zu vermindern.

Die Änderungsvorschläge sehen lediglich Regelungen zum Verfahrensablauf vor. Es sind aber nicht die Verfahrensabläufe, die dazu führen, dass Krankenhäuser falsch abrechnen. Deshalb werden Festlegungen zum Verfahren, wie sie mit dieser Neuregelung vorgesehen sind, nicht zu einer Reduktion falscher Abrechnungen führen. Dagegen würden Sanktionen für falsch abrechnende Krankenhäuser einen Anreiz für die Krankenhäuser setzen, künftig korrekt abzurechnen. Ein Instrument, um zumindest den Anreiz für Fehlabrechnungen zu reduzieren, könnte darin bestehen, eine vergleichbare Aufwandspauschale im Sinne des § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V auch für Falschabrechnungen der Krankenhäuser vorzusehen und damit das Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern symmetrisch auszugestalten. Dies dürfte auch im Interesse der überwiegenden Zahl der korrekt abrechnenden Krankenhäuser liegen.

Grundsätzlich begrüßen wir die Einbeziehung des MDS in die Ausgestaltung der Verfahrensregelungen, um auch für die Medizinischen Dienste praxistaugliche Regelungen zu treffen. Die Regelungen dürfen keineswegs dazu führen, dass der MDK gehindert wird, Rechnungsprüfungen im notwendigen Umfang zu gewährleisten. Die Ausgestaltung eines einheitlichen Prüfverfahrens muss so erfolgen, dass die Prüfmöglichkeiten für den MDK nach § 275 Absatz 1 c SGB V nicht ad absurdum geführt werden.

Im Übrigen bewerten wir die in der neuen Vorschrift angelegte Regelungstiefe zum MDK-Verfahren kritisch, weil sie eine Vorfestlegung auf Regelungsinhalte bedeuten. Es wäre aus unserer Sicht ausreichend, den Vereinbarungspartnern lediglich vorzugeben, Regelungen über die Prüfmodalitäten der MDK-Prüfung zu treffen und es ihnen zu überlassen, welche Regelungsinhalte im Einzelnen zu treffen sind.

Zu Art. 5c
§ 17c Abs. 3 KHG–neu-:

<u>Einrichtung eines Schlichtungsausschusses</u>

Der GKV-Spitzenverband und die DKG sollen mit der Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene beauftragt werden. Dieser Schlichtungsausschuss soll verbindliche Entscheidungen zu grundlegenden Kodier- und Abrechnungsfragen treffen. Die Entscheidungen des Ausschusses sollen für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sein.

<u>Bewertung:</u>

Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Vertragspartnern zeichnet sich im Normalfall dadurch aus, dass auftretende Konflikte einvernehmlich zwischen den Beteiligten gelöst werden können. Zur Vermeidung gerichtlicher Auseinandersetzungen ist die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses auf diesem konfliktbeladenen Feld aber eher nicht geeignet. Fraglich ist auch, ob eine solche Schlichtungsstelle Grundsatzfragen bei Abrechnungsthemen besser lösen kann, als es bislang im Rahmen der fortlaufenden Kommunikation zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf allen Systemebenen des DRG-Systems möglich war. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass auch in Zukunft bei Streitigkeiten von grundsätzlicher Bedeutung nur unabhängige Gerichte für eine Konfliktlösung sorgen können.

Die geplante Regelung, nach der auch bei strittigen Einzelfällen gemäß § 275 Absatz 1 c die Schlichtungsstellen, die nach § 17 c Absatz 4 KHG nun für diesen Zweck auf Landesebene eingerichtet werden sollen, eingeschaltet werden können, wird zu einer Blockade der Schlichtungsstellen führen. Auch ist nicht zu erwarten, dass bei dem bestehenden Konfliktpotenzial die Sozialgerichte entlastet werden.

Bei ca. 2,5 Mio. Einzelfallprüfungen und bei Rechnungskorrekturen in jedem zweiten geprüften Fall jährlich ist eine Überforderung der Schlichtungsstellen zur Klärung strittiger Einzelfälle zu erwarten. Die niedrigen Zugangshürden zu den Schlichtungsstellen nehmen zudem den Anreiz, zu einer einvernehmlichen Lösung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bzw. MDK im Vorfeld der Schlichtungsstelle zu kommen. Daher ist bei der geplanten Regelung insgesamt von einer steigenden Anzahl strittiger Fälle auszugehen, mit denen Schlichtungsstellen belastet würden.

Angesichts dieser Situation ist die Einrichtung von Schlichtungsstellen auf Bundes- und Landesebene in der vorgeschlagenen Form kein wirkungsvolles Instrument zur Konfliktlösung, sondern bedeutet eher den Aufbau weiterer bürokratischer Strukturen zur streitigen Diskussion einer Vielzahl von Abrechnungsprüfungen im Einzelfall.

Zu Art. 5c
§ 17c Abs. 4a KHG–neu-:

Modellerprobung eines statistischen Verfahrens der Auffälligkeitsprüfung von Krankenhausrechnungen

Der GKV-Spitzenverband und die DKG sollen bis zum 31. Dezember 2014 die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage von Daten nach § 21 KHEntgG entwickeln und modellhaft erproben. Die modellhafte Erprobung soll auf den Bereich der sekundären Fehlbelegung ausgerichtet sein.

Bewertung:

Die Möglichkeit der Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen im Rahmen eines Modellversuchs ist grundsätzlich erwägenswert. Allerdings ist die mit dem gesetzlichen Vorhaben angedachte Ausgestaltung wenig- erfolgversprechend.

Die geplante Auffälligkeitsprüfung von sekundären Fehlbelegungen verfolgt einen methodisch falschen Ansatz. Die Möglichkeit, auf diesem Wege eine Auffälligkeitsprüfung zu realisieren, wird daher als wenig erfolgversprechend eingeschätzt. Ob eine statistische Auffälligkeitsprüfung wie gewünscht gerade die Krankenhäuser identifiziert, die auch bei den Prüfungen nach § 275 Absatz 1c SGB V besonders viele Rechnungskorrekturen durchführen mussten, ist mehr als fraglich.

Bei nahezu allen Kliniken Deutschlands werden erhebliche Rechnungskorrekturen wegen sekundärer Fehlbelegung durchgesetzt. Die MDK-Abrechnungsprüfungen belegen, dass sekundäre Fehlbelegung bei den Krankenhäusern weit verbreitet ist. Sekundäre Fehlebelegungen machen in den MDK bis zu über 40 % der Prüfgründe aus. Bei der geplanten statistischen Auffälligkeitsprüfung könnten nur Abweichungen von einem Durchschnittswert gemessen werden, der bereits zahlreiche sekundäre Fehlbelegungen

enthält. Nur durch Einzelfallprüfungen ist festzustellen, ob eine Fehlbelegung vorliegt oder nicht.

Hingegen könnten Auffälligkeitsprüfungen bei Kodierfehlern im Rahmen eines Modellvorhabens erprobt werden. Durch eine solche Auffälligkeitsprüfung könnte ein Anreiz zur korrekten Kodierung entstehen und daraus eine Reduzierung der Prüfungen resultieren.

Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(12)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.13_Beitragsschulden
07.05.2013

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Ausschussdrucksache 17(14)0410

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 3

II. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen 5

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 5

Ausgabenwirkung 5

Artikel 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) sowie Artikel 5b (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) 6

Hygieneförderprogramm 2013ff 6

Versorgungszuschlag 2013/2014 9

Veränderungswert 2014/2015 11

Tariferhöhungsrate 2013 16

Artikel 5c (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) 18

Abrechnungsprüfung § 17 c KHG 18

III. Ergänzender Änderungsbedarf 26

Ergänzung des § 137 Abs. 3 SGB V 26

Ergänzung des § 11 Absatz 4 KHEntgG 27

I. Vorbemerkung

Durch die in den Änderungsanträgen vorgeschlagenen Neuregelungen soll die vermeintlich schwierige Kostensituation der Krankenhäuser aufgegriffen und Abhilfe geschaffen werden. Nach dem Gießkannenprinzip werden zusätzliche finanzielle Mittel verteilt, was nicht der zielgerichteten Verbesserung der Versorgung dient. Anstatt den notwendigen Strukturwandel voranzutreiben, werden Ineffizienzen fortgeführt. Durch die Maßnahmen wird darüber hinaus das Mengenproblem weiter verschärft. Je höher der Preis, desto höher der Anreiz aus wirtschaftlichen Gründen medizinische und auch medizinisch nicht gebotene Eingriffe vorzunehmen. Des Weiteren bedeuten die geplanten Maßnahmen einen Schritt in Richtung Selbstkostendeckung. Die Problematik fehlerhafter Krankenhausabrechnungen wird zu einem Prüfproblem gemacht und ebenfalls nicht gelöst.

Finanzielle Auswirkungen werden unterschätzt

Die Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der durch die Änderungsanträge einzuführenden Maßnahmen werden unterschätzt, da die Veränderungen im Bereich des Orientierungswertes gar nicht bzw. unzureichend finanziell bewertet werden. Insbesondere die ausgabensteigernden Wirkungen dieser Maßnahme über die Bundesbasisfallwertkonvergenz auf die Landesbasisfallwerte werden explizit nicht genannt.

Das folgende Tableau stellt die Mehrbelastungen der Kostenträger (GKV und PKV) dar. Rot markiert sind die Mehrbelastungen, die in bisherigen Abschätzungen nicht auftauchen.

Prognose der Mehrbelastungen der GKV & PKV:

	2013	2014	2015
Versorgungszuschlag (nicht dauerhaft)	250 Mio. Euro	500 Mio. Euro	0
Hygiene (überwiegend basiswirksam)	15 Mio. Euro	40 Mio. Euro	55 Mio. Euro
Tarifrefinanzierung 2013 (basiswirksam)	150 Mio. Euro	150 Mio. Euro	150 Mio. Euro
*Orientierungswert – voller Korridor 2014/2015 statt 1/3 Korridor (basiswirksam)**	*0*	*285 Mio. Euro (190 Mio. Euro über BBFW-Konvergenz + 95 Mio. Euro Ausschöpfung der erhöhten Obergrenze)*	*570 Mio. Euro (380 Mio. Euro über die BBFW-Konvergenz + 190 Mio. Euro Ausschöpfung der erhöhten Obergrenze)*
Gesamt	**415 Mio. Euro**	**975 Mio. Euro**	**775 Mio. Euro**

***Zur Erläuterung des Szenarios: siehe Ausführungen zum Veränderungswert**

Abrechnungsprüfung

Die vorgeschlagenen Änderungen zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern führen weder zu einer grundsätzlichen Veränderung der bestehenden Problematik fehlerhafter Krankenhausabrechnungen noch zu einer Verwaltungsvereinfachung. Sie werden die Zahl der Prüfungen nicht um eine einzige Prüfung reduzieren. Entgegen den Forderungen des Bundesrechnungshofes und des Rechnungsprüfungsausschusses werden nach wie vor keine Anreize für korrektes Abrechnen gesetzt.

Die Verpflichtung der Vertragspartner, die Bedingungen für die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene und das Nähere zu den Prüfverfahren zu vereinbaren, lässt Verhandlungen mit hohem Konfliktpotential erwarten. Wird die zu Lasten der Krankenkassen unausgewogene derzeitige Regelung in § 275 Absatz 1c SGB V (asymmetrische Aufwandspauschale, Frist Prüfanzeige) nicht aufgehoben, ist fraglich, ob die Vereinbarung über das Einzelprüfverfahren auf dem Verhandlungsweg zustande kommen wird. Sollte es zu einer Entscheidung durch die Bundesschiedsstelle kommen müssen, ist darüber hinaus fraglich, ob diese Entscheidung die Qualität der richtungsweisenden Urteile des BSG zur Abrechnungsprüfung erreichen würde, zumal eine eventuelle Überprüfung der Schiedsstellenentscheidung durch die Verwaltungsgerichtsbarkeit erfolgen müsste.

Die Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene ist nicht geeignet, sondern verlagert die bilateralen Konflikte in zusätzliche Gremien. Dies führt zunächst zu einem zusätzlichen Bürokratieaufbau, da der Rechtsweg lediglich zu einem späteren Zeitpunkt beschritten werden würde. Die Entstehung fehlerhafter Abrechnungen wird durch Einführung eines weiteren Verfahrensschrittes nicht vermieden.

Der GKV-Spitzenverband hat unter Berücksichtigung der Forderung des Bundesrechnungshofes einen alternativen Regelungsvorschlag zur Änderung des § 275 SGB V erarbeitet, der dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist.

II. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Ausgabenwirkung

Nr. 1: § 271 Abs. 2 Satz 5 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus der Liquiditätsreserve werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds 560 Mio. Euro in 2014 zusätzlich zugeführt. Diese Zuführung erfolgt aufgrund der zusätzlichen Ausgaben für die GKV im Krankenhausbereich, die durch die aktuellen Änderungen im KHEntgG und in der BPflV entstehen.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 560 Mio. Euro werden die zusätzlichen Belastungen der GKV nur zu einem Teil gedeckt. Es erfolgt keine vollständige Gegenfinanzierung der Mehrbelastungen. Zudem sind die anfallenden Mehrbelastungen zum Teil basiswirksam und in den Folgejahren somit nicht mit einer einmaligen Zuweisung abgedeckt (vgl. Tableau zur Prognose der Mehrbelastungen – siehe Vorbemerkungen).

C) Änderungsvorschlag

Sicherstellung einer angemessenen Kompensation der Mehrbelastungen für die GKV.

Zur Kompensation der Mehrbelastungen ab 2015 wird folgendes ergänzt:

In § 271 Abs. 1 SGB V wird nach Satz 5 folgende Satz 6 ergänzt:

„Ab dem Jahr 2015 werden für die jährlich anfallenden Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung entstehen, Mittel aus der Liquiditätsreserve zugeführt, sofern die gesetzliche Mindestreserve des Gesundheitsfonds nicht unterschritten wird.“

Begründung:
Um die Finanzsituation der GKV ab dem Jahre 2015 nicht zusätzlich durch die Mehrkosten dieses Gesetztes zu verschärfen, soll die Finanzierung der Mehrkosten aus der Liquiditätsreserve so lange erfolgen, wie das Volumen der Liquiditätsreserve das gesetzliche Mindestsoll (20% des Zuweisungsvolumens) übersteigt. Es wird zugleich sichergestellt, dass die Funktion der Liquiditätsreserve nicht eingeschränkt wird.

Artikel 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) sowie
Artikel 5b (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Hygieneförderprogramm 2013ff

Artikel 5a Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes
Nr. 1: § 4 Abs. 11 KHEntgG
Nr. 4a): § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
Nr. 6a): § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG
Nr. 6e): § 10 Abs. 12 Satz 1 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des § 4 Abs. 11 KHEntgG wird beabsichtigt, sowohl die Neueinstellung und die Stellenaufstockung als auch die Fort- und Weiterbildung von pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal in den Jahren 2013 bis 2016 zu fördern. Die Förderung greift rückwirkend bereits für Maßnahmen, die in den Krankenhäusern nach Inkrafttreten der Änderung des Infektionsschutzgesetzes am 4. August 2011 ergriffen wurden, und geht über das Jahr 2016 hinaus, wenn fachärztliche Weiterbildungen im Bereich der Hygiene noch nicht abgeschlossen sind. Mit der Förderung soll sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser ihren Verpflichtungen im Bereich der Hygiene bis zum Auslaufen der Übergangsfrist des Infektionsschutzgesetzes Ende 2016 nachkommen. Die Fördermittel sollen als Zuschläge finanziert werden.

Die Abwicklung und Analyse der Förderung soll entsprechend der Regelungen zur Förderung von Neueinstellungen und Stellenaufstockungen in der Pflege erfolgen. Hierzu zählt die Verpflichtung der Krankenhäuser, gegenüber den Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung vorzulegen. Um feststellen zu können, wie viele Mitarbeiter tatsächlich neu eingestellt wurden, muss sowohl ein Nachweis über die Stellenbesetzung am 4. August 2011 (Inkrafttreten der Änderung des Infektionsschutzgesetztes) als auch jeweils zum 31. Dezember erbracht werden. Der GKV-Spitzenverband soll, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die sich zusätzlich aus der Förderung im Vergleich zum Vorjahr ergeben haben, berichten. Die Regelungen des Programms zur Förderung der Pflege wurden jedoch nicht vollständig übernommen: Im Änderungsantrag wurde die Festsetzung einer prozentualen Vereinbarungsobergrenze analog des § 4 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG weggelassen.

Es wird vorgegeben, dass die Förderung des zusätzlichen Hygienepersonals sowie der Fort- und Weiterbildungen nicht absenkend bei den Vereinbarungen auf Landesebene wirksam wird. Damit

wird der dem Änderungsantrag inne wohnenden Haltung Rechnung getragen, dass die Hygienemaßnahmen bislang nicht im Basisfallwert berücksichtigt seien. Entsprechend soll mit der Änderung des § 10 Abs. 12 Satz 1 KHEntgG erreicht werden, dass ab dem 1. Januar 2017 die Neueinstellungen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienefachkräften in Höhe der für das Jahr 2016 gezahlten Zuschläge in die Basisfallwerte eingerechnet werden.

Entsprechend der Begründung werden nur Maßnahmen gefördert, die in Bezug auf Qualifikation und Bedarf der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen", der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene bzw. dem Fortbildungsprogramm „Antibiotic Stewardship" (ABS) entsprechen. Das Gesamtvolumen des Hygieneförderprogramms wird mit 350 Millionen Euro beziffert.

B) Stellungnahme

Mit dem Artikel 5a des Änderungsantrags der Fraktionen der CDU/CSU und FDP soll die Beseitigung der z. T. problematischen hygienischen Situation in deutschen Krankenhäusern beschleunigt werden. In der Ausbildung der Ärzte sind seit langem Hygiene, Mikrobiologie, Virologie sowie Pharmakologie und Prävention als Pflichtfächer verankert. Es geht also nicht darum, neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse umzusetzen. Wenn die bisherigen Kenntnisse nicht angewendet wurden, liegen offenbar Versäumnisse der Krankenhäuser vor, da sie in der Verantwortung stehen, die notwendigen Hygienemaßnahmen zu gewährleisten. Hierzu zählt auch, entsprechend qualifiziertes Personal zu beschäftigen. Die KRINKO hat in ihrer oben zitierten und für die Fördermaßnahmen maßgeblichen Empfehlung eindeutig festgestellt, dass Maßnahmen zur Infektionsprävention ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements sind. Dieses ist in den Erlösbudgets der Krankenhäuser berücksichtigt und wird bereits finanziert.

Die nach wie vor zu Tage tretenden Hygienemängel müssen jedoch als Beleg dafür gewertet werden, dass nicht alle Krankenhäuser ihrer Verantwortung gerecht werden. Um dem Problem nosokomialer Infektionen in Krankenhäusern zu begegnen, scheint eine Anschubfinanzierung unausweichlich, mit der die Versäumnisse der Krankenhäuser kompensiert werden. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass es nicht zur Doppelfinanzierung kommt, da ein, wenn auch schwer zu beziffernder Teil der Hygieneaktivitäten der Krankenhäuser bereits abgegolten ist. Hiervon betroffen sind insbesondere die in § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 d) und Nr. 2 e) hygienebeauftragten Ärzte.

Die gesetzeskonforme Mittelverwendung für Neueinstellungen oder Stellenaufstockungen sowie für Fort- und Weiterbildungen muss von den Krankenhäusern eindeutig und berufsbildspezifisch

belegt werden. Es muss sichergestellt werden, dass geförderte Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener (Teilzeit-)Stellen nicht zu Entlassungen an anderer Stelle führen. Daher ist die Offenlegung der Personalzahlen insgesamt gegenüber den Kostenträgern unabdingbar. Wenn ein Krankenhaus den Nachweis über die gesetzeskonforme Mittelverwendung schuldig bleibt, so sollte in jedem Fall klar geregelt werden, dass ab dem Folgejahr keine Mittel für die Förderung von Hygienefachpersonal mehr zur Verfügung gestellt werden.

Bei der Förderung von ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal sollte es sich ausschließlich um eine Anschubfinanzierung handeln, mit der Versäumtes aufgeholt wird. Erfolgt eine Berücksichtigung im Landesbasisfallwert ab dem Jahr 2017, so muss jedoch zum einen sichergestellt sein, dass es nicht zu einer Doppelfinanzierung bereits vergüteter Leistungen kommt. Zum anderen muss den Kostenträgern gegenüber belegt werden, dass das zusätzlich eingestellte Personal auch nach 2017 tatsächlich entsprechend der KRINKO-Empfehlung vorgehalten wird.

C) Änderungsvorschlag

In § 4 Abs. 11 Satz 1 sind die Nummern 1 d) und 2 e) zu streichen.

§ 4 Abs. 11 wird nach *„Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 geltend entsprechend.“* ergänzt um: *„Voraussetzung für die Vereinbarung über die Förderung ist der berufsbildspezifische Nachweis des Krankenhauses nach Absatz 10 Satz 11 über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel im Vorjahr.“*

Nach § 10 Abs. 12 Satz 1 KHEntgG wird angefügt:
„Die Krankenhäuser haben jährlich die berufsbildspezifische jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung von Hygienepersonal den anderen Vertragsparteien gegenüber nachzuweisen.“

In der Begründung zu Nummer 4 (§ 7 Absatz 1 KHEntgG), die die Auflistung der abrechenbaren Entgelte enthält, ist der Zuschlag für das Hygiene-Förderprogramm fälschlicherweise als Zuschlag nach § 10 Absatz 11 KHEntgG bezeichnet. Richtigerweise muss es § 4 Absatz 11 KHEntgG heißen.

Versorgungszuschlag 2013/2014

Artikel 5a Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2: § 5 Abs. 6 KHEntgG
Nr. 4b), 4c): § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
Nr. 6 f): § 10 Abs. 14 KHEntgG
Nr. 7: § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Jahre 2013 und 2014 vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene jeweils einen landesweit geltenden Zuschlag je Krankenhausfall, der mit den DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird (Versorgungszuschlag). Zur Ermittlung der Zuschlagshöhe ist die im jeweiligen Jahr entstehende voraussichtliche Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a im Land durch die Fallzahl zu teilen, die bei der Vereinbarung des jeweils für das Jahr 2013 und 2014 geltenden Basisfallwerts zu Grunde gelegt wurde. Wird der Zuschlag erst während des Kalenderjahrs vereinbart, ist der im restlichen Kalenderjahr zu erhebende Zuschlag entsprechend zu erhöhen. Der Zuschlag ist von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen.

Die Mehrausgaben für die Kostenträger für diese Maßnahme werden in Höhe von 250 Mio. Euro in 2013 und 500 Mio. Euro in 2014 angesetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehene Änderung ab.

Die implizit durch den Versorgungszuschlag vorgenommene flächendeckende Anhebung der Preise für Krankenhausleistungen ist unnötig und widerspricht dem Grundsatz einer wirtschaftlichen Verwendung der Mittel der GKV-Beitragszahler. Ein Großteil der Krankenhäuser schreibt schwarze Zahlen und benötigt keine weiteren finanziellen Hilfen zulasten der Beitragszahler. Preiserhöhungen verhindern stattdessen vielmehr notwendige strukturelle Bereinigungen auf dem Krankenhausmarkt und subventionieren bestehende Ineffizienzen. Die Mittelverteilung nach dem Gießkannenprinzip zugunsten aller Krankenhäuser verschärft darüber hinaus das Mengenproblem, da die ökonomischen Anreize für die Leistungserbringer aufgrund der Preisanhebung steigen, Mehrmengen zu erbringen.

Einziger positiver Aspekt des Versorgungszuschlages ist seine Bindung an den Mehrleistungsabschlag. Eine dauerhafte Ausgabenerhöhung wird dadurch vermieden. Der Versorgungszuschlag wird zeitlich befristet für die Jahre 2013 und 2014 eingeführt (wie auch der Mehrleistungsabschlag ein befristetes Instrument ist) und neutralisiert den degressiven Effekt des Mehrleistungs-

abschlages. Die direkte Bindung des Versorgungszuschlages an den Mehrleistungsabschlag ist vor diesem Hintergrund sinnvoll und notwendig. Gegenüber einer einfachen Streichung des Mehrleistungsabschlages bleibt mit der Einführung des Versorgungszuschlags darüber hinaus die Anreizwirkung des Mehrleistungsabschlags für die Krankenhäuser (weniger Mehrleistungen zu erbringen) erhalten. Überraschend ist dennoch, dass das komplette Volumen des Mehrleistungsabschlags nunmehr über den Versorgungszuschlag ausgeschüttet werden soll. Aufgrund dieses Aspektes ist die Anreizproblematik bei den Kostenträgern zu hinterfragen. Da den Kostenträgern durch die komplette Ausschüttung des Mehrleistungsabschlags kein Finanzvolumen als Einsparvolumen verbleibt, mindert sich für diese der Anreiz, Mehrleistungsabschläge zu vereinbaren. Sinnvoller wäre es zur Beibehaltung der notwendigen Anreizwirkungen, auf lediglich 50 % des Mehrleistungsabschlagvolumens abzuzielen und auf dieser Basis den jeweiligen Versorgungszuschlag zu kalkulieren.

Eine Schwierigkeit liegt in dem konkreten Umsetzungsvorschlag: Der Mehrleistungsabschlag wird erlösbezogen, nicht fallbezogen erhoben, insofern sollte er auch erlösbezogen ausgeschüttet werden. Ein Bezug zur Fallzahl stellt dies nicht sicher und übervorteilt Krankenhäuser mit vielen ökonomisch einfachen Fällen (niedriger Casemix-Index). Der Verteilungsschlüssel sollte demnach nicht die Fallzahl, sondern der Casemix sein. Darüber hinaus wird auf eine in den LBFW-Verhandlungen festgelegte und geeinte Fallzahl Bezug genommen. In der Praxis werden jedoch in den LBFW-Verhandlungen in den meisten Fällen der Casemix und der LBFW vereinbart. Eine einfache Bezugnahme auf den vereinbarten Casemix würde dieses technische Problem lösen.

Weiterhin ist eine Ausgleichsregelung bezüglich der Differenz zwischen der geschätzten und der tatsächlich vereinbarten Summe der Mehrleistungsabschläge vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der angestrebten Neuregelung zum Versorgungszuschlag.

Hilfsweise:

Anpassung des § 10 Abs. 14 Satz 2 KHEntgG:

*„(14) Für die Jahre 2013 und 2014 vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jeweils einen landesweit geltenden Zuschlag ~~je Krankenhausfall~~ je Casemixpunkt, der mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird (Versorgungszuschlag). Zur Ermittlung der Zuschlagshöhe ~~ist~~ **sind 50 Prozent der** ~~die~~ im jeweiligen Jahr entstehende**n** voraussichtliche**n** Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a im Land durch ~~die Fallzahl~~ den Casemix zu teilen, ~~die~~ der bei der Vereinbarung des jeweils für das Jahr 2013 und 2014 geltenden Basisfallwerts zu Grunde gelegt wurde. Fehlschätzungen sind auszugleichen. […].“*

Veränderungswert 2014/2015

Artikel 5a Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3): § 6 Abs. 3 KHEntgG
Nr. 5): § 9 Abs. 1 KHEntgG
Nr. 6c): § 10 Abs. 5 und 6 KHEntgG

Artikel 5b Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 2: § 9 Abs. 1 BPflV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Verhandlung des Veränderungswertes für die Jahre 2014 und 2015 wird den Vertragspartnern auf der Bundesebene (DKG, PKV, GKV-Spitzenverband) - anders als es die bisherige gesetzliche Regelung vorsieht - der volle Verhandlungskorridor zwischen Veränderungsrate/Grundlohnrate und dem Orientierungswert eröffnet. Die bisherige Regelung zur Finanzierung von maximal einem Drittel dieser Differenz wird damit für diese 2 Jahre außer Kraft gesetzt. Auch für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird der Verhandlungsspielraum für 2014 und 2015 erhöht. Zudem wird hier eine Untergrenze in Höhe von 40% der Differenz aus Orientierungswert und Grundlohnrate eingezogen. Darüber hinaus soll in dem Fall, in dem der Orientierungswert unterhalb der Grundlohnrate liegt, künftig der Veränderungswert der Veränderungsrate entsprechen. Außerdem wird auch den Besonderen Einrichtungen der Veränderungswert zugestanden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die geplanten Änderungen ab.

Grundsätzliche Überlegungen

Der Landesbasisfallwert ist die zentrale Einfluss- und Steuerungsgröße im deutschen DRG-System. Die Landesbasisfallwerte werden unter Abwägung der voraussichtlichen Kostensteigerung der Krankenhäuser und der voraussichtlichen „Produktivitätsfortschritte" der Krankenhäuser zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auf Landesebene verhandelt. Um das System steuern zu können, war und ist der Preiszuwachs der Landesbasisfallwerte nach oben begrenzt. Im Rahmen dieser Höchstpreisregulierung bekommt das Krankenhaus einen regelmäßig angepassten Preis vorgegeben. Diese Anpassung orientiert sich üblicherweise an der Inflationsrate (Preisindex) und an einer erwarteten Produktivitätssteigerung.

Mit der nunmehr vorgesehenen Erweiterung des Preissetzungskorridors wird gegen diese ökonomische Grundregel in einem noch größeren Ausmaß verstoßen. Der durch das statistische Bun-

desamt ermittelten krankenhausspezifischen Inflationsrate (Orientierungswert) steht keine Berücksichtigung des Produktivitätsfortschritts der Krankenhäuser in der Obergrenze gegenüber. Da eine Berücksichtigung der Produktivitätsfortschritte der Krankenhäuser im Rahmen der Überarbeitung der InEK-Kalkulation nicht erfolgt (jährlich konstante Casemixsumme bei gleicher Fallzahl und -struktur) hat dies dann zwingend auch in der Obergrenze zu erfolgen. Bislang verhinderte die gesetzlich vorgeschriebene Begrenzung der Weitergabe des Orientierungswertes auf maximal ein Drittel, dass es zum reinen „Durchreichen" der krankenhausspezifischen Kostensteigerungen zu Lasten der Versicherten und damit zur Aushöhlung der Tarifverhandlungen zulasten der Versichertengemeinschaft kommt. Die nun vorgesehene Verhandlung des Veränderungswertes führt damit zur Selbstkostendeckung durch die Hintertür und stellt die Finanzierbarkeit der Regelung insgesamt in Frage. Dringend ist der Berücksichtigung der Kostensteigerung im Orientierungswert eine absenkende Berücksichtig der Produktivitätssteigerung entgegenzusetzen um diesen negativen Anreizen zu begegnen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gibt es dazu zwei Wege:

- Zum einen kann dies über eine entsprechende Ergänzung des Gesetzestextes zur Verhandlung des Veränderungswertes um entsprechende Tatbestände (inkl. einer Abschaffung der Korridoruntergrenze) geschehen,
- zum anderen könnte das statistische Bundesamt gleich von vornherein verpflichtet werden die Kostensteigerung je Fall, bzw. technisch je Casemixpunkt auszuweisen.

In beiden Fällen würde das Ergebnis die von den Krankenhäusern tatsächlich benötigten Preissteigerungen nach Abzug der Produktivitätssteigerungen widerspiegeln („Stückkostenanstieg"). Steigen die Kosten und Erlöse beispielsweise von Blinddarmoperationen gleichermaßen stark, so darf die Preisobergrenze nicht der Kostensteigerung entsprechen, sondern kann null sein!

Das im Fall eines niedrigeren Orientierungswertes als die Grundlohnrate die Grundlohnrate zum Tragen kommt ist fachlich in keiner Weise begründbar und mutet angesichts der sachlich, fachlichen Begründungen zur Ablösung der Grundlohnrate durch den besser geeigneten Orientierungswert grotesk an.

Ausgabenrisiko Veränderungswert und Bundesbasisfallwert

Die vorgesehenen Regelungen führen aufgrund mindestens zweier Mechanismen zu potenziell deutlichen Mehrausgaben. Zum einen führt eine höhere Obergrenze als bisher zum Abschluss höherer Landesbasisfallwerte. Die Erfahrungen zeigen, dass die Landesbasisfallwerte in mehr oder weniger fester Relation unterhalb der Obergrenze vereinbart werden, die Obergrenze mithin eine Orientierung für den Abschluss der Verhandlungen auf der Landesebene darstellt. Ist die Ober-

grenze aufgrund der einseitigen Verhandlungsregel des Veränderungswertes höher, fließt ungerechtfertigt mehr Geld an Krankenhäuser.

Zum anderen sorgt die enge Verbindung des Veränderungswertes mit dem Bundesbasisfallwert für einen massiven Eingriff in die Verhandlungen und führt zu deutlichen Mehrausgaben. Die im Krankenhausentgeltgesetz bestehende Regelung der Angleichung der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Korridor weist strukturelle Schwächen auf, die den Grundsatz der Ausgabenneutralität der Konvergenzphase in mehrfacher Weise verletzen und die die Kostenträger seit Jahren einseitig benachteiligen. Seit dem ersten Konvergenzjahr 2010 befindet sich ca. die Hälfte der Bundesländer mit über 50 Prozent des Leistungsvolumens unterhalb des Korridors und damit auf der Seite der Konvergenzgewinner. Lediglich zwei Bundesländer mit ca. sechs Prozent des Leistungsvolumens liegen oberhalb des Korridors und somit auf der durch die Kappungsregelung stark geschützten Seite der Konvergenzverlierer.

Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Rahmen der jüngsten Gesetzgebungsverfahren Schwächen der Konvergenz benannt und entsprechende Änderungsvorschläge eingebracht. Die grundlegendsten Probleme der Konvergenz bestehen im sog. „Gravitationseffekt“ sowie in einer Abkehr vom Verhandlungsprinzip auf Landesebene („Phantomverhandlungen“).

Der Bundesbasisfallwert wird grundsätzlich prospektiv um den vollen Veränderungswert angehoben. Die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte liegt aber häufig unterhalb dieser Steigerungsrate. Dadurch kommt es jährlich zu einer systematisch falsch hohen Festsetzung des Bundesbasisfallwertkorridors, von der insbesondere die Länder profitieren, die sich an der unteren Korridorgrenze bzw. unterhalb des Korridors befinden. Die Konvergenz zieht auch die Länder, die zuvor unterhalb der Obergrenze abgeschlossen haben, unberechtigt auf den Pfad des vollen Veränderungswertes („Gravitationseffekt“). Die auf dieser gesetzlichen Grundlage vereinbarten Landesbasisfallwerte sind wiederum Basis der Kalkulation des folgenden Bundesbasisfallwertes. Damit wirkt dieser ausgabenrelevante Effekt kumulativ basiserhöhend. Die Grundstruktur der Berechnung des Bundesbasisfallwertes widerspricht somit der Erwartung, dass dieser Wert dem Durchschnitt aller Landesbasisfallwerte entspricht. Die durchschnittliche Steigerung der Landeswerte ist zwar prospektiv zum Zeitpunkt der Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes nicht bekannt, notwendige Ausgleichs- und Berichtigungsmechanismen, die üblicherweise Fehlschätzungen im Krankenhausentgeltsystem korrigieren und diesen Fehler einfach beheben könnten, fehlen hier aber vollständig.

Unabhängig vom Gravitationseffekt findet im Rahmen der Bundesbasisfallwertkonvergenz ab 2014 eine Abkehr von der Verhandlungslösung auf Landesebene statt. Dies gilt für die Länder

bzw. Landesbasisfallwerte, die sich ab 2014 an der unteren Korridorgrenze befinden. Das Verhandlungsergebnis wird irrelevant, da über die Anhebung des Korridors immer automatisch der volle Veränderungswert fließt. Es werden somit in ca. der Hälfte aller Bundesländer ab 2014 lediglich noch „Phantomverhandlungen" der Landesbasisfallwerte geführt - ein massiver Fehlanreiz mit ausgabensteigernder Wirkung. Diese einseitige Schwächung der Verhandlungen auf Landesebene ist aus Sicht der GKV nicht hinnehmbar. De facto wird 2014 ca. die Hälfte aller Bundesländer nicht mehr auf der Landesebene verhandelt, sondern über den falsch hohen Veränderungswert auf Bundesebene determiniert.

Szenario zum Ausgabenpotenzial (siehe Tableau in den Vorbemerkungen)
Unter der Annahme eines um 0,5 Prozent gegenüber dem Status Quo erhöhten Veränderungswertes ergibt sich durch die Wirkung auf die Landesbasisfallwerte ein zusätzliches Ausgabenrisiko von maximal 380 Mio. Euro für die GKV und PKV (entspricht ca. einem halben Prozent der Gesamtausgaben unter Zugrundelegung des in der Begründung zu § 10 KHEntgG genannten Ausgabenanteils der GKV in Höhe von 82% und der GKV-Gesamtausgaben im Krankenhausbereich von 62 Mrd. Euro). Durch die direkte Wirkung über den Bundesbasisfallwert auf ca. 50 Prozent der Landesbasisfallwerte („Phantomverhandlungen") werden davon 190 Mio. Euro in jedem Fall real ausgabenwirksam. Geht man davon aus, dass die Hälfte der restlichen 190 Mio. Euro (95 Mio. Euro) durch den Abschluss höherer Landesbasisfallwerte ausgeschöpft werden, ergibt sich ein basiswirksames, jeweils zusätzliches Ausgabenvolumen in 2014, 2015 (und den Folgejahren) in Höhe von jeweils ca. 285 Mio. Euro (190 Mio. Euro + 95 Mio. Euro). In 2015 würde dies durch die Basiswirksamkeit eine Mehrbelastung in Höhe von 570 Mio. Euro bedeuten (285 Mio. Euro aus 2014 + 285 Mio. Euro aus 2015).

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Änderung.

Zudem Berücksichtigung von Erlös- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen der Ermittlung des Orientierungswertes durch das statistische Bundesamt oder im Rahmen der Verhandlungen zum Veränderungswert (inkl. einer Abschaffung einer Korridoruntergrenze). Eine analoge Regelung ist in der BPflV vorzusehen.

Zur Vermeidung von Gravitationseffekt und Phantomverhandlungen im Bundesbasisfallwert ist folgende gesetzliche Anpassung notwendig. Nach § 10 Abs. 8 Satz 4 KHEntgG sollte folgender neuer Satz 5 eingefügt werden:
„Vor Ermittlung des Angleichungsbetrages nach Satz 3 ist der Grenzwert nach Satz 3 Nr. 1 oder Nr. 2 um den Betrag abzusenken, der sich aus der Differenz zwischen dem Veränderungswert

nach Absatz 6 und der Steigerung des nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelten Landesbasisfallwertes ohne Ausgleiche zu dem im Vorjahr vereinbarten Landesbasisfallwert ohne Ausgleiche und inklusive Angleichungsbetrag ergibt; hierbei sind Anpassungen nach Satz 4 zu berücksichtigen."

Hilfsweise:
Berücksichtigung von Erlös- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen der Verhandlungen zum Veränderungswert 2014 und 2015 im neuen § 9 Abs. 1 Satz 2. Zudem ist die im Änderungsantrag gewählte Formulierung zum § 9 Abs. 1 Satz 2 missverständlich, da der Gesetzestext anders als die Begründung quasi einen Automatismus statt einer Verhandlungslösung vorgibt. Es muss klargestellt werden, dass die Veränderungsrate nicht automatisch bis zum Orientierungswert angehoben wird (um die vollständige Differenz zw. O-Wert und Veränderungswert) sondern bis maximal zur vollständigen Höhe der Differenz aus Orientierungswert und Veränderungsrate vereinbart werden kann. Es muss hier das Wort „maximal" nach dem Wort „bis" ergänzt werden:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5a zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung, ~~und~~ von Personal- und Sachkostensteigerungen und der Produktivitäts- und Erlösentwicklung bis maximal zur vollständigen Höhe dieser Differenz zu erhöhen"

Eine analoge Regelung ist in der BPflV vorzusehen.

Zusätzlich ist in der Neuregelung gem. § 9 Abs. 1 BPflV in Bezug auf die festzulegende Untergrenze der Satzteil *„„mindestens jedoch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen"* zu streichen. Eine Untergrenze von mindestens 40 Prozent der Differenz aus Orientierungswert und Veränderungsrate ist durch einen höheren Personalkostenanteil im Vergleich zu den somatischen Krankenhäusern nicht zu rechtfertigen.

In § 10 Abs. 6 Satz 5 müsste es korrekt heißen: *„entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate"* und nicht *„entspricht die Veränderungsrate dem Veränderungswert"*.

Tariferhöhungsrate 2013

Artikel 5a Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3 b): § 6 Abs. 3 KHEntgG
Nr. 6b): § 10 Abs. 5 KHEntgG
Nr. 6d): § 10 Abs. 9 Satz 5 KHEntgG

Artikel 5b Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1: § 3 Abs. 2 Satz 1 BPflV
Nr. 3b): § 18 BPflV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Vorgriff auf die ab 2014 erweiterte Vereinbarungsmöglichkeit des Veränderungswerts werden noch im Jahr 2013 bestimmte, für das Jahr 2013 vereinbarte Tarifsteigerungen bei den Landesbasisfallwerten erhöhend berücksichtigt. Die vormalige Regelung zu Tariferhöhungsraten aus den Jahren 2008/2009 und 2012 wird wieder aufgelegt. Die oberhalb der geltenden Obergrenze liegenden maßgeblichen durchschnittlichen Tarifsteigerungen werden zur Hälfte refinanziert.

Das Ausgabevolumen wird für die Jahre 2013 und 2014 aufgrund der Basiswirksamkeit der Regelung mit jeweils 150 Mio. Euro beziffert.

B) Stellungnahme

Der Änderungsantrag entspricht den bisherigen Regelungen zur Tariflohnrefinanzierung der Jahre 2008/2009 sowie 2012 und wird durch den GKV-Spitzenverband abgelehnt. Die Begründung als Vorgriff auf die geltende höhere Verhandlungsobergrenze, eine anteilige Tariflohnfinanzierung in 2013 zu schaffen, wirkt befremdlich, da mit der Einführung des Orientierungswertes keine weiteren diskretionären Tariflohnrefinanzierungen notwendig werden. Darüber hinaus besteht auch keine Notwendigkeit für eine Tarifkostenrefinanzierung in dem Jahr 2013, da die linearen Tarifsteigerungen in diesem Jahr nur unwesentlich über dem Veränderungswert 2013 liegen. Die von den Tarifvertragsparteien für den Berechnungszeitraum vereinbarten Personalkostensteigerungen werden vollständig im Orientierungswert berücksichtigt. Daneben werden Personalkostensteigerungen auch in den Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten umfassend berücksichtigt. Die Tarifsteigerungen 2013 sind somit in den Landesbasisfallwerten 2013 bereits prospektiv berücksichtigt und antizipiert (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG). Denn die Landesbasisfallwerte 2013 wurden überwiegend unterhalb des Veränderungswertes abgeschlossen, d.h. eine Kappung der Preissteigerung ist nicht erfolgt, womit die Kostenentwicklungen beinhaltet sind. Eine zusätzliche Tarifrefinanzierung ist vor diesem Hintergrund nicht notwendig und würde neben der Berücksichtigung in den Landesbasisfallwerten und dem Orientierungswert eine „Dreifachfinanzierung“ be-

deuten. Auch die Begründung für den Vorgriff auf die ab dem Jahr 2014 geltende Regelung zum Veränderungswert ist nicht sachgerecht.

Wie im Jahr 2009 muss in jedem Fall ein Tarifabschlag auf Krankenhausebene vorgesehen werden, falls ein Krankenhaus anderweitige als die maßgeblichen Tarifregelungen aufweist. Entsprechend wichtig ist auch ein Nachweis des Krankenhauses, ob der Tarifvertrag umgesetzt wurde und die Tarifsteigerungen bei den Mitarbeitern angekommen sind.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Hilfsweise:
Der im Rahmen der Tariferhöhungsrate 2008/2009 eingeführte Mechanismus zur Vermeidung von Überfinanzierungen sollte auch für die Tariferhöhungsrate 2013 in § 4 KHEntgG entsprechend aufgenommen und ergänzt werden:

„Würden im Jahr 2013 durch die im Landesbasisfallwert enthaltene anteilige Finanzierung der Tariferhöhungen nach § 10 Abs. 5 die tarifbedingten Erhöhungen der entsprechenden Personalkosten des Krankenhauses, soweit sie den Veränderungswert überschreiten, zu mehr als 50 Prozent finanziert, ist dieser höhere Finanzierungsanteil mindernd zu berücksichtigen, indem ein entsprechender Abschlag von dem Landesbasisfallwert vereinbart wird; dies gilt nicht für höhere Finanzierungsanteile infolge von Notlagentarifverträgen. Die Umsetzung der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen ist durch das Krankenhaus nachzuweisen.“

Artikel 5c (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Abrechnungsprüfung § 17 c KHG

Nr. 2: § 17 c Abs. 1 KHG – Verweis auf Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können durch Einschaltung des MDK (§ 275 Abs. 1 SGB V) die Einhaltung der in § 17c Absatz 1 Satz 1 KHG genannten Verpflichtungen prüfen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der Folgeabsätze. Gemäß § 275 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen zur Einschaltung des MDK in bestimmten Fällen verpflichtet. Die bisherige Formulierung bezog sich darauf, dass die Krankenkassen wahlweise auch die Stichprobenprüfung nutzen können.

C) Änderungsvorschlag

Um den Hintergrund der Neuregelung zu verdeutlichen, ist das Wort "können" durch die Worte "sind berechtigt" in § 17 c Abs. 1 KHG zu ersetzen.

„Die Krankenkassen ~~können~~ sind berechtigt durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.“

Nr. 3: § 17 c Abs. 2 KHG -Vereinbarung des Näheren zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Stichprobenprüfung nach § 17c KHG entfällt. Die Selbstverwaltung wird beauftragt, das Nähere zu Einzelfallprüfungen nach § 275 Absatz 1c zu regeln. Einige Regelungstatbestände werden vorgegeben. Die Vereinbarung soll für Krankenkassen und Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sein. Im Fall der Nichteinigung bis zum 31.12.2013 soll auf Antrag einer Partei die Bundesschiedsstelle entscheiden können. Regionalen Besonderheiten kann im Rahmen von Verträgen nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V entsprochen werden.

B) Stellungnahme

Der Wegfall der Stichprobenprüfung ist nachvollziehbar, da dieses Prüfinstrument aufgrund seiner mangelnden Ausgestaltung im Gesetz kaum genutzt wurde. Auch die in der Stichprobenprüfung ursprünglich angelegte Sanktionsregelung konnte nicht greifen, da deren Anwendung an den Nachweis der groben Fahrlässigkeit gebunden war. Der Aspekt der Notwendigkeit, fehlerhafte Abrechnungen zu sanktionieren, wird in der nun vorgeschlagenen Gesetzesänderung völlig ausgeblendet.

Die vorgesehene Vereinbarung des Näheren zur Einzelfallprüfung wird insbesondere vor dem Hintergrund der bekannten Maximalforderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft höchst konfliktbeladen sein. Insbesondere können Verhandlungen dann nicht zielführend erfolgen, wenn eine ungleiche Ausgangsbasis besteht, wie dies aufgrund der aktuellen Gesetzeslage der Fall ist. Um eine Vereinbarungslösung auf Bundesebene überhaupt zu ermöglichen, muss § 275 Absatz 1c SGB V neutral gestaltet werden, so dass die einseitige Aufwandspauschale ebenso wie die einseitige Fristsetzung am Beginn des Prüfverfahrens nicht fortgeschrieben werden.

Die detaillierte Vorgabe einzelner Regelungstatbestände speziell zum MDK-Verfahren ist aus unserer Sicht nicht zielführend, da hiermit eine Vorfestlegung der zu vereinbarenden Sachverhalte getroffen werden würde. Wird die Aufzählung dennoch beibehalten, so wären Konsequenzen aus Prüfergebnissen (z.B. symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale) ebenfalls aufzunehmen, andernfalls ist eine Vereinbarung in diesem Punkt nahezu ausgeschlossen. Die in der Begründung formulierte Verlagerung der Entscheidung des Gesetzgebers bezüglich der Anreizsetzung auf den Zeitraum nach der Erprobung der Auffälligkeitsprüfung (2015 oder später) ist zudem nicht gerechtfertigt und wirkt rein verzögernd. Es liegen bereits jetzt ausreichende Erfahrungen und Nachweise aus der Einzelfallprüfung vor, die die Notwendigkeit der Anreizsetzung begründen.

Positiv bewertet wird die Benennung des Verfahrensschrittes vor Einschaltung des MDK als Vereinbarungsgegenstand, da hieraus Impulse für die Einigungsfähigkeit von Krankenkassen und Krankenhäusern zu erwarten sind. Der Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes greift diese Formulierung entsprechend auf.

Der Regelungstatbestand „Abwicklung von Rückforderungen" ist überflüssig. Die Abwicklung von Rückforderungen ist nicht Bestandteil des eigentlichen Prüfverfahrens und kann deshalb kein Regelungstatbestand sein. Die Ausführungen hierzu in der Gesetzesbegründung implizieren zudem, dass Aufrechnungen mit offenen Forderungen nicht zulässig seien. Dem ist ausdrücklich zu widersprechen, da nach ständiger Rechtsprechung des BSG, Krankenkassen grundsätzlich zur Aufrechnung von Rückforderungen gegen Forderungen von Krankenhäusern berechtigt sind. Ein diesbezüglicher Vorbehalt gilt nur bei anderweitigen Regelungen in Landesverträgen nach § 112 SGB V (vgl. BSG-Urteil vom 22.07.04, B 3 KR 21/03 R; vom 17.03.05, B3 KR 11/04 R und vom 20.11.08, B 3 KN 4/08 KR R).

Die Möglichkeit, in den Verträgen auf Landesebene von der Vereinbarung auf Bundesebene abzuweichen, wird kritisch bewertet. Die Vereinbarung auf Bundesebene zum Näheren der Einzelfallprüfung sollte verbindlich sein. Dies wird im Änderungsantrag sowohl für den Vereinbarungsfall als auch für eine Entscheidung durch die Bundesschiedsstelle entsprechend ausgeführt. Wird allerdings die nachträgliche Abweichung durch Landesregelungen eröffnet, ändert sich das Prüfverfahren ggf. mehrfach für die Beteiligten vor Ort. Die Bundesregelung würde zunächst Vorrang gegenüber bestehenden Landesverträgen erhalten, im Nachgang jedoch durch Landesregelungen zumindest teilweise aufgehoben werden können.

Darüber hinaus bezieht sich die Möglichkeit der Abweichung auf Landesebene ausschließlich auf § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2, d.h. auf die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung.

Die Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundesebene, das Nähere zur Einzelfallprüfung zu vereinbaren, lässt Verhandlungen mit hohem Konfliktpotential erwarten. Die Fristsetzung bis 31.12.2013 erscheint daher unrealistisch. Bei Nichteinigung zum Näheren des Prüfverfahrens würde die Bundesschiedsstelle entscheiden müssen. Es ist fraglich, ob die Entscheidung der Bundesschiedsstelle die Qualität der richtungsweisenden Urteile des Bundessozialgerichtes zur Abrechnungsprüfung erreichen würde, zumal eine Überprüfung der Schiedsstellenentscheidung durch die Verwaltungsgerichtsbarkeit erfolgen müsste. Die Bundesschiedsstelle ist zudem mit einem Vertreter der PKV besetzt, die an der Vereinbarung des Prüfverfahrens nach § 275 SGB V

nicht beteiligt ist. Daher erscheint es unverständlich, warum die Regelung zur Einzelfallprüfung im KHG erfolgen soll.

Demgemäß hat der GKV-Spitzenverband einen Formulierungsvorschlag für eine Änderung des § 275 Abs. 1 SGB V erarbeitet und beigefügt **(Anlage)**.

C) Änderungsvorschlag

1. Schaffung einer neutralen Ausgangslage:

Streichung des § 275 Abs. 1c Satz 2 und 3 SGB V ab 01.01.2014:
„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. ~~Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.“~~

Hilfsweise:
In Artikel 5c Nr. 3 wird dem § 17 c Absatz 2 Satz 1 folgender Halbsatz angefügt:
„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch~~.~~; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Abs. 1c Satz 2 und 3 SGB V möglich. […].“

2. Anpassung der Regelungstatbestände:

In Artikel 5c Nr. 3 wird § 17c Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz wie folgt gefasst:
„[…]. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung~~,~~ sowie über Prüfmodalitäten der MDK-Prüfung ~~über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen~~ zu treffen; […].“

Hilfsweise:
Streichung der Worte „Abwicklung von Rückforderungen“ in § 17c Absatz 2 Satz 2

Nr. 3: § 17 c Abs. 3 KHG – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung soll ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene eingerichtet werden. Auch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften sollen den Ausschuss anrufen können. Weitere Anrufungsrechte können eingeräumt werden. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sollen unmittelbar verbindlich sein. Erfolgt die Einrichtung des Schlichtungsausschusses nicht fristgemäß, entscheidet auf Antrag die Bundesschiedsstelle.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses basiert auf der falschen Annahme, dass das Problem fehlerhafter Krankenhausabrechnungen auf einem Mangel an Regeln und Entscheidungen zu offenen Fragen zurückginge. Dies ist nicht der Fall.

Die im Änderungsantrag formulierte Verbindlichkeit der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses hat keine Auswirkung auf die Überprüfbarkeit der Entscheidung, wobei der Rechtsweg nicht klargestellt ist. Damit würde mit der vorgeschlagenen Regelung lediglich ein zusätzlicher Verwaltungsschritt eingezogen, der letztlich keine Entlastung der Gerichte mit sich bringen wird.

Voraussetzung für die Anrufung des Schlichtungsausschusses ist, dass es sich um Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Zwingend erforderlich ist in diesem Zusammenhang eine Definition, welche Fragestellungen hierunter zu verstehen sind. Im Wege der Bildung des Schlichtungsausschusses sollten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband auf die Definition grundsätzlicher Fragestellungen verständigen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5c Nr. 3 wird in § 17c Absatz 3 Satz 2 ein Halbsatz angefügt:

„[…]. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung~~.~~; das Nähere regeln die Vertragspartner nach Satz 1. […]“

Nr. 4: § 17 c Abs. 4 KHG – Schlichtungsausschuss auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auf Landesebene sollen Schlichtungsausschüsse eingerichtet und mit der Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfungen beauftragt werden.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt.

Die heute bereits vorhandene Bereitschaft von Krankenkassen und Krankenhäusern, sich bilateral zu einigen, würde mit der Neuregelung negativ beeinflusst. Die zusätzliche Möglichkeit, einen Schlichtungsausschuss im Land anzurufen, würde voraussichtlich künftig auch in Fällen, die bisher einvernehmlich gelöst wurden, in Anspruch genommen werden. Deshalb bedarf es aus Sicht der Krankenkassen keines Schlichtungsausschusses als zusätzliche kollektivvertragliche institutionelle Ebene für die Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfung. Die Annahme, dass die bisherigen Schlichtungsstellen nach § 17c KHG (bisher für die Stichprobenprüfung) lediglich umgewidmet werden bräuchten, geht fehl, da diese in der Mehrzahl der Bundesländer nicht eingerichtet wurden.

Die Etablierung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene zur Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfung führt letztlich nur zu einer Verlängerung des Prüfverfahrens und zu Bürokratieaufbau in jedem Bundesland. Es ist zudem nicht zielführend, dass in jedem Bundesland unterschiedlich über Abrechnungsfragen entschieden wird, da dies dem Schlichtungsprozess auf Bundesebene zuwider läuft.

Im Übrigen erscheint es auch an dieser Stelle unverständlich, warum die Regelung im KHG erfolgen soll. Dies eröffnet eine unnötige Rechtswegdiskussion. In Anbetracht einer Regelung im KHG ist die Verwaltungsgerichtsbarkeit nicht zwingend ausgeschlossen. Insofern besteht die Gefahr einer Aufspaltung des Rechtsweges bei einer Vergütungsstreitigkeit ohne Anrufung des Schlichtungsausschusses bzw. mit Anrufung des Schlichtungsausschusses.

C) Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 4 KHG wird gestrichen.

Nr. 5: § 17 c Abs. 4a KHG – Modellhafte Erprobung der Auffälligkeitsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Auffälligkeitsprüfung auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG soll modellhaft entwickelt und erprobt werden. Über das Ergebnis des Modells sollen Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband einen gemeinsamen Bericht erstellen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt.

Das zu erprobende Prüfverfahren der Auffälligkeitsprüfung wird eingegrenzt auf Fälle der sekundären Fehlbelegung. Es sind keine signifikanten Auffälligkeiten (bezogen auf einzelne Krankenhäuser) anhand der Daten nach § 21 KHEntgG zu erwarten, da in der Grundgesamtheit der Daten bereits hohe Werte von Überschreitungen der unteren oder oberen Grenzverweildauer vorhanden sind (die Anzahl der Prüfungen nach § 275 SGB V lässt zumindest darauf schließen). Bei einem statistisch unauffälligen Krankenhaus ist die Verweildauer im Einzelfall aber dennoch nicht legitimiert und medizinisch begründet.

Eine effektive Prüfung ist nur bezogen auf den Einzelfall möglich, hierfür ist die Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V das geeignete Instrument. Bereits heute werden Krankenhäuser, die unauffällige Verweildauern zu verzeichnen haben, nicht oder nur vereinzelt geprüft. Die Vorauswahl der Fälle für eine weitere Prüfung über den MDK wird bereits bisher allein schon aus Ressourcengründen durch die Krankenkassen gezielt und fundiert vorgenommen.

In der Begründung wird auf zwei Ziele abgestellt: die Feststellung statistischer Abweichungen bei Einzelkrankenhäusern gegenüber Durchschnittswerten und die Verminderung des Prüfaufwandes. Dies verdeutlicht, dass der Fokus erneut nicht auf die Vermeidung von Abrechnungsfehlern gerichtet ist, sondern auf die Begrenzung der Prüfungen. Dieser Ansatz ist nicht geeignet, korrektes Abrechnen zu motivieren. Da also keine verbindlichen Sanktionen bzw. Regelungen im Umgang mit den Prüfergebnissen festgelegt sind, mangelt es dem neuen Prüfinstrument in der Grundstruktur analog der bisherigen Stichprobenprüfung an Praktikabilität und Akzeptanz und ist bereits jetzt zum Scheitern verurteilt.

Den Vereinbarungspartnern wird vorgegeben, bis zum 31.12.2013 die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung zu vereinbaren, dies parallel zur Vereinbarung des Näheren für die Einzelfallprüfung. Die Fristsetzung ist angesichts der Ausgangssituation unrealistisch, da das Verfahren erst entwickelt werden muss. Eine direkt anschlie-

ßende Umsetzung erscheint nicht praktikabel, ebenso wie die gemeinsame Berichterstellung innerhalb von drei Monaten.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5c Nr. 5 wird gestrichen.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Ergänzung des § 137 Abs. 3 SGB V

- Notwendige Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 17c KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Wegfall der Stichprobenprüfung entfällt auch der bisherige § 17c Abs. 2 Satz 8 KHG, der eine Sanktionsregelung für Krankenhäuser enthält, die den Qualitätsbericht nach § 137 SGB V nicht fristgerecht veröffentlichen.

B) Stellungnahme

Krankenhäuser haben jährlich einen Qualitätsbericht entsprechend den Regelungen nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V zu erstellen. Nach wie vor kommen nicht alle Krankenhäuser dieser Anforderung nach. Darüber hinaus erhält der Gemeinsame Bundesausschuss u. a. von den Portalen, die die Qualitätsberichte veröffentlichen, immer wieder Hinweise auf nicht plausible Daten. Der Gemeinsame Bundesausschuss bemüht sich daher um stetige Verbesserung der Verfahren. Jedoch werden alle Bemühungen fruchtlos bleiben, wenn unzureichende Datenlieferungen der Krankenhäuser nicht auch sanktioniert werden können. Mit der Streichung der bisherigen Regelung in § 17 c Abs. 2 Satz 8 KHG ist daher eine neue Lösung notwendig, die für das SGB V empfohlen wird. Der Vorschlag folgt dabei Vereinbarungen, die bereits an anderer Stelle zwischen den Selbstverwaltungspartnern zur Lösung ähnlicher Fragestellungen geschlossen wurden.

C) Änderungsvorschlag

In § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V werden die Sätze 4-6 wie folgt ergänzt:
„Kommt ein Krankenhaus seiner Verpflichtung nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V, jährlich fristgerecht einen Qualitätsbericht zu übermitteln, nicht entsprechend der Maßgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach, wird ein Abschlag in Höhe von 5 Euro pro Krankenhausfall fällig. Der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt die notwendigen Durchführungsbestimmungen und veröffentlicht jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die ihren Verpflichtungen nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V nicht fristgerecht nachkommen sind.“

Ergänzung des § 11 Absatz 4 KHEntgG

- Nachweis von Strukturvoraussetzungen für die Leistungserbringung

A) Beabsichtigte Neuregelung

OPS-Komplexkodes haben in den letzten Jahren zunehmend Eingang in die Vergütung von Krankenhausleistungen gefunden. Die bereits existierenden Regelungen zur Vorlage von Unterlagen im Zusammenhang mit der jährlichen Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigen diese Entwicklung noch nicht explizit. In die bestehende gesetzliche Regelung in § 11 Absatz 4 KHEntgG sollte deshalb der Nachweis der zu erfüllenden Strukturanforderungen Eingang finden.

B) Stellungnahme

Zur Sicherstellung einer medizinisch hochwertigen Versorgung legt das DIMDI für die OPS-Komplexkodes jährlich Mindestanforderungen an die Leistungserbringung fest. Beispielsweise werden für die Erbringung und Abrechnung des OPS-Kode 8-98f "Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)" gegenüber den Krankenkassen die Strukturen für eine apparative Beatmung, spezifische radiologische Diagnostik sowie besondere personelle Anforderungen (24-stündige ärztliche und pflegerische Überwachung und Bereitschaft durch entsprechend ausgebildetes Personal) vorausgesetzt. Es ist erforderlich, dass die Krankenhäuser die definierten Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und diese entsprechend nachweisen.

C) Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 4 KHEntgG wird folgender Satz 4 eingefügt:
„Dies umfasst insbesondere den Nachweis der erforderlichen Strukturvoraussetzungen zur Vereinbarung von Leistungen, für die OPS-Komplexkodes vorliegen.“

Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5.

Spitzenverband

§ 275 Absatz 1c wird wie folgt gefasst und um die Absätze 1d bis 1f ergänzt:

(Der bereits geltende Gesetzestext ist kursiv dargestellt.)

(1c) [1]*Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen.* [2]*Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.* [3]Das Krankenhaus übermittelt die für die Prüfung relevanten Unterlagen vollständig spätestens sechs Wochen nach Eingang der Anforderung an den Medizinischen Dienst. [4] Innerhalb der Frist nach Satz 3 kann das Krankenhaus Korrekturen der Rechnung sowie rechnungsrelevanter Daten an die Krankenkasse übermitteln. [5] Die innerhalb der Frist nach Satz 3 übermittelten Daten bilden die verbindliche Grundlage für die Prüfung. [6] Fordert der Medizinische Dienst im Rahmen des Prüfverfahrens weitere Unterlagen vom Krankenhaus an, sind diese innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der Aufforderung vom Krankenhaus an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. [7] Erfolgt die Übermittlung der Unterlagen nicht innerhalb der Frist nach Satz 3 bzw. nach Satz 6, ist die Krankenkasse berechtigt, den entsprechenden Teil der Vergütung zurückzuverlangen.

(1d) [1]*Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.* [2]Falls die Prüfung zu einer Korrektur des Abrechnungsbetrags führt, hat das Krankenhaus der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. [3]Falls die Prüfung aufgrund einer Korrektur des Krankenhauses nach Absatz 1c Satz 4 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, findet Satz 1 keine Anwendung; das Krankenhaus entrichtet der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro.

(1e) [1]Nach Abschluss der Prüfung teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus das Ergebnis der Abrechnungsprüfung mit. [2]Hat das Krankenhaus begründete Einwendungen zum Ergebnis der Abrechnungsprüfung, sind diese innerhalb von 6 Wochen nach Erhalt des Prüfergebnisses gegenüber der Krankenkasse zu erheben; spätere Einwendungen sind ausgeschlossen. [3]Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus das Ergebnis der weiteren Prüfung mit.

(1f) [1]Übersteigt der Differenzbetrag bei einer Minderung des Abrechnungsbetrags xx Euro, kann die Krankenkasse die Zahlung von xx % des Differenzbetrags, jedoch nicht mehr als xx Euro verlangen. [2]Dieser Betrag ist zusätzlich zum Differenzbetrag an die Krankenkasse zu zahlen. [3]Die vorgenannten Sätze gelten nicht, wenn aufgrund einer Korrektur des Krankenhauses nach Absatz 1c Satz 4 der Prüfanlass entfallen ist.

Begründung

Zu Absatz 1c

Mit der Einführung einer Frist für die Übermittlung der angeforderten Unterlagen wird eine Verkürzung des Prüfverfahrens erreicht. Die Frist entspricht der für die Krankenkassen geltenden zeitlichen Beschränkung für die Einleitung der Prüfung durch Prüfanzeige gegenüber dem Krankenhaus und ist insofern ausreichend und angemessen.

Ausschließlich innerhalb der Frist nach Satz 3 soll das Krankenhaus zudem die Möglichkeit nutzen können, bei Fällen, die sich in der Prüfung befinden, der Krankenkasse eventuell notwendige Korrekturen in den der Rechnung zugrundeliegenden Daten sowie der Rechnung selbst abschließend mitteilen zu können. Nach Ablauf der 6-Wochenfrist sind Korrekturen durch das Krankenhaus ausgeschlossen, so dass eine verbindliche Basis für die MDK-Prüfung gegeben ist. Für alle an der Prüfung Beteiligten (Krankenhaus, Krankenkasse, MDK) reduziert sich damit der Verwaltungsaufwand.

Sofern sich im Rahmen des Prüfverfahrens herausstellt, dass der Medizinische Dienst weitere medizinische Unterlagen benötigt, hat das Krankenhaus nach Satz 6 diese ebenfalls innerhalb von 6 Wochen nach Aufforderung zu übermitteln. Ohne Vorlage der relevanten Unterlagen kann die Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst nicht vorgenommen werden. Fehlen medizinische Belege, fehlt auch der Nachweis für die Richtigkeit der Abrechnung. Die Krankenkassen werden daher nach Satz 7 berechtigt, den Abrechnungsbetrag für den nicht durch Unterlagen begründeten Rechnungsteil zurückzufordern.

Zu Absatz 1d

Mit der Neuregelung wird die Parität der Regelung zur Zahlung der Aufwandspauschale sichergestellt. Die symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale ist kein Mittel der Sanktionierung, sondern dient der Vermeidung von Tatbeständen, die zur Auslösung von Prüfungen führen können. Mit der formulierten Regelung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Prüfaufwand nicht nur beim zu prüfenden Krankenhaus, sondern insbesondere bei den Krankenkassen bzw. deren Medizinischen Diensten entsteht. Auch das Bundessozialgericht stellte in seinem Urteil vom 22.06.2010 (B 1 KR 29/09 R) fest: „Die Aufwandspauschale ist ein gesetzliches Novum, dem auf Seiten der Krankenkassen keine entsprechende spiegelbildliche Begünstigung gegenübersteht.“ Dies macht deutlich, dass der Gesetzgeber mit der asymmetrischen Aufwandspauschale ein Ungleichgewicht geschaffen hat, das es aufzuheben gilt, sei es durch die symmetrische Ausgestaltung oder alternativ durch die komplette Streichung der einseitigen Regelung. Angesichts der mehrfachen Kostentragung der Krankenkassen für Abrechnungsprüfungen (Prüfaufwand kassenintern, Aufwand MDK und über die Krankenhausentgelte, da diese auch die Kosten des Controllings im Krankenhaus umfassen) ist eine Änderung der bislang geltenden gesetzlichen Regelung unabdingbar.

Führt die Prüfung zu einer Korrektur des Abrechnungsbetrages, so wurde der Nachweis für die Notwendigkeit der Prüfung selbstredend erbracht. In diesen Fällen ist das Krankenhaus nach Satz 2 zur Zahlung einer Aufwandspauschale an die Krankenkasse verpflichtet. Eine ergänzende Regelung ist notwendig für Fälle, in denen die Krankenkasse aufgrund fehlender oder fehlerhafter Informationen von einer nicht korrekt gestellten Krankenhausrechnung ausgehen musste, sich die Rechnung jedoch erst aufgrund von Datenkorrekturen des Krankenhauses nach Absatz 1c Satz 4 als richtig erweist. In solchen Fällen wurde die Krankenkasse durch das Krankenhaus veranlasst, eine MDK-Prüfung einzuleiten. Durch die vorgeschlagene Regelung werden Krankenhäuser angehalten, eine hohe Datenqualität zu gewährleisten. Die Krankenhäuser haben – wie die Krankenkassen für die Prüfanzeige - 6 Wochen Zeit, ihre Rechnung und die zugrunde liegenden Daten selbst zu überprüfen.

Zu Absatz 1e

Ist zwischen Krankenhaus und Krankenkasse kein Einvernehmen zum Prüfergebnis herstellbar, soll das Krankenhaus zur Vermeidung von Rechtstreitigkeiten dem Prüfergebnis widersprechen können. Durch die Fristsetzung wird ein zeitnaher Fallabschluss ermöglicht. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus das Ergebnis der Prüfung des Einwandes mit. Hat das Krankenhaus eventuelle Einwände nicht innerhalb von 6 Wochen nach Erhalt des Prüfergebnisses geltend gemacht, sind spätere Einwendungen auch in einem etwaigen Klageverfahren ausgeschlossen.

Zu Absatz 1f

Die Regelung zur Aufwandspauschale wurde paritätisch ausgestaltet (vgl. Absatz 1d). Die Aufwandspauschale ist kein Mittel der Sanktionierung, sondern reflektiert lediglich auf die Verursachung von Aufwänden im Zusammenhang mit Prüfungen. Deutlich überteuerte Krankenhausabrechnungen sollen jedoch sanktioniert werden können. Die Krankenhäuser sind damit angehalten, Rechnungen hausintern intensiver auf Korrektheit zu überprüfen, nachdem die Krankenkassen eine Prüfung angezeigt haben. Eine Sanktion greift nicht, wenn der Prüfanlass aufgrund einer Korrektur des Krankenhauses innerhalb der Frist nach Absatz 1c Satz 4 entfallen ist. Dabei ist also unerheblich, wie hoch der Differenzbetrag ausgefallen wäre. Diese Regelung erhöht die Motivation des Krankenhauses, innerhalb der 6-Wochen-Frist Abrechnungsstreitigkeiten einvernehmlich beizulegen. Maximales Risiko für Krankenkasse und Krankenhaus innerhalb dieses Zeitraumes ist die jeweilige Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro. Nach diesem Zeitraum muss das Krankenhaus damit rechnen, bei fehlerhafter Abrechnung zumindest ab einer bestimmten Höhe des Differenzbetrages sanktioniert zu werden.

VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragssschulden in der Krankenversicherung (DRS 17/13079)

Ausschussdrucksache 17(14)0410

Mai 2013

Kontakt
Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Ralf Heyder
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de
Tel. +49 (0)30 3940517-0

Forschen. Lehren. Heilen.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung 3

Bewertung des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands zu den Änderungsanträgen im Überblick 3

Zu den Regelungen im Einzelnen 6

Zu Artikel 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) 6

Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 11 – neu – Krankenhausentgeltgesetz) und Nummer 6a (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 Krankenhaus-entgeltgesetz) 6

Zu Nummer 5 (§ 9 Absatz 1 KHEntgG) 9

Zu Nummer 6 (§ 10 KHEntgG) 10

b) anteilige Finanzierung der Tarifrate 10

c) Als Untergrenze des Veränderungswertes gilt mindestens die Grundlohnrate (Veränderungsrate) 11

f) Versorgungszuschlag 12

Vorbemerkung[1]

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erkennt die Regierungskoalition das Problem einer flächendeckenden Unterfinanzierung der Krankenhäuser an. Ausdrücklich zu unterstützen ist, dass nun zeitnah zusätzliches Geld für Universitätskliniken und nicht-universitäre Krankenhäuser zur Verfügung stehen soll.

Jedoch bleiben die Maßnahmen halbherzig. Das Hilfspaket ist nicht geeignet, um die wirtschaftliche Lage insbesondere der Universitätsklinika ausreichend zu stabilisieren. Die Zusatzfinanzierungen sind größtenteils auf die Jahre 2013 bis 2014 befristet. 2015 stehen die Kliniken dann wieder vor einem Finanzierungsloch. Die Probleme werden damit nur in die Zukunft verschoben. Ohne eine nachhaltige Stärkung der Basisfinanzierung wird sich die wirtschaftliche Lage der Universitätsklinika weiter zuspitzen.

Hauptursache dafür ist die Kosten-Erlös-Schere, die den Kliniken jedes Jahr Geld entzieht. Die Kosten für Personal, teure Medikamente, Energie und Haftpflichtprämien steigen permanent schneller als die von den Krankenkassen gezahlten Entgelte. Dieser Entwicklung wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht entschlossen genug begegnet.

Bewertung des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands zu den Änderungsanträgen im Überblick

1. Der vorgesehene **Versorgungszuschlag muss nach Fallschwere differenziert werden.** Die derzeit geplante Ausgestaltung ist nicht sachgerecht. Der Zuschlag soll als Einheits-Euro-Pauschale pro Krankenhausfall gezahlt werden und berücksichtigt nicht den Behandlungsaufwand. Es ist also egal, ob es sich um ein frühgeborenes Baby han-

[1] Die Stellungnahme kommentiert den Gesetzentwurf aus Sicht der Universitätsklinika. Aus sprachlichen Gründen und für einen eindeutigen Bezug zum Gesetzentwurf wird stellenweise auch der Begriff „Krankenhäuser“ verwand.

delt, das mit maximalem Aufwand versorgt wird, oder um eine Blindarmoperation. Dies benachteiligt gerade die Versorgung von schweren und komplizierten Fällen, die überwiegend von Krankenhäusern der Maximalversorgung und von Uniklinika sichergestellt wird. Zudem widerspricht diese Verteilung von GKV-Geldern mit der Gießkanne auch der Logik des Fallpauschalensystems, das nach der Schwere des Falls unterscheidet.

2. Es muss sichergestellt werden, dass das versprochene **Finanzvolumen des Hilfspaketes** von 1,1 Mrd. Euro auch tatsächlich in voller Höhe bei den Krankenhäusern ankommt. Die aktuellen Regelungen im Gesetzentwurf werden dazu führen, dass statt der 1,1 Mrd. Euro maximal 750-850 Mio. Euro zusätzlich bei den Krankenhäusern ankommen. Der Versorgungszuschlag wird 2014 geringer ausfallen, da die Krankenkassen bereits jetzt darauf hinweisen, dass sie im kommenden Jahr geringere Mehrleistungsabschläge verhandeln werden. Zudem wird die diesjährige Erhöhung der Tarifrate 2014 bei der Berechnung des Veränderungswertes gegengerechnet.
   Zur Gewährleistung der zugesagten Summen müssen daher der Versorgungszuschlag sowie die übrigen im Hilfspaket zugesagten Beträge festgeschrieben werden.

3. Mit dem Wegfall des Versorgungszuschlages wird sich 2015 erneut ein Finanzierungsloch bei den Krankenhäusern auftun. Es fehlt eine Antwort, wie dann die Finanzierungsbasis der Krankenhäuser dauerhaft gestärkt werden soll. Notwendig ist eine Anschlussregelung, um die Mittel aus dem Versorgungszuschlag 2015 in die Landesbasisfallwerte zu überführen.

4. Die im Gesetzentwurf vorgesehene zeitlich befristete **anteilige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen in 2013** mildert das Problem der Kosten-Erlös-Schere nur geringfügig ab. Ein Viertel der tarifbeding-

ten Personalkostensteigerungen in Krankenhäusern wird weiterhin nicht finanziert. Für die Preissteigerungen bei Sachkosten (Energie, Haftpflichtversicherung etc.) fehlt eine Lösung.

5. Die **Erweiterung des Verhandlungskorridors bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes für die Jahre 2014 und 2015** ist ein Fortschritt gegenüber der geltenden Regelung. Gleichwohl ist die Kostenentwicklung weiterhin unzureichend abgebildet, weil die Vollfinanzierung des Orientierungswertes in den Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nicht erreichbar sein wird. Sachgerecht ist daher die verbindliche volle Geltung des Orientierungswertes.

6. Positiv ist, dass **personelle Maßnahmen und Weiterbildungen im Bereich der Krankenhaushygiene** finanziell gefördert werden sollen. Statt zeitlich befristeter Maßnahmen auf Basis von Einzelfallnachweisen wäre allerdings eine systematische und dauerhafte Finanzierungslösung der bessere Weg:

    a. Die vorgesehene zeitliche Begrenzung dieses Förderprogramms ist nicht sachgerecht. Die Weiterbildung von Hygiene-Fachpersonal ist eine dauerhafte und systemrelevante Aufgabe. Sie muss daher kontinuierlich finanziert werden.

    b. Die Stichtagsregelung (Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes am 04.08.2011) benachteiligt Krankenhäuser, die schon frühzeitig mit dem Ausbau ihres Hygienepersonals begonnen haben. Sachgerecht wäre eine Stellenförderung auch für diejenigen, die schon vor der gesetzlichen Regelung in ihre Hygienestandards investiert haben.

    c. Nach Auslaufen des Programms sollen die Fördermittel für das neueingestellte und aufgestockte Hygienefachpersonal in die Landesbasisfallwerte überführt werden. Das wird die

gleichen Verwerfungen zur Folge haben, die bereits beim Pflegeförderprogramm aufgetreten sind. Sachgerechter wäre eine sofortige Erhöhung des Basisfallwertes um die Förderungssumme, damit die zugesagten Mittel allen Krankenhäusern dauerhaft und in vollem Umfang zur Verfügung stehen.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 11 – neu – Krankenhausentgeltgesetz) und Nummer 6a (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 Krankenhausentgeltgesetz)

Finanzielle Förderung von ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal nach Maßgabe des Infektionsschutzgesetzes

Mit der Regelung sollen die Personalkosten im Fall von Neueinstellung, Aufstockungen sowie Fort- und Weiterbildungen von ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal finanziell gefördert werden. Die Regelung schließt entsprechende Neueinstellungen, Aufstockungen sowie Fort- und Weiterbildungen seit dem 4. August 2011 (Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes) ein. Danach sollen die Krankenkassen die entsprechenden Personalkosten der Krankenhäuser ab Inkrafttreten des Gesetzes zumindest anteilig refinanzieren. Die Förderung der Personalkosten orientiert sich an den Empfehlungen der KRINKO „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“.
Nach Auslaufen des Förderprogramms sollen die Fördermittel in die Landesbasisfallwerte überführt werden.

Bewertung VUD

Die Regelung zur Verbesserung der Krankenhaushygiene umfasst zwei Aspekte: nämlich die Förderung der Weiterbildung einerseits und die Neueinstellung und Personalaufstockung andererseits.

a) Förderung der Weiterbildung:

Der VUD hält die gesonderte Finanzierung der (ärztlichen) Weiterbildung im Bereich der Krankenhaushygiene für richtig. An Universitätsklinika werden 80 bis 90 Prozent aller Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin beziehungsweise Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Deutschland weitergebildet. Die Universitätsklinika erbringen durch die Weiterbildung dieser Fachärzte für das gesamte Gesundheitswesen eine wichtige Leistung. Damit gehen zusätzliche Kosten in erheblichem Ausmaß einher, gleichzeitig wird die ärztliche Weiterbildung aber nicht finanziert. Daher haben die Universitätsklinika, die sich in der Hygiene-Weiterbildung engagieren, einen wirtschaftlichen Nachteil. Die nun vorgesehene zusätzliche Förderung der Fort- und Weiterbildung zu ärztlichem und pflegerischen Hygienefachpersonal nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erkennt diese zusätzliche finanzielle Belastung zumindest in Ansätzen an.

Jedoch halten wir die zeitliche Befristung der geplanten Hilfen für falsch. Die Weiterbildung von entsprechend qualifiziertem Personal ist eine dauerhafte Aufgabe, die auch nach 2016 gewährleistet werden muss. Demzufolge ist auch die finanzielle Förderung von Weiterbildungen, die nach 2016 beginnen, sicherzustellen.

b) Förderung von Neueinstellungen und Personalaufstockungen:

Mit der geplanten Regelung werden diejenigen Krankenhäuser benachteiligt, die schon frühzeitig und vor den gesetzlichen Regelungen des Infektionsschutzgesetzes in den Ausbau ihrer Hygienestandards

investiert haben. Die hier vorgeschlagene Regelung verkennt die Vorreiterrolle und das besondere Engagement dieser Einrichtungen. Mit dieser Stichtagsregelung werden falsche Signale für die Krankenhäuser nach dem Motto „besser spät als früh“ gesetzt.

Nach Auslaufen des Förderprogramms für das Hygienefachpersonal sollen die Fördermittel in die Landesbasisfallwerte überführt werden. Wir halten diese Regelung in zweierlei Hinsicht für problematisch:

a) Hinsichtlich der Förderung der Weiterbildung handelt es sich um eine fortwährende Aufgabe, die auch über das Jahr 2016 hinaus eine eigenständige strukturelle Finanzierung erfordert. Diese kann nicht pauschal über den Landesbasisfallwert erfolgen, sondern bedarf eines gezielten Finanzierungsinstruments für jene Einrichtungen, die die entsprechenden Weiterbildungen durchführen.

b) Mit Blick auf die Neueinstellung und Aufstockung von Hygienefachpersonal zeigt die Erfahrung mit dem Pflegesonderprogramm, dass infolge der Überführung in die Landesbasisfallwerte die Einrichtungen, die neue Stellen gefördert bekommen haben, einen Teil dieser Fördermittel verlieren. Dieses Geld wird an jene Einrichtungen umverteilt, die kein zusätzliches Personal aufgebaut haben. In der Folge werden die Personalkosten von neueingestelltem oder aufgestocktem Hygienefachpersonal dann nicht mehr ausreichend finanziert. Die betroffenen Einrichtungen werden dann vor der Frage stehen, ob sie sich das zusätzliche Personal weiter leisten können. Diese Aussicht könnte viele Häuser auch dazu veranlassen, erst gar nicht am Förderprogramm teilzunehmen. Dadurch droht das beabsichtigte Hygiene-Förderprogramm in Teilen ins Leere zu laufen.

Anstelle einer hausindividuellen Förderung für die Neueinstellung und für Personalaufstockungen von Hygienefachpersonal sollten die vorgesehenen Mittel daher von Anfang an über eine Erhöhung der Leistungsentgelte allen Krankenhäusern gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden. Dieser Teil der Fördermittel sollte bereits ab 2013 in die Landesbasisfallwerte überführt werden. Damit könnten auch die Kliniken profitieren, die bereits vor dem Stichtag in den Auf- bzw. Ausbau ihres Hygienemanagements investiert haben.

Sollte dieser Anregung nicht gefolgt werden, so ist zumindest sicherzustellen, dass allen Einrichtungen mit entsprechend geeignetem Hygienefachpersonal die Personalkosten gleichermaßen von den Krankenkassen erstattet werden. Zu diesem Zweck ist Satz 2 wie folgt zu fassen: „Personalkosten werden im Rahmen von Satz 1 auch gefördert, wenn diese ab dem … [Datum des Inkrafttretens des Gesetzes] für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden**, oder für bestehende Beschäftigungsverhältnisse entstehen, die bereits vor dem 4. August 2011 geschlossen wurden und die die gleichen Standards erfüllen, die auch das Infektionsschutzgesetz vorsieht**."

Zu Nummer 5 (§ 9 Absatz 1 KHEntgG)

Verhandlungskorridor für den Veränderungswert bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes

Die Regelung bietet für die Verhandlung über die Landesbasisfallwerte die Möglichkeit, in den Jahren 2014 und 2015 den Verhandlungskorridor bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes zu erweitern. Das bedeutet, dass die Krankenhausvergütung dann prinzipiell bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes angehoben werden kann. Der Orientierungswert stellt ein Maß

für die durchschnittliche Kostensteigerung der Krankenhäuser dar. Bislang galt: Wenn der Orientierungswert die Grundlohnrate übersteigt, dann können die Landesbasisfallwerte nicht um den vollen Orientierungswert erhöht werden. Folglich war die Entwicklung der Krankenhausvergütung von der Kostenentwicklung abgekoppelt. Dadurch sind inzwischen immer mehr Krankenhäuser - trotz Rationalisierungs- und Einsparmaßnahmen - in wirtschaftliche Schieflage geraten.

Bewertung VUD

Der VUD hält die hier vorgeschlagene Änderung grundsätzlich für richtig. Allerdings muss man davon ausgehen, dass die volle Höhe des Orientierungswertes bei den Verhandlungen auf Landesebene wahrscheinlich nicht erreicht werden wird. Zur tatsächlichen Schließung der Scherenproblematik ist aber unbedingt die verbindliche volle Geltung des Orientierungswertes notwendig.

Dessen ungeachtet halten wir eine Weiterentwicklung des Ermittlungsverfahrens des Orientierungswertes für erforderlich, um eine Abbildung der tatsächlichen Kostenentwicklung der Krankenhäuser sicherzustellen. Der VUD verweist in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse des Gutachtens der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG „Bestandsaufnahme und kritische Bewertung des durch das Statistische Bundesamt ermittelten Orientierungswertes nach § 10 Abs. 6 KHEntgG“, in dem deutlich wird, dass es methodisch bedingte Ermittlungsfehler beim Orientierungswert gibt.

Zu Nummer 6 (§ 10 KHEntgG)

b) anteilige Finanzierung der Tarifrate

Ähnlich wie schon im vergangenen Jahr soll es in 2013 wieder eine gesonderte Regelung für die Finanzierung der Personalkostensteigerungen geben:

Die Krankenkassen sollen zusätzlich die Hälfte der tarifbedingten Personalkostensteigerungen finanzieren, welche die Veränderungsrate überschreiten.

Bewertung VUD:

Tarifsteigerungen, die nicht auf der Erlösseite gegenfinanziert werden, sind die maßgebliche Ursache für die strukturelle Unterfinanzierung der Kliniken. Mit der geplanten Maßnahme erkennt die Bundesregierung an, dass die geltenden Regelungen für eine ausreichende Kostenfinanzierung der Krankenhäuser - insbesondere bei den Personalkosten - ungeeignet sind. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum nur 50 Prozent der nicht finanzierten Tarifsteigerungen ausgeglichen werden sollen. Im Ergebnis bleibt weiterhin rund ein Viertel der tarifbedingten Personalkostensteigerungen ungedeckt. Zum Abbau der strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser ist daher ein Ausgleich in Höhe der vollen Finanzierungslücke erforderlich.

c) Als Untergrenze des Veränderungswertes gilt mindestens die Grundlohnrate (Veränderungsrate)

Künftig sollen die Landesbasisfallwerte mindestens in Höhe der Grundlohnrate angepasst werden. Sollte der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreiten, würden die Krankenhausvergütungen wenigstens im Umfang der Grundlohnrate steigen.

Bewertung VUD

Wir halten diese Maßnahme für sinnvoll, insbesondere weil nach unserer Einschätzung die Methodik zur Berechnung des Orientierungswertes noch änderungsbedürftig ist. Perspektivisch sollte aber auf die volle Anwendung des Orientierungswertes abgezielt werden, wodurch die Bezugnahme auf die Grundlohnrate entfallen kann.

f) Versorgungszuschlag

Mit der geplanten Regelung erhält jedes Krankenhaus in 2013 und 2014 pro DRG-Fall einen zusätzlichen Zuschlag. Der Versorgungszuschlag soll pauschaliert werden und je Behandlungsfall von den Krankenkassen gezahlt werden.

Bewertung VUD:

Die finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser mittels eines gesonderten Versorgungszuschlags ist anzuerkennen. Jedoch lehnen wir den Zuschlag in der vorgesehenen Ausgestaltung entschieden ab, da er gegen die Berücksichtigung der Fallschwere im DRG-System verstößt. So soll innerhalb eines Bundeslandes derselbe Zuschlag gezahlt werden unabhängig davon, ob ein Krankenhaus einen Patienten mit einer Blinddarmoperation während fünf Tagen behandelt oder ob es sechs Monate lang ein Frühgeborenes versorgt. Dieser Versorgungszuschlag benachteiligt daher vor allem Universitäts- und Maximalkrankenhäuser, die überwiegend die Versorgung von schwerstkrankten Fällen und Fällen mit komplexen Erkrankungen übernehmen.

Stattdessen fordert der VUD, den Versorgungszuschlag entsprechend der Krankheitsschwere zu zahlen. Hierzu muss der Casemix (Addition der Relativgewichte aller behandelten Fälle) zugrunde gelegt werden. Dies würde die konkrete Umsetzung zudem erheblich vereinfachen:
Der schweregradorientierte Versorgungszuschlag ließe sich mit weniger Zeitverzögerung umsetzen. Denn bislang werden von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene nur der Casemix jedoch keine Fallzahlen vereinbart. Die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene verfügen daher nicht über die erforderlichen Informationen, um einen fallzahlabhängigen Versorgungszuschlag unmittelbar vereinbaren zu können.

Nach dem im Gesetzentwurf vorgesehenen Modell müssten sich die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene erst einmal von den Verhandlungspartnern vor Ort die jeweiligen vereinbarten Fallzahlen melden lassen. Bis aber alle Budgetvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen abgeschlossen und die Informationen den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene zur Verfügung gestellt werden, vergeht mitunter viel Zeit. Bisweilen werden Budgetvereinbarungen erst nach Jahresablauf getroffen, sodass damit zu rechnen wäre, dass der Versorgungszuschlag 2014 erst in 2015 ermittelt werden kann. Folglich können die dringend benötigten Finanzhilfen den Krankenhäusern gar nicht zeitnah bereitgestellt werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(15)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.13_Beitragsschulden
08.05.2013

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079), zu dem Änderungsantrag auf A.-Drs. 17(14)0410 sowie zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

Berlin, 08.05.2013

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079), zu dem Änderungsantrag auf A.-Drs. 17(14)0410 sowie zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

I. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079) nebst den Anträgen auf BT-Drs. 17/12069 und BT-Drs. 17/5524

II. Zu dem Änderungsantrag zu BT-Drucksache 17/13079 auf A.-Drs. 17(14)0410

III. Zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

I. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079) nebst den Anträgen auf BT-Drs. 17/12069 und BT-Drs. 17/5524

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP „Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung" (BT-Drucksache 17/13079), der Stellungnahme des Bundesrates zu vorgenanntem Gesetzentwurf, dem Antrag der Fraktion der SPD "Keine überhöhten Säumniszu-schläge bei Beitragsschulden" (BT-Drucksache 17/12069) und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen" (BT-Drucksache 17/5524) nimmt die Bundesärztekammer keine Stellung.

II. Zu dem Änderungsantrag zu BT-Drucksache 17/13079 auf A.-Drs. 17(14)0410

(Zuführung aus der Liquiditätsreserve, Hygieneförderprogramm, Versorgungszuschlag, voller Orientierungswert 2014 und 2015, anteilige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen 2013, Krankenhausrechnungsprüfung)

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Artikel 5a „Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes“

Die Bundesärztekammer begrüßt die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene finanzielle Förderung der personellen Ausstattung in Krankenhäusern zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes.
Die Bundesärztekammer muss aber auch feststellen, dass die Bemühungen der Ärztekammern, die Zahl der Krankenhaushygieniker kurzfristig durch eine strukturierte curriculare Fortbildung für Ärzte zu erhöhen, durch die gestufte Förderung und Verknüpfung an eine weitere Fortbildungsmaßnahme über die curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene hinaus, konterkariert werden.

Begründung:
Der Artikel 5a zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes sieht in § 4 Absatz 11 bei Neueinstellungen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen bzw. bei Fort- und Weiterbildungen eine auf die Zeit von 2013 bis 2016 begrenzte finanzielle Förderung vor. Die Förderung fällt dabei unterschiedlich aus, je nachdem ob es sich um Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bzw. Fachärzte mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene handelt. Nach der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes sowie der Hygieneverordnungen der Länder ist ein Mehrbedarf von ca. 850 Krankenhaushygienikern bis zum Jahr 2016 erkennbar. Dieser Bedarf kann mit Fachärzten für Mikrobiologie bzw. Hygiene nicht erbracht werden, da die Weiterbildungszeit bereits 5 Jahre in Anspruch nimmt und nicht genügend Weiterbildungsstätten bzw. weiterbildende Ärzte vorhanden sind. Daher hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit Vertretern der Krankenhaushygiene und der KRINKO auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes und der Hygieneverordnungen der Länder eine curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene erarbeitet, die vorübergehend den Bedarf an Krankenhaushygienikern decken soll, bis ausreichend Fachärzte qualifiziert sind. Diese Qualifikationsmaßnahme wird bundesweit einheitlich angeboten und sieht neben einem theoretischen Teil von 200 Std. einen praktischen Teil mit Hospitationen sowie Fallkonferenzen vor. Aspekte der Beratung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapie (Antibiotic Stewardship) sind zudem bereits Bestandteil des 40-stündigen Modul I der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene. Dieses Modul durchlaufen

sowohl die angehenden hygienebeauftragten Ärzte als auch die Krankenhaushygieniker.

Für die Förderung des Facharztes mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene sieht der Änderungsantrag nun eine Fortbildung im Bereich der Beratung in der rationalen Antibiotikatherapie „in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ vor. Anders wie bei der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene wurde diese Fortbildung nicht mit den Ärztekammern entwickelt oder abgestimmt, Inhalt und Umfang sind nicht bekannt. Auch der Satz „in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ trägt eher zur Verunsicherung der Ärzte bei, die eine Qualifikation Krankenhaushygiene anstreben. Des Weiteren ist es nicht zielführend und widerspricht den Kammer- und Heilberufegesetzen der Länder, eine Qualifikationsmaßnahme per Gesetz einer wissenschaftlichen Gesellschaft zuzuordnen ohne die für ärztliche Weiter- und Fortbildung zuständigen Ärztekammern bzw. Bundesärztekammer einzubeziehen.

<u>Die Bundesärztekammer fordert daher:</u>

Um ein einheitliches Vorgehen bei der Qualifikation zum und Förderung des Facharztes mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene zu gewährleisten, sollte in § 4 Absatz 11 1. c) und 2. d) die Verknüpfung der Förderung mit der Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie entfallen.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Artikel 5b „Änderung der Bundespflegesatzverordnung“ und Artikel 5c „Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“

Die Bundesärztekammer begrüßt prinzipiell die mit der Initiative der Bundesregierung vorgesehene Verbesserung der Klinikfinanzierung in Deutschland.

Insofern sind die mit dem Änderungsantrag vorgesehenen Adaptierungen als ein Schritt in die richtige Richtung zu verstehen. Angesichts der schwierigen Finanzlage der Kliniken unterschiedlichster Versorgungsstufen und den dadurch betroffenen Ärztinnen und Ärzten begrüßt die Bundesärztekammer, dass die Bundesregierung durch die aktuelle Initiative zu verstehen gibt, dass dringender Handlungsbedarf gegeben ist.

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass mit dem für die Jahre 2013 und 2014 vorgesehenen Hilfsvolumen von 1,1 Mrd. € allerdings von keiner nachhaltigen Verbesserung der zunehmend schwierigen Situation ausgegangen werden kann.
Die vorgesehene Einführung eines vollen Kostenorientierungswertes als ein Verhandlungskorridor ab 2014 auf Bundesebene sowie das Bemühen, die derzeit kritische doppelte Degression zu entschärfen, wird begrüßt. Für das Jahr 2013 sind 250 Millionen €, für das Jahr 2014 500 Million € im Sinne eines Versorgungszuschlags vorgesehen, die auch den Kliniken zu Gute kommen werden, die keine Leistungssteigerung zu verzeichnen haben.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist zur Sicherung eines Erfolges der geplanten Finanzierungshilfe darauf zu achten, dass die Mittel den Kliniken so unbürokratisch wie möglich zur Verfügung gestellt werden.

Nachjustierungsbedarf sieht die Bundesärztekammer u. a. bei folgenden Punkten:

1. Dauer und Umfang der geplanten Refinanzierung der tariflichen Lohnentwicklung: die hälftige Finanzierung für 2013 wird als unzureichend eingeschätzt. Zudem sind die derzeit vorgesehenen Regelungen nicht nachhaltig. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass eine dauerhafte Regelung für eine ausreichende Tarifausgleichsrate notwendig wird. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines wachsenden Arztmangels im Gesundheitswesen sollte eine auskömmliche Finanzierung sichergestellt werden.

2. Dauerhafte Abschaffung der doppelten Degression

3. Angemessene Refinanzierung der Personal- und Sachkosten. Kostensteigerungen wie z. B. Verbesserung der Hygienemaßnahmen, Energiepreise oder steigende Haftpflichtprämien dürfen in keinem Fall zu einer Personalsenkung der schon angespannten Personalsituation in den Kliniken führen.

4. Langfristige Beseitigung von Fehlanreizen im Vergütungssystem

5. Ermittlung eines sachgerechten Orientierungswertes ab 2014. Diskussionen der Bundesärztekammer mit den Verantwortlichen des Statistischen Bundesamtes haben gezeigt, dass Nachbesserungsbedarf im Bereich der gewählten

Indikatoren und der Berechnungsmodalitäten der tatsächlichen Kostensteigerungen gegeben ist. Abkehr von einem nur „anteiligen“ Orientierungswert.

6. Schutz der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung und des Prinzips der Trägerpluralität bei der Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung.

Die ebenfalls vorgesehene Verbesserung der Prüfmodalitäten zur Verringerung von Klinikabrechnungsstreitigkeiten wird begrüßt. Diese sollten zukünftig so unbürokratisch wie möglich durchgeführt und auf das notwendige Maß beschränkt werden. Die aktuellen Prüfroutinen sind mit erheblichen Finanzaufwänden (600-700 Mio. €/Jahr verbunden. Ebenso ist die derzeitig massive Bindung von Ärztinnen und Ärzten in der stationären Versorgung in Prüfgesprächen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), dem medizinischen Controlling sowie in den MDKs vor dem Hintergrund des Arztmangels und einer erheblichen Belastung durch Bürokratisierung nicht zu rechtfertigen.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Prüfmodalitäten auch in Zukunft durch die Verantwortlichen der Selbstverwaltungspartner geregelt werden sollen. Angesichts der Komplexität des stationären Finanzierungssystems mit einem Verteilungsvolumen von ca. 65 Milliarden € jährlich ist es auch zukünftig sinnvoll, dass die Klärung der komplexen Detailfragen auf Basis eines gemeinsamen Dialoges von Fachexperten der Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung der Bundesärztekammer erfolgt und somit das Prinzip des“ lernenden Systems“ weiterverfolgt wird.

III. Zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, **Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen**, BT-Drucksache 17/10119 vom 26.06.2012, wie folgt Stellung:

1. Mit dem Antrag wird behauptet, das in Europa einmalige Nebeneinander einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung sei der Hauptgrund für die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine - wie im Antrag behauptet - Zwei-Klassen-Medizin gibt es in Deutschland nicht.

Alle Patienten in Deutschland haben - völlig unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat krankenversichert sind - denselben Zugang zu notwendigen ärztlichen Behandlungen und Untersuchungen.

Niemand kann behaupten, dass es in Deutschland bei der notwendigen medizinischen Versorgung z. B. eines Herzinfarkt-Patienten eine Rolle spielt, ob dieser Patient gesetzlich oder privat krankenversichert ist. Dies wäre zudem mit dem ärztlichen Berufsrecht nicht vereinbar.

Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass die Antragssteller die von ihnen behauptete Zwei-Klassen-Medizin auf die tatsächlich vorhandenen Unterschiede in der Service-Qualität zwischen GKV und PKV zurückführen. Diese Unterschiede in der Service-Qualität haben aber keinen Einfluss auf die Qualität der medizinisch notwendigen Versorgung in Deutschland.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung besteht in dem teilweise deutlich höheren Leistungsversprechen in der privaten Krankenversicherung. So übernimmt die private Krankenversicherung (je nach Vertrag) die anfallenden Kosten bei Zahnimplantaten. Gesetzlich Versicherte erhalten hier von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung lediglich einen Zuschuss in Höhe einer Basisversorgung, also z. B. der Versorgung mit einer Zahnbrücke.

Dass eine Versorgung mit Zahnimplantaten als medizinisch nicht relevante Leistungen bezeichnet wird, ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht nachvollziehbar. Selbstverständlich sind diese Leistungen der privaten Krankenversicherung medizinisch relevant, warum sonst gewährt nicht zuletzt auch eine gesetzliche Krankenversicherung bei Zahnimplantaten einen Zuschuss. Es ist zudem davon auszugehen, dass viele Unterstützer des Antrags nach Abschaffung der PKV-Vollversicherung selbst solche angeblich medizinisch nicht relevanten Leistungen ohne Bedenken in Anspruch nehmen bzw. genommen haben.

2. Mit dem Antrag wird ausgeführt, dass die PKV-Versicherten jederzeit schutzbedürftig werden können.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Diese Feststellung ist ohne Zweifel zutreffend, aber gleichwohl als Begründung zur Abschaffung der PKV-Vollversicherung völlig ungeeignet.

Wird ein PKV-Versicherter schutzbedürftig (im Sinne des Erhalts eines bezahlbaren Krankenversicherungsschutzes), so gibt es hierfür zahlreiche gesetzlich gebahnte Lösungsmöglichkeiten.

Hauptberuflich Selbständige können (i. d. R. bis zum 55. Lebensjahr) jederzeit (nach Aufgabe der Selbständigkeit für mindestens 12 Monate) in ein versicherungspflichtiges Angestelltenverhältnis wechseln und damit in die GKV wechseln. Auch für in der PKV versicherte Angestellte besteht die Wechselmöglichkeit in die GKV, wenn ihr Einkommen ein Jahr lang unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt.

Ab dem 55. Lebensjahr besteht zwar i. d. R. keine Möglichkeit mehr, von der PKV in die GKV zu wechseln, ein Wechsel in den Basistarif steht allerdings gerade den

PKV-Versicherten offen, die in eine wirtschaftliche Notlage geraten sind. Die Vertragsleistungen des Basistarifs müssen gemäß § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Die Behauptung, es bestünde keine Behandlungspflicht für Basistarifversicherte ist falsch; die KVen sind verpflichtet, auch die Behandlung von Basistarifversicherten sicherzustellen.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass Privatversicherte im Laufe ihrer Zugehörigkeit zu einer privaten Krankenversicherung i. d. R. (v. a. in jüngeren Jahren) deutlich niedrigere Prämienbelastungen zu tragen haben. Würden diese eingesparten Beträge teilweise zurückgelegt werden, könnten die Prämiensteigerungen in höheren Jahren i. d. R. ohne Probleme bedient werden.

3. Mit dem Antrag wird behauptet, der Basistarif in der privaten Krankenversicherung sei ein teurer Nottarif.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Behauptung, der Basistarif sei ein Nottarif, ist falsch

- Gemäß § 12 Abs. 1a VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) müssen die Leistungen des Basistarifs mit den Vertragsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein.
- Wäre der Basistarif ein Nottarif, so wären alle gesetzlich Krankenversicherten in einem Nottarif versichert.

Die Behauptung, der Basistarif sei ein teurer Tarif, ist falsch

- Gemäß § 12 Abs. 1c VAG darf der Beitrag des Basistarifs den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen.
- Besteht oder entsteht Hilfebedürftigkeit vermindert sich gem. § 12 Abs. 1c VAG der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte. Kann auch dieser verminderte Beitrag vom Versicherten nicht getragen werden, so werden die Beiträge auf Antrag vom zuständigen Sozialversicherungsträger übernommen.

- Bei der Kalkulation des Basistarifs werden die erworbenen Alterungsrückstellungen des Versicherten in vollem Umfang angerechnet; dies wirkt sich positiv im Sinne von niedrigeren Prämien im Alter aus.

Die Behauptung, im Basistarif besteht keine Behandlungspflicht, ist falsch

- Gemäß § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigungen die Versorgung der Basistarifversicherten sicherzustellen (gemäß § 72 Abs. 1 SGB V gelten diese Regelungen entsprechend für Zahnärzte).

- Die Bundesärztekammer verweist in diesem Zusammenhang auf die Antwort der Bundesregierung vom 15.02.2011 (Drucksache 17/4782) auf die Kleine Anfrage u. a. der Fraktion DIE LINKE zur Gesundheitsversorgung im Basistarif vom 18.01.2011 (Drucksache 17/4592).

4. Mit dem Antrag wird behauptet, die PKV löst das in § 8a, Absatz 2 der Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherungen (MBKT) gemachte Versprechen, Beitragserhöhungen aufgrund des Älterwerdens auszuschließen, nicht ein.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die mit dem Antrag gemachte Behauptung ist nicht zutreffend.
Mit § 8a, Abs. 2 MB/KK (Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung) wird eine generelle Erhöhung der Beiträge im Alter nicht ausgeschlossen.
Der in § 8a Abs. 1 MB/KK genannte Ausschluss einer Erhöhung der Beiträge im Alter ist so zu verstehen, dass dieser nur zutrifft unter der Annahme, dass die Rahmenbedingungen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auch zukünftig unverändert bleiben.

Mit § 8b, Abs. 1 MB/KK wird festgelegt, dass Beitragsanpassungen, z. B. wg. steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer

Leistungen oder aufgrund einer steigenden Lebenserwartung möglich sind. Diese notwendigen Beitragsanpassungen werden durch Alterungsrückstellungen nicht generell verhindert.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten die Versicherten zukünftig bei Vertragsabschluss auf die Möglichkeit von notwendigen Beitragsanhebungen ausdrücklich hingewiesen werden. Würden die Versicherten einen Teil ihrer Prämienersparnisse mit Blick auf die Beitragsanpassungen zurücklegen, könnten die Prämienmehrbelastungen im Alter regelhaft unproblematisch bedient werden; auch hierüber sollten die Versicherten zukünftig noch besser unterrichtet werden.

5. Mit dem Antrag wird behauptet, dass in 80 Prozent der PKV-Tarife weniger Leistungen als in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt sind.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Aussage, dass in 80 Prozent der PKV-Tarife weniger Leistungen als in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt sind, wurde von den Antragsstellern aus einem Artikel des Nachrichtenmagazins DER SPIEGEL vom 11.06.2012 übernommen.
Aufgrund der Vielzahl der bestehenden Tarife in der privaten Krankenversicherung ist es der Bundesärztekammer nicht möglich, festzustellen, inwieweit die Studienergebnisse, auf die sich der Spiegel-Artikel bezieht, tatsächlich einer objektiven Überprüfung standhalten.

Festzustellen ist aus Sicht der Bundesärztekammer allerdings, dass neben den solide kalkulierten und den Leistungskatalog der GKV regelhaft übertreffenden PKV-Tarifen, v. a. in den letzten Jahren, zunehmend sogenannte Billig-Tarife angeboten wurden, die tatsächlich einen nur sehr geringen Leistungsumfang abdecken. Diese Entwicklung ist nach den Erkenntnissen der Bundesärztekammer aber deutlich rückläufig; maßgebliche Unternehmen der Privaten Krankenversicherung haben solche Billigtarife bereits aus ihrem Angebot gestrichen.

Die Bundesärztekammer befürwortet es, dass sich die Unternehmen der privaten Krankenversicherung auf einen einheitlichen Grundleistungskatalog verständigen, mit dem insbesondere die derzeitigen unterschiedlichen Regelungen im Hilfsmittelbereich und bei der ambulanten Psychotherapie geregelt werden sollten.

Zusammenfassende Wertung der Bundesärztekammer zum Antrag (BR-Drucksache 17/10119)

Vor dem Hintergrund der vorgemachten Erläuterungen empfiehlt die Bundesärztekammer den Mitgliedern des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, bei der anstehenden weiteren Befassung mit dem Antrag nach BR-Drucksache 17/10119, diesen abzulehnen.

Die Bundesärztekammer erlaubt sich ergänzend darauf hinzuweisen, dass mit dem Antrag (BR-Drucksache 17/10119) ein elementarer Zusammenhang ausgeblendet wird: Das in Deutschland bestehende Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist - nicht nur aus Sicht der Bundesärztekammer - ein wesentlicher Grund dafür, dass das deutsche Gesundheitssystem einen weltweit so herausragend hohen Entwicklungsstand erreichen konnte.

Mit dem Antrag auf Abschaffung der PKV-Vollversicherung, was der Abschaffung des Nebeneinanders von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung gleichkommt, würde unser Gesundheitssystem, insbesondere dessen international beispielgebende Innovationskraft fundamental gefährdet.

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Berlin, 08.05.2013

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(16)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
08.05.2013

Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesell-schaft e.V. (DKG)

zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitrags-schulden in der Krankenversicherung (BT-Drs. 17/13079)

Ausschussdrucksache 17(14)0410

Zu Artikel 1, 5a - neu – 5b – neu und 5c – neu (SGB V, KHEntgG, BPflV und KHG)

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeiner Teil 3

B. Besonderer Teil 6

1. Hygieneförderprogramm 6
2. Versorgungszuschlag 16
3. Anteilige Tarifrefinanzierung 18
4. Orientierungswert 19
5. Krankenhausrechnungsprüfung 23

A. Allgemeiner Teil

Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser begrüßen das von der Bundesregierung und den Koalitionsfraktionen geplante Maßnahmenpaket zur kurzfristig wirksamen Entlastung der Krankenhäuser im Umfang von ca. 1,1 Mrd. Euro im Zweijahreszeitraum 2013/14.

Finanzielle Hilfen für die Krankenhäuser sind dringend und noch in diesem Jahr notwendig. Immer mehr Krankenhäuser können ihre Kosten nicht decken. Ursächlich dafür ist insbesondere die anhaltende Lücke zwischen der Entwicklung der Personalkosten infolge der Tarifvereinbarungen auf der einen und den gesetzlich gedeckelten Vergütungspreiszuwächsen auf der anderen Seite. Die Tariflohnsteigerungen liegen – wie schon im Vorjahr – wieder deutlich über dem Zuwachs der Vergütungspreise. Weitere außergewöhnliche Kostenzuwächse sind bei den Haftpflichtversicherungsprämien und bei den Abgaben der Krankenhäuser für die EEG-Umlage entstanden. Alleine die EEG-Umlage führt zu zusätzlichen Abgaben der Krankenhäuser in Höhe von 70 Mio. Euro im Jahr 2013. Erschwerend kommt hinzu, dass die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung in ihren Selbsthilfemöglichkeiten begrenzt sind. Schließlich führt auch die anhaltend viel zu niedrige Investitionsmittelbereitstellung durch die Bundeländer zur Auszehrung der Möglichkeiten der Krankenhäuser, Unterdeckungen im Betriebskostenbereich auszugleichen.

Die mit den Änderungsanträgen vorgesehene **Tarifkostenhilfe** zur Aufstockung der Landesbasisfallwerte bzw. Budgets der psychiatrischen Krankenhäuser verbessert die Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen. Es bleibt aber ein nicht refinanzierter Anteil von ca. 25 %. Hinzu kommen die nicht refinanzierten Auswirkungen der strukturellen Komponenten der Tarifverträge. Vor diesem Hintergrund ist der ebenfalls mit den Änderungsanträgen vorgesehene Versorgungszuschlag für die Krankenhäuser eine wichtige zusätzliche Refinanzierungshilfe. Damit der **Versorgungszuschlag** allen Krankenhäusern hilft, die massiven Kostenunterdeckungen abzufedern, muss dieser als bundeseinheitlicher, aus dem Gesetz unmittelbar wirksamer Rechnungszuschlag ausgestaltet werden. Dies wird mit der bislang vorgesehenen Umsetzung als landesspezifische und noch zu verhandelnde Eurozuschläge pro Fall nicht erreicht. Die Vergütungsaufstockung aus den Versorgungszuschlägen wäre von Land zu Land höchst unterschiedlich, während die Problematik der Kostenunterdeckung ein deutschlandweites Problem ist, das im laufenden Jahr besonders dringlich gelöst werden muss. Die Krankenhäuser appellieren an die Koalition, einen Teil der für 2014 vorgesehenen Mittel aus den Versorgungszuschlägen bereits im laufenden Jahr den Krankenhäusern zur Deckung der hohen Kosten zur Verfügung zu stellen. Mit einer jeweils hälftigen Auszahlung der für die Jahre 2013 und 2014 vorgesehenen 750 Millionen könnten die Mittel aus dem Versorgungszuschlag in 2013 von 250 auf 375 Millionen erhöht werden. Dies wäre für die Krankenhäuser eine wichtige Hilfe im von der Kostenseite besonders problematischen laufenden Jahr. Immer mehr Krankenhäuser sind von Verlusten bedroht, weil die Behandlungskosten für die Patienten nicht ausreichend refinanziert werden können.

Darauf hinzuweisen ist, dass die Ausgestaltung des Versorgungszuschlages als nicht basiswirksame Vergütungskomponente auf die Jahre 2013 und 2014 begrenzt ist, während die Personalkostenlasten von den Krankenhäusern dauerhaft zu tragen sind.

Mit den Versorgungszuschlägen werden den Krankenhäusern die Kürzungen, die sich aus der Anwendung der Mehrleistungsabschläge im laufenden und nächsten Jahr ergeben, „zurückgespielt“. Die Belastung der Krankenhausvergütung durch die Morbiditätsentwicklung wird gemildert. Der Effekt der doppelten Degression wird neutralisiert. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass den Krankenhäusern weiterhin eine Kollektivlast bei Leistungsmengenentwicklungen im Rahmen der Vereinbarungen über die Landesbasisfallwerte verbleibt. So dass nach Auslaufen der Einmaleffekte, die durch die Versorgungszuschläge erzielt werden, dringend eine Anschlussregelung erforderlich ist, die die Preisentwicklung der Krankenhäuser von Leistungsmengenentwicklungen gänzlich freistellt. In diesem Zusammenhang ist auf die Entschließung des Bundesrates vom 3. Mai 2013 hinzuweisen, die die Abschaffung der Kollektivhaftung aller Krankenhäuser für Leistungssteigerungen und krankenhauspezifische Lösungen fordert.

Die mit den Änderungsanträgen nunmehr vorgesehene Weiterentwicklung des Konzeptes des **Kostenorientierungswertes** ist ein Schritt in die richtige Richtung. In den Jahren 2014 und 2015 besteht damit die Möglichkeit, die Differenz zwischen der Grundlohnrate und dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Kostenorientierungswert zu 100 % - statt wie bisher nur zu einem Drittel - in Verhandlungen auf der Bundesverbandsebene auszuschöpfen. Auch ist nunmehr vorgesehen, dass die Grundlohnrate ohne weitere Verhandlungen für den Fall zum Zuge kommt, dass sie oberhalb des Kostenorientierungswertes liegt. Dies ist gegenüber der geltenden gesetzlichen Regelung, die für den Fall eines Kostenorientierungswertes, der niedriger als die Grundlohnrate ist, immer den niedrigeren Wert vorsieht, eine grundsätzlich positive Weiterentwicklung. Gleichwohl verharrt das so veränderte Kostenorientierungskonzept in der Verknüpfung mit der Grundlohnrate. Es ist aus Krankenhaussicht nicht nachvollziehbar, dass die vom Statistischen Bundesamt ermittelte tatsächliche durchschnittliche Kostenzuwachsrate der deutschen Krankenhäuser nicht a priori und in voller Höhe für die Verhandlungen auf der Landesebene zur Verfügung gestellt wird. Ohnehin ist diese Rate bei den Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte eine Preisobergrenze. Es ist sachlich nicht zu begründen, zum einen auf der Bundesebene und zum anderen auf der Landesebene Preisobergrenzenausschöpfungsverhandlungen zum gleichen Sachverhalt zu führen. Deshalb sollte der ermittelte Kostenorientierungswert die gesetzlich vorgegebene Obergrenze für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte sein.

Die Erfüllung der personellen Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes zur Verbesserung der **Infektionsbekämpfung** stellt die Krankenhäuser vor sehr große organisatorische und finanzielle Herausforderungen. Angesichts der Nichtverfügbarkeit genügend ausgebildeter ärztlicher und nicht ärztlicher Fachkräfte ist insbesondere die **Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung**, die auch mit hohen personellen

Freistellungskosten verbunden ist, ein zentrales Problem. Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass nunmehr ein Förderprogramm für den Aufbau der Personalausstattung im Hygienebereich aufgelegt wird. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung sollte aber stärker als bislang mit den Änderungsanträgen vorgesehen gefördert werden.

Weiterentwicklung der Krankenhausrechnungsprüfung

Die Überarbeitung der Regelungen zur Durchführung von MDK-Prüfungen ist seit langem ein Anliegen der DKG. Zuletzt hat sie anlässlich einer Anhörung vor dem Bundestagsgesundheitsausschuss zur Thematik der Prüfung von Krankenhausabrechnungen am 26.10.2011 einen Vorschlag unterbreitet, wie diese Regelungen dahingehend umgestaltet werden können, dass sich das MDK-Prüfverfahren transparenter und fairer darstellt. Vor allem fehlende Vorgaben zu Ablauf und Dauer eines Prüfverfahrens sowie zum Umgang mit dem Ergebnis einer MDK-Prüfung führen in der Praxis immer wieder zu Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK. Nicht verkannt wird, dass ein Großteil dieser Auseinandersetzungen medizinisch-fachlicher Natur sind, was dem komplexen und vielfältigen System der Abrechnung nach Fallpauschalen geschuldet ist, dennoch führen gerade Fragen des Prüfverfahrens regelmäßig zu Diskussionen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern. Der den Krankenhäusern einzig zur Verfügung stehende Ausweg ist die Anrufung der Sozialgerichtsbarkeit, die jedoch teilweise Entscheidungen getroffen hat, die nur schwer nachvollziehbar sind oder sogar der gesetzgeberischen Intention zuwiderlaufen.

Um die Durchführung des MDK-Prüfverfahrens praxisgerecht und handhabbar zu strukturieren, die Sozialgerichtsbarkeit zu entlasten und der Rechtsprechung zur sinnvollen Auslegung von gesetzlichen Regelungen und Entscheidung von Streitfragen zielführende Argumente zur Verfügung zu stellen, stellt die vorgesehene Änderung des § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch Artikel 5c des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung einen gewichtigen Schritt in die richtig Richtung dar. Positiv zu bewerten ist vor allem der Ansatz, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu beauftragen, die Ausgestaltung des MDK-Prüfverfahrens zu regeln. Dadurch besteht die Möglichkeit, die widerstreitenden Interessen der Leistungserbringer als auch der Leistungsträger in einer Vereinbarung zu einem Ausgleich zu bringen und das Konfliktpotential im Zusammenhang mit MDK-Prüfungen erheblich zu reduzieren, was letztlich zu einer nicht unerheblichen Zeit- und Kostenersparnis aller Beteiligten führen wird.

B. Besonderer Teil

1. Hygieneförderprogramm

Zu Artikel 5a Nummer 1 - (§ 4 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der § 4 Abs.11 Satz 1 KHEntgG –neu- verweist hinsichtlich der erforderlichen personellen Ausstattung zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) auf die KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen.

Stellungnahme

Dies ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht, da der Gesetzgeber im IfSG es den Ländern überlassen hat, die Anforderungen an die personelle Ausstattung, an Fort- und Weiterbildung sowie an die Qualifikation des Hygienepersonals festzulegen (§ 23 Abs. 8 IfSG). Daher sollte auch hier auf die Landeshygieneverordnungen Bezug genommen werden.

Durch den alleinigen Bezug auf die KRINKO-Empfehlung wären z. B. Kinderkrankenpfleger oder Hebammen, die eine Weiterbildung zur Hygienefachkraft gemacht haben, nicht als Hygienefachkraft anerkannt, da die KRINKO-Empfehlung als Voraussetzung zur Weiterbildung zur HFK nur den "Gesundheits- und Krankenpfleger" kennt. Die Landeshygieneverordnungen sind hier offener.

Zudem sehen die Landeshygieneverordnungen Übergangsvorschriften vor: diese besagen, dass fachlich geeignetes Personal auch dann eingesetzt werden darf, wenn es die Anforderungen an die Qualifikation (nach der Verordnung) noch nicht erfüllt. Die Verordnungen verweisen bzgl. dieser Qualifikation jedoch nur teilweise auf die KRINKO-Empfehlung.

Änderungsvorschlag

Verweis auf die jeweils geltenden Landeshygieneverordnungen.

Den § 4 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG – neu - wie folgt zu ändern:

„(11) Die zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erforderliche personelle Ausstattung wird bei Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in ~~der Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention~~ ***den jeweiligen Landeshygieneverordnungen*** *benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2016 finanziell gefördert […]*

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 und Nr. 2 KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Unter Nr. 1 sollen Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen gefördert werden, wohingegen unter Nr. 2 Fort- und Weiterbildungen gefördert werden sollen.

Stellungnahme

In Anbetracht der Tatsache, dass derzeit weder Hygienefachkräfte (HFK) noch Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie noch Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene auf dem Markt vorhanden sind und somit auch nicht eingestellt werden können, läuft diese Regelung ins Leere.

Es gibt keine ausreichenden Weiterbildungsmöglichkeiten – weder für die Fachärzte noch für die Hygienefachkräfte – und die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene wird in den Bundesländern gerade erst aufgebaut.

Insofern sollte neben der Neueinstellung von fertig ausgebildetem Personal (was praktisch kaum möglich sein wird) insbesondere auch die Freistellung oder Neueinstellung von Personal zur Fort- und Weiterbildung gleichermaßen gefördert werden.

Die nachfolgenden Anmerkungen sind in diesem Kontext zu sehen.

Änderungsvorschlag

Förderung von Personal, das zur Fort- oder Weiterbildung freigestellt bzw. neu eingestellt wird im gleichen Umfang wie die Neueinstellung von fertig ausgebildetem Personal.

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 a) KHEntgG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Nr. 1a) soll nur die Neueinstellung von bereits fertig ausgebildeten Hygienefachkräften in der Pflege in Höhe von 90 % gefördert werden.

Stellungnahme

Da dieses Personal auf dem Markt nicht vorhanden ist und somit auch nicht eingestellt werden kann, wird die Regelung ins Leere laufen.

Grob geschätzt besteht für die Allgemeinen Krankenhäuser ein Bedarf von insgesamt 2.061 HFK. Laut statistischem Bundesamt gab es 2011 749 HFK, d.h. es besteht – rein rechnerisch – ein aktueller Bedarf von zusätzlich **1.312 HFK**.

Allerdings gibt es für einen derartigen Bedarf nicht genügend Weiterbildungsstätten in Deutschland, d.h. es gibt lange Wartzeiten.

Änderungsvorschlag

Einwirken auf die Bundesländer, dass mehr Weiterbildungsstätten geschaffen werden.

Hinweis: In dem Entwurf wird mehrfach die „Hygienefachkraft in der Pflege“ erwähnt. Es sollte nur Hygienefachkraft (ohne den Zusatz „in der Pflege“) heißen. Auch dann ist klar, dass es sich hierbei um Pflegepersonal handelt. Ärztliche Hygienefachkräfte gibt es nicht (wie in der Begründung auf Seite 9 angeführt).

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 b) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Nr. 1 b) soll nur die Neueinstellung von bereits fertig ausgebildeten Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Facharztweiterbildung (Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie) in Höhe von 75 % gefördert werden.

Stellungnahme

Da dieses Personal auf dem Markt nicht vorhanden ist und somit auch nicht eingestellt werden kann, wird die Regelung ins Leere laufen.

Es ist darüber hinaus nicht nachvollziehbar, warum der Finanzierungsanteil für Krankenhaushygieniker nur 75 % beträgt und nicht, analog zu den Hygienefachkräften, 90 %. In der Begründung wird ausgeführt, dass durch einen Eigenanteil von 25 % der Anreiz für ein wechselseitiges Abwerben der verfügbaren Fachärzte abgeschwächt werden soll.

Das Abwerben verfügbarer Fachärzte wird in der Praxis kein großes Problem darstellen, da es kaum Fachärzte gibt, die man abwerben könnte. Daher ist es aus unserer Sicht auch nicht gerechtfertigt, den Finanzierungsanteil für Krankenhaushygieniker auf 75 % zu belassen. Wenn ein Krankenhaus die seltene Gelegenheit bekommt, einen fertig ausgebildeten Facharzt einzustellen, dann sollte dies auch mit 90 % der Personalkosten gefördert werden.

Das größte Problem besteht nach wie vor darin, dass es keine ausreichenden Weiterbildungsstätten für die Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Deutschland gibt.

Somit wird das erforderliche Personal von mindestens 267 hauptamtlichen Krankenhaushygienikern für die 368 Allgemeinen Krankenhäuser mit einer Bettenzahl über 400 plus 561 Krankenhaushygieniker, die die externe Beratung der übrigen 1.368 Krankenhäuser sicherstellen sollen, auch in Jahrzehnten nicht vorhanden sein.

Änderungsvorschlag

Förderung der Personalkosten mit 90 %, analog zu den HFK.

Der § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1b KHEntgG - neu - wie folgt zu ändern

1. bei Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von[…]
*b) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Höhe von ~~75~~ **90** Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten, […]*

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 c) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Nr. 1 c) soll nur die Neueinstellung von bereits fertig ausgebildeten Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung gefördert werden.

Stellungnahme

Die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene wird in den Bundesländern gerade erst aufgebaut, so dass frühestens in 2 Jahren mit den ersten Abschlüssen gerechnet werden kann. Auch diese Förderung läuft somit ins Leere, da das Personal derzeit noch nicht auf dem Markt vorhanden ist.

Davon abgesehen ist es jedoch nicht nachvollziehbar, dass die Neueinstellung eines Krankenhaushygienikers mit strukturierter curricularer Fortbildung nur mit 50 % der entstehenden Personalkosten gefördert werden soll. Dieser wird ebenso wie die unter Nr. 1. b) genannten Fachärzte die Aufgaben eines Krankenhaushygienikers in Vollzeit wahrnehmen und sollte deshalb ebenfalls zu 90 % gefördert werden.

Zudem müsste an dieser Stelle auch der Krankenhaushygieniker mit Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene (nach der LÄK Hessen) genannt werden. Diese Fortbildung gibt es nur in Hessen, aber sie ist als gleichwertig mit der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene anzusehen und wird in den Landeshygieneverordnungen auch dementsprechend eingestuft.

Weiter ist die Verknüpfung „und“ unklar. Gemeint sein kann eigentlich nur, dass die Fortbildung eines Arztes im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung ebenfalls gefördert wird. Dabei handelt es sich dann aber nicht um einen Krankenhaushygieniker, sondern um einen Arzt, z.B. Internist, Pädiater. Dies sollte klargestellt werden.

Darüber hinaus sehen wir den Fokus allein auf die Fortbildung der DGI (Antibiotic Stewardship) kritisch. Die ABS-Fortbildungskurse werden derzeit noch vom BMG gefördert – wie es nach Auslaufen der Förderung weitergehen wird, ist derzeit noch unklar. Zudem gibt es bereits jetzt Wartezeiten von über 2 Jahren für die interessierten Ärzte, da die Kapazitäten viel zu gering sind. Und ob und wie Kapazitätsausweitungen nach Ende der BMG-Förderung erfolgen können bzw. werden, ist derzeit nicht absehbar.

Ergänzend erwähnt und der ABS-Fortbildung gleichgestellt werden müsste die 12-monatige Zusatz-Weiterbildung „Infektiologie“ für Fachärzte der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin.

Änderungsvorschlag

Den § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 c) KHEntgG - neu - wie folgt zu ändern:

1. bei Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von[…]
c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene ***in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,*** *und* ***Ärzten*** *mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie* ***bzw. mit 12monatiger Zusatz-Weiterbildung „Infektiologie“*** *in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten, […]*

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 d) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Nr. 1 d) soll nur die Neueinstellung von bereits fertig ausgebildeten hygienebeauftragten Ärzten gefördert werden.

Stellungnahme

Hygienebeauftragte Ärzte werden i.d.R. jedoch nicht neu eingestellt, sondern sie werden benannt, d.h. man greift auf vorhandenes Personal zurück. Insofern läuft auch diese Förderung ins Leere.

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 a) und b) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Unter Nr. 2 a) soll die Fortbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit jährlich 30.000 € bezuschusst werden, wohingegen die Fortbildung zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie unter Nr. 2 b) nur mit jährlich 15.000 € bezuschusst wird.

Stellungnahme

Dies ist nicht sachgerecht, da laut KRINKO-Empfehlung beide Fachärzte als gleichwertig anzusehen sind. Aus fachlicher Sicht erfüllen beiden Facharzt-Ausbildungen die Anforderungen, die an einen Krankenhaushygieniker gestellt werden (Vgl. auch Ausführungen unter X.). Der Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie kann also auch als Krankenhaushygieniker tätig sein und nicht nur „zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus“.

Dabei erschient uns eine jährliche Förderung von 30.000 bzw. 15.000 Euro im Vergleich zu den zu 90% geförderten Personalkosten bei Neueinstellung als zu gering. Zu einen gibt es das Personal zur Neueinstellung nicht und zum anderen können auch Ärzte in Weiterbildung schon Aufgaben in der Krankenhaushygiene übernehmen.

Ergänzend sollte honoriert werden, dass hier eine Weiterbildungsmöglichkeit zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie besteht bzw. geschaffen wurde. Daher sollte der Zuschuss für diese in Weiterbildung befindlichen Ärzte deutlich höher ausfallen.

Es gibt viel zu wenige Weiterbildungsstätten für diese beiden Fachärzte in Deutschland. Die Facharztausbildung dauert 5 Jahre. Bei derzeit 10 - 15 Weiterbildungsstellen in Deutschland ist nicht ersichtlich, wie der Bedarf von geschätzten 828 Krankenhaushygienikern bis zum Ende der Übergangsfrist 2016 gedeckt werden soll.

Der Gesetzgeber darf diese unlösbare Aufgabe nicht einfach auf die Krankenhäuser abwälzen – er muss sich dafür einsetzen, dass wieder mehr Hygieneinstitute an den Universitäten eingerichtet werden und auch im Medizinstudium ein stärkerer Fokus auf das Thema Hygiene gelegt wird.

Änderungsvorschlag

Den § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 a) KHEntgG - neu - wie folgt zu fassen:

2. bei Fort- und Weiterbildungen
a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin ***bzw. zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie*** *für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich ~~30.000~~* ***90.000 Euro****, […]*

Den § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 2 b) KHEntgG - neu - ersatzlos zu streichen.

Einwirken auf die Bundesländer, dass wieder mehr Hygieneinstitute an den Universitäten eingerichtet werden und dass auch im Medizinstudium ein stärkerer Fokus auf das Thema Hygiene gelegt wird.

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 c) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Fort- und Weiterbildung von Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene soll mit jährlich max. 5000 Euro bezuschusst werden.

Stellungnahme

Dieser Zuschuss erscheint uns vor dem Hintergrund, dass der betreffende Arzt für die Fortbildung frei gestellt werden muss und er während dieser 2 Jahre zu 50 % seiner Vollzeitstelle als hygienebeauftragter Arzt tätig werden muss, als zu gering. Zudem müssen die Kurse, der Supervisor und ggf. die Hospitationen bezahlt werden und für die 50 % seiner bisherigen Tätigkeit, die er nun für die Hygiene aufwendet, muss ein anderer Arzt eingestellt werden.

Änderungsvorschlag

Den § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 c) KHEntgG - neu - wie folgt zu fassen:

2. bei Fort- und Weiterbildungen […]
c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich ~~5000~~ ***60.000 Euro****, […]*

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 f) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Fort- und Weiterbildung zur Hygienefachkraft soll pauschal mit 10.000 Euro bezuschusst werden.

Stellungnahme

Dieser Zuschuss erscheint uns vor dem Hintergrund, dass die betreffende Pflegekraft für die Fortbildung frei gestellt werden muss und ihre bisherigen Aufgaben durch eine neu einzustellende Pflegekraft übernommen werden müssen, als zu gering.

Änderungsvorschlag

Den § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 f) KHEntgG – neu – wie folgt zu fassen:

2. bei Fort- und Weiterbildungen […]
f) zur Hygienefachkraft durch einen pauschalen Zuschuss von ~~10 000~~ ***50 000 Euro****; […]*

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 4 Abs. 11 Nr. 1 KHEntgG – neu sieht die Förderung von Personal vor, das neu eingestellt wird.

Stellungnahme

Aus Sicht der Krankenhäuser sollte die Förderung nach § 4 Abs. 11 Nr. 1 KHEntgG – neu auch für Personal gelten, das durch einen Beratungsvertrag ans Krankenhaus gebunden wird. Die meisten Landeshygieneverordnungen sehen – vornehmlich für kleine und mittelgroße Krankenhäuser – eine beratende Unterstützung durch externe Fachkräfte (insbesondere Krankenhaushygieniker, teilweise aber auch Hygienefachkräfte) vor.

Zudem sollte aus Gründen der Gleichbehandlung die Einstellung von Hygienefachpersonal auch gefördert werden, wenn diese aufgrund landesspezifischer Regelungen bereits vor Änderung des IfSG 2011 erfolgt ist. Ansonsten werden Bundesländer, die sich schon früher aktiv um das Thema Hygiene gekümmert haben, nun benachteiligt. 6 Bundesländer hatten bereits vor 2011 eine Landeshygieneverordnung mit der KRINKO-Empfehlung entsprechenden Personalvorgaben.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass in § 23 Abs. 3 und 8 des Infektionsschutzgesetzes geregelt ist, dass die Vorschriften auf Rehabilitationseinrichtungen

Anwendung finden „in denen eine dem Krankenhaus vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt“. Vor diesem Hintergrund sollte klargestellt werden, dass das Hygiene-Förderprogramm auch für diese Einrichtungen (§ 111 SGB) Anwendung findet.

Änderungsvorschlag

Nach Satz 1 sollte folgender Satz eingefügt werden:

Die Förderung nach Satz 1 Nr. 1 Buschstabe a bis c findet auch Anwendung auf

a) externes Personal, dessen beratende Unterstützung vertraglich vereinbart wird,
b) Personal, das aufgrund landesspezifischer Regelungen bereits vor dem 04. August 2011 eingestellt wurde, und
c) Personal in Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine dem Krankenhaus vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt.

Zur Begründung – Einstufung des Krankenhaushygienikers mit strukturierter curricularer Fortbildung (S. 9)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ausgeführt, dass in der KRINKO-Empfehlung Risikobereiche beschrieben werden, und dass, basierend auf dieser Einstufung, der Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung nur in Einrichtungen mit den Risikobereichen B und C eingesetzt werden soll.

Stellungnahme

Diese Vorgabe entbehrt jeglicher Grundlage.

Die KRINKO-Empfehlung beschreibt lediglich die Aufgaben und Anforderungen an die berufliche Qualifikation eines Krankenhaushygienikers und folgert, dass diese Anforderungen zweifellos Inhalte der Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sind. In wie weit die strukturierte curriculare Fortbildung diese Anforderungen auch erfüllt, dazu äußert sich die KRINKO nicht.

Ziel der Bundesärztekammer (BÄK) war es jedoch, mit der neu geschaffenen Fortbildung Ärzte zu befähigen, als Krankenhaushygieniker tätig zu werden. Zwar nur für eine Übergangszeit, bis der Bedarf über o.g. Fachärzte gedeckt werden kann, sicherlich aber nicht beschränkt auf bestimmte Krankenhausbereiche. Damit wäre den Krankenhäusern auch nicht gedient, denn wie bereits erwähnt fehlen derzeit ca. 828 Krankenhaushygieniker.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass die strukturierte curriculare Fortbildung, die Inhalte der Module und die ergänzenden Rahmenbedingungen von der BÄK gemein-

sam mit Vertretern der verschiedenen Fachgesellschaften (u.a. DGKH, DGHM, VAH, DGI) erarbeitet wurde und in diesem Kontext keine Beschränkung der Tätigkeiten eines Krankenhaushygienikers mit strukturierter curricularer Fortbildung auf bestimmte Risikobereiche für notwendig erachtet wurde.

Änderungsvorschlag

Ausführungen streichen.

2. Versorgungszuschlag

Zu Artikel 5a Nummer 2, Nummer 4, Nummer 6, Nummer 7

Beabsichtigte Neuregelung

Das sich aufgrund des Mehrleistungsabschlags in den Jahren 2013 und 2014 ergebende Abschlagsvolumen soll über einen landeseinheitlichen Versorgungszuschlag je Fall an alle Krankenhäuser zurückfließen und damit die Wirkung der doppelten Degression neutralisieren.

Stellungnahme

Der Mehrleistungsabschlag wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz als Kürzungsmaßnahme zu Gunsten der Krankenkassen für die Jahre 2011 und 2012 eingeführt und mit dem Psych-Entgeltgesetz bis Ende 2014 befristet, wobei die Mehrleistungen des Jahres 2013 auch im Jahr 2014 mit einem Abschlag gekürzt werden.

Die mit dem Versorgungszuschlag verbundene Zielsetzung, die Wirkung der doppelten Degression in den Jahren 2013 und 2014 zu neutralisieren, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Dabei ist zu begrüßen, dass von dem Versorgungszuschlag alle Krankenhäuser, und damit auch Krankenhäuser mit stagnierenden oder sinkenden Leistungsmengen, profitieren. Der Kollektivhaftungsmechanismus wird damit befristet abgemildert. Der Effekt des Versorgungszuschlags ist insofern nicht nachhaltig.

Aus technischer Sicht ergeben sich darüber hinaus folgende Aspekte:

Zur Ermittlung des Versorgungszuschlags soll gemäß § 10 Abs. 14 KHEntgG die im jeweiligen Jahr entstehende voraussichtliche Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Abs. 2a KHEntgG im Land durch die Fallzahl geteilt werden, die bei der Vereinbarung des jeweils für das Jahr 2013 und 2014 geltenden Basisfallwerts zu Grunde gelegt wurde. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es keine gesetzliche Bestimmung gibt, wonach bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts eine Fallzahl zu Grunde zu legen ist. Für die Ermittlung des Bundesbasisfallwerts wird nicht die Fallzahl, sondern die Summe der effektiven Bewertungsrelationen zur Gewichtung an das InEK gemeldet (vgl. § 10 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG).

Darüber hinaus ist die Schätzung der voraussichtlichen Summe der Mehrleistungsabschläge auf Landesebene mit großen Schwierigkeiten behaftet, zumal zur Schätzung Vorjahresdaten aufgrund von Schwankungen nur bedingt geeignet sind.

Gemäß § 5 Abs. 6 KHEntgG ist je Krankenhausfall, der mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird, ab dem entsprechenden Zeitpunkt nach § 15 Abs. 1 Satz 3, frühestens jedoch für Aufnahmen ab Beginn des jeweiligen Kalenderjahres, ein Zuschlag nach § 10 Absatz 14 in Rechnung zu stellen. Es wird hier folglich auf den ersten Tag des Monats nach der Genehmigung der Landesbasisfallwerte abgestellt.

Für das Jahr 2013 ergibt sich hier die Besonderheit, dass bis zum Inkrafttreten des Gesetzes voraussichtlich in allen Ländern genehmigte Landesbasisfallwerte vorliegen. Bei Beibehaltung dieser Vorschrift müsste der Klarstellung halber eigentlich auf den neu vereinbarten Landesbasisfallwert 2013 Bezug genommen werden.

Ferner fehlt eine Frist, über die vorgegeben wird, bis zu welchem Zeitpunkt die Vereinbarung des Versorgungszuschlags zu erfolgen hat. Aufgrund der vorgenannten konfliktbehafteten Inhalte besteht die Gefahr, dass es zu Verzögerungen kommt und der Versorgungszuschlag für das Jahr 2013 nicht oder erst sehr spät im Jahr 2013 umgesetzt werden kann.

Änderungsvorschlag

Die Umsetzung sollte über einen allgemeinen bundeseinheitlichen prozentualen Rechnungszuschlag erfolgen. Dieser ist auf Grundlage des zugesagten Finanzierungsvolumens von 750 Millionen Euro mit jeweils 375 Millionen Euro hälftig auf die Jahre 2013 und 2014 zu verteilen. Bei einer solchen Zuschlagslösung würden konfliktbehaftete Verhandlungen auf Landesebene zur Schätzung der Höhe der voraussichtlichen Summe der Mehrleistungsabschläge und Fehlanreize bei der Verhandlung der Mehrleistungsabschläge vor Ort vermieden. Durch die gesetzliche Vorgabe der Höhe des Zuschlags wäre außerdem gewährleistet, dass die Finanzmittel bei den Krankenhäusern in der zugesagten Höhe ankommen und unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes fließen können. Selbstverständlich müsste der ganzjährig geltende Zuschlag in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt des Inkrafttretens auf das restliche Kalenderjahr hochgerechnet werden.

Formulierungsvorschlag:

§ 5 Abs. 6 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(6) Bei Patientinnen und Patienten ist für alle Aufnahmen ab dem 01.08.2013 [Zeitpunkt abhängig vom Inkrafttreten des Gesetzes] bis zum 31.12.2013 ein Zuschlag in Höhe von 1,48 % und für alle Aufnahmen im Kalenderjahr 2014 ein Zuschlag in Höhe von 0,61 % des Rechnungsbetrags für DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 vorzunehmen und auf der Rechnung auszuweisen.“

Diesem Vorschlag wurde die folgende Berechnung zugrunde gelegt:

	Finanzierungsvolumen 2013	375.000.000 €
:	vereinbarte Summe der eff. BWR (bundesweit)	19.884.746
=	Betrag je Bewertungsrelation	18,858677 €
:	einheitlicher Basisfallwert 2013	3.068,37 €
=	Prozentuale Höhe des ganzjährigen Zuschlags	0,6146%
	Umrechnung auf die Restlaufzeit ab August 2013	1,4751%

3. Anteilige Tarifrefinanzierung

Zu Artikel 5a Nummer 3, Nummer 6, Nummer 7 und Artikel 5b Nummer 1, Nummer 3

Beabsichtigte Neuregelung

Die für das Jahr 2013 vereinbarten Tarifsteigerungen sollen bei den Landesbasisfallwerten und den Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erhöhend berücksichtigt werden. Dazu ist eine hälftige Finanzierung der oberhalb des Veränderungswerts 2013 liegenden maßgeblichen durchschnittlichen Tarifsteigerungen vorgesehen.

Stellungnahme

Der Tarifrate kommt als einzige basiswirksame Finanzhilfe für 2013 eine besondere Bedeutung zu und ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Lasten der Tarifsteigerungen werden gemildert.

Durch den Rückgriff auf die schon in den Jahren 2009 und 2012 angewandten Regelungen bleiben die strukturellen Personalkostensteigerungen grundsätzlich unberücksichtigt. Mehr als 25 % der Personalkostensteigerungen werden dadurch nicht refinanziert. Die Problematik der Unterfinanzierung wird mit der anteiligen Tariflohnrefinanzierung insofern nicht umfassend gelöst. Ein vollständiger Ausgleich für tarifbedingte Personalkostensteigerungen wäre daher sachgerecht.

Die DKG begrüßt, dass die vorgesehene anteilige Tarifrefinanzierung auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (als Kompensation für den Wegfall der TVöD-Berichtigungsrate) sowie für die besonderen Einrichtungen gilt. Allerdings ist aufgrund des hohen Personalkostenanteils der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eine nur anteilige Tariflohnrefinanzierung auch hier nicht ausreichend.

Die vorgesehene Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts 2013 ist für die Krankenhäuser problematisch, die bereits auf Grundlage des bisher geltenden Landesbasisfallwerts 2013 ihre Budgetvereinbarung abgeschlossen haben. In der technischen Umsetzung wäre daher eine Zuschlagslösung mit Basiswirksamkeit im Folgejahr aufgrund des geringeren administrativen Aufwands vorzuziehen.

4. Orientierungswert

Zu Artikel 5a Nummer 5 – (§ 9 Abs. 1 KHEntgG)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 9 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG wird die Regelung des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5a KHEntgG für die Jahre 2014 und 2015 geändert. Wenn der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Grundlohnrate) übersteigt, wird für die Vereinbarung des Veränderungswertes ein Verhandlungskorridor bis zur vollständigen Höhe des Orientierungswertes gewährt.

Stellungnahme

Die Regelung stellt zwar eine Verbesserung gegenüber der geltenden Gesetzeslage dar, indem die nicht sachlich begründbare Beschränkung des Verhandlungskorridors auf ein Drittel der Differenz zwischen Orientierungswert und Grundlohnrate aufgehoben wird, eine Überschreitung der Grundlohnrate kann aber weiterhin nur unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen erfolgen. Die DKG hält diese Verhandlungslösung mit den zu erbringenden Nachweispflichten für die Überschreitung der Veränderungsrate für nicht sachgerecht. Die „Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung“ ist als Verhandlungsgegenstand nicht operationalisierbar und somit weder quantifizierbar noch justiziabel. Die Personal- und Sachkostensteigerungen sind als Verhandlungsgegenstand systemlogisch bei den Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte platziert. Der Veränderungswert stellt für die Fortschreibung der Landesbasisfallwerte eine Obergrenze dar, die nur dann erreicht werden kann, wenn durch die in die Verhandlungen eingebrachten und begründeten voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen die gegenzurechnenden Absenkungstatbestände in der Höhe des Veränderungswertes überschritten werden. Es ist somit nicht nachvollziehbar, dass der gleiche Tatbestand auf Bundesebene als Nachweis erbracht werden muss, damit der Veränderungswert die volle Höhe des Orientierungswertes erreicht.

Darüber hinaus belässt die Formulierung im Gesetz, dass „bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen“ sind, einen erheblichen Interpretationsspielraum und birgt deshalb ein hohes Konfliktpotential für die Verhandlungen. Wie aus der Begründung zum Änderungsantrag zum Psych-Entgeltgesetz zu entnehmen ist, denkt der Gesetzgeber an eine im Voraus gewährte Tariflohnrefinanzierung, die in den retrospektiv ermittelten Orientierungswert einfließt und über den Veränderungswert nicht doppelt finanziert werden soll. Obwohl dies in seiner Logik zunächst als schlüssig erscheint, kann dies nicht als sinnvoll betrachtet werden, da mit der zugestandenen Tariflohnrefinanzierung nachwirkend eine bestehende Finanzierungslücke dauerhaft geschlossen werden soll und dies dagegen spricht, dass die Mittel über eine Absenkung des nachfolgenden Orientierungswerts de facto wieder aus dem Vergütungsvolumen herausgenommen werden.

Nicht nachvollziehbar ist die zeitliche Beschränkung der Erweiterung des Verhandlungskorridors bis zur Höhe des vollen Orientierungswertes auf die Jahre 2014 und 2015. Die Ausgestaltung des Veränderungswertes als Obergrenze ist unabhängig von einer zukünftigen grundlegenden Strukturreform der Krankenhausfinanzierung zu sehen. Eine volle Berücksichtigung der unabweisbaren Kostensteigerungen ist grundsätzlich unabdingbar.

Die DKG sieht es zudem für erforderlich an, dass wegen der retrospektiven Ermittlungsweise des Orientierungswertes zu erwartende außergewöhnliche Kostensteigerungen durch Ergebnisse von Tarifverhandlungen über den Orientierungswert als Obergrenze hinaus berücksichtigt werden können. Damit würden negative Auswirkungen aufgrund der unterschiedlichen Periodenbezüge von dem retrospektiv ermittelten Orientierungswert und prospektiven Verhandlungen der Landesbasisfallwerte vermieden. Die über den Orientierungswert hinaus in der Obergrenze berücksichtigten Anteile könnten beim nachfolgenden Orientierungswert mindernd berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5a KHEntgG wäre wie folgt zu fassen:

„bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Abs. 6 Satz 5 oder 6 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 4, wobei bereits im Vorgriff auf absehbare Kostensteigerungen im Veränderungswert des laufenden Jahres über den Orientierungswert hinaus gewährte Finanzierungsanteile anzurechnen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 entspricht der Orientierungswert dem Veränderungswert, wobei er bei bereits absehbaren darüber hinausgehenden Kostensteigerungen überschritten werden kann.“

<u>1. Hilfsweise Lösung</u>

Sollte der Gesetzgeber daran festhalten wollen, dass im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG der Orientierungswert die nicht zu überschreitende Obergrenze darstellt, ist hilfsweise klarzustellen, dass der Orientierungswert als Veränderungswert gilt.

<u>2. Hilfsweise Lösung</u>

Wenn der Gesetzgeber auf einer Verhandlungslösung mit dem Orientierungswert als Obergrenze bestehen will, sollten hilfsweise die gesetzlichen Vorgaben für die Verhandlungen im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG so formuliert werden, dass zumindest der Orientierungswert den Ausgangspunkt der Verhandlungen darstellt und nur begründete Nachweise von bereits anderweitig finanzierten Kostensteigerungen zu seiner Unterschreitung führen kann. Dabei soll analog zur Regelung im BPflV-Bereich die um mindestens ein Drittel ihrer Differenz zum Orientierungswert erhöhte Veränderungsrate nicht unterschritten werden. Die Formulierung in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5a KHEntgG sollte dann folgendermaßen lauten:

„bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Abs. 6 Satz 5 oder 6 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 4, wobei im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 der Orientierungswert die Ausgangslage der Verhandlung ist und nur bei nachweislich bereits anderweitig finanzierten Kostensteigerungen angepasst werden kann, höchstens jedoch bis zur Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, …“.

In jedem Fall ist der neue Satz 3 in § 9 Abs. 1 KHEntgG mit der zeitlichen Beschränkung der Ausdehnung des Verhandlungskorridors auf die Jahre 2014 und 2015 ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 5a Nummer 6c – (§ 10 Abs. 6 Satz 5 KHEntgG)

Beabsichtigte Neuregelung

In dem Falle, dass der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V unterschreitet, entspricht jetzt die Veränderungsrate dem Veränderungswert.

Stellungnahme

Diese Neuregelung wird von der DKG begrüßt.

Zu Artikel 5a Nummer 3 – (§ 6 Abs. 3 KHEntgG)

Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Regelung sieht vor, dass für besondere Einrichtungen die Grundlohnrate durch den Veränderungswert als Obergrenze für den Anstieg der Erlössumme abgelöst wird.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt, dass der Kostenorientierungswert nun auch für die besonderen Einrichtungen gelten soll.

Zu Artikel 5b Nummer 2 – (§ 9 Abs. 1 BPflV)

Beabsichtigte Neuregelung

Analog zur Regelung im KHEntgG soll auch für die der BPflV unterliegenden Einrichtungen im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG der Verhandlungskorridor beim Veränderungswert bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes ausgedehnt werden; mindestens ist dabei die Veränderungsrate um 40 % der Differenz zum Orientierungswert zu erhöhen.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die Erweiterung des Verhandlungskorridors auf den vollen Orientierungswert und verweist ansonsten auf ihre Ausführungen zu Artikel 3a Nummer 5.

5. Krankenhausrechnungsprüfung

Zu Artikel 5c Nummer 3 – (§ 17c Absatz 2 KHG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuformulierung des § 17c Abs. 2 KHG wird die bisher dort geregelte Stichprobenprüfung durch die Verpflichtung ersetzt, dass der GKV-SV und die DKG eine Regelung zur näheren Ausgestaltung des MDK-Prüfverfahrens treffen sollen. Beispielhaft aufgezählt wird dabei der Inhalt, den diese Regelung insbesondere aufweisen soll: der Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, der Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, die Prüfungsdauer, der Prüfungsort und die Abwicklung von Rückforderungen, also die in der Praxis kontrovers diskutierte Frage der Zulässigkeit und Ausgestaltung einer möglichen Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen mit Forderungen der Krankenhäuser. Frist für den Abschluss dieser Vereinbarung ist der 31.12.2013, ansonsten entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG. Regionalen Besonderheiten kann durch abweichende Vereinbarungen in Verträgen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V Rechnung getragen werden.

Stellungnahme

Der ersatzlose Entfall der bisherigen Stichprobenprüfung ist zu begrüßen. Eine Aufrechterhaltung dieses Prüfmechanismus ist unnötig, da diese Art der Prüfung in der Praxis bisher keine Rolle gespielt hat.

Die Verpflichtung von GKV-SV und DKG, eine Regelung wesentlicher Inhalte des Prüfverfahrens auf Bundesebene vorzunehmen, verbunden mit einer regionalen Öffnungsmöglichkeit, ist positiv zu bewerten. Zielführend ist, dass das Verhandlungsmandat der Bundesebene erteilt wurde, denn dies bietet Gewähr für eine einheitliche Rechtsanwendung in Deutschland. Dass eine bundeseinheitliche Regelung erforderlich ist, zeigt sich daran, dass in Deutschland keine flächendeckenden landesvertraglichen Regelungen zum Prüfverfahren existieren.

Aus zweierlei Gründen erfreulich ist die in § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG vorgenommene Aufzählung derjenigen Punkte, die den wesentlichen Inhalt der abzuschließenden Vereinbarung darstellen sollen. Zum einen handelt es sich hierbei nicht um eine abschließende Aufzählung, dadurch besteht die Möglichkeit, in der Vereinbarung auch weitergehende Regelungen zu treffen. Zum anderen stellen die in dem Änderungsantrag formulierten Inhalte diejenigen Punkte dar, die aus Sicht der DKG besonders

regelungsbedürftig sind, neben der Frage der Vorlagepflicht von Unterlagen sind dies insbesondere die Fragen der Dauer des Verfahrens und der Aufrechnung streitiger Rechnungskürzungen mit weiteren Forderungen des Krankenhauses durch die Krankenkassen. Insbesondere letztere Frage ist häufig Gegenstand von Streitigkeiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, weil die Aufrechnung durch die Krankenkassen bei Krankenhäusern in der Regel zu nicht unerheblichen Liquiditätsproblemen führt. Durch eine entsprechende Regelung kann das diesbezüglich unbestreitbar vorhandene Konfliktpotential aus der Welt geschafft werden.

Dennoch gibt es zu dem Änderungsvorschlag auch einige Kritikpunkte. So wird nicht klar, warum § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG von Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V spricht. Ermächtigungsgrundlage für die Durchführung einer MDK-Prüfung ist § 275 Abs. 1 SGB V. Richtig ist, dass sich die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V nur auf Prüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bezieht. Sollte es Intention des Gesetzgebers gewesen sein – was sich aus der Begründung des Änderungsantrages jedoch nicht ableiten lässt – den Auftrag zum Abschluss einer Regelung für das MDK-Prüfverfahren für Prüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu beschränken, wäre es besser, direkt auf die Regelung des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu verweisen.

Aus praktischen Gründen kritisch gesehen werden kann die Frist des § 17c Abs. 2 Satz 3 SGB V, wonach die Vertragsparteien die Vereinbarung bis zum 31.12.2013 abzuschließen haben. Erkennbar ist, dass der Gesetzgeber einen möglichst zeitnahen Abschluss der Vereinbarung anstrebt. Auch wenn die DKG den zeitnahen Abschluss einer solchen Vereinbarung unterstützt und entsprechende Verhandlungen zielführend und mit Nachdruck führen wird, erscheint der für einen Abschluss zur Verfügung stehende Zeitrahmen von voraussichtlich einem halben Jahr ab Inkrafttreten des Gesetzes doch sehr ambitioniert zu sein, um die umfangreichen Fragen und Probleme auf dem Gebiet der MDK-Prüfung zu diskutieren und die diesbezüglich bestehenden widerstreitenden Interessen in einen Ausgleich zu bringen. Darüber hinaus sieht der Änderungsantrag in seinen folgenden Regelungen vor, dass bis zu diesem Datum zusätzlich zwischen GKV-SV und DKG Vereinbarungen über die Errichtung eines Schlichtungsausschusses sowie über das Verfahren zur modellhaften Erprobung von Auffälligkeitsprüfungen abgeschlossen werden. Auch in diesen Verhandlungen treffen eine Vielzahl widerstreitender Interessen aufeinander, die in einen angemessenen Ausgleich zu bringen sind. Vor diesem Hintergrund erscheint das vorgesehene Zeitfenster recht knapp bemessen zu sein.

Ergänzungsbedarf besteht hinsichtlich der Regelung des § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG, wonach die Vereinbarung oder deren Festsetzung durch die Schiedsstelle lediglich für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sein soll, nicht jedoch für den MDK. Zwar ist es richtig, dass die Vereinbarung zwischen dem GKV-SV und der DKG geschlossen wird, der MDK also nicht formeller Partner der Vereinbarung wird. Daher könnte argumentiert werden, dass der MDK

wegen seiner fehlenden Beteiligung am Abschluss der Vereinbarung auf deren Inhalte keinen Einfluss nehmen konnte und man ihn daher nicht zur Einhaltung der Vereinbarung verpflichten könne. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Begründung des Änderungsantrages davon ausgeht, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes an den Verhandlungen beteiligt wird. Somit fließen die Sichtweise und Bedürfnisse des Medizinischen Dienstes in die Beratungen ein und können im Vertragsinhalt berücksichtigt werden. Daher erscheint es geboten, auch den MDK, der im Prüfverfahren eine nicht unerhebliche Rolle spielt, als durch die Vereinbarung verpflichtet anzusehen. Mit einer solchen Regelung könnte auch die divergierende Rechtsprechung des BSG überwunden werden. Mit Urteil vom 16.05.2012 (Az.: B 3 KR 14/11 R) hat der 3. Senat entschieden, dass das Fehlverhalten des MDK den Krankenkassen zuzurechnen ist. Die diesbezüglich entgegenstehende Auffassung des BSG – manifestiert an der Aussage, der MDK müsse sich nicht an landesrechtlichen Regelungen hinsichtlich des Prüfverfahrens festhalten lassen, da dieser am Abschluss entsprechender Landesverträge nicht beteiligt sei – werde ausdrücklich aufgegeben. Der 1. Senat des BSG hat mit Urteil vom 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 24/11 R) jedoch entschieden, dass eine Zurechnung ausschließlich hinsichtlich der Prüfanzeige nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V in Betracht komme. Die aufgrund dieser unterschiedlichen Rechtsprechung entstehende Unsicherheit könnte durch eine entsprechende Regelung in § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG überwunden werden. Eine vergleichbare Regelung findet sich in § 17c Abs. 3 Satz 4 KHG in Form des Änderungsantrages, wonach das Ergebnis eines Schlichtungsausschusses auch für den MDK verbindlich ist, obwohl dieser ebenfalls keine Vertreter in den Schlichtungsausschuss entsendet und auch nicht an der Bildung des Schlichtungsausschusses beteiligt ist. Aus Gründen der einheitlichen Rechtsordnung sollte daher auch in § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG der MDK als verpflichtete Partei genannt werden.

Nicht zielführend ist aus Sicht der DKG der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass die Inhalte der Vereinbarung unter Berücksichtigung der Rechtsprechung festgelegt werden sollen. Selbstverständlich können GKV-SV und DKG nur eine Vereinbarung treffen, die auf dem Boden der geltenden Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland steht. Ist jedoch die Rechtsprechung des BSG zu den wesentlichen Inhalten der abzuschließenden Vereinbarung ausnahmslos zu berücksichtigen, wird diese von Beginn an in ihrer Bedeutung für die Krankenhäuser entwertet. Zahlreiche Entscheidungen gerade des BSG – deren Kompatibilität zur geltenden Gesetzeslage durchaus kritisch gesehen werden kann – sind zum Nachteil der Krankenhäuser ergangen, daher erfordert eine faire Ausgestaltung des MDK-Prüfverfahrens geradezu eine Korrektur dieser Rechtsprechung. Exemplarisch ist diesbezüglich auf die Entscheidungen des BSG vom 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 24/11 R sowie B 1 KR 27/11 R) hinzuweisen. Darin hat das BSG entschieden, dass in Landesverträgen nach § 112 SGB V keine Regelungen getroffen werden können, die geeignet sind, das Prüf- und Beanstandungsrecht der Krankenkassen einzuschränken. Davon umfasst werden insbesondere Vereinbarungen zur Regelung der Dauer der Durchführung eines Prüf-

verfahrens. Jede Beschränkung des Prüf- und Beanstandungsrechts der Krankenkassen führe zu einer Beeinträchtigung des unter allen Umständen zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 Abs. 1 SGB V. Sollen nun der GKV-SV und die DKG in einer Vereinbarung wesentliche Elemente des Prüfverfahrens – insbesondere dessen Dauer – regeln, besteht die begründete Gefahr, dass eine solche Vereinbarung auf Grund der bisherigen Rechtsprechung wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip als unzulässig bewertet wird. Eine Vereinbarung, die lediglich die Ergebnisse der existierenden Rechtsprechung wiederholt, ist somit überflüssig und läuft ins Leere. Daher müssen die Vertragspartner auf Bundesebene die Möglichkeit haben, Verfahrensfragen im Zusammenhang mit MDK-Prüfungen auch losgelöst von Feststellungen der Rechtsprechung regeln und auch Restriktionen vereinbaren zu dürfen. Eine Beauftragung der Selbstverwaltungspartner zum Abschluss einer solchen Vereinbarung macht nur dann Sinn, wenn ihnen auch die Kompetenz zukommt, Verfahrensfragen verbindlich klären zu können. Selbstverständlich haben die Vertragspartner dabei bereits existierende gesetzliche Vorgaben der §§ 275 ff. SGB V – wie beispielsweise die nicht dispositive 6-Wochen-Frist zur Prüfungseinleitung nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V – zu beachten. Allerdings muss deutlich werden, dass die Regelungskompetenz der Vertragspartner nicht unreflektiert von der Rechtsprechung des BSG limitiert werden darf. Anderenfalls käme dann insbesondere dem vom BSG in den oben bezeichneten Urteilen als tragendes Begründungselement angeführten Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V ein alle denkbaren Verfahrensregelungen limitierender Charakter zu, der letzten Endes den Abschluss einer Vereinbarung zur Regelung des Prüfverfahrens sinnlos machen würde. Daher sollte in der Gesetzesbegründung auf die Berücksichtigung der Rechtsprechung verzichtet und stattdessen explizit darauf hingewiesen werden, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Kompetenz haben, die ihnen zur Regelung übertragenen Aufgaben auch materiell auszufüllen, dabei zwar eindeutige gesetzliche Vorgaben berücksichtigen müssen, inhaltlich jedoch durchaus von bisher ergangenen Entscheidungen der Sozialgerichtsbarkeit abweichen zu können, wenn dies einer sinnvollen und fairen Verfahrensgestaltung dient.

Änderungsvorschlag

In § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG wird der Verweis „§ 275 Abs. 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch den Verweis „§ 275 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt. In § 17c Abs. 2 Satz 3 KHG wird das Datum „31.12.2013“ durch das Datum „30.06.2014“ ersetzt. § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG wird dahingehend ergänzt, dass die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle auch für den MDK unmittelbar verbindlich ist. In der Gesetzesbegründung wird zum einen im Satz „In diesem Sinne sind unter Berücksichtigung der Rechtsprechung Vereinbarungen insbesondere zu den folgenden Sachverhalten zu treffen:“ der Passus „unter Berücksichtigung der Rechtsprechung“ durch den Passus „auf Grund der den Vertragspartnern zukommenden inhaltlichen Regelungskompetenzen“ ersetzt. Zum an-

deren wird die Gesetzesbegründung nach der spiegelstrichartigen Aufzählung der zu regelnden Sachverhalte um folgende Sätze ergänzt: „Die Vertragsparteien haben dabei die für das Prüfverfahren geltenden gesetzlichen Regelungen der §§ 275 ff. SGB V zu berücksichtigen. Entgegen der Rechtsprechung des BSG, verdeutlicht in den Urteilen B 1 KR 24/11 R sowie B 1 KR 27/11 R vom 13.11.2012, in denen der Selbstverwaltung die Kompetenz zur Regelung von Verfahrensfragen mit der Begründung abgesprochen wird, dadurch werde gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V verstoßen, wird den Vertragsparteien ausdrücklich die Kompetenz zugesprochen, Fragen des MDK-Prüfverfahrens verbindlich für die Vertragsparteien sowie für den MDK zu regeln."

Zu Artikel 5c Nummer 3 – (§ 17c Absatz 3 KHG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuformulierung des § 17c Abs. 3 KHG soll ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen eingerichtet werden. Dessen Errichtung hat bis zum 31.12.2013 durch den GKV-SV und die DKG zu erfolgen.

Stellungnahme

Der Gesetzgeber verfolgt mit der Regelung des § 17c Abs. 3 KHG in Sachen Schlichtungsausschuss im Vergleich zu seinen bisherigen diesbezüglichen Überlegungen einen neuen Ansatz. Nunmehr sollen der GKV-SV und die DKG einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene bilden und die entsprechenden Verfahrensregelungen treffen. Weiterhin ist gesetzlich vorgesehen, dass die Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses auf die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung begrenzt ist. Dadurch wird nicht nur der Zugang zum Schlichtungsausschuss effektiv reguliert und dessen Überlastung wirksam entgegengesteuert, im Ergebnis wird auch dessen Effektivität erhöht, da lediglich die elementaren Kodier- und Abrechnungsfragen, für die eine fachlich-inhaltliche Diskussion vor dem mit sachverständigem Personal besetzten Schlichtungsausschuss sinnvoll erscheint, dort diskutiert und entschieden werden. Somit dürften auch die erforderlichen Kosten für die personelle und sachliche Ausstattung in vertretbarem Umfang bleiben.

Positiv zu bewerten ist zudem, dass § 17c Abs. 3 Satz 4 KHG explizit die Verbindlichkeit der Entscheidung des Schlichtungsausschusses auch für den MDK vorsieht.

Kritisch anzumerken wäre allein die in § 17c Abs. 3 Satz 6 KHG gesetzte Frist, dass bis zum 31.12.2013 die entsprechenden Regelungen vom GKV-SV und der DKG ge-

troffen werden müssen. Diesbezüglich ist auf die entsprechenden Bedenken unter Punkt I. 1. a) hinzuweisen.

Änderungsvorschlag

In § 17c Abs. 3 Satz 6 KHG wird das Datum „31.12.2013“ durch das Datum „30.06.2014“ ersetzt.

Zu Artikel 5c Nummer 4 a) – (§ 17c Absatz 4 KHG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 17c Abs. 4 Satz 1 KHG soll um die Bestimmung ergänzt werden, dass die Ergebnisse von Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden können.

Stellungnahme

Gegenüber dieser Funktion des Schlichtungsausschusses sind in der Vergangenheit Bedenken geäußert worden. Wird der Schlichtungsausschuss auch als Möglichkeit genutzt, normale MDK-Prüfergebnisse überprüfen zu lassen, führt dies zu einer Verlängerung der Verfahrensdauer und letztlich nicht zu einer Abnahme von Streitverfahren vor den Sozialgerichten. Die Masse der zu erwartenden Verfahren erfordert zudem große Anforderungen an die personelle und sachliche Ausstattung des Schlichtungsausschusses, was sich letztlich in einem erforderlichen Aufwand in nicht unbeträchtlicher Höhe für die Aufrechterhaltung der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses widerspiegeln und dessen Effektivität verschlechtern würde, da die Kapazität des Schlichtungsausschusses für dessen sinnvolle Tätigkeit der verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung blockiert wäre. Erforderlich wäre es daher, zusätzlich ein Korrektiv aufzunehmen, das verhindert, dass der Schlichtungsausschuss einer Vielzahl von Verfahren ausgesetzt wird. Denkbar wäre die Festlegung einer Art Mindestreitwert als Zugangsvoraussetzung zum Schlichtungsausschuss. Die Summe, über die Krankenhaus und Krankenkasse auf Grund eines MDK-Gutachten diskutieren, muss mindestens diesem Streitwert entsprechen, um die Streitfrage vom Schlichtungsausschuss entscheiden lassen zu können. Als Streitwert kommt ein Betrag von mindestens 2.000 € in Frage.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsvorschlag Nr. 4 a) wird wie folgt gefasst:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden, sofern das Ergebnis der Prüfung zu einer Abweichung von mindestens 2.000 € vom ursprünglichen Rechnungsbetrag führt."

Zu Artikel 5c Nummer 5 (§17c Absatz 4a KHG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV und die DKG sollen bis zum 31.12.2013 die näheren Einzelheiten für die Entwicklung, Durchführung und Auswertung modellhafter Erprobungen von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage von Daten nach § 21 KHEntgG vereinbaren und dabei insbesondere die Kriterien für die Überprüfung auf Auffälligkeiten und Auswahl einer hinreichenden Anzahl teilnehmender Krankenhäuser festlegen. Die Erprobung soll bis zum 31.12.2014 durchgeführt und die Ergebnisse bis zum 31.03.2015 veröffentlicht werden.

Stellungnahme

Bereits in der Vergangenheit wurde der Vorschlag unterbreitet, eine kriterienbasierte Auffälligkeitsprüfung einzuführen. Eine Ergänzung des bestehenden Katalogs von Prüfmöglichkeiten durch den MDK hat die DKG abgelehnt. Zum einen bestehe kein erkennbarer Grund, eine neue Form der Prüfung zusätzlich zu etablieren, zum anderen bestand keine Regelung, durch wen und in welchem Verfahren die Auffälligkeitskriterien festgelegt werden.

Der nunmehr vorliegende Änderungsvorschlag lässt diese generelle Kritik nicht mehr zu. Hier erhalten die Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Krankenhäuser auf Bundesebene das Mandat, Voraussetzung, Umfang und Inhalt einer Auffälligkeitsprüfung zu entwickeln und insbesondere die Kriterien für die Auffälligkeiten, die zu einer Prüfung führen können, festzulegen. Dies ist ein entscheidender Fortschritt gegenüber den bisherigen, in diese Richtung gehenden Vorschlägen. Sehr erfreulich ist, dass eine kriterienbasierte Auffälligkeitsprüfung nicht kumulativ zu den bisherigen Prüfbefugnissen hinzutritt, sondern zunächst im Rahmen eines Modellversuches geklärt werden soll, ob eine solche Prüfung Sinn macht, es durch sie also tatsächlich zu einer Verringerung des Prüfaufkommens, einer Steigerung der Kodierqualität und einer Abnahme der sekundären Fehlbelegung kommt, die Auffälligkeitsprüfung somit zunächst einmal nachzuweisen hat, dass sie eine sinnvolle Ergänzung bzw. teilweise Ersetzung der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V unter Praxisbedingungen sein kann.

Kritisch anzumerken ist auch der vorgesehene Zeitrahmen, wonach bis zum 31.12.2013 die näheren Einzelheiten zwischen GKV-SV und DKG zu vereinbaren sind, vgl. Darstellung unter Punkt I. 1. a).

Änderungsvorschlag

In § 17c Abs. 4a Satz 3 KHG wird das Datum „31.12.2013“ durch das Datum „30.06.2014“ ersetzt.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(17)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.13_Beitragsschulden
08.05.2013

Verband der Privaten Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
Drucksache 17/13079

sowie zum

Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 13. Mai 2013 in Berlin

8. Mai 2013

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) begrüßt die Absicht, die Problematik der Nichtzahlung von Beiträgen zur Privaten Krankenversicherung im Interesse der Betroffenen und im Interesse der Versichertengemeinschaft insgesamt anzugehen. Die vorgeschlagene Einführung des Notlagentarifs ist sach- und interessengerecht.

Die Neuregelung zu den GKV-Wahltarifen ist nicht ausreichend. Die Konkretisierung des Quersubventionierungsverbots ändert nichts daran, dass das Angebot der GKV-Wahltarife europarechtlich unzulässig und ordnungspolitisch problematisch ist.

I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
   a. Einführung eines Notlagentarifs
   b. Änderung des § 53 Abs. 9 SGB V – Ausschluss der Berücksichtigung von „Halteeffekten“

II. Stellungnahme zum Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410

Postfach 511040 50946 Köln | Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln | Telefon (0221) 99 87 – 0 | Telefax (0221) 99 87 – 39 50 | E-Mail info@pkv.de | Internet www.pkv.de

I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

a. Einführung eines Notlagentarifs

Aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 wurde für die Private Krankenversicherung (PKV) eine Sonderregelung für den Fall des Zahlungsverzugs in § 193 Abs. 6 VVG eingeführt. Bei Zahlungsverzug kann danach der Versicherungsvertrag nicht mehr gekündigt werden. Das Versicherungsverhältnis wird im Basistarif fortgesetzt. Das Leistungsniveau wird auf die Aufwendungen beschränkt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Die bestehende Regelung hat sich als nicht sachgerecht erwiesen. Sie bietet kein geeignetes Instrumentarium, um säumige Beitragszahler zur Zahlung anzuhalten. Hieraus entstehen erhebliche Beitragsverluste. Diese belaufen sich in der Privaten Krankenversicherung zum 31.12.2012 auf über 745 Mio. Euro. Diese Beitragsverluste sind von den übrigen, vertragstreuen Versicherten wirtschaftlich mitzutragen. Denn der Beitragsausfall geht zu Lasten der Mittel, die zur Senkung und Stabilisierung der Beiträge im Alter zusätzlich zu den Alterungsrückstellungen zur Verfügung stehen. Das Nichtzahlerproblem ist damit eine Ursache für Beitragssteigerungen.

Die bestehende gesetzliche Regelung ist auch für die Betroffenen nicht sachgerecht. Insbesondere die vorgesehene Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basistarif führt aufgrund des hohen Beitragsniveaus im Basistarif häufig zu einer Verschlechterung für die Betroffenen. Die Beitragslast steigt zusätzlich. Eine Rückkehr aus dem Basistarif ist für die Betroffenen in den meisten Fällen faktisch ausgeschlossen.

Die vorgeschlagene Regelung zur Einführung eines Notlagentarifs führt zu einem sachgerechten Interessenausgleich. Für die Betroffenen ändert sich der Umfang des Versicherungsschutzes im Vergleich zur bestehenden Rechtslage bei Versicherungsverhältnissen, die wegen Beitragsverzugs ruhen, nicht. Geleistet werden die Aufwendungen für die Behandlung akuter Erkrankungen und bei Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Notversorgung sowie eine unbeschränkte Versorgung bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind daher gewährleistet.

Aufgrund der vorgesehenen Rahmenbedingungen des Notlagentarifs kommt es für die Betroffenen zudem zu einer deutlichen Beitragserleichterung. Dies gilt insbesondere im Vergleich zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basistarif. Die betroffenen Versicherten erhalten eine echte Perspektive, nach Ausgleich sämtlicher Forderungen und Bezahlung der Prämien im Notlagentarif das ursprüngliche Versicherungsverhältnis fortzuführen.

Darüber hinaus ist keine Alterungsrückstellung zu bilden. Auch dies ist sach- und interessengerecht. Nach den derzeitigen Erkenntnissen wird die Versicherung im Notlagentarif in aller Regel nur vorübergehend sein. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der

Gesetzentwurf einen einfachen Weg zur Rückkehr in den Normaltarif eröffnet: Wenn alle Beitragsschulden, Säumniszuschläge und Mahngebühren zurückgezahlt wurden, wird der Vertrag ab dem übernächsten Monat automatisch im alten Tarif fortgesetzt. Im Gegensatz zur geltenden Rechtslage erhalten die Betroffenen daher eine „zweite Chance". Nach dem geltenden Recht ist eine Rückkehr aus dem Basistarif wirtschaftlich und rechtlich erheblich erschwert.

Der Gesetzentwurf sieht weiter vor, dass auf die zu zahlende Prämie die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen ist, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden. Die Formulierung „Entnahme aus der Alterungsrückstellung" passt indes nicht zur Systematik und Kalkulation in der PKV mit Alterungsrückstellungen und könnte dahingehend missverstanden werden, dass während der Zeit im Notlagentarif ein Teil der Alterungsrückstellung verbraucht wird, um den Notlagentarif zu subventionieren. Dies wäre der Prämienkalkulation in der PKV völlig fremd.

Der PKV-Verband plädiert daher dafür, bei der Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung im Notlagentarif an die Regelungstechnik bei einem regulären Tarifwechsel anzuknüpfen. Dies würde klarstellen, dass die von den säumigen Beitragszahlern bereits aufgebaute Alterungsrückstellung und die daraus resultierenden Rechte im Notlagentarif nicht verloren gehen, sondern wie bei jedem anderen Tarifwechsel bei der Festsetzung der Prämie beitragsermäßigend berücksichtigt werden und mit Blick auf einen späteren Wechsel zurück in den Normaltarif erhalten bleiben.

Für die übrigen Versicherten bedeutet der Wegfall des Aufwands, auch bei fehlender Beitragszahlung eine Alterungsrückstellung zu stellen, eine erhebliche Entlastungswirkung. Die Einführung des Notlagentarifs ist daher auch im Interesse der vertragstreuen Beitragszahler gerechtfertigt. Der Gesamtbeitragsausfall sinkt.

Insgesamt begrüßt der Verband der Privaten Krankenversicherung die vorgeschlagene Regelung ausdrücklich. Die Einführung des Notlagentarifs bedeutet für die betroffenen Versicherten und die Versichertengemeinschaft insgesamt eine „Win-Win-Situation".

b. Änderung des § 53 Abs. 9 SGB V – Ausschluss der Berücksichtigung von „Halteeffekten"

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz haben die gesetzlichen Krankenkassen die Befugnis erhalten, aufgrund von § 53 SGB V sog. Wahltarife anzubieten. Die sogenannten Wahltarife sind im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Fremdkörper. Die aus dem Wortschatz der privaten Versicherungswirtschaft entlehnte Bezeichnung zeigt dies an. Ihr Grundprinzip besteht darin, dass Zusatzleistungen zur Pflichtversicherung gegen eine besondere Prämie angeboten werden. Sie widersprechen dem Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Insbesondere die Befugnis zum Angebot von Wahltarifen als sog. Kostenerstattungstarife gemäß § 53 Abs. 4 SGB V wird genutzt, faktisch Zusatzversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten, die der Privaten Krankenversicherung vorbehalten sind. Die gesetzlichen Krankenkassen unterliegen dabei freilich nicht den strengen verbraucherschutzrechtlichen, versicherungsvertragsrechtlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen, die für die private Versicherung gelten. Die Befugnis zum Angebot dieser Wahltarife führt daher zu massiven Wettbewerbsverzerrungen im Verhältnis zur Privaten Krankenversicherung und zu einer Verschlechterung der Verbraucherschutzrechte.

§ 53 Abs. 9 SGB V sieht zwar ein Verbot der Quersubventionierung vor. Wahltarife müssen sich danach selbst aus Einsparungen und Einnahmen tragen. Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich dürfen nicht in der Kalkulation berücksichtigt werden. Dieses Quersubventionierungsverbot hindert allerdings die gesetzlichen Krankenkassen beim Angebot der Wahltarife nicht daran, auf die Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich zuzugreifen. Dies gilt sowohl für die Finanzmittel, als auch für die Inanspruchnahme von Infrastruktur sowie für die Inanspruchnahme der Datenbestände, die die gesetzlichen Krankenkassen als Träger der Pflichtsozialversicherung erhalten haben.

Soweit der Gesetzentwurf nunmehr eine Verschärfung des Quersubventionierungsverbots in § 53 Abs. 9 SGB V dadurch vorsieht, dass sog. Halteeffekte, d.h. Einsparungen im Pflichtversicherungsbereich, bei der Kalkulation der Wahltarife unberücksichtigt bleiben müssen, unterbindet der Gesetzgeber einen besonders drastischen Fall, wie das Quersubventionierungsverbot in der Praxis unterlaufen wurde, um wirtschaftliche und sachliche Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich zum Betrieb der Wahltarife zu nutzen. Die vorgeschlagene Regelung ist dabei – wie die abweichende Praxis verschiedener Landesaufsichten zeigt – nicht nur klarstellend. Im Übrigen hätte es auch keiner Übergangsvorschrift bedurft. Die Regelung ist schon daher ungeeignet, die in der Begründung angeführten europarechtlichen Vorgaben für die Vergangenheit einzuhalten. Sie beseitigt bereits eingetretene Verstöße gegen das Gemeinschaftsrecht nicht.

Unabhängig davon ist die Regelung nicht ausreichend, um die weitere Nutzung der Vorteile aus dem Pflichtversicherungsbereich beim Angebot der Wahltarife durch die gesetzlichen Krankenkassen wirksam zu unterbinden. Nach wie vor bleiben den gesetzlichen Krankenkassen beim Angebot der Wahltarife Steuervorteile aus dem Pflichtversicherungsbereich, sowie die Möglichkeit, auf die sachlichen und personellen Mittel aus dem Angebot der Pflichtversicherung zurückzugreifen. Eine transparente und nachvollziehbare Kostentrennung fehlt und wird durch die Neuregelung nicht herbeigeführt. Die Regelung ist daher nicht geeignet, die europarechtlich bestehenden Bedenken auszuräumen.

Es bleiben nach wie vor erhebliche Möglichkeiten, das Quersubventionierungsverbot zu unterlaufen und Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich in den Wahltarif umzuleiten. Die Praxis belegt dies, etwa indem die Prämie für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a

SGB V zur Prämie für den Wahltarif umfunktioniert wird, um einen „beitragsfreien“ Wahltarif anzubieten.

Nach Auffassung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung ist die vorgeschlagene Verschärfung des Quersubventionierungsverbotes schon daher nicht ausreichend. Ohnehin ist sie nicht geeignet, um die grundsätzlichen ordnungspolitischen und sozialpolitischen Bedenken gegen das Angebot der GKV-Wahltarife auszuräumen:

- Die Wahltarife sind in der umlagefinanzierten GKV ein Fremdkörper. Sie unterlaufen das Solidarprinzip, indem sie für Junge und Gesunde einen Anreiz setzen, Geld zu sparen und sich einen Leistungsvorteil von den älteren und kranken Versicherten finanzieren zu lassen.

- Für die GKV-Wahltarife fehlen die verbraucherschutzrechtlichen Regelungen des Versicherungsvertrags- und Versicherungsaufsichtsrechts. Das Angebot ist abweichend von den Regelungen der Privaten Krankenversicherung zeitlich befristet. Die gesetzlichen Krankenkassen können, bei einer Unterfinanzierung müssen sie die Tarife jederzeit schließen. Die Versicherten verlieren dabei ihren Versicherungsschutz ohne Ersatz oder Fortsetzungsmöglichkeit.

- Europarechtlich ist das Angebot von Wahltarifen für die GKV voller Risiken. Beim Angebot gilt nicht mehr das Solidarprinzip, welches die Sonderstellung der GKV als Sozialversicherungsträger rechtfertigt. Die gesetzlichen Krankenkassen sind beim Angebot der Wahltarife Unternehmen im europarechtlichen Sinne. Der Gesetzgeber ist daher gehalten, sie vollständig dem europäischen Wirtschaftsrecht zu unterwerfen und steuerrechtliche Privilegien auszuschließen.

Aus den vorgenannten Gründen hat sich bereits der 69. Deutsche Juristentag im vergangenen Jahr mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, die Befugnis zum Angebot der Wahltarife nach § 53 SGB V vollständig zu streichen.

Nach Auffassung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sollte sich der Gesetzgeber diesem Votum anschließen. Die vorgeschlagene Regelung ist nicht ausreichend. Sie ändert nichts an der grundsätzlichen Problematik der GKV-Wahltarife, insbesondere ihrer europarechtlichen Unzulässigkeit.

II. Stellungnahme zum Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410

Der Verband der Privaten Krankenversicherung erkennt die wesentliche Bedeutung der Krankenhäuser für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung und ihre wirtschaftliche Bedeutung als Arbeitgeber insbesondere in den Regionen an. Voraussetzungen für eine medizinisch hochwertige und innovative Versorgung sind effiziente Strukturen und eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser. Die Private Krankenversicherung leistet hierzu durch die Finanzierung von allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen einen wesentlichen Beitrag, der seinen Niederschlag in stetig steigenden Versicherungsleistungen für stationäre Behandlungen hat.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung erkennt an, dass mit den vorgeschlagenen Maßnahmen eine Refinanzierung neuer Aufgaben erfolgt, die von den Krankenhäusern zu übernehmen sind, und dass die finanzielle Situation des stationären Sektors kurzfristig verbessert werden kann. Um auch mittel- und langfristig eine sinnvolle und angemessene Allokation der Vergütung für eine stabile Finanzierung der stationären Versorgung zu erreichen, die den anerkannten Zielen einer guten Versorgungsqualität ohne problematische Anreize zu einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung gerecht wird, geht der Verband der Privaten Krankenversicherung davon aus, dass die Weiterentwicklung von Strukturveränderungen im Krankenhausbereich ein wichtiges Thema auf der Agenda der nächsten Legislaturperiode sein wird.

In der Neufassung des § 17c Abs. 3 KHG erhält der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene die Aufgabe, eine verbindliche Klärung zu Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung vorzunehmen. Bislang sind bei der Bildung des Ausschusses die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vorgesehen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung hält seine Beteiligung an diesem Gremium für erforderlich, da die hier festzulegenden Regelungen gleichermaßen auch für privat versicherte Patienten gelten.

Eine Beteiligung des PKV-Verbandes ist in vergleichbaren Zusammenhängen (z.B. bei der Vereinbarung der Deutschen Kodierrichtlinien) etabliert. Die Beteiligung am Schlichtungsausschuss könnte analog zur Beteiligung an den Schiedsstellen nach § 18a Abs. 6 KHG ausgestaltet werden, d.h. der/die Vertreter der PKV würden auf die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet. Der PKV-Verband wäre damit Vertragspartner bei der Bildung des Schlichtungsausschusses. Damit wäre auch das Antragsrecht verbunden bzw. könnte auf die Landesausschüsse der Privaten Krankenversicherung erweitert werden.

Verband der Privaten Krankenversicherung

Stellungnahme

zu folgenden Vorlagen:

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen
Drucksache 17/5524

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen
Drucksache 17/10119

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 13. Mai 2013 in Berlin

7. Mai 2013

Dem Verband der Privaten Krankenversicherung sind lediglich einzelne Berichte bekannt, dass Versicherten im Basistarif die Behandlung durch niedergelassene Ärzte verweigert wurde. Plädiert wird für eine sorgfältige Beobachtung der Situation.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung betont darüber hinaus die wichtigen Funktionen der PKV für das Krankenversicherungssystem in Deutschland: Die PKV ist u.a. Schutz vor einer „Zwei-Klassen-Medizin“, garantiert eine stabile Finanzierung, garantiert einen Ideenwettbewerb und trägt zu mehr Demografievorsorge bei.

I. Zum Antrag „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“

II. Zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“

Postfach 511040 50946 Köln | Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln | Telefon (0221) 99 87 – 0 | Telefax (0221) 99 87 – 39 50 | E-Mail info@pkv.de | Internet www.pkv.de

I. Zum Antrag „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“

Inhalt

Der Antrag der Fraktion Die Linke fordert eine gesetzliche Verpflichtung von Vertragsärzten und -zahnärzten, Privatversicherte im Basistarif ebenso wie die gesetzlich Versicherten zu behandeln. Zudem sollen Leistungen, die an Privatversicherte im Rahmen des Basistarifs erbracht werden, genauso hoch vergütet werden wie die entsprechenden Leistungen, die für gesetzlich Versicherte erbracht werden. Zudem sollen die Behandlungen von Privatversicherten im Basistarif in die Budgets bei den Regelleistungen für gesetzlich Versicherte einbezogen werden. In einem weiteren Schritt soll die Private Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung abgeschafft werden.

Stellungnahme

Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz muss ab dem 1.1.2009 in der privaten Krankenversicherung ein branchenweit einheitlicher Basistarif auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angeboten werden, der durch einen Kontrahierungszwang bei gleichzeitigem Verbot von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen und einer Begrenzung der Prämienhöhe auf den Höchstbeitrag zur GKV gekennzeichnet ist.

Der Basistarif ist der Produktpalette eines Unternehmens der Privatwirtschaft wesensfremd. Maßgeblich dafür sind die Verpflichtung zum Angebot des Produkts, die gesetzliche Definition des Leistungsspektrums, der Verzicht auf Risikozuschläge bei gleichzeitiger Definition eines Höchstbeitrages und der Poolausgleich. Ein solcher Ausgleich wäre in einem rein privatwirtschaftlichen Versicherungssystem nicht notwendig, weil die Versicherer in der Lage wären, durch eine Berücksichtigung des individuellen Risikos bei Aufnahme in das Kollektiv das künftige Krankheitskostenrisiko des Kollektivs zu kalkulieren.

Die gesetzliche Regelung zur Vergütung der ärztlichen Leistungen im Basistarif ist so konzipiert, dass sie durch vertragliche Vereinbarung auf Selbstverwaltungsebene abgeändert bzw. abgelöst werden kann. Am 28. Januar 2010 wurde eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung getroffen, durch die die gesetzliche Regelung abgelöst wurde.

Die Vereinbarung ist im Interesse der Versicherten in den klassischen Vollversicherungstarifen sachgerecht, da diese die Belastungen aus dem aufgrund der gesetzlichen Vorschriften nicht kostendeckenden Basistarif über den Poolausgleich mittragen müssen.

Der Gesetzgeber hat mit der Vorschrift des § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Versicherten im Basis- und Standardtarif übertragen. Es bleibt diesen überlassen, in welcher Art und Weise sie den gesetzlichen Auftrag am zweckmäßigsten erfüllen.

Dem Verband der Privaten Krankenversicherung sind lediglich einzelne Berichte von Behandlungsverweigerungen bekannt. Zudem geht der Verband davon aus, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen Instrumente zur Erfüllung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung in der Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Drucksache 17/7274) formuliert, dass die Schaffung einer Behandlungspflicht für Vertragsärzte gegenüber bestimmten Gruppen von PKV-Versicherten (Basis- und Standardtarifversicherte) im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gebotene Verhältnismäßigkeit nicht sachgerecht sei.

Dessen ungeachtet muss aus Sicht des Verbandes der Privaten Krankenversicherung die Situation sorgfältig beobachtet werden.

II. Zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“

Inhalt

Der Antrag der Fraktion Die Linke fordert die Abschaffung der PKV als Vollversicherung und die Überführung der Versicherten in die gesetzliche Krankenversicherung. Die PKV soll auf das Geschäftsfeld der Zusatzversicherung für medizinisch nicht relevante Leistungen begrenzt werden.

Stellungnahme

Der Antrag ist ein Sammelsurium von in der Gesundheitspolitik häufig gegen die PKV vorgebrachten Argumenten und Unterstellungen. Die Antragsteller bleiben Belege für ihre Behauptungen schuldig, teilweise wird auf jede Begründung verzichtet. Es fehlen verfassungsrechtliche Darlegungen, inwiefern ein derart weitreichender Eingriff in privates Eigentum und die Freiheit der Berufsausübung zulässig sein soll. Es fehlen fundierte Ausführungen, ob und wie die Versorgung der Versicherten durch die Versicherung aller Menschen in der GKV verbessert werden kann. Ohne weitere Ausführungen fordert die Fraktion Die Linke explizit das, was bislang publizierte Bürgerversicherungskonzepte meist nur implizit beinhalten: Die Abschaffung der PKV.

Die Antragsteller bleiben auch die Antwort auf die Frage schuldig, was eine Abschaffung der PKV für das Gesamtsystem bedeuten würde. Tatsächlich hat die PKV im dualen Krankenversicherungssystem Funktionen, die im Falle einer Abschaffung unwiderruflich verloren gingen:

Die PKV ist ein Schutz vor „Zwei-Klassen-Medizin“.

Im internationalen Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem regelmäßig hervorragend ab. Tatsächlich haben alle Patientinnen und Patienten hierzulande unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten Zugang zu einer flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung auf dem Niveau des therapeutischen und diagnostischen Fortschritts. In der Grundversorgung von PKV- und GKV-Versicherten gibt es, von Serviceaspekten abgesehen, keinen substantiellen Versorgungsunterschied. Es gibt keinen Unterschied im Zugang zu Grundleistungen der Krankenversicherung und keinen Unterschied in der Versorgungsqualität. Es existieren lediglich Versorgungsunterschiede in Segmenten, die GKV- und PKV-Versicherten über Zusatzversicherungen (Zahnersatz, Wahlleistungen) gleichermaßen offen stehen.

Internationale Vergleiche belegen das äußerst geringe Rationierungsniveau in Deutschland. Der Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung ist einer der umfangreichsten der Welt. Die Wartezeiten sind die kürzesten in ganz Europa. Es gibt keine Positivlisten, keine Behandlungsverweigerungen und der Zahnersatz ist im gesetzlichen Versicherungsschutz enthalten. Das Niveau von Zuzahlungen und Eigenanteilen ist im internationalen Vergleich ausgesprochen gering, und Haus- und Fachärzte können ohne verpflichtende Überweisung durch einen „Gatekeeper“ aufgesucht werden.

Dies ist auch ein Ergebnis des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung: In Deutschland sind Leistungskürzungen der GKV aufgrund des Systemwettbewerbs mit der PKV schwer. Schließlich sind in der PKV die Leistungen vertraglich garantiert und können nicht von Seiten des Versicherers gekürzt werden. Der Leistungswettbewerb von GKV und PKV findet in einem weitgehend gemeinsamen Versorgungssystem statt. Dies gibt den Versicherten Vergleichsmöglichkeiten, die jede Rationierung besonders begründungspflichtig machen.

Der vorliegende Antrag behauptet, eine – herbeigeredete, aber objektiv nicht existente – „Zwei-Klassen-Medizin“ durch die Abschaffung der PKV beseitigen zu können. Die Realität belegt das Gegenteil: Einheitssysteme befördern vielmehr die Existenz von Versorgungsunterschieden. Dies ist auch das Ergebnis einer aktuellen Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP).[1] Tatsächlich unterliegen einheitliche Gesundheitssysteme ohne konkurrierendes privatwirtschaftliches System einer beständigen gesetzlichen Rationierung von Leistungen der Krankenversicherung. Patienten sind gezwungen, die rationierten Leistungen entweder selbst zu zahlen oder über Zusatzversicherungen abzusichern. „Zwei-Klassen-Medizin“ entsteht überall in Reaktion auf und korrespondierend zum medizinischen Rationierungsniveau eines Landes.

[1] Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, *Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick*, Köln 2013.

Der internationale Vergleich belegt zudem, dass zwei Finanzierungssäulen das Gesamtsystem besser stabilisieren als eine Säule allein das jemals könnte: In allen OECD-Ländern sind die Gesundheitsausgaben seit der Finanzkrise deutlich langsamer gewachsen, oft stagnieren sie oder sinken sogar. Einige Länder wandeln sich dabei zu Laboratorien forcierter Rationierung. Investitionen wurden auf Eis gelegt, Löhne und Gehälter des Gesundheitspersonals wurden gekürzt oder eingefroren, Zuzahlungen erhöht, Wartezeiten stiegen an.

Die Ausnahme ist Deutschland: Hier haben sich die Gesundheitsausgaben 2010 zu 2009 um real 2,4 Prozent erhöht, während sie in Europa im Schnitt um 0,6 Prozent zurückgegangen sind.

Die PKV garantiert eine stabile Finanzierung in einem gemeinsamen Versorgungssystem für alle Patienten.

Der Finanzierungsbeitrag der PKV zum deutschen Gesundheitssystem ist überproportional hoch, da Privatversicherte für viele Leistungen höhere Preise zahlen bzw. die PKV auch Leistungen vergütet, die in der GKV ausgeschlossen oder budgetiert sind. Insgesamt fließen jährlich 28,6 Mrd. Euro durch Privatpatienten in das Gesundheitssystem.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV untersucht regelmäßig, wie hoch der so genannte Mehrumsatz durch Privatversicherte ist. Dies ist der Betrag, den die PKV-Versicherten dadurch mehr ins Gesundheitssystem gezahlt haben, dass sie privat und nicht gesetzlich versichert waren. Im Jahr 2011 betrug der Mehrumsatz ca. 11,1 Mrd. Euro. Gegenüber 2006 ist das ein Zuwachs von 14,6 Prozent. Allein im Bereich der ärztlichen Vergütung betrugen die Mehrzahlungen durch Privatversicherte im Jahr 2011 ca. 5,4 Mrd. Euro.[2]

Dieser überproportionale Finanzierungsbeitrag jährlich kommt allen Versicherten zugute, weil PKV- und GKV-Versicherte ein gemeinsames Versorgungssystem nutzen. Im Bereich der ärztlichen Versorgung bedeutet das, dass die Mehrzahlungen der Privatversicherten Teil des Einkommens der Vertragsärzte der GKV sind. Diese Mittel tragen mithin dazu bei, dass Investitionen in die Ausstattung der Praxen mit Personal und technischen Geräten getätigt werden können.

Die PKV ist Garant für einen Ideenwettbewerb.

Das duale System schafft Spielräume für Unterschiede und damit alternative Lösungswege. Im Wettbewerb der Ideen hat z.B. die aufsuchende Pflegeberatung COMPASS einen wertvollen Beitrag zur Optimierung des Gesamtsystems geleistet.

[2] Vgl. Dr. Frank Niehaus, *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011*, Köln 2013.

Die PKV leistet und ermöglicht mehr Demografievorsorge.

Die Existenz einer kapitalgedeckten Vollversicherungssäule ermöglicht es der Politik, im demografischen Wandel jederzeit ohne Systembrüche das Verhältnis von Umlage und Kapitaldeckung neu auszutarieren. Und mehr Demografievorsorge in der Kranken- und Pflegeversicherung ist notwendig: Denn die Ausgaben für Gesundheit und Pflege sind stark altersabhängig.

Das ist besonders problematisch für umlagefinanzierte Systeme wie die GKV: So wird heute die Hälfte aller Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von Rentnern in Anspruch genommen, obwohl diese nur ca. ein Viertel der Versicherten ausmachen. Gleichzeitig finanzieren die Rentner mit ihren einkommensabhängigen Beiträgen nicht einmal ein Viertel der Leistungsausgaben der GKV. Die defizitäre Krankenversicherung der Rentner in der GKV wird daher von den erwerbstätigen Versicherten der GKV quersubventioniert – mit derzeit ca. 40 Mrd. Euro pro Jahr. Die Zahl der Erwerbsfähigen zwischen 20 und 66 Jahren wird bis Mitte dieses Jahrhunderts aber von heute 51 Mio. Menschen auf 34 Mio. Menschen sinken – also um 17 Mio. abnehmen. Ein Erwerbstätiger wird dann auf einen Rentner kommen.

Dieser demografische Wandel wird stattfinden und das Umlageverfahren an Grenzen führen. Gesundheitspolitisch konsequent ist vor diesem Hintergrund nicht die Abschaffung, sondern die Stärkung der PKV. Denn die PKV bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. Der Kapitalstock ist als privates Eigentum verfassungsrechtlich geschützt. Er umfasst für die Kranken- und Pflegeversicherung bereits ca. 170 Milliarden Euro. Und: Die Alterungsrückstellungen der PKV haben alle Banken- und Finanzkrisen unbeschadet überstanden.

Frau
Dr. Carola Reimann, MdB
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(18)
gel. ESV zur öAnhörung am 13.05.13_Beitragsschulden
08.05.2013

Schriftliche Stellungnahme

Herr Günter Wältermann
vom 07.05.2013

zum
Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung
bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
(Bt-Drs. 17/13079)
und
zum Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach,
Elke Ferner, Bärbel Bas u. a.
sowie der Fraktion der SPD
„Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden“
(Bt.-Drs. 17/12069)

AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse
Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf
Telefon: (0211) 87 91 – 11 54
Telefax: (0211) 87 91 – 11 45
gesundheitspolitik@rh.aok.de
www.aok.de/rh

Vorbemerkung

Der Entwurf des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Drucksache 17/13079) beabsichtigt,

- Säumniszuschläge für Beitragsschuldner in der gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren,
- in der privaten Krankenversicherung einen „Notlagentarif“ einzuführen,
- eine Klarstellung, dass sog. „Halteeffekte“ von Selbstbehalt-Wahltarifen (§ 53 Abs. 1 SGB V) und Wahltarifen zur Beitragsrückgewähr (§ 53 Abs. 2 SGB V) spätestens ab 01.01.2014 nicht mehr in die Kalkulation einfließen dürfen.

Der Antrag der SPD-Fraktion (Drucksache 17/12069) spricht sich ebenfalls für die Streichung der erhöhten Säumniszuschläge (bisher § 24 Abs.1a SGB IV) aus. Außerdem wird gefordert, dass Mitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr beendet werden können, wenn nicht zugleich ein anderweitiger Versicherungsschutz nachgewiesen wird.

Die AOK Rheinland/Hamburg begrüßt grundsätzlich die Intention der Gesetzesinitiative und des Antrags der SPD-Fraktion.

Eine gesetzliche Neuregelung der Säumniszuschläge ist dringend geboten. Der erhöhte Säumniszuschlag von fünf Prozent des rückständigen Beitrags bei Nichtzahlung der Beiträge löst in keiner Weise das Problem der Beitragsrückstände und hat damit sein Ziel nicht erreicht. Er trägt insbesondere nicht dazu bei, die Anzahl der säumigen Beitragsschuldner zu verringern. Ein wirksames Instrument zur Vermeidung von Zahlungsunwilligkeit fehlt. Weder das teilweise Ruhen des Leistungsanspruchs noch der erhöhte Säumniszuschlag haben diesen Zweck erfüllt.

Schon bei der Erörterung zur Einführung der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherungspflicht zum 01.04.2007, im Rahmen des GKV-WSG, wurde deutlich in Zweifel gezogen, dass der erhöhte Säumniszuschlag tatsächlich dem Schutz der Solidargemeinschaft nutzt. Die Krankenkassen müssen in der Öffentlichkeit für etwas herhalten, was sie nicht gefordert, sondern vielmehr per Gesetz auferlegt bekommen haben.

Die Wahltarife sind eine Erfolgsgeschichte. Sie eröffnen den Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten und werden damit ihren Interessen besser gerecht. Mit der Einführung der Wahltarife nach § 53 SGB V zum 01.04.2007 haben die gesetzlichen Krankenkassen ein taugliches Instrument erhalten, ihren Versicherten einen umfassenden Service aus einer Hand anzubieten. So bieten die Wahltarife zur Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V den Versicherten die Möglichkeit, den Umfang des Leistungsanspruches aus ihrer GKV-

Versicherung nach individuellem Bedarf aufzustocken. Die Nachfrage durch die Versicherten ist ungebrochen. Die Intention bei Einführung der Wahltarife, nämlich den Versicherten ein breiteres Angebot von Auswahl- und Kombinationsmöglichkeiten zu eröffnen und so den Wettbewerb sowohl zwischen den Krankenkassen, als auch im Verhältnis zur PKV zu stärken, wird damit in hohem Maße erreicht.

Der geplante Notlagentarif in der PKV ist insbesondere hinsichtlich des Versicherungsumfangs für Kinder und Jugendliche problembehaftet.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

I. Reduzierung der Säumniszuschläge für Beitragsschuldner in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der erhöhte Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Beitrags für freiwillig Versicherte sowie für andere Selbstzahler wieder abgeschafft.

Künftig gilt der reguläre Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent des rückständigen Beitrags für jeden angefangenen Monat der Säumnis für die Versicherten (§ 24 Abs. 1 SGB IV).

Die AOK Rheinland/Hamburg hält darüber hinausgehende Regelungen für die säumigen Schuldner für erforderlich.
Dies betrifft insbesondere die zahlungswilligen, aber zahlungsunfähigen Versicherten. Bei Nachweis der Unpfändbarkeit eines Versicherten sollte ab diesem Zeitpunkt auch der 1 %-ige Säumniszuschlag gestoppt werden. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang eine Konkretisierung der Verpflichtung der Sozialhilfeträger zur Übernahme ausstehender Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge im Rahmen des § 32 SGB XII sowie die Übertragung der Regelungen aus § 32 SGB XII auf den Beitragszuschuss zur Krankenpflegeversicherung nach § 26 SGB II.
Ebenso ist dann in diesen Fällen (*der Beitragsübernahme durch den jeweiligen Leistungserbringer bei vorliegender Bedürftigkeit im Sinne des §§ 32 SGB XII und 26 SGB II)* der Wegfall des Ruhens des Leistungsanspruchs nach § 16 Abs. 3a SGB V in Betracht zu ziehen.

Für noch ausstehende nachzuzahlende Beiträge ist eine Regelung im Sinne des § 186 Abs.11 S.4 SGB V erforderlich, die es den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, die nachzuzahlenden Beiträge angemessen zu ermäßigen oder zu stunden bzw. gänzlich zu erlassen.

Um zukünftig keine Lücken im Versicherungsschutz entstehen zu lassen, sollte klargestellt werden, dass eine wirksame Kündigung oder Beendigung der Mitgliedschaft grundsätzlich nur dann möglich ist, wenn eine Anschlussversicherung nachgewiesen wird.

Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob nicht die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige auf das Niveau aller freiwilligen Mitglieder (§ 240 SGB V) reduziert werden könnte. Dafür spricht, dass damit eine Quelle potenzieller Zahlungsunfähigkeit verkleinert wird. Es wäre zudem ordnungspolitisch sachgerecht.

II. Einführung eines Notlagentarifs für Beitragsschuldner in der privaten Krankenversicherung

Die Einführung eines „Notlagentarifs“ in der privaten Krankenversicherung für Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, sieht die AOK Rheinland/Hamburg kritisch. Auch nach bisher geltendem Recht besteht in diesem Fall der Anspruch der Versicherten auf Behandlung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft fort.

Ein gesonderter „Notlagentarif“ ist insbesondere auch vor dem Hintergrund abzulehnen, dass vorgesehen ist, die Regelungen dieses Tarifes auch für über den Vertrag des Versicherungsnehmers mitversicherte Personen anzuwenden (geplanter § 193 Absatz 10 VVG neu). Mitversicherte Kinder und Jugendliche wären danach von Vorsorgeleistungen etc. ausgeschlossen. Für die gesetzliche Krankenversicherung wurde bereits 2009 konkretisiert, dass mitversicherte Kinder säumiger Beitragszahler auch Anspruch haben auf zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und die Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U9. Kinder sollten hier nicht für ihre Eltern „haften“.

III. Klarstellung zur Unzulässigkeit der Einbeziehung von „Halteeffekten“ bei der Kalkulation von Wahltarifen

Die vorgeschlagene Ergänzung des § 53 Abs. 9 SGB V ist im Hinblick auf die europarechtlichen Vorgaben folgerichtig. Er stellt klar, dass die sogenannten „Halteeffekte“ bei der Kalkulation von Wahltarifen nicht durch die Krankenkassen berücksichtigt werden dürfen. Die Umstellung der Berechnung soll unverzüglich, spätestens zum 01.01.2014 erfolgen.

Die Regelung ist sachgerecht. Die AOK Rheinland/Hamburg hat bereits zum 01.01.2013 die Berechnungsgrundlage der Selbstbehalt-Wahltarife umgestellt. Bei den übrigen Wahltarifen nach § 53 SGB V war die Anrechnung von sogenannten “Halteeffekten“ von Beginn an und nach übereinstimmender Auffassung der AOK, des Bundes und der Länder, unzulässig.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(19)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.13_Beitragsschulden
10.05.2013

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am

Montag, 13. Mai 2013

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
BT-Drucksache **17/13079** **(inklusive der Änderungsanträge auf A.-Drs. 17(14)0410)**

und der

Stellungnahme des Bundesrates zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

und dem

Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden BT-Drucksache **17/12069**

und dem

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Privat Versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen, BT-Drucksache **17/10119**

sowie dem

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen BT-Drucksache **17/5524**

Berlin, 13. Mai 2013

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

A: zum Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung soll Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und Kunden der privaten Krankenversicherungswirtschaft vor finanzieller Überforderung durch hohe Säumniszuschläge bewahren.

Die Gewerkschaft ver.di teilt die Skepsis des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Mit dem vorliegenden Entwurf sind die genannten Ziele nicht erreichbar. Vielmehr setzt die Bundesregierung lediglich an den Symptomen an und versucht diese zu mildern. Zugleich lässt sie jedoch die Versichertengemeinschaft mit der Lösung von Problemen allein, die an anderer Stelle entstanden sind. Der zunehmenden Überschuldung der privaten Haushalte, wie sie im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung dargestellt wurde, kann nämlich nicht durch Reduzierung der Säumniszuschläge in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der zwangsweisen Überführung in einen Notlagentarif mit stark eingeschränkten Leistungen bei der Privaten Krankenversicherung (PKV), begegnet werden. Das Problem, dass Menschen ihre Beiträge nicht zahlen können, lässt sich durch solche Maßnahmen nicht beheben. Vielmehr wäre zu klären, weshalb auf der Seite der Versicherten 2,1 Mrd. Euro und auf Seiten der Arbeitgeber 2,4 Mrd. Euro Beitragsrückstände bei den gesetzlichen Krankenkassen entstanden sind und Lösungen darauf abzustellen. Diese Lösungen dürften weniger im Bereich der Sozialgesetze als in der Schieflage der Einkommensverteilung liegen. Kurzfristig wäre staatliche Hilfe geboten. Stattdessen entzieht die Bundesregierung der Gesetzlichen Krankenversicherung staatliche Zuschüsse, die einen Ausgleich für gesellschaftlich notwendige Leistungen der GKV darstellen.

Die Gewerkschaft ver.di schließt sich daher der Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes an, auch bezüglich der Anträge der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE LINKE.

B: zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Vorbemerkungen:

Die soziale Sicherung bei Krankheit, Unfall oder Pflege, im Alter oder bei Arbeitslosigkeit sind hohe Güter der Bevölkerung unseres sozialen und demokratischen Rechtsstaats. Um die Leistungen gleichermaßen allen in hoher Qualität zur Verfügung zu stellen, ist Transparenz gefordert. Transparenz über Leistungserstellung, Qualität der Versorgung und Qualität der Arbeit schafft das erforderliche Vertrauen, dass die Ressourcen bedarfsgerecht und wirtschaftlich eingesetzt werden.

Für ver.di ist es daher nicht akzeptabel, dass in einem Gesetzgebungsverfahren, das vorgibt Regelungen zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden zu schaffen, vollständig andere Sachverhalte, wie eine zusätzliche Krankenhausfinanzierung erst im Verlauf der Ausschussberatungen von den Regierungsparteien eingebracht werden.

Es geht dabei auch nicht um Kleinigkeiten, die sich am Rande eines anderen Gesetzgebungsverfahrens lösen lassen. Immerhin geht es um mehr als eine Milliarde Euro, die die Versichertengemeinschaft zusätzlich aufbringen soll. Die Versicherten haben auch ein Recht darauf, dass in einer offenen und demokratischen Debatte über Fragen der Krankenversorgung und deren Finanzierung entschieden wird. Dazu gehört auch, dass die Verbesserung der Finanzausstattung der Krankenhäuser unter dem Thema Krankenhausfinanzierung beraten wird und nicht im Zuge eines Gesetzgebungsverfahrens zu Beitragsschulden.

Zusätzliche Mittel für Krankenhäuser:

Abgesehen von diesem grundlegenden Defizit, hat die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft auch erhebliche Bedenken zu den Wirkungen der Maßnahmen. Die Verteilung der Gelder auf alle Krankenhäuser, unabhängig von der Qualität, professioneller Leistung oder Versorgungsnotwendigkeit in der Region beinhaltet falsche Anreize.

Es ist richtig, dass Kliniken eine bessere Finanzausstattung brauchen. In einem bundesweit durchgeführten Personalcheck hat ver.di festgestellt, dass rund 162.000 Vollkräfte, davon allein rund 70.000 in der Pflege, fehlen, um „Gute Arbeit“ zu leisten. Es bedarf deshalb erheblicher Anstrengungen in Richtung Versorgungsqualität. Sie muss verbunden werden mit einer

besseren Personalausstattung nicht nur in der Kalkulation sondern auch in der Realität. Dies ist von den Krankenhäusern nicht kostenneutral zu bewältigen.

Der Änderungsantrag sieht vor, zusätzliche finanzielle Mittel bereit zu stellen, mit denen die Neueinstellung oder Aufstockung sowie die Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern gefördert wird. Zudem werden die Verhandlungsmöglichkeiten zum Orientierungswert erweitert und ein teilweiser Tarifausgleich vorgesehen. Auch soll die sog. „Doppelte Degression" bei Mehrleistungsabschlägen entfallen

Die vorgesehene zusätzliche Bereitstellung von rund 1,1 Mrd. Euro im Jahr 2013 und 2014 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist jedoch nicht nachhaltig. Im Gegenteil:

- Krankenhäuser, die bereits bisher Anstrengungen zur Verbesserung der Hygiene unternommen haben, profitieren nicht oder nur unterdurchschnittlich von den Hilfen zur Erfüllung des Infektionsschutzgesetzes. Wer also lange genug nichts getan hat, profitiert am meisten von den Hilfen des Gesetzgebers. Die Botschaft: Rechtzeitige Innovationen in Patientenschutz und in Arbeitssicherheit lohnen sich nicht. Irgendwann später gibt es dann doch mal Geld.
- Tarifgebundenen Krankenhäusern wird im Jahr 2013 die Hälfte der Tariferhöhungen erstattet. Den gleichen Betrag erhalten jedoch auch Krankenhäuser, die nicht tarifgebunden sind oder keine Tariferhöhungen vereinbart haben. Die Botschaft: Tarifbindung lohnt nicht. Den größten Vorteil hat die Einrichtung, die ihre Beschäftigten möglichst schlecht bezahlt. Tarifflucht wird begünstigt.

Strukturelle Verbesserungen werden erst in weiteren Gesetzgebungsverfahren in Aussicht gestellt. Damit wird im Klartext an die Krankenhäuser unabhängig von deren Bedarf und ihrer Versorgungsaufgabe Geld verteilt, das dann für echte Verbesserungen fehlt.

Ver.di hatte bereits mehrfach in dieser Legislatur auf Defizite in der Krankenhausfinanzierung hingewiesen. Insbesondere hatte die Gewerkschaft die vollständige Umsetzung des bereits 2009 beschlossenen Orientierungswerts angemahnt und auf die Notwendigkeit einer gesetzlichen Personalbemessung hingewiesen.

Mit dem Orientierungswert ist eine Finanzausstattung der Krankenhäuser verbunden, die sich an den vom Statischen Bundesamt berechneten durchschnittlichen Kostenentwicklungen (Krankenhaus-Warenkorb) bemisst. Die von den Regierungsparteien vorgesehene Umsetzung eröffnet jedoch lediglich eine Verhandlungsoption und führt wiederum zu einem finanziellen Nachteil insbesondere tarifgebundener Häuser und Häusern mit hoher Versorgungsqualität.

Mit einer gesetzlichen Personalbemessung wäre ein wesentliches Element zur Verbesserung der Strukturqualität in den Krankenhäusern umgesetzt. Zudem sind mit dieser Maßnahme eine wirksame Entlastung der Beschäftigten und mehr Sicherheit für die Patienten verbunden. Der Zusammenhang zwischen Personalausstattung und guter Versorgung ist evident. Eine gesetzliche Personalbemessung ist auch geeignet, Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern zu Lasten von Patient/-innen und Personal zu vermeiden.

ver.di wendet sich gegen eine Politik mit der Gießkanne. Es ist dringend überfällig, die Krankenhäuser verlässlich zu finanzieren, um die Versorgungssicherheit für die Patienten dauerhaft sicherzustellen. Dazu müssen die Rahmenbedingungen deutlich verbessert werden. Die Krankenhäuser brauchen ausreichend Personal und das ist nur mit einer gesetzlichen Personalbemessung zu erreichen.

Bewertungen im Einzelnen

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di nimmt als zuständige Fachgewerkschaft für die Beschäftigten in der Gesundheitsbranche Stellung. Darüber hinaus verweist die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di auf die für alle Gewerkschaften abgegebene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).

Art. 1, Nr. 3. § 271, Absatz 2, Satz 5 SGB V

Mit der Änderung werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2014 insgesamt 2,34 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Zusätzlich zu den zur Kompensation der Mehrausgaben aus der Abschaffung der Praxisgebühr 1,78 Mrd. Euro erfolgt eine weitere Zuführung in Höhe von 560 Mio. Euro zur Kompensation der geschätzten Mehrausgaben für Krankenhausleistungen.

ver.di steht dieser Regelung sehr kritisch gegenüber. Je nach Entwicklung der wirtschaftlichen Lage und Beschäftigung wird der aktuelle Einnahmeüberschuss im Gesundheitsfonds deutlich zurückgehen. Durch das Einfrieren der Solidarbeiträge mit dem zum 1. Januar 2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz werden künftige Beitragssatzsteigerungen einseitig von den Versicherten über Kopfpauschalen finanziert. Es ist erforderlich die von den Versicherten aufgebrachten Beitragsgelder vorrangig für strukturelle Verbesserungen zu verwenden. Die finanzielle Lage der Kliniken weist große Unterschiede auf. Von daher ist eine Verteilung der Gelder auf alle Kliniken ohne jegliche Strukturkomponenten nicht geboten.

Art. 5a, Nr. 1. § 4, Absatz 11, KHEntgG

Mit den Regelungen des Absatzes 11 werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung oder Aufstockung sowie die Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern nach Maßgabe des Infektionsschutzgesetzes gefördert wird. Die Regelung folgt in Teilen dem Pflegestellenförderprogramm aus dem Jahr 2009, allerdings ohne eine gesonderte betriebliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, ohne eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers und ohne Berichtspflichten. Das Programm kommt vor allem Einrichtungen zugute, die bislang das erforderliche Hygienefachpersonal nicht vorhalten oder erst im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes nach dem 4. August 2011 die erforderlichen Maßnahmen getroffen haben.

Aus Gründen des Patienten- und des Arbeitnehmerschutzes ist es richtig auf eine ausreichende Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachkräften zu drängen und die dafür notwendigen Mittel bereitzustellen. Dies muss jedoch eine dauerhafte Aufgabe sein. Lediglich Krankenhäuser zu fördern, die ihre Hausaufgaben nicht oder zu spät gemacht haben ist nicht ausreichend. Es wird auch ein falsches Signal gesetzt gegenüber Häusern, die innovativ sind und Qualitätsverbesserungen, z.B. in Sachen Krankenhaushygiene, schon frühzeitig vorgenommen haben.

Ungelöst bleibt auch die Frage wie in den nicht mehr zu Krankenhäusern gehörenden Servicebetrieben (z.B.: Küche, Reinigung) sichergestellt werden kann, dass auch dort Hygienefachkräfte vorhanden sind und deren Weiterbildung gefördert wird.

ver.di hält daher die vorgesehen Regelungen weder für ausreichend noch für zielgenau. Es ist zwar der Wille erkennbar in Sachen Hygiene etwas zu tun. Die beabsichtigten Regelungen eignen sich für eine kontinuierliche Verbesserung allerdings nicht.

Art. 5a, Nr. 5. § 9, Absatz 1, KHEntgG und Art. 5b, Nr. 2. § 9, Absatz 1 BPflV

Der bestehende Verhandlungsspielraum für Vergütungsverhandlungen im Bereich der Krankenhäuser auf Landesebene wird für die Jahre 2014 und 2015 erhöht. Für diese Jahre wird der Korridor für die Verhandlung des Veränderungswerts erhöht Er reicht dann von einem Drittel - bei psych. Kliniken von 40 Prozent - der Differenz zwischen der Veränderungsrate und dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert bis zur Höhe des vollen Orientierungswerts.

ver.di begrüßt, dass die Begrenzung auf maximal ein Drittel - bei psych. Kliniken auf maximal 40 Prozent - des übersteigenden Anteils des Orientierungswerts entfällt und durch eine Verhandlungslösung bis zur vollen Höhe ersetzt wird. Die zeitliche Begrenzung auf die Jahre 2014 und 2015 ist jedoch nicht nachvollziehbar. Auch bleibt abzuwarten, ob sich durch die Verhandlungen auf Länderebene die Landesbasisfallwerte zum Nachteil von Krankenhäusern einzelner Bundesländer wieder auseinander entwickeln.

Art. 5a, Nr. 6. § 10, Absatz 5, KHEntgG

Für das Jahr 2013 werden bestimmte vereinbarte Tarifsteigerungen bei den Landesbasisfallwerten erhöhend berücksichtigt. Die Regelung bewirkt, dass die Differenz zwischen dem für das Jahr 2013 maßgeblichen Veränderungswert von 2 Prozent und den maßgeblichen Tariflohnsteigerungen – bezogen auf die Personalkosten – zu 50 Prozent finanziert wird.

Diese anteilige Finanzierung der Personalkosten ist in einen Finanzierungsanteil umzurechnen, der sich auf die gesamten Ausgaben (Personal-und Sachkosten) bezieht. Da in den Krankenhäusern der Personalkostenanteils an den Gesamtkosten rd. zwei Drittel beträgt, sind bereits vereinbarte Landesbasisfallwerte für das Jahr 2013 daher um ein Drittel der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Differenz zwischen dem Veränderungswert und den Tariflohnsteigerungen zu erhöhen. Den Vertragsparteien wird dabei im Einvernehmen aller Verhandlungspartner die Möglichkeit eröffnet, die Berücksichtigung der anteiligen Erhöhungsrate auf das Jahr 2014 zu verschieben.

Die Regelung bezieht sich nur auf DRG-Häuser. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen findet in der Bundespflegesatzverordnung eine eigenständige Regelung bereits seit dem Jahr 2009 durchgängig Anwendung.

Für ver.di ist die Berücksichtigung der Tariferhöhung geboten. Die Regelung im Gesetzentwurf ist allerdings völlig unzureichend. Ein großer Mangel besteht darin, dass lediglich 50 Prozent der Tariferhöhung oberhalb der Veränderungsrate ausgeglichen werden. Jeder nicht finanzierte Prozentanteil birgt die Gefahr weiteren Personalabbaus.

Daher ist ein vollständiger Ausgleich der Tariferhöhungen erforderlich bis sie ebenfalls in vollem Umfang Eingang in den Orientierungswert des Statischen Bundesamtes gefunden haben.

Die Bestimmung, wonach die ermittelte Erhöhungsrate dem Landesbasisfallwert zugeschlagen wird, hält ver.di ebenfalls nicht für sachgerecht. Damit profitieren auch Krankenhäuser ohne Tarifbindung oder mit niedrigeren Tariferhöhungen im gleichen Maße wie tarifgebundene Häuser von der Erhöhung der Landesbasisrate.

Der im Jahre 2009 im Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG) vorgesehene zwingende Abschlag (§4, Absatz 2a KHEntgG) wurde zwischenzeitlich im Gesetzestext gestrichen. Damit bestehen Mitnahmeeffekte für Kliniken ohne entsprechende Tariferhöhungen und tendenzielle Anreize zur Tarifflucht. Daher ist dringend der Zwangsabschlag in § 4 KHEntgG wieder einzuführen. In der jetzigen Form macht der Tarifzuschlag keinerlei Sinn. Der Zuschlag ist für tarifgebundene Häuser nicht ausreichend und stellt für nicht tarifgebundene eine Überzahlung dar.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(20)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
10.05.2013

Stellungnahme des Marburger Bund-Bundesverbandes

Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/3079) und Änderungsanträge sowie Stellungnahme des Bundesrates

Antrag **Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden (BT-Drucksache 17/12069)**

Antrag **Privat Versicherte solidarisch versichern (BT-Drucksache 17/10119)**

Antrag **Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen (BT-Drucksache 17/5524)**

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746846 – 0
Fax 030 746846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 10.05.2013

1. Vorbemerkungen

Der Marburger Bund begrüßt die Intention der Regierung, mit dem Gesetzentwurf zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden durch Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags in der GKV und Einführung eines Notlagentarifes in der PKV die Versicherten vor Wucherzinsen von 60 % pro Jahr zu schützen und gleichzeitig ihre Versorgung sicherzustellen.

Er setzt sich dafür ein, in diesem Zusammenhang auch zu prüfen, ob Regelungen zur Gleichbehandlung der bisher von § 24 Abs. 1a SGB IV betroffenen „Altschuldner" im Sinne eines Schuldenschnittes in den Gesetzentwurf mit aufgenommen werden können.

Für eine Abschaffung der Privaten Krankenversicherung als Vollversicherung, wie ihn die Fraktion DIE LINKE in ihren beiden Anträgen (Drucksachen 17/10119 und 17/5524) fordert, besteht aus Sicht des Marburger Bundes dagegen keine Veranlassung.

Während der in der Gesetzlichen Krankenkasse Versicherte stets mit der Möglichkeit gesetzlicher Eingriffe in Art und Umfang seines Versicherungsschutzes und zudem mit einer starken Abhängigkeit des Systems von der öffentlichen Finanzlage rechnen muss, gestaltet der in der Privaten Krankenversicherung Versicherte seinen Versicherungsschutz in weit größerem Umfang selbst und erwirbt einen unabdingbaren und nur bei Schadenersatz nachträglich minderbaren Rechtsanspruch auf Erfüllung des Versicherungsversprechens durch die PKV. Dazu sind in hohem Umfang Rücklagen gebildet.

Der Marburger Bund würde es sehr begrüßen, wenn mehr Bürger die Möglichkeit erhielten, selbst die Entscheidung zu treffen, welchem System sie das größere Vertrauen entgegenbringen. Versicherte in beiden Systemen profitieren von dem durch das Nebeneinander von GKV und PKV ständig möglichen Vergleich von Leistung und Finanzierungssicherheit. Ein Einheitssystem würde nach und nach zu einer erheblichen Nivellierung des Leistungsniveaus im verbleibenden System führen. Der Marburger Bund lehnt die Abschaffung der PKV als Vollversicherung ab.

Im Folgenden nimmt der Marburger Bund insbesondere zu dem Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen betreffend die Krankenhausfinanzierung Stellung.

2. **Stellungnahme zu dem Änderungsantrag 1** der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung – Drs. 17/13079 -

Zu Artikel 5a Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

<u>Hygiene-Förderprogramm ((§ 4 Abs. 11 und § 10 Abs. 12 KHEntgG)</u>

Der Marburger Bund begrüßt die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes.

Es ist dringend erforderlich, dass die Kliniken die Möglichkeit erhalten, sowohl zusätzliches Personal im ärztlichen und pflegerischen Bereich einzustellen, als auch ihr vorhandenes in erforderlichem Umfang fort- und weiterzubilden.

Im Hinblick auf den gravierenden Mangel an ärztlichen Krankenhaushygienikern in den beiden einschlägigen Facharztgruppen befürworten wir jedoch einen anderen Schwerpunkt bei der Gestaltung der finanziellen Förderung.

Der überwiegende Anteil der Mittel sollte in den Komplex Fort- und Weiterbildung fließen. Dies würde zum einen verhindern, dass ein Abwerbungsprozess in Gang gesetzt wird, den die finanzstärkeren Häuser zwangsläufig gewinnen müssen, und der unseres Erachtens trotz des vorgesehenen Eigenanteils von 25 % bei Neueinstellungen unausweichlich wäre.

Zum anderen sind die pauschalen Zuschüsse nicht ausreichend, um die durch die notwendige Fort-und Weiterbildung entstehenden Kosten abzudecken und entsprechende Anreize für die Kliniken zu schaffen. Dies wird bereits am Beispiel der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene deutlich, in deren Rahmen die Teilnehmer während ihrer „Trainee-Zeit“ je nach Größe des Hauses ganz oder teilweise von ihrer ursprünglichen Facharzttätigkeit entbunden werden müssen.

Der dadurch entstehende zusätzliche Personalbedarf würde durch die Fördermittel ebenso wenig aufgefangen wie die Kosten für Leistungen, die aufgrund des Fachkräftemangels extern eingekauft werden müssen. Wir plädieren daher dafür, die Förderbeträge in diesem Bereich deutlich zu erhöhen.

Der Marburger Bund erneuert weiterhin die bereits in seiner Stellungnahme zum Infektionsschutzgesetz vorgetragene Forderung, dass ergänzend zur Bereitstellung von Fördermitteln für Kliniken auch im Zusammenwirken mit den Ländern darauf hingearbeitet werden muss, dass Lehrstühle für Hygiene und Umweltmedizin wieder auf- und ausgebaut sowie die entsprechenden Inhalte in der Ausbildung verstärkt werden.

Ausdrücklich positiv bewerten wir die vorgesehene Einrechnung der Fördermittel in den Landesbasisfallwert und damit die Fortführung der Zuflüsse auch über das Jahr 2015 hinaus.

Versorgungszuschlag (§ 5 Abs. 6 und § 10 Abs. 14 KHEntgG

Der Marburger Bund begrüßt das Vorhaben der Regierung, zur Stabilisierung des stationären Bereiches das Einsparvolumen aus dem Mehrleistungsabschlag in Form eines Versorgungszuschlages an alle Krankenhäuser zu verteilen und so die Wirkung der doppelten Degression für die Jahre 2013 und 2014 abzumildern.

Wir verstehen diese Regelung als einen aktuell wichtigen Schritt hin zu weiteren krankenhausspezifischen und langfristigen Lösungsansätzen sein, die beispielsweise die Bedürfnisse von Maximalversorgern bzw. Universitätsklinika mit ihren besonderen Belastungen etwa durch Extremkostenfälle, aber auch von kleineren Häusern, die keine Mehrleistungen erbringen, berücksichtigen.

Hinsichtlich der Regelung in § 10 Abs. 14 KHEntgG geben wir zu bedenken, dass die vorgesehene Art der Ermittlung des Zuschlags auf Landesebene zumindest die Gefahr in sich birgt, dass die dringend benötigten finanziellen Mittel in diesem Jahr nicht rechtzeitig bei den Kliniken ankommen. Verhandlungen sind erfahrungsgemäß kein probates Mittel, um bei widerstreitenden Interessen zu einer schnellen und zufriedenstellenden Lösung zu kommen. Es wäre daher aus unserer Sicht zielführend, zumindest für das Jahr 2013 feste Beträge vorzugeben, die nicht mehr

verhandelt werden müssen. Der Marburger Bund hätte keine Einwände, wenn dies in Gestalt eines festen Zuschlags auf die Landesbasisfallwerte geschähe. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Möglichkeit besteht, das Verhältnis der für 2013 und für 2014 vorgesehenen Fördermittel umzukehren, damit der höhere Teil der vorgesehenen Hilfe früher ankommt. Uns ist klar, dass dies eine Zusage der Krankenhausorganisationen voraussetzt, den dann eintretenden Rückgang der zusätzlichen Mittel im Jahr 2014 nicht als Kürzung fehlzudeuten.

Ablösung der Grundlohnrate durch den Veränderungswert und Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen (§ 9 Abs. 1 und § 10 Abs. 5 KHEntgG)

Der Marburger Bund bewertet die Absicht, sich von der festen Anbindung an die Grundlohnrate zur verabschieden und den Korridor für die Verhandlung des Veränderungswertes zu erweitern, als grundsätzlich geeignet, um Kostensteigerungen teilweise abzufangen. Aus unserer Sicht wäre es allerdings wünschenswert, wenn das Ansetzen des vollen und sachgerecht ermittelten Orientierungswertes der Regelfall und nicht von Verhandlungsergebnissen auf Landesebene abhängig wäre.

Zudem sollte die Regelung nicht nur für die Jahre 2014 und 2015 gelten, sondern als fortlaufende „Mindestlösung“ auch für die Folgejahre verankert werden, falls es in absehbarer Zeit nicht zu der angedachten grundlegenden Strukturreform der Krankenhausfinanzierung kommen sollte.

An dieser Stelle spricht sich der Marburger Bund ausdrücklich für das Vorhaben aus, anstelle kurzfristiger punktueller Lösungen baldmöglichst eine umfassende Reformierung der Krankenhausfinanzierung in Angriff zu nehmen.

Stationäre Einrichtungen sollten in die Lage versetzt werden, den steigenden Kosten, auch etwa infolge höherer Haftpflichtversicherungsprämien oder Energieumlagen, und den Anforderungen des Strukturwandels in der medizinischen Versorgung adäquat begegnen zu können, ohne dabei auf unerwünschte Steuerungsinstrumente wie Personaleinsparung oder Mengenausweitung zurückgreifen zu müssen. Sowohl im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich lässt die Arbeitsverdichtung keinen Stellenabbau zu.

Der Marburger Bund begrüßt insofern auch die vorgesehene Refinanzierung der maßgeblichen Tariflohnsteigerungen für das Jahr 2013 in Aktualisierung der bisherigen Regelung. Angesichts der bereits erwähnten steigenden Arbeitsbelastung infolge der zunehmenden Personalengpässe in Kliniken befürwortet der Marburger Bund eine volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen, um auch bereits defizitären Häusern eine adäquate Stellenbesetzung zu ermöglichen und damit die Qualität der Arbeitsbedingungen und der Patientenversorgung gewährleisten zu können.

Zu Artikel 5 c (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Vor dem Hintergrund der konfliktiven Auseinandersetzungen der vergangenen Jahre zum Thema Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich sowohl auf politischer wie auch konkret auf Landesebene begrüßt der Marburger Bund die Beauftragung der Selbstverwaltung mit der Erarbeitung eines einheitlichen Prüfverfahrens und die Etablierung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Interpretation von Abrechnungs- und Kodierfragen mit grundsätzlicher Bedeutung.

Die bisherige Situation war geprägt von einer heterogenen und oft nicht sachgerechten Lage auf Landesebene, die zwangsläufig zu einer häufigen Inanspruchnahme und dementsprechenden Überlastung der – mit den komplexen Abrechnungssachverhalten ebenfalls überforderten – Sozialgerichte führte. Durch eine bundeseinheitliche Konkretisierung und verbindliche Schlichtung könnte dem entgegengewirkt und eine Evaluation dieser Maßnahmen angesteuert werden. Dies würde wiederum das medizinische Personal in den Kliniken entlasten, das in den vergangenen Jahren durch die stetige Zunahme der Konflikte und damit des bürokratischen Aufwandes stark zu Lasten seiner eigentlichen Aufgaben beansprucht wurde.

Im Hinblick darauf bewerten wir die Möglichkeit, auf Landesebene von den vertraglich oder durch die Bundesschiedsstelle getroffenen Feststellungen abzuweichen, kritisch. Der Begriff „regionale Besonderheiten“ ist auslegungsfähig und öffnet divergierenden Vereinbarungen Tür und Tor. Die Ausnahmeregelung ist daher auch geeignet, das „lernende System“ und damit die sowohl die angestrebte Verminderung der bisherigen Ineffizienz der Prüfverfahren als auch die Befriedung der Konfliktlage zu gefährden. Sie sollte aus unserer Sicht ganz entfallen oder auf konkrete Ausnahmefälle beschränkt werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(21)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
10.05.2013

Deutscher Gewerkschaftsbund

Bundesvorstand

Stellungnahme zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 13. Mai 2013 zum

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
„**Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“**
(BT-Drucksache 17/13079)

Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas, … und der Fraktion der SPD
„**Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden“** (BT-Drucksache 17/12069)

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, … und der Fraktion DIE LINKE
„**Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“**
(BT-Drucksache 17/10119)

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, … und der Fraktion DIE LINKE
„**Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“** (BT-Drucksache 17/5524)

13. Mai 2013

DGB

DGB Bundesvorstand
VB Annelie Buntenbach
Abteilung Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Rückfragen an:
Knut Lambertin

Tel.: 030 24060-706
Fax: 030 24060-226

I. Allgemeine Bewertung

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung sollen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und Kunden der privaten Krankenversicherungswirtschaft vor finanzieller Überforderung durch hohe Säumniszuschläge bewahrt werden.

Aus Sicht des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) beschäftigen sich der Gesetzentwurf und die vorliegenden Anträge mit einem wichtigen sozialpolitischen Thema: Wie kann ein Sozialversicherungszweig auf die zunehmende Überschuldung privater Haushalte reagieren?

Entsprechend des Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung sind derzeit etwa 1,8 Mio. Haushalte überschuldet, 2006 waren es noch 1,62 Mio. Haushalte. Die wichtigsten Gründe sind Arbeitslosigkeit (27 Prozent), Trennung/Scheidung oder Tod der Partnerin/des Partners (14 Prozent) sowie Krankheiten und Unfälle (12,1 Prozent). 55,8 Prozent der Schulden entfielen auf Kreditinstitute sowie jeweils zehn Prozent auf Inkassobüros und öffentliche Gläubiger, wozu auch die gesetzlichen Krankenkassen zählen dürften.

Die Beitragsrückstände bei den gesetzlichen Krankenkassen betragen auf Seiten der Versicherten 2,1 Mrd. Euro, auf Seiten der Arbeitgeber 2,4 Mrd. Euro. Es besteht deutlicher Informationsbedarf über die Anzahl der Personen und Unternehmen mit Beitragsrückständen. Das gilt auch für die PKV-Branche.

Der DGB hält insgesamt Abschaffung des Säumniszuschlages für GKV-Mitglieder für sinnvoll, aber nicht ursächlich wirksam. Denn die Gründe werden durch die Armuts- und Reichtumsberichterstattung offenbar.

Der DGB fordert, die Abschottung der privaten Krankenversicherungsverträge zu beenden statt weiterhin die Konvergenz von GKV und PKV zu betreiben.

II. Im Einzelnen zum Gesetzentwurf der Bundestagsfraktion der CDU/CSU und der FDP

Abschaffung des Säumniszuschlages für GKV-Mitglieder sinnvoll

Mit dem GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetz hatte die damalige Regierungskoalition unter Beteiligung der CDU/CSU den Säumniszuschlag von fünf Prozent für freiwillig gesetzliche Krankenversicherte sowie Mitglieder, die der Auffangversicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung unterliegen, eingeführt.

Ziel war es, die Solidargemeinschaft trotz der damit eingeführten Versicherungspflicht vor säumigen Beitragszahlerinnen und -zahlern zu schützen. Denn eine Solidargemeinschaft, die sich in erster Linie aus Beitragseinnahmen aus Arbeitseinkommen und Lohnersatzleistungen speist, kann mit einer zu großen Zahl nichtzahlender Mitglieder überfordert werden. Dies hatte die damalige Regierungskoalition zu Recht erkannt, als sie die Krankenversicherungspflicht verwirklichen wollte – und die hohen Säumniszuschläge einführte. Denn diese sollten säumige Beitragszahlerinnen und Beitragszahler auf der Versichertenseite zur Zahlung motivieren.

Aus Sicht des DGB ist zu bedauern, dass diese politische Maßnahme fehlgeschlagen ist. Die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler müssen dieses Scheitern derzeit gegenfinanzieren. Insbesondere gilt dies für die Versicherten, die immer noch 0,9 Beitragssatzpunkte als Sonderbeitrag mehr als die Arbeitgeber zahlen müssen.

Der DGB befürwortet die Absenkung des Säumniszuschlages, um die verschuldeten Haushalten nicht noch weiter in die Überschuldung zu treiben.

Der DGB fordert im Interesse der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten, eine Ausfallbürgschaft des Staates für säumige GKV-Beitragszahlerinnen und -zahler. Das gesamtgesellschaftliche Interesse nach Krankenversicherung kann den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Mitgliedern weiter übertragen bleiben. Doch muss die Solidargemeinschaft vor Überdehnung geschützt werden, in dem der Staat zuverlässig und nachhaltig die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuerzuschüsse an den Gesundheitsfonds gegenfinanziert.

Der DGB kritisiert, dass die Bundesregierung stattdessen ihren Steuerzuschuss wieder einmal absenkt.

Des Weiteren verlangt der DGB von der Bundesregierung, ursächlich die Überschuldung privater Haushalter und damit Armut in Deutschland zu bekämpfen.

Darüber hinaus fordert der DGB von der Bundesregierung ein Konzept, wie die säumigen Unternehmen zu der Zahlung Betrages von 2,4 Mrd. Euro zu motivieren sind.

Abschottung der privaten Krankenversicherungsverträge beenden

Die CDU/CSU-FDP-Koalition plant einen Notlagentarif für Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV-Unternehmen), die ihren Prämienzahlungen nicht mehr nachkommen können. Dieser Notlagentarif beinhaltet keine Altersrückstellungen bzw. schmilzt vorhandene Altersrückstellungen ab. Es ist absehbar, dass hier neue Probleme für die PKV-Kunden entstehen.

Der DGB weist nachdrücklich darauf hin, dass hier die Kundinnen und Kunden Opfer einer verfehlten Geschäftspolitik der PKV-Unternehmen wurden – und bleiben. Auch Uwe Lauer, Vorstandsvorsitzender des PKV-Unternehmens debeka, beschreibt „Fehlentwicklungen" in der Kundenakquise. Damit meint er vor allem Billigangebote unter 150 Euro Monatsprämie für eine private Krankenvollversicherung. Mit diesen Lockangeboten ist jedoch ein großer Teil des Neukundengeschäfts betrieben worden. Ausreichende Altersrückstellungen können so jedoch nicht gebildet werden. Daher werden hier die Prämien im Alter explodieren. Wenn sie diese nicht mehr bezahlen konnten, ist den Kundinnen und Kunden früher einfach gekündigt worden.

Der DGB teilt auch hier, das gesamtgesellschaftliche Interesse nach Krankenversicherung. Diese Aufgabe einem profitorientierten Wirtschaftsbereich übertragen zu wollen, muss jedoch als gescheitert betrachtet werden.

Der DGB fordert daher, das politische Experiment der sozial gestaltbaren PKV abzubrechen.

Der DGB fordert stattdessen, die Möglichkeiten zum Wechsel zwischen den Anbietern und Tarifen der PKV zu verbessern, in dem die gesamten Altersrückstellungen portabel gestaltet werden. Zum anderen muss der Wechsel von der privaten Krankenvollversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich unter voller Portabilität der Altersrückstellungen ermöglicht werden. Ebenso muss das Beamtenrecht des Bundes so verändert werden, dass entweder die Arbeitgeberbeiträge zur GKV übernommen werden bzw. das Beamtenrecht sozial geöffnet wird, z. B. über eine Öffnung der Teilkostenerstattung (gem. § 14 SGB V) für alle Beamten.

Die vorgesehenen Änderungen entsprechen weitgehend den betriebswirtschaftlichen Interessen der PKV-Unternehmen.

Der DGB fordert, die duale Trennung der Krankenversicherung in Deutschland zu beenden und die Bürgerversicherung einzuführen.

III. Im Einzelnen zum Antrag der SPD-Bundestagsfraktion

Der DGB stimmt grundsätzlich der Stoßrichtung des Antrages zu.

Im Einzelnen verweist der DGB auf die oben beschriebenen Punkte unter I. und II.

IV. Im Einzelnen zu den Anträgen der Bundestagsfraktion DIE LINKE

Der DGB teilt die Analyse, die in den Anträgen zum Ausdruck kommt, weitgehend.

Die PKV-Kundinnen und Kunden im Basistarif dürfen aus Sicht des DGB gegenüber den GKV-Versicherten genauso wenig diskriminiert werden, wie GKV-Versicherte gegenüber PKV-Kunden mit teuren Policen.

Im Übrigen verweisen wir auf unsere Ausführungen unter I. bis III.

V. Im Einzelnen zu den Änderungsanträgen der Koalition bezüglich der Krankenhausfinanzierung

Eine strukturelle Reform bleibt weiter aus

560 Mio. Euro sollen der Liquiditätsreserve entnommen werden, um sie 2014 zusätzlich in den Gesundheitsfonds zu überführen. Damit sollen zusätzliche Ausgaben der GKV im stationären Bereich ausgeglichen werden, die durch die aktuellen Änderungen im KHEntG und in der BPflV entstehen.

Mit den geplanten Änderungen werden zusätzliche Mittel in Millionenhöhe über alle Krankenhäuser hinweg, unabhängig vom eigentlichen Bedarf, verteilt. Eine strukturelle Reform mit Anreizen in Richtung einer verbesserten, weil zielgerichteten Versorgung ist somit weiterhin nicht erkennbar. Im Gegenteil: Überkapazitäten im stationären Sektor werden so gefördert, was auch zukünftig zu überflüssigen Operationen in Sinne einer Refinanzierung dieser zusätzlichen Betten nach sich ziehen wird.

Gießkannenprinzip statt gezielter Schaffung von Anreizen zur Hygieneförderung

Mit der Einführung des § 4 Abs. 11 KHEntgG wird beabsichtigt, sowohl die Neueinstellung und die Stellenaufstockung als auch die Fort- und Weiterbildung von pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal in den Jahren 2013 bis 2016 zu fördern. Die Förderung greift rückwirkend bereits für Maßnahmen, die in den Krankenhäusern nach Inkrafttreten der Änderung des Infektionsschutzgesetzes am 4. August 2011 ergriffen wurden, und geht über das Jahr 2016 hinaus, wenn fachärztliche Weiterbildungen im Bereich der Hygiene noch nicht abgeschlossen sind. Mit der Förderung soll sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser ihren Verpflichtungen im Bereich der Hygiene bis zum Auslaufen der Übergangsfrist des Infektionsschutzgesetzes Ende 2016 nachkommen. Die Fördermittel sollen als Zuschläge finanziert werden.

Auch hier bleibt der Gesetzentwurf seinem Ansatz treu, flächendeckend zusätzliche Mittel zu verteilen anstatt entsprechende Anreize zur Schaffung gewünschter Strukturen und Standards zu setzen. Wieder werden keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse gefördert und umgesetzt, sondern versucht, Fehlentwicklungen und Defizite einzelner Häuser mit einem ‚Weiter so!' über zusätzliche Mittel zu beheben. Unberücksichtigt bleibt dabei, dass es auch bislang schon Hygiene-Maßnahmen zur Infektions-Prävention gibt, die zwingend einzuhalten sind. Auch wenn eine Anschubfinanzierung zur Lösung des Problems unausweichlich scheint, muss darauf geachtet werden, dass keine Doppelfinanzierung erfolgt.

Die zusätzlichen Mittel für Neueinstellungen, Stellenaufstockungen sowie für Fort- und Weiterbildungen müssen von den Krankenhäusern nachweislich und berufsbildspezifisch eingesetzt werden. Dabei ist sicherzustellen, dass geförderte Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener (Teilzeit-)Stellen nicht zu Entlassungen an anderer Stelle führen. Dies kann nur durch die Offenlegung der Personalzahlen insgesamt gegenüber den Kostenträgern erfolgen. Sollten Krankenhäuser den Nachweis über die gesetzeskonforme Mittelverwendung nicht erbringen können, dürften diese ab dem Folgejahr keine Mittel für die Förderung von Hygienefachpersonal zur Verfügung gestellt bekommen.

Zusätzliche Mittel nur bei Nachweis tatsächlicher Tarifsteigerungen

Im Vorgriff auf die ab 2014 erweiterte Vereinbarungsmöglichkeit des Veränderungswerts werden noch im Jahr 2013 bestimmte, für das Jahr 2013 vereinbarte Tarifsteigerungen bei den Landesbasisfallwerten erhöhend berücksichtigt. Die oberhalb der geltenden Obergrenze liegenden maßgeblichen durchschnittlichen Tarifsteigerungen werden zur Hälfte refinanziert. Das Ausgabevolumen beträgt für die Jahre 2013 und 2014 jeweils 150 Mio. Euro.

Einen großen Anteil am wirtschaftlichen Erfolg, aber auch an den Kosten der Krankenhäuser haben diejenigen, denen das Wohl der Menschen Berufung ist. Insofern ist eine Refinanzierung eines Teils der Tarifsteigerungen für das Krankenhauspersonal durchaus zu begrüßen. Nicht zu begrüßen ist jedoch, dass auch hier das Geld mit der Gießkanne verteilt wird. So sollen auch Krankenhäuser entsprechende Mittel bekommen, die ihren Beschäftigten 2013 gar keine Tariferhöhungen zukommen ließen. Der DGB spricht sich deshalb dafür aus, dass die Einrichtungen zwingend einen Nachweis darüber zu erbringen haben, ob entsprechende Tarifverträge umgesetzt wurden und Tarifsteigerungen bei den Mitarbeitern angekommen sind.